

La charte

des accidents du travail & maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

La Charte des AT/MP

s'adresse aux différents acteurs intervenant dans la gestion des risques professionnels.

C'est un guide de bonnes pratiques

qui se présente comme un recueil de fiches thématiques qui ont vocation à répondre aux questions récurrentes des caisses primaires et des services médicaux.

Référentiel partagé,

elle contribue à harmoniser les pratiques des caisses, conformément aux engagements pris dans les conventions d'objectifs et de gestion successives signées entre l'État et la Cnamts pour la Branche AT/MP. Elle n'a pas la prétention d'être exhaustive.

Dans un souci de transparence,

la Cnamts met en ligne la Charte des AT/MP sur [ameli](http://ameli.fr), à disposition de ses différents publics : assurés, professionnels de santé et employeurs.

Sommaire

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- × Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- × Décès par suicide et accident de travail
- × Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- × Infection par le VIH
- × Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- × Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- × Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- × Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- × Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- × Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- × Suivi post-professionnel

la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 2 >>

FICHE AT

PRISE EN CHARGE D'UN DÉCÈS AU TITRE DU RISQUE AT/MP

1. Généralités

La reconnaissance de l'imputabilité d'un décès à un accident du travail ou à une maladie professionnelle entraîne :

- ✗ pour les ayants droit (conjoint, concubin, partenaire d'un PACS, orphelin, ascendant à charge), le versement de rentes et le remboursement des frais funéraires et de transport du corps ;
- ✗ pour les employeurs relevant de la tarification calculée, l'imputation à leur compte d'un montant forfaitaire pour la détermination de leur taux de cotisation qu'il y ait ou non des ayants droit.

Cette reconnaissance est en outre de nature à faire prendre conscience des risques au sein de l'entreprise et ainsi à initier des actions de prévention.

1.1. L'instruction médico-administrative

Les textes réglementaires imposent aux caisses des démarches obligatoires, et ce dans des délais d'instruction restreints. Une prise en charge d'emblée est par conséquent impossible.

En effet :

- ✗ le service administratif doit diligenter une enquête, obligatoire en cas de décès (article R. 441-11 du Code de la sécurité sociale),
- ✗ et le service médical doit se prononcer obligatoirement sur la reconnaissance du caractère professionnel du décès (article R.434-31 du Code de la sécurité sociale).

1.2. Rappel relatif à la présomption d'imputabilité

La notion de présomption d'imputabilité s'applique pour le décès dans les mêmes conditions que pour tout accident du travail, c'est-à-dire si le décès survient au temps et au lieu du travail. Dans ce cas pour refuser le caractère professionnel, la caisse doit apporter la preuve que le décès a une cause totalement étrangère à l'activité professionnelle.

Lorsque le décès survient au cours de la période de soins qui suit directement l'accident, dans la continuité directe du malaise ou de l'accident initial ou du fait de complications du traitement de l'accident initial, la présomption d'imputabilité s'applique également. Il s'agit des cas où le décès est consécutif à un sinistre antérieur non guéri ou non consolidé (ex. : c'est le cas du décès à l'hôpital, après prise en charge par les secours sur le lieu de travail).



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 3 >>

Dans tous les autres cas, il n'y a pas présomption d'imputabilité. Il appartient alors aux ayants droit d'apporter la preuve de la relation certaine de causalité (ex. : décès au domicile).

Exception

Dans le cas où la victime bénéficiait de la prestation complémentaire pour recours à l'assistance d'une tierce personne depuis au moins dix ans, la présomption d'imputabilité s'applique, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée (article R.443-4).

2. Modalités pratiques d'instruction de la demande

La démarche à suivre tient compte de trois paramètres :

- ✗ le décès est survenu dans des circonstances où la présomption d'imputabilité s'applique, ou non,
- ✗ la cause du décès est connue, ou non,
- ✗ le décès est rattaché à un sinistre déjà reconnu, ou non.

2.1. La présomption d'imputabilité s'applique

2.1.1. La cause du décès est connue : l'autopsie est inutile.

Le médecin conseil peut avoir connaissance des causes du décès de façon suffisamment précise par les informations apportées par le médecin traitant, par le service d'urgence ayant pris en charge la personne ou le service hospitalier où est survenu le décès (ex. : décès suite à une hémorragie avec notion de traumatisme sur le lieu de travail).

La cause du décès peut également être connue car il fait suite à un sinistre professionnel récent et non consolidé (ex. : décès suite à traumatisme crânien dû à une chute dans un atelier, décès consécutif à une BPCO du mineur de charbon).

Dans le cas où la cause du décès est connue, il est inutile de demander une autopsie.

Comme nous sommes en situation de présomption, l'imputabilité du décès ne peut être rejetée que si la caisse apporte la preuve que le décès a une cause totalement étrangère à l'activité professionnelle et que le travail n'a joué aucun rôle dans la survenue du décès.

Si l'enquête administrative révèle que la matérialité n'est pas établie (par ex : décès alors que le salarié a quitté son poste de travail pour des raisons privées), la caisse notifie un refus administratif.

Le service administratif informe le service médical de sa décision.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 4 >>

Si le médecin conseil estime que le décès est dû à une cause précise connue, totalement étrangère à l'activité professionnelle ou à la pathologie reconnue d'origine professionnelle (par ex : compte rendu hospitalier mentionnant un décès dû une méningite fulgurante chez un ouvrier, décès suite à un état de mal épileptique sans circonstances particulières au travail) et qu'il dispose d'arguments objectifs suffisants (dossier médical argumenté) pour emporter la conviction d'un expert, il indique à la caisse que le décès n'est pas imputable au travail ou à la maladie professionnelle. La caisse notifiera un rejet d'ordre médical et les ayants droit pourront contester en demandant une expertise.

Pour que l'avis soit confirmé, l'expert devra répondre à la question : « *Le travail a-t-il eu strictement aucune incidence sur la survenue de la lésion à l'origine du décès ?* » ou « *La lésion à l'origine du décès n'a-t-elle aucun lien avec la pathologie d'origine, celle-ci étant entièrement en rapport avec une affection indépendante ?* ». La réponse de l'expert devra être sans aucune ambiguïté car s'il émet le moindre doute, la jurisprudence considère de façon constante que la preuve d'une cause étrangère n'a pas été apportée.

2.1.2. La cause du décès n'est pas connue : l'autopsie peut parfois être utile.

Dans certains cas, la cause du décès n'est pas connue avec certitude (ex. : découverte du corps sur les lieux du travail ou décès soudain en cours de soins).

2.1.2.1. Le médecin conseil n'a aucun élément dans son dossier médical lui permettant de penser que les causes du décès pourraient être totalement étrangères au travail. L'autopsie est généralement inutile. Même si elle précise la cause du décès, elle ne permettra pas, généralement, de renverser la présomption d'imputabilité. La caisse prendra en charge le décès au titre AT ou MP.

2.1.2.2. Le médecin conseil a des éléments dans son dossier médical lui permettant de penser que les causes du décès sont totalement étrangères au travail mais ces éléments ne sont pas suffisamment probants pour convaincre un expert. Il informe la caisse de son impossibilité de statuer en l'état et qu'une autopsie pourrait l'aider à se prononcer (art. L. 442-4). La Cpm entame immédiatement les démarches auprès des ayants droit pour les informer de la procédure proposée et recueillir leur accord. (cf. point 3.)

Les démarches doivent être réalisées le plus rapidement possible, avant inhumation ou transfert du corps. En effet, une autopsie tardive n'apporte souvent que peu de renseignements et peut donc s'avérer inutile.

Les ayants droit doivent être informés des implications d'un refus d'autopsie car la charge de la preuve est alors inversée : la présomption d'imputabilité ne joue plus et il leur appartient alors d'apporter la preuve de l'origine professionnelle du décès.

À réception des conclusions de l'autopsie et des éléments recueillis par l'enquête, l'avis du médecin conseil est à nouveau sollicité :

- ✗ soit l'autopsie a permis d'établir la cause du décès : on se retrouve dans la situation décrite au point 2.1.1,
- ✗ soit l'autopsie ne permet pas de connaître la cause du décès. La présomption d'imputabilité s'applique, la caisse prendra en charge le décès au titre du risque AT ou MP.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 5 >>

2.2. La présomption d'imputabilité ne s'applique pas

Tout comme au point 2.1., la cause du décès peut être connue ou non.

Le décès n'a pas eu lieu aux temps et lieu du travail ou ne fait pas immédiatement suite à un sinistre non guéri ou non consolidé. Il appartient dans ce cas, aux ayants droit de rapporter la preuve du lien entre le décès et le travail.

La caisse ne doit pas prendre l'initiative de demander une autopsie mais informe les ayants droit qu'ils peuvent la demander (art. L. 442-4 CSS).

2.2.1. Le décès survient dans les suites d'un AT ou d'une MP déjà consolidée ou guérie

Les ayants droit entendent rattacher le décès à un accident du travail ou à une maladie professionnelle reconnue antérieurement (ex. : le décès serait la conséquence d'un malaise guéri ou consolidé, le décès serait lié à l'évolution d'un cancer).

Le service administratif interroge le médecin conseil sur l'imputabilité de ce décès au sinistre antérieur.

Si le décès, bien que survenu à distance de l'accident initial ou de la maladie professionnelle reconnue, est manifestement la conséquence de l'évolution de la pathologie d'origine ou des séquelles, le médecin conseil donne un avis favorable à la prise en charge.

Si le décès est sans aucun rapport avec l'accident ou la maladie professionnelle reconnue et entièrement imputable à une pathologie indépendante, le médecin conseil donne un avis défavorable à la prise en charge.

Il s'agit d'un avis médical. En cas de refus, il sera d'ordre médical avec comme voie de recours une expertise dite « sur pièces ». L'expert devra dire si le décès est certainement et directement imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle antérieure.

2.2.2. Le décès survient indépendamment de tout sinistre professionnel

Les ayants droit peuvent également demander à ce que le décès soit reconnu en tant que sinistre professionnel au regard des conditions de travail du décédé. Exemple : le décès survient au domicile après une journée dont les conditions de travail ont été particulières (chaleur, charge de travail...).

Là encore, les ayants droit ne bénéficient pas de la présomption d'imputabilité.

En AT, le service administratif diligente une enquête administrative portant sur les conditions de travail mais aussi sur des causes extraprofessionnelles. L'apport de l'ingénieur conseil sur sa connaissance de l'entreprise peut être un plus. L'agent enquêteur doit réunir tous les éléments de preuve du lien entre le décès et le travail.

Le médecin conseil donne son avis sur le lien entre le décès et les conditions de travail.

À l'issue de l'instruction, plusieurs motifs de refus sont envisageables :

- ✗ refus administratif : les ayants droit n'apportent pas la preuve de conditions de travail anormales,
- ✗ refus médical : le médecin conseil indique que la cause du décès est totalement étrangère au travail.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits léSIONNELS)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 6 >>

3. La procédure d'autopsie comme mesure d'instruction

Lorsque les ayants droit de la victime le sollicitent ou avec leur accord si elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité, la caisse doit demander au tribunal d'instance de faire procéder à l'autopsie (art. L. 442-4).

Les conditions de mise en œuvre de l'autopsie sont précisées aux articles 232 et suivants du Code de procédure civile. Ni la loi, ni la jurisprudence ne déterminent de délai pour pratiquer l'autopsie.

3.1. Les ayants droit acceptent la procédure d'autopsie

L'autopsie doit être pratiquée rapidement, avant l'inhumation. En effet, si l'autopsie est pratiquée tardivement après exhumation, les conditions techniques de sa réalisation sont alors défavorables et il est difficile de tirer des conclusions précises et non ambiguës comme le requiert la jurisprudence.

Dès l'accord écrit des ayants droit, la caisse saisit le juge d'instance pour requête aux fins d'autopsie.

Le juge ordonne l'autopsie. Il doit prendre toutes les mesures propres à son exécution : en particulier pourvoir à toutes les formalités et surveiller l'exécution de la mission confiée à l'expert. L'expert doit être désigné et l'examen réalisé conformément au Code de Procédure civile, la caisse n'intervenant que pour envoyer à l'expert l'intégralité du dossier.

Si le médecin expert se refuse, le juge doit pourvoir à son remplacement.

L'accord du juge sur la mise en œuvre de la procédure d'autopsie n'est pas automatique. Le juge peut refuser la requête s'il estime qu'elle n'apportera rien de plus à la compréhension du dossier. La présomption ne pouvant être détruite, la caisse prend acte de la décision du juge et reconnaît le caractère professionnel du décès (cf. point 2.1.2.1.).

Le juge n'est que le garant de la légalité et de la bonne exécution de l'autopsie. Il ordonne l'autopsie, désigne le médecin légiste mais le contenu du rapport ne le concerne pas.

La caisse est maître d'œuvre. À réception du rapport d'autopsie, le médecin conseil se prononce, la caisse notifie la décision.

Le rapport peut être communiqué aux ayants droits (article L.1110-4 Code de la santé publique).

3.2. Les ayants droit refusent la procédure d'autopsie

Lorsque les ayants droit, dûment informés par les services de la Cpm, refusent la demande d'autopsie, il leur incombe de démontrer le lien existant entre le travail et le décès.

Dans cette situation, la Cpm est également tenue de statuer. En l'absence d'élément fourni par les ayants droit de nature à démontrer le lien entre travail et décès, un refus administratif est notifié directement sans nécessité d'avis du service du contrôle médical, avec les voies de recours prévues dans le cadre du contentieux général.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 7 >>

3.3. La réalisation de l'autopsie n'est pas matériellement possible

Bien que le décès bénéficie de la présomption d'imputabilité, la caisse a des éléments sérieux pour penser que les résultats de l'autopsie pourraient renverser la présomption.

Cependant, l'autopsie ne peut être réalisée pour plusieurs raisons :

- ✗ incinération conformément à la volonté du défunt,
- ✗ embaumement,
- ✗ transport du corps à l'étranger, en vue de son inhumation,
- ✗ don du corps à la médecine,
- ✗ don d'organes,
- ✗ faute d'un tiers (pompes funèbres),
- ✗ corps dégradé par un délai trop long entre le décès et la demande,
- ✗ procédure refusée par le juge qui estime la demande trop tardive et le faisceau de preuves suffisant.

Dans tous ces cas, la caisse ne pouvant pas renverser la présomption, elle reconnaît le caractère professionnel du décès.

4. Autopsie à la demande des ayants droit

Indépendamment des mesures d'instruction menées par la caisse, les ayants droit peuvent demander le recours à la procédure d'autopsie. Dans ce cas, la caisse saisit le juge d'instance pour requête aux fins d'autopsie. C'est la caisse qui prend en charge les frais liés à la procédure d'autopsie.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Prise en charge d'un décès
au titre du risque AT/MP

- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 8 >>

5. Dispositions particulières

5.1. La demande d'autopsie par l'employeur

L'article L. 442-4 du Code de la Sécurité sociale prévoit que l'autopsie peut être réclamée par la caisse ou par les ayants droit. Il ne fait pas allusion à l'employeur qui peut néanmoins avoir intérêt à prouver que le décès de la victime n'était pas dû à un accident du travail.

En aucun cas, la caisse ne saisira le juge pour le compte de l'employeur.

5.2. La demande d'autopsie par un tiers

Il se peut que dans le cadre judiciaire, hors procédure AT/MP, une autopsie soit diligentée. Cette procédure est indépendante de la reconnaissance du caractère professionnel du décès.

Si dans les délais impartis, la caisse avait connaissance du rapport, elle peut l'utiliser. En revanche, en aucun cas, un refus ne pourra être adressé au motif que la caisse est en attente d'une autopsie qu'elle n'aura pas elle-même demandée.

5.3. Le cas des pneumoconioses

En cas de décès de la victime avant la déclaration de maladie professionnelle au titre des tableaux 25, 30, 30 bis, 44, 44 bis, 91 et 94, l'article D. 461-16 détermine les modalités particulières de l'autopsie (outre celles déjà énoncées précédemment) :

- ✗ l'autopsie sera réalisée par un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconioses,
- ✗ les poumons seront prélevés en totalité et adressés à un institut de médecine du travail, à un service d'anatomopathologie qualifié par ces travaux concernant les pneumoconioses ou à un centre d'étude des pneumoconioses, en vue d'un examen anatomopathologique et histologique.

Toutefois l'autopsie n'est pas nécessaire lorsque la victime avait été reconnue atteinte d'une pneumoconiose et lorsque le dossier permet au médecin conseil de donner son avis sur la relation de cause à effet entre le décès et la maladie professionnelle (article D. 461-18 - 2^e alinéa) •

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

Décès par suicide et accident de travail

- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 9 >>

FICHE AT

DÉCÈS PAR SUICIDE ET ACCIDENT DU TRAVAIL

1. Généralités

La reconnaissance au titre du risque AT/MP peut être demandée pour des décès consécutifs à un suicide, intervenus sur le lieu de travail, ou à distance du lieu de travail.

Or, statuer sur la prise en charge d'un suicide au titre de la législation sur les risques professionnels est un problème délicat car chaque cas est particulier.

Quelles que soient les circonstances, sont indispensables :

- ✗ une collaboration médico-administrative rigoureuse ;
- ✗ une enquête administrative approfondie, contradictoire et de qualité, tant pour connaître les circonstances du décès, que pour accompagner les familles.

Toute demande de reconnaissance du caractère professionnel d'un décès par suicide doit être traitée selon les mêmes règles qu'un décès quelle qu'en soit la cause et la procédure doit faire l'objet d'un suivi particulièrement attentif.

2. Modalités pratiques d'instruction

Deux situations sont à envisager selon que la présomption d'imputabilité s'applique ou ne s'applique pas. Leurs particularités orienteront les décisions à prendre en termes d'investigations et de décisions.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

Décès par suicide et accident de travail

- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits léSIONNELS)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 10 >>

2.1. Situations où la présomption d'imputabilité s'applique

2.1.1. Le décès par suicide est intervenu au temps et au lieu du travail

La déclaration d'accident du travail est en principe établie par l'employeur. À défaut, les ayants droit ont la faculté de faire cette déclaration dans les deux ans qui suivent le décès.

Si un certificat médical initial n'est pas fourni, le certificat ou l'acte de décès joint à la déclaration en tient lieu.

Pour pouvoir refuser la reconnaissance en accident du travail, il faudrait établir que les conditions de travail n'ont joué **strictement aucun rôle dans la survenue du décès, autrement dit que le décès est dû à une cause totalement étrangère au travail.**

L'enquête administrative doit recueillir des éléments, tant sur l'activité professionnelle que sur d'éventuelles difficultés privées et personnelles de la victime.

Le médecin conseil devra répondre clairement à la question suivante :

Existe-t-il des éléments médicaux permettant d'affirmer que le travail est totalement étranger à la survenue du décès ?

Il doit pouvoir alors préciser les causes non professionnelles à l'origine du décès.

La caisse prend sa décision au vu des constats de l'enquête administrative et de l'avis du médecin conseil.

La caisse reconnaîtra le caractère professionnel du décès s'il ne peut être établi sans doute possible que la cause du décès est entièrement extérieure au travail.

2.1.2. Le décès par suicide fait suite à un sinistre professionnel déjà reconnu (AT ou MP antérieur) et non encore guéri ou consolidé

Sont ici étudiés les suicides qui s'inscrivent dans l'enchaînement continu des faits ayant leur origine dans un accident du travail (ou une maladie professionnelle). Le sinistre antérieur a fait l'objet d'une prise en charge au titre des risques professionnels et n'est pas encore guéri ou consolidé. Le suicide apparaît comme la conséquence directe des lésions reconnues.

Dans ce cadre, la présomption d'imputabilité s'applique, le suicide étant présumé imputable au sinistre antérieur.

Ainsi, le suicide peut être pris en charge dès lors qu'il trouve son origine dans la dégradation de l'état du salarié à la suite d'un AT. Tel est le cas du suicide, conséquence directe, selon un processus médicalement reconnu, de troubles neuropsychiques dus à l'accident du travail intervenu quelques mois auparavant.

Pour pouvoir refuser la prise en charge du décès en accident de travail, il faudrait établir que la survenue du décès est sans aucun rapport avec l'AT ou la MP en cours.

Le médecin conseil se prononce sur le lien de causalité entre le suicide et le sinistre antérieur. Il doit répondre à la question suivante :

Le décès est-il en rapport avec l'AT ou la MP du ... ?

La caisse prend sa décision au vu des éléments administratifs qu'elle détient et de l'avis du médecin conseil.

La caisse reconnaîtra le caractère professionnel du décès s'il ne peut être établi sans doute possible l'absence de lien entre le décès et l'AT ou la MP en cours.



la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP

Décès par suicide et accident de travail

- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 11 >>

2.2. Situations où la présomption d'imputabilité ne s'applique pas

2.2.1. Le décès par suicide est intervenu en dehors du temps et du lieu du travail et ne fait suite à aucun sinistre professionnel reconnu

Dans ce cas, ce sont en général les ayants droit qui demandent la reconnaissance du caractère professionnel du décès. Ceux sont eux qui doivent apporter la preuve du lien entre le décès et le travail.

Pour reconnaître le caractère professionnel du décès, la caisse doit avoir la certitude que les conditions de travail sont directement à l'origine du décès par suicide.

L'enquêteur doit recueillir le maximum d'informations auprès de l'employeur, des collègues, de l'entourage professionnel, sur les circonstances du décès et le lien éventuel du suicide avec le travail.

Auprès des ayants droit, il doit recueillir tous les éléments de preuve du lien du décès par suicide avec le travail.

Le médecin conseil doit répondre à la question suivante :

Existe-t-il des éléments médicaux en faveur d'une relation entre le décès et l'activité professionnelle ?

Au vu de tous ces éléments, la Cnam prend sa décision.

Sachant que la présomption d'imputabilité ne s'applique pas, la caisse rejettera la prise en charge au titre d'un accident du travail si elle ne peut établir sans doute possible le lien entre le décès et un fait ou un événement précis auquel la victime aurait été exposée dans son travail.

2.2.2. Le décès par suicide fait suite à un sinistre professionnel (AT ou MP antérieur) guéri ou consolidé

Dans ce cas, il n'y a pas de présomption d'imputabilité.

Le décès survenant après la consolidation peut être assimilé à une « aggravation des séquelles ».

Le médecin conseil se prononce sur le lien de causalité entre le décès par suicide et l'AT ou la MP antérieur.

La caisse prend sa décision au vu de l'avis du médecin conseil •

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail

Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail

- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

FICHE AT

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES AU TITRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. Quelques définitions

Les risques psychosociaux (RPS) regroupent de nombreuses situations de travail dont le stress ou le harcèlement, termes fréquemment mentionnés sur la déclaration d'accident du travail (DAT) ou sur le certificat médical initial (CMI).

Il convient de bien différencier ces facteurs de risque des conséquences qu'ils peuvent avoir sur la santé des victimes et que l'on appelle psychopathologies ou troubles psychosociaux. Les états de stress post-traumatique, ainsi que les troubles anxieux et dépressifs sont les plus fréquents de ces troubles.

2. Instruction de la demande de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident

La DAT peut être établie par l'employeur ou par la victime. Elle doit comporter les circonstances de l'accident, les noms et adresses des témoins ou de la première personne avisée. Elle peut être assortie de réserves lorsqu'elle est établie par l'employeur. Si elle est rédigée par la victime ou ses ayants droit, une copie sera adressée par la Cpm à l'employeur.

Le CMI doit décrire des lésions (anxiété, troubles du sommeil, maux de tête, irritabilité, palpitations, pensées intrusives, cauchemars, symptômes d'évitement...). La seule mention de facteurs de risque tels que « harcèlement moral » ou « stress » est insuffisante pour pouvoir qualifier le certificat de descriptif.

Le fait accidentel générateur d'un trouble psychosocial doit se définir par un événement soudain, c'est à-dire daté et précis. Les événements accidentels habituellement à l'origine de troubles psychosociaux ont pour caractéristiques alternatives :

- ✗ la rupture avec le cours habituel des choses,
- ✗ la brutalité de l'événement,
- ✗ son caractère imprévisible,
- ✗ son caractère exceptionnel.

la charte

des accidents du travail & maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail

Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail

- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 13 >>

Ainsi par exemple, des faits tels que « haie d'honneur humiliante au départ du salarié » ou « insulte et propos humiliant au cours d'un entretien annuel » sont des faits datés, précis, qui n'ont pas leur place dans le cadre d'une relation normale de travail.

En revanche, ne pourront être retenues comme fait accidentel des situations correspondant à des conditions normales de travail, comme par exemple:

- ✗ une simple commande de travail,
- ✗ un entretien périodique d'évaluation,
- ✗ une remarque de l'employeur sur la qualité du travail,
- ✗ un entretien disciplinaire ou un licenciement réalisé dans des conditions conformes au droit du travail.

Lorsque l'existence d'un fait accidentel est documentée, la caisse se prononce sur le caractère professionnel de l'accident. Dans le cas où l'accident est survenu au temps et au lieu du travail et que le lien entre les lésions mentionnées sur le CMI et le fait accidentel est établi, la caisse prend en charge l'accident au titre AT •

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail

Infection par le VIH

- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 14 >>

FICHE AT

INFECTION PAR LE VIH

Depuis 1989, des modalités particulières d'application de la législation professionnelle en cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) aux temps et lieu de travail ont été prévues.

L'infection par le VIH peut être considérée comme la conséquence d'un fait accidentel, sous les réserves suivantes :

- ✗ qu'il existe un fait localisable avec précision dans le temps ;
- ✗ que ce fait accidentel soit perçu comme potentiellement dangereux au regard de la contamination par le VIH ;
- ✗ que ce fait soit déclaré dans les 48 heures à la caisse avec un certificat médical initial décrivant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles ;
- ✗ que la victime se soumette à un suivi sérologique. Le 1^{er} test doit être pratiqué, sur prescription médicale, avant le 8^e jour suivant l'accident et doit être négatif. Deux autres tests de dépistage du VIH seront pratiqués (arrêté du 1^{er} août 2007 publié au JO du 11 août),
 - au 1^{er} et au 3^e mois à compter de la date de l'accident si la personne n'est pas mise sous traitement prophylactique ;
 - au 2^e et au 4^e mois à compter de la date de l'accident si elle bénéficie d'un traitement prophylactique.

Si la séroconversion intervient au-delà du troisième test (trois mois ou quatre mois selon le cas), le dispositif dérogatoire ne s'applique plus et le cas est alors traité comme toute lésion nouvelle ou rechute.

Les modalités pratiques d'application de ce dispositif réglementaire sont décrites dans le tableau suivant.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail

Infection par le VIH

- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise


MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

TABLEAU DE PROCÉDURE - INFECTION PAR LE VIH

PHASES	TEXTES	ELSM	CPAM	CARSAT
1. Suivi d'un accident potentiellement contaminant				
1.1. Réception de la DAT				
1.2. Information de la victime quant au suivi sérologique	Décret n°93-74 du 18/01/93 (JO du 20/01/93) Arrêté du 1 ^{er} août 2007 (JO du 11/08/2007) Circ. CNAMTS DGR n°37/93 ENSM n° 15/93 du 13/04/93 Circ. DRP 41/2007 du 19/09/2007		<ul style="list-style-type: none">• Informe par retour du courrier, la victime de l'obligation de se soumettre à un sérodiagnostic avant le 8^e jour qui suit l'accident, ainsi qu'à 2 autres tests :<ul style="list-style-type: none">- aux 1^{er} et 3^e mois en l'absence de traitement prophylactique- aux 2^e et 4^e mois en cas de mise en route d'un traitement prophylactique• Invite la victime à transmettre le résultat des tests, sous pli confidentiel, au médecin conseil, dans les meilleurs délais.• Informe le service médical.	
 Deux situations sont à étudier simultanément : d'une part, l'évolution des lésions initiales qui est à suivre comme tout autre AT, d'autre part, le suivi de la sérologie défini par la réglementation.				

la charte

des accidents du travail & maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail

Infection par le VIH

- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 16 >>

PHASES	TEXTES	ELSM	CPAM	CARSAT
1.3. Séropositivité dès le 1 ^{er} test	Décret n°93-74 du 18/01/93 Art. 1 ^{er} § 16.1.1	• Indique à la Cpm que la victime ne peut bénéficier des dispositions du décret et prend contact avec le médecin traitant.	• Notifie un refus d'ordre administratif se limitant aux indications du service médical avec indication des voies de recours (CRA).	• Inscrit l'accident au compte employeur et impute les dépenses au fait accidentel reconnu.
			Le refus d'ordre administratif ne concerne que l'état médical antérieur au fait accidentel. L'AT lui-même (piqûre, blessure...) reste pris en charge.	
1.4. Tous les tests sont négatifs ou non transmis à échéance des 3 mois ou des 4 mois selon le cas	Circ interministérielle DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS n°2008-91 du 13/03/2008	• Se prononce sur la guérison ou la consolidation des lésions de l'AT initial.	• En l'absence de certificat final, la caisse interroge l'ELSM sur la possibilité d'une guérison.	
		• Enregistre l'information concernant le suivi sérologique VIH • Attend la fin du 6 ^e mois pour se prononcer sur la guérison ou consolidation des lésions initiales de l'AT (suivi sérologique VHC).	• À l'échéance des 6 mois, notifie la décision avec indication de l'expertise comme voie de recours.	
1.5. Séroconversion dans les 3 ou 4 mois selon le cas	Circ. CNAMTS DRP n°3/2001 ENSM n° 1/2001 du 04/01/2001	• Avise le service administratif que la victime peut bénéficier des dispositions du décret.	• Notifie la prise en charge en demandant à la victime le nom de son médecin traitant. • Communique au SM les coordonnées du MT et la notice d'information à remettre à la victime	• Impute les dépenses liées à la séroconversion au compte employeur.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail

Infection par le VIH

- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 17 >>

PHASES	TEXTES	ELSM	CPAM	CARSAT
2. Suivi des cas de séropositivité dont le caractère professionnel a été reconnu				
2.1. Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)				
> Information de la victime	Loi n°2004-806 du 09/08/2004 (art.115 et 132 : transfert des missions du FITH à l'ONIAM) Circ. Min. DSS/AT/95/22 du 3/3/95 diffusée par Circ. DRP n°27/95 ENSM n°19/95 du 16/05/95 Circ. CNAMTS DRP n°3/2001 ENSM n°1/2001 du 04/01/2001	<ul style="list-style-type: none">• Informe rapidement la victime, par l'intermédiaire de son médecin traitant, qu'elle peut obtenir une indemnisation de solidarité de l'État sur production des pièces justificatives listées au chapitre 2 de la circulaire, qui doivent être retournées au médecin conseil.		
> Élaboration du dossier d'indemnisation	Circ. CNAMTS DRP n°27/95 ENSM n°19/95 du 16/05/95 Circ. CNAMTS DRP n°3/2001 ENSM n°1/2001 du 04/01/2001	<ul style="list-style-type: none">• Reçoit toutes les pièces.• Rédige éventuellement un rapport.• Transmet à la Cpm les pièces administratives auxquelles il joint, sous pli confidentiel, son rapport et les pièces médicales.	<ul style="list-style-type: none">• Adresse le dossier complet à l'ONIAM.	
2.2. Consolidation	Art. R. 434-35 Décret n°93-74 du 18/01/93 (JO du 20/01/93)	<ul style="list-style-type: none">• Statue sur la date possible de consolidation qui peut être la date de séroconversion.	<ul style="list-style-type: none">• Notifie cette décision dans les conditions habituelles*.	
2.3. Fixation du taux d'IP	Décret n°93-74 du 18/01/93 (JO 20/1) Barème IP § 16.1 Circ. CNAMTS DGR n°37/93 ENSM n°15/93 du 13/04/93	<ul style="list-style-type: none">• Le barème IP prévoit 3 fourchettes de taux selon le degré de déficit immunitaire auquel s'ajoute, le cas échéant, le taux fixé pour les séquelles propres à l'accident initial	<ul style="list-style-type: none">• Notifie cette décision dans les conditions habituelles* •	

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH

Reconnaissance du caractère
professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 18 >>

FICHE AT

RECONNAISSANCE DU CARACTÈRE PROFESSIONNEL D'UN MALAISE

1. Quelques définitions

Le terme « malaise » est défini par la Haute autorité de santé (HAS), dans les recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge diagnostique des pertes de connaissance brèves de l'adulte de mai 2008 comme « un terme imprécis », qui ne devrait pas être utilisé par les médecins, « regroupant des situations cliniques différentes ».

Le malaise est un sentiment de trouble, avec parfois défaillance physique, qui peut aller jusqu'à l'évanouissement. D'autres termes peuvent lui être assimilés : syncope, syncope vasovagale ou vagale, syncope réflexe, syncope neurogène, malaise vasovagal ou vagal, choc vagal, perte de conscience, perte de connaissance brève, drop attack, présyncope, lipothymie.

Le malaise vagal est un symptôme bénin défini comme une perte de connaissance, à début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte du tonus postural, avec un retour rapide à un état de conscience normal.

De nombreuses circonstances peuvent stimuler le système parasympathique : vue du sang, phobie de la foule, émotion forte (décès d'un proche, trac, examen...), grossesse, forte douleur, chaleur incommode, jeûne, station debout (transports en commun...), fatigue physique (liée au manque de sommeil), effort physique soudain. Dans certains cas, le facteur peut ne pas être retrouvé.

Les données épidémiologiques sont principalement issues de la littérature anglo-américaine. L'incidence et la récurrence augmentent avec l'âge, plus particulièrement après 70 ans. Dans la seule étude française prospective publiée, les syncopes représentent 1,21 % des admissions aux urgences. Le taux de personnes hospitalisées s'élève à 58 %, avec une prédominance pour les personnes plus âgées. La cause est trouvée pour 75,6 % de l'ensemble des syncopes. Parmi les patients quittant directement les urgences pour leur domicile, 57 % ont un diagnostic de malaise vagal.

Globalement, les recherches sur la cause des malaises permettent de préciser que les malaises sont dans environ :

- ✗ 25 % des cas d'origine cardiaque (infarctus, troubles du rythme, insuffisance coronarienne, rétrécissement aortique...)
- ✗ 25 % des cas d'origine non cardiaque (épilepsie, accident vasculaire cérébral, diabète, hypoglycémie, ORL...)
- ✗ 50 % des cas d'origine « inconnue » (malaise vagal)

La reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise doit s'appuyer sur la caractérisation du malaise par le médecin traitant lors de la rédaction du certificat médical initial et sur l'application ou non de la présomption d'imputabilité. Dans le cas d'un accident de trajet, la caisse étudie la notion de trajet protégé (article L. 411-2 du Code de la sécurité sociale)



la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH

Reconnaissance du caractère
professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 19 >>

2. Modalités pratiques d'instruction de la demande

La déclaration d'accident du travail (DAT) peut être établie par l'employeur ou par la victime. Elle doit comporter obligatoirement la date de l'accident, la date de la rédaction et la signature du rédacteur.

Le certificat médical initial (CMI) doit décrire des lésions : malaise vagal, ou vaso vagal, ou termes assimilés (cf §1 définitions), malaise hypoglycémique chez un diabétique, malaise d'origine cardiaque...

Les seules mentions de « malaise », « malaise à bilanter », « malaise non étiqueté », ou « sensation vertigineuse » ne suffisent pas pour qualifier le CMI de descriptif.

2.3. Instruction de la demande

2.3.1. La présomption d'imputabilité s'applique

Lorsque le malaise survient au temps et au lieu du travail ou durant le trajet protégé, le salarié bénéficie de la présomption d'imputabilité.

Pour renverser cette présomption, il appartient à l'employeur ou à la caisse de prouver que le travail n'a joué aucun rôle, si minime soit-il, dans la survenance de ce malaise.

2.3.1.1. Cas simples

✗ le malaise est considéré comme un malaise bénin s'il s'agit de :

- malaise vagal ou choc vagal
- malaise vaso-vagal
- syncope, syncope vasovagale ou vagale, syncope réflexe, syncope neurogène
- perte de connaissance ou de conscience brève
- lipothymie
- malaise orthostatique
- drop attack
- présyncope

et ce, sans mention de lésion traumatique secondaire ou d'état antérieur.

- ✗ il y a concordance entre la DAT et le CMI (circonstances précises de l'accident et concordance des lésions),
- ✗ il n'y a pas de réserves motivées formulées par l'employeur (ex : la mention d'une grossesse n'est pas une réserve motivée),
- ✗ il n'y a pas d'arrêt de travail ou un arrêt de travail initial court ≤ 7 jours.

Si toutes ces conditions cumulatives sont remplies, la caisse prend en charge le malaise au titre AT.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH

Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 20 >>

2.3.1.2. Cas complexes

Sont complexes les cas ne correspondant pas aux critères des cas simples cités au paragraphe précédent.

Par exemple :

- ✗ syncope suivant une crise d'épilepsie,
- ✗ malaise cardiaque par trouble du rythme,
- ✗ malaise hypoglycémique chez un diabétique.

Sont également des cas complexes :

- ✗ une absence de concordance entre la DAT et le CMI,
- ✗ les déclarations mentionnant une lésion traumatique secondaire ou un état antérieur,
- ✗ les DAT établies avec réserves motivées de l'employeur,
- ✗ les CMI avec arrêt de travail > à 7 jours.

Dans les cas complexes, la caisse procède à des investigations.

Si le médecin conseil estime que le malaise est dû à une cause précise connue, totalement étrangère à l'activité professionnelle, il indique à la caisse que le malaise n'est pas imputable au travail. La caisse rejette le caractère professionnel du malaise pour un motif d'ordre médical (voie de recours : expertise L. 141-1).

2.3.2. La présomption d'imputabilité ne s'applique pas

Le malaise n'a pas eu lieu au temps et au lieu du travail, ni durant le trajet protégé. Il appartient dans ce cas, à la victime de rapporter la preuve du lien avec le travail.

La victime peut demander à ce que le malaise soit reconnu en tant que sinistre professionnel au regard des conditions de travail (exemples : le malaise survient au domicile avant la journée de travail, le malaise survient au domicile après une journée avec des conditions de travail particulières : chaleur, charge de travail...).

Bien qu'il revienne à la victime d'apporter la preuve du lien entre le malaise et le travail, la caisse diligente une instruction administrative portant sur les conditions de travail. Cette instruction peut même porter sur des causes extraprofessionnelles dans le cas où la victime ou l'employeur les mentionnent.

À défaut de réponses aux questionnaires, précises et concordantes entre les parties, le recours à l'enquête est indispensable.

L'enquêteur doit notamment rechercher l'existence de conditions inhabituelles de travail et les décrire avec précision : chaleur, stress, surmenage, travaux pénibles, afin d'étayer la décision. Il doit recueillir le maximum d'informations auprès de l'employeur, des collègues, de l'entourage professionnel, sur les circonstances de l'accident et le lien éventuel du malaise avec le travail.

Auprès de la victime, il doit recueillir tous les éléments de preuve du lien du malaise avec le travail.

Pour reconnaître le caractère professionnel, la caisse doit avoir la certitude que les conditions de travail sont directement à l'origine du malaise.

Dans le cas où l'enquête administrative apporte la preuve de conditions inhabituelles de travail, la caisse interroge le médecin conseil sur l'imputabilité du malaise à ces conditions particulières.

Même quand la présomption d'imputabilité ne s'applique pas, une prise en charge du malaise au titre AT est possible.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH

Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 21 >>

3. Cas particulier des lésions entraînées par le malaise

Le principe est que « l'accessoire suit le principal ». Ainsi, dans le cas où la caisse a arrêté la décision de prendre en charge le malaise au titre AT, les lésions conséquentes du malaise sont aussi prises en charge au titre AT (ex : une DAT mentionnant un malaise et un CMI décrivant une entorse).

À l'inverse si le caractère professionnel du malaise est refusé, les lésions entraînées par le malaise ne seront pas prises en charge au titre AT.

Pour plus d'informations, dans les cas où le malaise serait suivi du décès de la victime, il convient de se reporter à la fiche de la Charte relative aux décès •

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 22 >>

FICHE MP

COMITÉ RÉGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CRRMP)

Les CRRMP ont été institués par l'article 7-1 de la loi n° 93-121 du 27/01/1993 portant diverses mesures d'ordre social. Leurs compétence, composition, mission, fonctionnement sont définis :

✗ Aux articles du Code de la sécurité sociale :

- L. 461-1
- R. 461-8 et 9
- R. 142-24-2
- R. 441-10 et 14
- D461-26 à 38

✗ Par la circulaire de la CNAMTS :

- Circulaire 1/2014 du 27 janvier 2014 diffusant la version actualisée du Guide pour les CRRMP

Le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles, fondé uniquement sur les tableaux et sur la présomption d'origine jusqu'en 1993, a été complété par la mise en place d'un système complémentaire ainsi que le préconisait le rapport Dorion¹.

Depuis cette date, ce système complémentaire permet de reconnaître le caractère professionnel d'affections inscrites – mais ne satisfaisant pas à certaines conditions énoncées dans les tableaux –, ou non inscrites aux tableaux. Cette procédure repose sur une expertise réalisée par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Lorsque la prise en charge n'est pas possible au titre des tableaux de maladies professionnelles, la caisse soumet le dossier au CRRMP dans les cas suivants :

- ✗ la maladie figure à un tableau, les conditions médicales réglementaires sont toutes réunies, mais manquent une ou plusieurs conditions administratives (alinéa 3 de l'article L. 461-1).
- ✗ il s'agit d'une maladie caractérisée non désignée dans un tableau et qui entraîne le décès ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (alinéa 4 de l'article L. 461-1).

¹La Modernisation de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. La Documentation française, juillet 1991



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

**Comité régional
de reconnaissance des maladies
professionnelles (CRRMP)**

- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 23 >>

1. Missions des CRRMP

Le comité est chargé d'établir :

- ✗ le **lien direct** entre le travail habituel de la victime et la maladie qui figure aux tableaux des maladies professionnelles lorsqu'une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition, ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies (alinéa 3 de l'article L. 461-1),
- ✗ le **lien direct et essentiel** entre le travail habituel et la maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle lorsqu'elle entraîne le décès de la victime ou une incapacité permanente au moins égale à 25 % (alinéa 4 de l'article L. 461-1).

La nature des missions du comité est d'ordre médical car elle porte sur les causes et la genèse de la maladie.

- ✗ le délai dont dispose le comité pour rendre son avis s'impute sur les délais réglementaires d'instruction²,
- ✗ l'avis motivé est adressé à l'organisme gestionnaire qui le notifie à la victime ou à ses ayants droit, à l'employeur,
- ✗ l'avis du comité s'impose à l'organisme gestionnaire.

2. Composition des comités

Chaque comité comprend :

- ✗ le médecin conseil régional ou son représentant³,
- ✗ le médecin inspecteur régional du travail ou son représentant,
- ✗ un professeur des universités – praticien hospitalier, ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans par le préfet de région sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

Le comité entend obligatoirement l'ingénieur conseil régional ou son représentant⁴.

Il peut entendre, si nécessaire, la victime et l'employeur.

²Pour les organismes habilités à gérer directement le risque, des modalités spécifiques sont prévues.

³Pour les régimes autres que le régime général, des dispositions spécifiques sont prévues.

⁴Pour les régimes autres que le régime général, des dispositions spécifiques sont prévues.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

**Comité régional
de reconnaissance des maladies
professionnelles (CRRMP)**

- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits léSIONNELS)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 24 >>

3. Compétence géographique

Le CRRMP compétent est celui qui a pour ressort territorial l'échelon régional du service médical dans lequel se situe la résidence de la victime⁵.

4. Fonctionnement du CRRMP

Le secrétariat permanent du comité est assuré par l'échelon régional du service médical.

Chaque comité adresse chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du travail un rapport d'activité dont le modèle est fixé par arrêté.

5. Composition du dossier

L'organisme gestionnaire transmet au CRRMP un dossier complet comprenant, en application de l'art. D. 461-29 :

- ✗ la demande motivée de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, signée par la victime ou ses ayants droit (en pratique, il s'agit de la déclaration de maladie professionnelle),
- ✗ le certificat médical détaillant les constatations du médecin (appelé également certificat médical initial),
- ✗ l'avis motivé du ou des médecins du travail, portant sur la maladie et la réalité de l'exposition aux risques présents dans l'entreprise ou les entreprises,
- ✗ le rapport circonstancié du ou des employeurs, décrivant les postes de travail successivement tenus, et permettant d'apprécier les conditions d'exposition à un risque professionnel,
- ✗ les conclusions des enquêtes administratives et/ou techniques,
- ✗ le rapport du service médical comportant nécessairement, dans le cas des maladies relevant du 4e alinéa de l'article L. 461-1, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente prévisible de la victime.

à noter | si le rapport de l'employeur et l'avis motivé du médecin du travail ne sont pas parvenus dans un délai d'un mois, l'instruction est poursuivie pour ne pas pénaliser l'assuré.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

**Comité régional
de reconnaissance des maladies
professionnelles (CRRMP)**

- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 25 >>

6. Gestion du dossier

La décision de transmettre un dossier au CRRMP est prise par l'organisme gestionnaire, en concertation avec le médecin conseil.

Le salarié demandeur et l'employeur sont informés et sont invités à venir consulter les pièces qui ont amenées l'organisme gestionnaire à prendre cette décision.

Puis l'organisme gestionnaire réunit l'ensemble des pièces du dossier et le transmet au secrétariat du CRRMP.

Les pièces médicales sont transmises en respectant le secret médical.

Dès réception de l'avis, l'organisme gestionnaire notifie immédiatement une décision conforme à l'avis motivé du comité indiquant les voies de recours.

7. Contentieux

Les litiges concernant le refus de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie par le CRRMP relèvent du contentieux général de la sécurité sociale.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale recueille, avant de délibérer, l'avis d'un CRRMP autre que celui qui s'est prononcé précédemment, en application de l'article R. 142-24-2 •

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

Particularités des tableaux n°97

et 98 (affections du rachis lombaire)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 26 >>

FICHE MP

PARTICULARITÉS DES TABLEAUX N°97 ET N°98

AFFECTIONS CHRONIQUES DU RACHIS LOMBAIRE PROVOQUÉES
PAR DES VIBRATIONS DE BASSES ET MOYENNES FRÉQUENCES TRANSMISES
AU CORPS ENTIER (N°97) OU PROVOQUÉES PAR LA MANUTENTION MANUELLE
DE CHARGES LOURDES (N°98)

1. Définitions médico-légales

Les tableaux 97 et 98 définissent un certain nombre de critères qui tous doivent être réunis pour permettre une reconnaissance de la maladie dans le cadre des tableaux :

- ✗ il doit s'agir d'une **affection chronique** : par consensus médical, une affection chronique du rachis lombaire est définie par une durée d'évolution au moins égale à 3 mois,
- ✗ la sciatique ou la radiculalgie crurale doit être provoquée par une hernie discale de topographie concordante avec l'atteinte radiculaire :
 - pour la sciatique, il faut que la hernie discale soit de niveau L4-L5 ou L5-S1,
 - pour la radiculalgie crurale, il faut que la hernie discale soit de niveau L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5;
- ✗ pour la définition de la topographie, on pourra se référer utilement aux schémas précisant l'innervation des principaux muscles, au tableau des réflexes, à la description de la topographie sensitive radiculaire de la peau figurant dans le barème indicatif d'invalidité des accidents de travail annexé au livre IV du Code de la sécurité sociale,
- ✗ **la hernie discale** doit être qualifiée explicitement dans le compte rendu de l'examen radiologique (scanner ou IRM),
- ✗ en cas de lésions sur plusieurs étages sur le même certificat, il convient de traiter les demandes étage par étage.

à retenir en
cas de multi
lésions

On doit instruire 2 demandes en cas de hernies à 2 niveaux différents même si elles sont toutes les deux responsables de sciatique ou de cruralgie.

On doit instruire 2 pathologies, par exemple, en cas d'une hernie discale et d'un canal lombaire étroit.

- ✗ La durée d'exposition au risque est de 5 ans et le délai de prise en charge de 6 mois pour les travaux inscrits sur la liste limitative correspondante,



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

Particularités des tableaux n°97

et 98 (affections du rachis lombaire)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 27 >>

✗ **pour le tableau n°97**, la liste limitative comporte les travaux et types d'engins exposant habituellement le corps entier aux vibrations de basses et moyennes fréquences (2 à 10Hz), quelle que soit leur taille ou leur puissance; les petits engins compacts de chantiers en font partie.

Il n'y a donc pas lieu de réaliser une métrologie des vibrations. La liste limitative doit être strictement respectée, les véhicules de transport de personnes (véhicules légers, autobus...) étant clairement exclus.

Pour les travaux et types d'engins non visés au tableau, le dossier doit être soumis au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

✗ **pour le tableau n°98**, la liste limitative comporte les travaux exposant habituellement à la manutention manuelle de charges lourdes. Aucune norme n'a été retenue dans le tableau. Les normes du code du travail valables pour le port occasionnel (30 kg pour les hommes et 15 kg pour les femmes) ne peuvent pas être applicables pour l'estimation du risque puisque le tableau vise des travaux habituels. Il convient d'évaluer non seulement la charge unitaire mais aussi le tonnage journalier et les distances de transfert manuel.

à retenir

La définition de « manutention manuelle » est celle retenue par l'article R.4541-2 du Code du Travail :

« On entend par manutention manuelle, toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs. »

- ✗ L'absence de manutention manuelle habituelle de charges lourdes doit donc conduire à un rejet pour non exposition au risque,
- ✗ pour les travaux non visés au tableau et comportant une manutention manuelle habituelle de charges lourdes, le dossier doit être soumis au CRRMP.

2. Les décisions à prendre selon les situations

2.1. Toutes les conditions prévues au tableau sont respectées

La prise en charge prend effet à la date du certificat médical qui fait état du lien possible entre la maladie et l'activité professionnelle.

2.2. Les conditions médicales du tableau sont remplies mais les conditions administratives ne le sont pas (durée d'exposition au risque, délai de prise en charge, liste limitative des travaux)

Le dossier est transmis au CRRMP.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

Particularités des tableaux n°97

et 98 (affections du rachis lombaire)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 28 >>

2.3. Il y a désaccord entre le médecin prescripteur et le médecin conseil sur le diagnostic en raison notamment :

- ✗ de la qualification de l'affection : le certificat médical indique « sciatique » ou « radiculalgie crurale » et le médecin conseil récuse ce diagnostic (il estime qu'il s'agit d'une lombalgie simple sans sciatique, ou de douleurs arthrosiques par exemple) ;
- ✗ de l'étiologie : le certificat médical indique « sciatique par hernie discale » ou « radiculalgie crurale par hernie discale » et le médecin conseil est d'accord sur l'affection lombo-radulaire mais il estime que l'origine n'est pas discale ;
- ✗ de la qualification de la hernie discale : le certificat médical indique « hernie discale » alors qu'à l'imagerie il s'agit d'un simple bombement sans conflit disco-radulaire ;

La caisse notifie un rejet d'ordre médical ouvrant droit, en cas de contestation, à l'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1.

2.4. L'affection déclarée ne correspond pas à la désignation de la maladie et il n'y a pas de litige sur le diagnostic

Les documents présentés par le malade (certificat médical, comptes rendus radiologiques) et les constatations du médecin conseil sont concordants :

- ✗ la pathologie n'est ni une sciatique ni une radiculalgie crurale, et, en imagerie, il n'existe pas de hernie discale (par exemple : lombalgie chronique) ;
- ✗ le CMI indique lombosciatique L5-S1 sans invoquer de hernie discale et l'imagerie ne retrouve pas de conflit disco-radulaire.

Il convient d'opposer un rejet administratif pour conditions médicales des tableaux non remplis sauf si l'IP résultante prévisible est estimée supérieure ou égale à 25 % auquel cas le dossier est transmis au CRRMP pour être examiné dans le cadre du 4^e alinéa de l'article L. 461-1.

à noter

Dans le cas des affections hors tableaux, si le certificat médical comporte plusieurs atteintes lombaires, il y a lieu d'instruire la demande comme une seule affection pour permettre la saisine du CRRMP et l'atteinte du seuil de 25 %.

Si le CMI indique lombosciatique L5 et S1 en l'absence de conflit disco radulaire à l'imagerie et dans la mesure où le CMI n'invoque pas de hernie discale, il s'agit d'un rejet administratif pour conditions médicales réglementaires non remplis.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

Particularités des tableaux n°97

et 98 (affections du rachis lombaire)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 29 >>

3. Cas particuliers

3.1. D'ordre médico-administratif

3.1.1. Sciatique ou radiculalgie crurale déjà opérée lors de la demande

Rien ne s'oppose à la prise en charge au titre du tableau 97 ou 98 si toutes les conditions du tableau étaient remplies au moment de la première constatation médicale de la maladie (désignation des maladies, délai de prise en charge et liste des travaux).

Toutefois, les prestations sont attribuées à compter de la date du certificat médical faisant état pour la première fois de l'origine professionnelle possible.

3.1.2. Existence d'une pathologie dégénérative antérieure ou d'une pathologie prédisposante

Quelles que soient les anomalies radiologiques (arthrose, spondylolisthésis, anomalie transitionnelle, scoliose...) associées à l'affection désignée dans les tableaux, le respect des conditions médicales et administratives du tableau est suffisant pour la reconnaissance.

3.2. D'ordre médical

La constatation d'une sciatique ou d'une radiculalgie crurale, la démonstration par imagerie d'une hernie discale et la concordance topographique sont les conditions médicales suffisantes pour la reconnaissance au titre des tableaux n°97 et n°98 ; il n'y a pas lieu d'exiger d'autres preuves de l'existence d'un conflit disco-radiculaire.

4. Référentiel

Guide du CRRMP 2014.

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)

Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 30 >>

FICHE MP

PARTICULARITÉS DU TABLEAU N°57

PARAGRAPHE ÉPAULE

Le paragraphe épaule du tableau n°57 prévoit un certain nombre de critères qui tous doivent être réunis pour permettre la reconnaissance automatique du caractère professionnel d'une maladie au titre du tableau.

1. Il doit s'agir d'une affection désignée dans la colonne de gauche du tableau

- ✗ tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs ;
- ✗ tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM ;
- ✗ rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM.

commentaire

La différence entre tendinopathie aiguë et tendinopathie chronique tient à l'ancienneté de l'évolution. Conformément aux définitions de la Haute autorité de santé (HAS), une tendinopathie devient chronique quand elle évolue depuis plus de trois mois. Cette durée d'évolution peut être appréciée notamment par les données de l'interrogatoire de l'assuré ou des comptes rendus d'examens ou de consultations.

1.1. Quelques précisions de terminologie médicale

- ✗ Une enthèse est un terme médical désignant les insertions osseuses de certaines structures comme les tendons, les capsules articulaires ou les ligaments,
- ✗ la pathologie de la coiffe des rotateurs (CDR) est un terme générique qui sous-tend une lésion de type dégénératif ou traumatique localisée aux tendons de la CDR (supra-épineux, infra-épineux, sub-scapulaire, petit rond (teres minor)) et/ou à leurs annexes (bourse synoviale...),
- ✗ la partie proximale du tendon du long biceps fait partie de la coiffe des rotateurs,
- ✗ le terme tendinite ne doit plus être utilisé, car ce terme laisse supposer qu'il s'agit d'une pathologie inflammatoire alors qu'il s'agit le plus souvent d'une tendinose microtraumatique et dégénérative.



la charte

des **accidents du travail** &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)

Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits léSIONNELS)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 31 >>

Focus sur les calcifications

- ✗ Les tendinopathies calcifiantes de l'épaule sont dues à des dépôts d'hydroxyapatite au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs. La plupart des calcifications ont tendance à se résorber. Il s'agit de dépôts calciques sur ou dans les tendons de la « coiffe des rotateurs », d'où l'appellation synonyme de « tendinopathie calcifiante de la coiffe »,
- ✗ les tendinopathies avec calcifications – à l'exception des enthésopathies calcifiantes – ont été exclues du tableau dans la mesure où aucune étude épidémiologique ne montre un lien entre cette pathologie et l'activité professionnelle,
- ✗ on différencie 4 types de calcifications selon l'aspect sur la radiographie standard. La classification la plus connue est celle de la Société Française d'Arthroscopie. On différencie ces différents types de calcifications car elles n'ont pas la même évolution et ne relèvent pas du même traitement.

Classification morphologique des calcifications de l'épaule

- ✗ Calcification de type A : calcification dense, homogène, à contours nets (20 % des cas),
- ✗ calcification de type B : calcification dense, cloisonnée, polylobée, à contours nets, c'est la plus fréquente (44 % des cas),
- ✗ calcification de type C : calcification qui apparaît inhomogène, à contours festonnés (32 % des cas),
- ✗ calcification de type D : calcification dystrophique d'insertion, dense, de petite taille en continuité avec le trochiter. Il s'agit d'une enthésopathie calcifiante à l'insertion du tendon sur le trochiter, c'est-à-dire ossification du tendon à son point d'attache sur l'os (4 % des cas).

à retenir

- Si le CMI rédigé par le médecin traitant indique « Tendinopathie » sans la qualification d'« aiguë » ou « chronique », le médecin-conseil doit tenir compte de l'ancienneté de l'affection à la date de rédaction du CMI.
 - Évolution < 3 mois : traiter la demande en « Tendinopathie aiguë »
 - Evolution > 3 mois : traiter la demande en « Tendinopathie chronique » avec nécessité d'un bilan de confirmation par IRM ou arthroscanner si contre-indication à l'IRM.
- « Douleurs de l'épaule » est un terme qui doit être précisé par les lésions qui en sont la cause. Par exemple : tendinopathie de la coiffe des rotateurs, bursite sous acromiale, acromio-claviculaire, capsulite rétractile, calcifications d'hydroxy-apatite...
- La présence de microcalcifications correspondant à des enthésopathies n'est pas un obstacle à la validation du diagnostic par le médecin-conseil.
- En cas de coexistence de macro et de micro calcifications d'insertion avec confirmation par IRM de tendinopathie chronique, il faut déterminer le tendon atteint et s'assurer qu'il n'est pas le siège de macrocalcifications ce qui conduirait à refuser administrativement le caractère professionnel de la maladie (tendinopathie calcifiante).
- En cas de rupture, l'absence de macrocalcification n'est pas exigée.
- Une capsulite rétractile non associée à une tendinopathie de la coiffe ne fait pas partie des pathologies listées dans le tableau.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)

Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 32 >>

1.2. Les examens complémentaires

Les diagnostics de tendinopathie chronique et de rupture de la coiffe des rotateurs doivent être objectivés par une IRM. En cas de contre-indication à l'IRM, l'arthroscanner permet de valider le diagnostic.

Exemples de contre-indication à l'IRM :

- ✗ corps étranger métallique intra-oculaire
- ✗ pace-maker
- ✗ neuro-stimulateur
- ✗ implants cochléaires
- ✗ valves cardiaques métalliques
- ✗ clip vasculaire sur anévrisme crânien ancien
- ✗ claustrophobie, etc.

En revanche, pour le diagnostic de tendinopathie aiguë de la coiffe des rotateurs aucun examen complémentaire spécifique n'est exigé. Cependant cette tendinopathie doit être non calcifiante, ce qui signifie implicitement qu'au moins un examen complémentaire d'imagerie a été réalisé et objective cette absence de calcification.

Il est rappelé que l'IRM ou l'arthroscanner sont des examens médicaux appartenant aux assurés et couverts par le **secret médical**. Seul le médecin-conseil peut en demander la communication afin de valider le diagnostic. C'est aussi le médecin-conseil qui atteste que l'examen a été réalisé à une date qu'il précise, validant ainsi le respect des conditions médicales réglementaires du tableau. Les examens et les comptes rendus ne sont pas communicables à l'employeur lors de la consultation du dossier.

- ✗ Cas de la **tendinopathie aiguë de l'épaule** pour laquelle **aucun compte rendu d'imagerie n'est fourni** : le médecin-conseil rend un avis défavorable, la preuve n'étant pas apportée que la pathologie est non calcifiante,
- ✗ cas d'une **tendinopathie chronique de l'épaule** objectivée par un **arthroscanner seul**, sans IRM (en l'absence de contre-indication à l'IRM après interrogation du rédacteur du CMI). Cet examen n'est pas suffisant pour valider le diagnostic, seul l'examen IRM permet de visualiser le tendon. Le médecin-conseil rend un avis défavorable,
- ✗ cas d'une **tendinopathie chronique de l'épaule** objectivée par **une échographie seule**. Cet examen n'est pas suffisant pour valider le diagnostic. Le médecin-conseil rend un avis défavorable,
- ✗ cas d'une **rupture de la coiffe des rotateurs** objectivée par un **compte rendu opératoire seul, sans IRM préalable**. Si le compte rendu opératoire mentionne la réparation chirurgicale d'un tendon de la coiffe des rotateurs, le médecin-conseil valide le diagnostic de rupture de la coiffe. En effet l'œil du chirurgien est, in fine, plus fiable que n'importe quel examen d'imagerie. Cependant, pour les experts qui ont contribué à la rédaction du tableau, la réalisation d'une IRM préalable à l'intervention est une règle de bonne pratique,
- ✗ cas d'un CMI mentionnant un libellé ne correspondant pas exactement à une des affections du tableau actuel (CMI mentionnant PSH, capsulite rétractile...) :
 - Si le CMI ne mentionne pas tendinopathie mais « syndrome acromio-claviculaire » ou « conflit sous acromial » ou « épaule douloureuse », et qu'aucun compte rendu d'imagerie ne permet d'identifier une tendinopathie : les conditions médicales ne sont pas remplies.
 - Si le CMI ne mentionne pas « tendinopathie » mais « syndrome acromio-claviculaire » ou « conflit sous acromial » ou « épaule douloureuse », et est accompagné d'un compte rendu d'IRM objectivant un discret signe de tendinopathie ; le médecin conseil demande au médecin rédacteur de compléter le CMI en mentionnant la tendinopathie.



la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)

Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits léSIONNELS)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 33 >>

2. Les conditions administratives

2.1. Exposition au risque et durée d'exposition

L'exposition au risque s'apprécie au regard du risque mentionné dans le titre du tableau : « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ». Tout salarié, soit effectue des gestes, soit tient une posture. Il ne peut donc pas y avoir de refus de prise en charge pour non exposition au risque dans le cadre du tableau 57.

Aucune durée d'exposition au risque n'a été fixée dans la tendinopathie aiguë.

Pour la tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM, la durée d'exposition est de 6 mois.

Pour la rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM la durée d'exposition est de 1 an.

2.2. Délai de prise en charge

C'est le délai maximum pouvant s'écouler entre la fin de l'exposition au risque et la date de première constatation médicale de la maladie.

Pour la tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante le délai de prise en charge est de 30 jours.

Pour la tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs, objectivée par IRM, le délai de prise en charge est de 6 mois.

Pour la rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs, objectivée par IRM, le délai de prise en charge est de 1 an.

2.3. Liste limitative des travaux

Dans le tableau 57, la liste des travaux est limitative. Si les travaux effectués par le salarié ne correspondent pas aux critères, le dossier est obligatoirement transmis au CRRMP.

Pour la tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante la liste limitative des travaux comporte des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé. Autrement dit le salarié effectue des gestes ou tient des postures le coude décollé du corps, sans appui, dans une position de type « main sur le cœur », ou son symétrique, pendant environ la moitié de sa journée de travail.

Pour la tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM, la liste limitative des travaux retient les mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction soit avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 2 heures par jour en cumulé ; soit avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins 1 heure par jour en cumulé. Autrement dit le salarié effectue des gestes ou tient des postures le coude décollé du corps, sans appui, dans une position de type « main sur le cœur », ou son symétrique, pendant environ 2 heures par jour ou dans une position où l'épaule et le poignet sont alignés à l'horizontale pendant 1 heure par jour environ.



la charte

des accidents du travail & maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)

Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)

- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 34 >>

Pour la rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM, la liste limitative des travaux retient les mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction soit avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 2 heures par jour en cumulé; soit avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins 1 heure par jour en cumulé.

La notion d' « abduction » de l'épaule est définie réglementairement « les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps », que ce soit latéralement ou vers l'avant.

LA DATE DE PREMIÈRE CONSTATATION MÉDICALE

C'est la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit posé (certificat médical attestant d'une première consultation lors de l'apparition des premiers symptômes, date d'un examen complémentaire...). Cette date est très importante tant pour la reconnaissance du caractère professionnel que pour la tarification. Elle oriente les investigations de l'agent enquêteur et confrontée aux données d'exposition permet d'apprécier le respect du délai de prise en charge et de la durée d'exposition.

Il appartient au médecin conseil de valider la date proposée par le médecin rédacteur du CMI et au besoin de fixer une date antérieure en fonction des éléments médicaux dont il dispose.

3. Cas particuliers

3.1. Tendinite déjà opérée lors de la demande

Rien ne s'oppose à la prise en charge au titre MP si toutes les conditions du tableau étaient remplies avant la chirurgie (désignation des maladies, délai de prise en charge et liste des travaux). Toutefois, les prestations sont attribuées à compter de la date du certificat médical qui fait le lien.

3.2. Existence d'une pathologie dégénérative antérieure ou d'une pathologie prédisposante associée.

Quelles que soient les autres anomalies radiologiques (arthrose...) associées à l'affection désignée dans le tableau et décrite sur le CMI, le respect des conditions médicales et administratives du tableau est suffisant pour la reconnaissance. C'est la présomption d'origine. Les autres affections du CMI seront traitées au titre des MP hors tableau et seront étudiés dans le cadre du CRRMP 4° alinéa de l'article L. 461-1 si l'IP prévisible est supérieure ou égale à 25 %.

4. Références

- × Décret n°201161315 du 17/10/2011
- × CIR-21/2011 du 04/11/2011 •

la charte

des accidents du travail & maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- **Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)**
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 35 >>

FICHE MP

PARTICULARITÉS DU TABLEAU N°57

PARAGRAPHE COUDE

Le paragraphe coude du tableau 57 prévoit un certain nombre de critères qui tous doivent être réunis pour permettre la reconnaissance automatique du caractère professionnel d'une maladie au titre du tableau.

1. Il doit s'agir d'une affection désignée dans la colonne de gauche du tableau

- ✗ tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial ;
- ✗ tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens ;
- ✗ hygroma : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude
 - forme aiguë
 - forme chronique
- ✗ syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épithrochléo-oléocranienne confirmé par électroneuromyographie (ENMG).

commentaire | La compression de la branche profonde du nerf radial à son entrée dans le court supinateur ou par l'arcade de Fröhse (syndrome du tunnel radial) est désormais reprise dans le tableau mais seulement quand elle est associée à une tendinopathie d'insertion des épicondyliens.

Les examens complémentaires

Le syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épithrochléo-oléocranienne doit être confirmé par une électroneuromyographie (ENMG).

Il est rappelé que l'ENMG est un examen médical appartenant aux assurés et couvert par le secret médical.

Seul le médecin-conseil peut en demander la communication afin de valider le diagnostic. C'est encore le médecin-conseil qui atteste que l'examen a été réalisé à une date qu'il précise, validant ainsi le respect des conditions médicales réglementaires du tableau. L'examen et les comptes rendus ne sont pas communicables à l'employeur lors de la consultation du dossier.



la charte

des accidents du travail & maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- **Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)**
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 36 >>

2. Les conditions administratives

2.1. Exposition au risque et durée d'exposition

L'exposition au risque s'apprécie au regard du risque mentionné dans le titre du tableau : « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ». Tout salarié effectue des gestes ou tient une posture. En conséquence, il ne peut y avoir de refus de prise en charge pour non exposition au risque dans le cadre du tableau 57. Une durée d'exposition est exigée seulement pour le syndrome canalaire du nerf ulnaire ; il est de 90 jours.

2.2. Délai de prise en charge

C'est le délai maximum pouvant s'écouler entre la fin de l'exposition au risque et la date de première constatation médicale de la maladie.

- ✗ Pour la tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens (anciennement appelée épicondylite) et la tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens (anciennement appelée épitrochléite), le délai de prise en charge est de 14 jours,
- ✗ pour l'hygroma aigu, il est de 7 jours et de 90 jours pour l'hygroma chronique,
- ✗ pour le syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-oléocranienne, il est de 90 jours.

2.3. Liste limitative des travaux

Dans le tableau 57, la liste des travaux est limitative. Si les travaux effectués par le salarié ne correspondent pas aux critères, le dossier est obligatoirement transmis au CRRMP.

Sont listés :

- ✗ pour la tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non au syndrome du tunnel radial, les travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination,
- ✗ pour la tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens, les travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination,
- ✗ pour l'hygroma aigu ou chronique des bourses séreuses, les travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude,
- ✗ enfin pour le syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-oléocranienne les travaux comportant habituellement des mouvements répétitifs et / ou des postures maintenues en flexion forcée même s'il n'y a pas d'appui sur la face postérieure du coude ou des travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.

à retenir | Les termes « flexion forcée » s'appliquent autant aux « mouvements répétitifs » qu'aux « postures maintenues ».



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)

Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)

- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 37 >>

LA DATE DE PREMIÈRE CONSTATATION MÉDICALE

C'est la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit posé (certificat médical attestant d'une première consultation lors de l'apparition des premiers symptômes, date d'un examen complémentaire...). Cette date est très importante tant pour la reconnaissance du caractère professionnel que pour la tarification. Elle oriente les investigations de l'agent enquêteur et confrontée aux données d'exposition permet d'apprécier le respect du délai de prise en charge et de la durée d'exposition.

Il appartient au médecin conseil de valider la date proposée par le médecin rédacteur du CMI et au besoin de fixer une date antérieure en fonction des éléments médicaux dont il dispose.

3. La prise de décision

3.1. Toutes les conditions prévues au tableau sont respectées

La caisse notifie la prise en charge.

3.2. Le médecin rédacteur du CMI et le médecin conseil sont d'accord sur le diagnostic mais tous les critères prévus dans la colonne de gauche du tableau ne sont pas réunis

Exemple : les documents présentés par le malade (certificat médical, comptes rendus...) et les constatations du médecin conseil sont concordants : la pathologie est un syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne mais elle n'a pas été confirmée par l'ENMG.

La caisse notifie un rejet d'ordre administratif.

3.3. Il n'y a pas de litige sur le diagnostic mentionné sur le CMI mais cette affection ne figure pas dans la colonne « désignation de la maladie »

Par exemple : le CMI mentionne un syndrome du tunnel radial isolé, les éléments du dossier ne montrent pas d'association à une tendinopathie d'insertion des épicondyliens. Il convient d'instruire la demande dans le cadre du 4^e alinéa de l'article L. 461-1.

Dans le cas des affections hors tableaux, les affections bilatérales doivent continuer à être traitées comme une seule affection (exemple : arthropathie radio cubitale bilatérale du coude) pour permettre la saisine du CRRMP (atteinte éventuelle du seuil de 25%).

L'arthrose du coude (frange synoviale, ligament annulaire...) sera étudiée au titre du tableau MP 69.



la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- **Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)**
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 38 >>

3.4. Il y a désaccord entre le médecin prescripteur et le médecin conseil sur le diagnostic mentionné sur le CMI

Les éléments disponibles évoquent un autre diagnostic notamment :

- ✗ un syndrome du tunnel radial isolé (alors que le CMI précise qu'il est associé à une tendinopathie d'insertion des épicondyliens),
- ✗ une névralgie cervico brachiale C6,
- ✗ un syndrome du défilé thoraco-brachial.

La caisse notifie un rejet d'ordre médical ouvrant droit, en cas de contestation, à l'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale.

3.5. Les conditions médicales du tableau sont remplies mais toutes les conditions administratives ne le sont pas (durée d'exposition au risque, délai de prise en charge, liste limitative des travaux).

Le dossier est transmis au CRRMP au titre de l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale.

4. Cas particuliers

4.1. D'ordre médico-administratif

4.1.1. Tendinite déjà opérée lors de la demande

Rien ne s'oppose à la prise en charge au titre de la MP si toutes les conditions du tableau étaient remplies au moment de la première constatation médicale de la maladie (désignation des maladies, délai de prise en charge et liste des travaux).

Toutefois, les prestations sont attribuées à compter de la date du certificat médical qui a fait le lien.

4.1.2. Pathologie dégénérative antérieure ou pathologie prédisposante associée

Quelles que soient les autres anomalies (arthrose...) associées à l'affection désignée dans le tableau et décrite sur le CMI, le respect des conditions médicales et administratives du tableau est suffisant pour la reconnaissance, c'est la présomption d'origine. Les autres affections du CMI seront traitées au titre des MP hors tableau et seront étudiées dans le cadre du CRRMP 4^e alinéa de l'article L 461-1 du Code de la sécurité sociale si l'IP prévisible est égale ou supérieure à 25 %.

5. Références

- ✗ Décret n°2012-937 du 1^{er} août 2012
- ✗ Circulaire CIR-20/2012 du 04/10/2012 •

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)

**Particularités du tableau n°42
(atteinte auditive provoquée
par les bruits lésionnels)**

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 39 >>

FICHE MP

PARTICULARITÉS DU TABLEAU N°42

ATTEINTE AUDITIVE PROVOQUÉE PAR LES BRUITS LÉSIONNELS

1. Définition médico-légale

Le tableau n°42 définit un certain nombre de critères qui doivent tous être réunis pour permettre une reconnaissance automatique de la maladie.

✗ Le diagnostic d'hypoacousie de perception est établi par :

- une audiométrie tonale liminaire et une audiométrie vocale dont les résultats doivent être concordants,
- en cas de non-concordance, par impédancemétrie et recherche du réflexe stapédien ; (l'absence de réflexe stapédien fait évoquer une surdité de transmission) ; ou à défaut, par l'étude du suivi audiométrique professionnel réalisé en médecine du travail par exemple,
- les audiométries doivent être réalisées en cabine insonorisée avec un audiomètre calibré.

Il appartient au médecin conseil de vérifier que les exigences techniques de réalisation de l'audiométrie sont remplies. Pour cela il réclame une attestation à l'ORL. Cette attestation peut prendre la forme d'une attestation générique de l'ORL pour l'ensemble de ses audiogrammes ou d'une mention présente sur chaque audiogramme. Le médecin conseil indiquera à son tour dans l'avis qu'il transmet à la caisse, que cette condition technique réglementaire (présence de l'attestation) est bien remplie.

En absence de cette attestation, le service du contrôle médical met tout en œuvre pour l'obtenir avant la fin des délais réglementaires. S'il ne la reçoit pas, la caisse notifie un refus administratif pour conditions médicales réglementaires non remplies.

Les caisses et les services médicaux peuvent rappeler aux ORL susceptibles de réaliser des audiogrammes à l'appui d'une demande de MP 42 que les conditions réglementaires imposent qu'ils soient réalisés en cabine insonorisée, avec un audiomètre calibré.

- La « surdité » peut être accompagnée ou non d'acouphènes.

✗ Le déficit doit atteindre au moins 35 dB sur la meilleure oreille. Il est la moyenne des déficits mesurés sur les fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hertz (soit la somme des déficits constatés sur ces quatre fréquences divisée par quatre).

- Aucun seuil de « tolérance » n'est possible le seuil de 35 décibels doit être atteint.
- La presbyacousie :

Il n'y a pas lieu de tenir compte d'une presbyacousie de façon systématique en se basant sur des données statistiques avec application d'un abattement d'un demi-décibel par année d'âge au-dessus de quarante ans. La prise en compte d'un état antérieur et/ou indépendant de la maladie professionnelle ne peut se faire que par une appréciation concrète et motivée de chaque cas individuel lors de l'évaluation de l'IP.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)

Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 40 >>

- ✗ **La surdité professionnelle est une surdité de perception**, et non de transmission, et le déficit moyen doit donc être calculé sur la courbe osseuse, selon les modalités définies au tableau,
- ✗ **l'audiométrie évaluant le déficit doit être effectuée au moins trois jours** après cessation de l'exposition aux bruits lésionnels,
- ✗ **la durée d'exposition au risque** est d'un an minimum pour les travaux inscrits sur la liste limitative, à l'exception de la mise au point des propulseurs, réacteurs et moteurs thermiques où elle est réduite à trente jours. Le tableau ne mentionne pas d'obligation d'exposition en continu. Si le salarié n'a pas été exposé pendant la durée minimale requise, le dossier doit être transmis au CRRMP (3^e alinéa),
- ✗ **le délai de prise en charge** est d'un an. Si l'audiométrie a été réalisée plus d'un an après la cessation de l'exposition au bruit, le délai de prise en charge est dépassé, le dossier doit être transmis au CRRMP (3^e alinéa),
- ✗ **la liste des travaux est limitative**. Elle décrit les différents travaux susceptibles de provoquer une atteinte auditive mais ne fait pas mention d'un seuil quantitatif d'intensité sonore. Si le salarié n'a pas effectué les travaux listés, le dossier doit être transmis au CRRMP (3^e alinéa).

à noter { L'audiométrie est un examen médical, couvert par le secret médical. Il est réclamé et conservé par le service du contrôle médical jusqu'à l'évaluation de l'IP. Il ne doit pas être détenu par le service administratif de la Cpm et n'est pas consultable par l'employeur au cours de la phase de consultation des pièces en fin d'instruction.

2. Les décisions possibles lors de la demande de prise en charge

2.1. Toutes les exigences du tableau sont respectées

La caisse notifie un avis favorable de prise en charge dans le cadre du tableau.

Conformément à l'article L. 461-1, 1^{er} alinéa, la date administrative de la maladie est fixée à la date du certificat médical qui fait le lien entre la pathologie et l'activité professionnelle.

2.2. L'assuré ne fournit pas l'audiogramme ou l'assuré fournit un audiogramme qui n'a pas été réalisé dans les conditions requises

Par exemple :

- ✗ le compte rendu d'examen audiométrique n'est pas produit à la fin du délai complémentaire d'instruction malgré les relances à l'assuré,
- ✗ l'audiogramme a été réalisé pendant l'exposition au risque ou après un temps de non exposition inférieur à trois jours,



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)

Particularités du tableau n°42

(atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 41 >>

✗ l'audiogramme ne comprend pas de courbe vocale ou de courbe osseuse,

✗ l'audiogramme a été réalisé dans une cabine non conforme.

La caisse notifie un refus de prise en charge de la MP, d'ordre administratif, pour conditions médicales réglementaires non remplies.

2.3. L'assuré fournit l'audiogramme réalisé dans les conditions requises mais il y a discordance entre les courbes

Dans ce cas, le médecin conseil demande à l'assuré de fournir les examens supplémentaires prévus par le tableau (impédancemétrie et recherche du réflexe stapédien ou, à défaut, le suivi audiométrique professionnel). Il est indispensable d'expliquer à l'assuré les conséquences de l'absence de communication des pièces complémentaires avant la fin du délai d'instruction.

✗ Soit l'assuré ne les fournit pas. Un refus administratif est notifié à l'assuré en fin de délai,

✗ soit l'assuré les adresse au service médical et ils confirment le diagnostic. Dans ce cas, l'instruction du dossier est poursuivie,

✗ soit les examens transmis au service médical ne confirment pas le diagnostic. La caisse notifie un refus d'ordre administratif.

2.4. L'assuré fournit l'audiogramme réalisé dans les conditions requises mais un ou plusieurs critères administratifs ne sont pas respectés

Les trois cas suivants relèvent de la compétence du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (article L. 461-1 3° alinéa).

✗ le délai de prise en charge est dépassé

Le délai de prise en charge doit être apprécié par rapport à la date de première constatation médicale qui ne correspond pas nécessairement à celle de l'audiogramme remplissant les exigences du tableau et pris en considération pour la reconnaissance du caractère professionnel. Un examen antérieur a pu être réalisé caractérisant l'hypoacousie provoquée par les bruits lésionnels. Cet examen peut être pris en compte pour la détermination de la date de première constatation médicale, même s'il ne remplit pas toutes les exigences du tableau (par exemple un audiogramme réalisé en période de travail ou sans courbe vocale). Cependant, dans tous les cas, il doit comporter une courbe osseuse permettant de constater un déficit perceptif sur la meilleure oreille d'au moins 35 dB.

✗ la durée d'exposition au risque (un an, réduite à 30 jours pour la mise au point des propulseurs, réacteurs et moteurs thermiques) est insuffisante,

✗ l'exposition au bruit résulte de travaux qui ne figurent pas sur la liste limitative.

2.5. L'assuré fournit un audiogramme réalisé dans les conditions requises mais le déficit moyen sur la meilleure oreille est inférieur à 35 dB

Le médecin rédacteur du CMI et le médecin conseil sont d'accord. Le déficit auditif est inférieur à 35 dB. La caisse notifie un rejet d'ordre administratif pour conditions médicales réglementaires des tableaux non remplies. La voie de recours est celle du contentieux général (CRA, TASS).



la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)

**Particularités du tableau n°42
(atteinte auditive provoquée
par les bruits lésionnels)**

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 42 >>

2.6. L'assuré fournit un audiogramme réalisé dans les conditions requises, mais il y a un litige d'ordre médical

Il s'agit de situations exceptionnelles où le médecin conseil est en désaccord avec le diagnostic.

- ✗ Il peut s'agir d'une hypoacousie que le médecin conseil estime être entièrement imputable à une étiologie non professionnelle. Dans ce cas, il est dans l'obligation d'apporter la preuve que l'exposition aux bruits professionnels n'a en rien contribué à la survenue ou à l'aggravation de l'hypoacousie,
- ✗ il peut s'agir d'un désaccord avec l'ORL sur le mode de calcul du déficit auditif.

La caisse notifie un avis défavorable d'ordre médical, le recours étant l'expertise médicale (article L. 141-1).

3. Les indemnités journalières

Cette affection ne nécessite qu'exceptionnellement un arrêt de travail. En cas de prescription, le service administratif interroge systématiquement le médecin conseil. Dans l'attente de son avis, l'indemnisation est effectuée, à titre provisionnel, sur la base de l'assurance maladie. Le médecin conseil donne son avis sur la justification médicale et, en cas de refus, le litige relève de l'expertise médicale.

4. La consolidation

La date de consolidation est fixée par la Cpm à la date du certificat médical si l'audiométrie réalisée dans les conditions du tableau est antérieure à celui-ci. Ou à la date de l'audiométrie si elle a été réalisée postérieurement à la rédaction du CMI.

Il n'est pas nécessaire de réclamer un certificat médical final.

Dans le cas exceptionnel où l'arrêt de travail prescrit est justifié au titre de la maladie professionnelle par le service du contrôle médical, la date de la consolidation est repoussée à la fin de celui-ci.

à noter | La prise en charge et le renouvellement de l'appareillage par prothèse auditive est possible au titre de la législation des AT MP (soins post-consolidation).



la charte

des accidents du travail & maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)

Particularités du tableau n°42
(atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

- Suivi post-professionnel

<< page 43 >>

5. L'indemnisation de l'IP

Le point de départ de l'indemnisation est fixé au lendemain de la date de consolidation.

Les courbes de l'audiogramme sont à annexer au rapport IP.

Conformément au Barème indicatif d'invalidité accidents du travail – maladies professionnelles le déficit auditif indemnisable sera évaluée, sur l'audiométrie tonale en conduction osseuse, en appliquant les coefficients de pondération (2, 4, 3, 1) aux déficits mesurés sur les fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hertz, et non pas en calculant la moyenne arithmétique simple. Le déficit constaté pour l'indemnisation sera donc différent de celui pris en compte pour la reconnaissance. Il peut en particulier être inférieur à 35 dB, cette éventualité étant prévue par le barème.

Si l'hypoacousie est accompagnée d'acouphènes, leur indemnisation est évaluée en tenant compte de leur durée, de leur intensité, de leur retentissement selon le barème. Ce taux s'ajoute par simple addition à celui afférent à la surdité.

à noter En cas de contentieux à l'initiative de l'employeur sur le taux d'IP, le service médical transmet l'entier rapport au médecin expert désigné par le TCI et au médecin de l'employeur. L'entier rapport doit comporter tous les éléments médicaux contribuant à la fixation du taux d'IP. En matière de surdité, l'audiogramme, c'est à dire les différentes courbes de déficit auditif sont annexées au rapport d'IP. La victime est informée de cette transmission.

6. Rechute - aggravation

Aucune aggravation ne peut être prise en compte, sauf en cas de nouvelle exposition. Ainsi l'aggravation du déficit, après expiration du délai de prise en charge, est uniquement prise en compte en cas de nouvelle exposition au risque dans les conditions prévues au tableau n°42.

En conséquence il ne peut y avoir ni rechute, ni révision d'IP sans nouvelle exposition qui doit être en tout point conforme à celle exigée pour la reconnaissance.

Cela signifie que, selon la nature des travaux effectués, la nouvelle durée d'exposition précédant l'aggravation doit être au moins d'un an (ou de trente jours dans certains cas).

Si les conditions de nouvelle exposition ne sont pas remplies, la caisse doit étudier le dossier comme une première demande, c'est-à-dire valider toutes les conditions exigées par le tableau 42.

L'assuré doit fournir un nouvel audiogramme tonal et vocal concordant pour permettre au médecin conseil d'apprécier l'aggravation du déficit et évaluer un nouveau taux d'IP.

Cette nouvelle indemnisation est considérée comme une aggravation de la maladie professionnelle déjà indemnisée et non comme une nouvelle affection •

la charte

des accidents du travail &
maladies professionnelles

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

Suivi post-professionnel

<< page 44 >>

FICHE AUTRES PRESTATIONS

SUIVI POST-PROFESSIONNEL

Peuvent bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle :

- ✗ les personnes qui cessent d'être exposées à un risque professionnel susceptible d'entraîner une affection mentionnée aux tableaux de maladies professionnelles n°25, 44, 91 et 94 (silice et oxyde de fer), en application de l'article D. 461-23,
- ✗ les personnes inactives, demandeurs d'emploi ou retraitées ayant été exposées, au cours de leur activité professionnelle, à des agents cancérogènes, en application de l'art. D. 461-25.

Les enjeux

- ✗ dépister le plus précocement possible une maladie liée à une activité professionnelle,
- ✗ faire le lien entre une exposition à un risque professionnel et une pathologie survenant même très longtemps après la fin de cette exposition.

Rôle de la caisse primaire d'assurance maladie

La Cnam délivre les prises en charge de suivi post-professionnel (SPP) aux assurés qui en font la demande selon les modalités prévues dans la circulaire CABDIR n°1/96 du 31/01/96 modifiées par la circulaire CIR-11/2012 du 10 avril 2012.

Elle règle directement les honoraires aux professionnels de santé.

Toutefois, dans deux cas prévus par les textes, elle doit interroger le service médical avant de délivrer la prise en charge :

- ✗ Lorsque le médecin chargé du suivi demande :
 - la prise en charge d'examen supplémentaires, non prévus dans le protocole de surveillance,
 - un délai plus court entre deux bilans.
- ✗ Lorsque le ou les agents incriminés ne figurent pas à l'annexe II de l'arrêté du 6 décembre 2011.



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

Suivi post-professionnel

<< page 45 >>

Rôle du service médical

Lorsque l'agent incriminé ne figure pas à l'annexe II de l'arrêté du 6 décembre 2011, la caisse interroge le médecin conseil référent chargé des maladies professionnelles sur le plan régional. Si nécessaire il prend l'attache de l'ingénieur conseil référent MP de sa région.

Modifications intervenues en 2011

Les modalités de surveillance des personnes exposées à l'amiante et aux poussières de bois ont été modifiées par l'arrêté du 6 décembre 2011 (JO du 15/12/2011) qui modifie l'annexe II de l'arrêté du 28 février 1995.

✗ **Pour l'amiante**, les modalités de la surveillance sont celles recommandées par la HAS dans le protocole d'imagerie médicale pour le suivi post-professionnel des personnes exposées à l'amiante (octobre 2011).

Les examens désormais pris en charge par les organismes de sécurité sociale dans le cadre du SPP amiante sont :

une consultation médicale et un scanner thoracique :

- tous les 5 ans pour les personnes ayant été fortement exposées,
- tous les 10 ans en cas d'exposition de catégorie intermédiaire.

Les modalités techniques de réalisation du scanner thoracique de dépistage sont précisées dans le protocole d'imagerie médicale validé par la HAS.

La radiographie pulmonaire standard et les explorations fonctionnelles respiratoires n'ont plus leur place dans le dépistage des affections pleuro-pulmonaires liées à l'amiante.

Une deuxième lecture effectuée par un radiologue ayant satisfait aux exigences d'une formation appropriée est recommandée. En cas de divergence, une troisième lecture devra être faite par un expert.

La prise en charge du scanner thoracique se fait selon les modalités habituelles [acte CCAM + forfait technique] (CIR-11/2012 page 2).

✗ **Pour les poussières de bois**, les modalités de surveillance sont désormais celles validées par la HAS et l'INCA en janvier 2011 : **un examen médical par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et une nasofibroscopie** tous les 2 ans pour les personnes ayant été exposées dans les conditions prévues par les recommandations produites par la société française de médecine du travail (annexe 4 de la CIR-11/2012).

✗ **Le financement du SPP** a été modifié par le décret n°2011-2033 du 29 décembre 2011, afin, notamment, de permettre un suivi des dépenses engagées à ce titre. Depuis le 1^{er} janvier 2012, la prise en charge de celles-ci se fait sur le Fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNAT) et plus sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS).



la charte

des **accidents du travail & maladies professionnelles**

Mise à jour
décembre 2015

ACCIDENTS DU TRAVAIL

- Prise en charge d'un décès au titre du risque AT/MP
- Décès par suicide et accident de travail
- Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail
- Infection par le VIH
- Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

MALADIES PROFESSIONNELLES

- Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- Particularités des tableaux n°97 et 98 (affections du rachis lombaire)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe épaule)
- Particularités du tableau n°57 (paragraphe coude)
- Particularités du tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels)

AUTRES PRESTATIONS

Suivi post-professionnel

<< page 46 >>

Référentiels

- × Articles D. 461-23 et D. 461-25
- × Arrêté du 28 février 1995 (JO du 22/03/1995)
- × Arrêté du 06 décembre 2011 (JO du 15 décembre 2011)
- × Décret n°2011-2033 du 29 décembre 2011
- × CIR CABDIR n°1/96 du 31/01/1996
- × CIR-11/2012 du 10/04/2012 et annexes •