



LA CHARTE

des maladies professionnelles

Mise à jour octobre 2018

LA CHARTE

des maladies professionnelles

SOMMAIRE

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

Mise à jour
octobre 2018

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 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 Cnam :
 - 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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

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.

Mise à jour
octobre 2018

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

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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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

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 •

Mise à jour
octobre 2018

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 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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

- > **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 10 Hz), 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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

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-radiculaire 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-radiculaire;

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-radiculaire.

Il convient d'opposer un rejet administratif pour conditions médicales des tableaux non remplies 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 radiculaire 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 remplies.

LA CHARTE

des maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 >>

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 •

Mise à jour
octobre 2018

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 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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

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.
 - Evolution < 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.

Mise à jour
octobre 2018

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

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.

Mise à jour
octobre 2018

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

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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 15 >>

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^e 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 •

Mise à jour
octobre 2018

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 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 >>

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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 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 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 >>

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 •

Mise à jour
octobre 2018

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 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 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 Cpam 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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

- > 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^e 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.

LA CHARTE

des maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 >>

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).

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 Cnam 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 >>

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 •

Mise à jour
octobre 2018

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 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 cancérigènes, en application de l'art. D. 461-25.

1. 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.

2. Rôle de la caisse primaire d'assurance maladie

La Cpm 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'examens 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.

Mise à jour
octobre 2018

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

3. 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.

4. 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 maladies professionnelles

Mise à jour
octobre 2018

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 >>

5. 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 •

SECURITE SOCIALE



l'Assurance Maladie

RISQUES PROFESSIONNELS