

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

13/04/93

Origine :

DGR

ENSM

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM

- les Médecins Conseils Régionaux

- le Médecin Chef de Service de la Réunion

- les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

- les Médecins Conseils

(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 37/93 - ENSM n° 15/93

Plan de classement :

260

Objet :

MODALITES D'APPLICATION DE LA LEGISLATION RELATIVE AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET AUX MALADIES PROFESSIONNELLES, EN CAS D'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNO-DEFICIENCE HUMAINE (VIH) AUX TEMPS ET LIEU DU TRAVAIL.

Pièces jointes :

0 4

Liens :

Com.circ	DGR	2422/89	ENSM	1320/89
Com.circ	DGR	2630/91	ENSM	1426/91
Com.circ	DGR	2693/91	ENSM	1459/91
Com.circ	DGR	2793/92		

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

REGL / Chantal HALIMI.-ENSM / Laure PRESTAT

Téléphone :

42.79.32.07.-.42.79.31.48

@

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical**

13/04/93

MMES et MM les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine : MMES et MM
DGR - les Médecins Conseils Régionaux
ENSM - le Médecin Chef de Service de la Réunion
- les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux
- les Médecins Conseils

(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 37/93 - ENSM n° 15/93

Objet : Modalités d'application de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, en cas d'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) aux temps et lieu de travail.

L'attention des organismes est appelée à propos de la parution au journal officiel en date du 20 janvier 1993 du *décret n° 93-74 du 18 janvier 1993* portant modification du barème indicatif d'invalidité en matière d'accident du travail ainsi que de *l'arrêté du 18 janvier 1993* fixant les modalités du suivi sérologique des personnes victimes d'accident du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immuno-déficience humaine.

Le décret et l'arrêté précités consacrent sur le plan réglementaire une partie du dispositif appliqué jusqu'à ce jour au profit des victimes d'accident du travail entraînant un risque de contamination par le VIH. en application de la lettre ministérielle du 9 octobre 1989 (réf bureau AT 89-45 M) diffusée aux organismes par *circulaire CNAMTS DGR n° 2422/89 - ENSM n° 1320/89 du 23 novembre 1989*.

L'article 1er du décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 insère au barème indicatif d'invalidité mentionné à *l'article R. 434-35 du code de la sécurité sociale*, **un chapitre 16 dénommé "système immunitaire"** relatif à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

En outre, le décret en Conseil d'Etat :

- fixe les règles médico légales qui président à l'établissement d'un lien de causalité entre l'accident et une séroconversion ultérieure, en prévoyant la réalisation d'un test de dépistage avant le huitième jour suivant le fait accidentel, tandis que les nouvelles modalités ramènent de 1 an à **6 mois** le suivi sérologique.
- indique les taux d'incapacité permanente qu'il convient de retenir en fonction des différents stades de la séroconversion et de son évolution clinique.
- fixe comme date possible de consolidation la date de séroconversion.

Le Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration par circulaire DSS/AT/32 du 23 mars 1993, que vous trouverez en annexe 1 de la présente circulaire, apporte certaines précisions en la matière.

La présente circulaire complète ces précisions afin de permettre une bonne gestion des dossiers accident du travail en cause.

I - LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DU VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE AU TITRE DE LA LEGISLATION PROFESSIONNELLE

1°) Les conditions relatives à l'accident

Le point **16-1** du décret intitulé "**infection par le virus de l'immunodéficience humaine**" énonce les mêmes critères que ceux qui ont été définis par la lettre ministérielle du 9 octobre 1989 et qui sont actuellement appliqués par les organismes. Ainsi :

- la lésion doit donc être la conséquence d'un fait accidentel,
- aux temps et lieu du travail,
- contaminante eu égard aux circonstances de sa survenue (par exemple, piqûre avec une aiguille souillée, projection inopinée de sang ou de liquides biologiques contaminés sur une muqueuse ou sur une lésion cutanée).

2°) La reconnaissance du caractère professionnel de la séropositivité suppose un suivi sérologique.

Le suivi sérologique

Pour que la victime puisse invoquer valablement le rattachement d'une séroconversion au fait accidentel, le décret énonce au point 16.1.1 deux conditions :

- **une sérologie négative** doit avoir été constatée **avant le huitième jour** suivant le fait accidentel,
- en complément à ce premier test, **un suivi sérologique** de la victime doit être réalisé.

C'est l'article 1er de l'arrêté du 18 janvier 1993 qui stipule qu'outre le test prévu par le décret (soit le premier test à réaliser avant le huitième jour suivant le fait accidentel), deux autres tests doivent également être pratiqués au cours du troisième mois et du sixième mois suivant la date de l'accident.

Ces dispositions impliquent qu'à compter du 22 janvier 1993, soit 1 jour franc après la date de parution au J.O. du décret, le suivi sérologique doit s'effectuer sur **6 mois** au lieu d'une année, aussi bien pour les nouveaux accidents que pour les dossiers en cours et ce, dans un but de simplification.

REMARQUE

Le délai de réalisation du premier test est ramené de 8 jours à 7 jours.

En effet, la lettre ministérielle avait prévu que le premier test devait être pratiqué dans un délai de 8 jours maximum après l'accident.

Or, en stipulant que la sérologie négative doit avoir été constatée avant le huitième jour qui a suivi l'accident, force est de prendre acte que la victime dispose en fait d'un délai de **7 jours** après l'accident pour réaliser ce premier test.

Ce délai très court imparti à la victime pour réaliser un premier test trouve sa justification dans le fait que seul un test réalisé dans un délai proche du fait accidentel, mettant en évidence une sérologie négative, permet d'éviter les prises en charge de séroconversions antérieures au fait accidentel.

Aussi, comme cela a déjà pu être conseillé aux caisses primaires, et pour éviter tout retard dans le suivi, ce qui pourrait être préjudiciable à l'endroit des victimes, il est indispensable d'informer le plus largement possible les employeurs et salariés concernés ainsi que le corps médical des modalités de cette procédure.

II - LES MODALITES D'APPLICATION DE LA LEGISLATION PROFESSIONNELLE.

1°) Les déclarations d'accidents du travail, le certificat médical initial.

Les modalités ayant trait aux déclarations d'accident du travail et à la rédaction du certificat médical initial qui ont été décrites en page 3 de la *circulaire CNAMTS DGR n° 2422/89 - ENSM n° 1320/89 du 23 novembre 1989* continuent de s'appliquer.

2°) Les formalités à accomplir par la victime.

- suivi sérologique et transmission des tests à la caisse.

La victime a l'obligation, de réaliser le suivi sérologique dans les conditions décrites au chapitre I (2°) de la présente circulaire, ainsi que celle d'adresser les résultats des tests, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de la Caisse.

III - FORMALITES INCOMBANT AUX CAISSES

Outre l'obligation d'informer la victime de la nécessité d'effectuer un suivi sérologique dans les délais fixés réglementairement, les caisses en assurant le suivi des dossiers présentant un risque de contamination par le VIH notifient les décisions qui s'imposent dans le cadre de ce suivi, avec indication des voies de recours.

Notifications de décisions et voies de recours.

Le suivi sérologique résultant d'un **dispositif réglementaire**, les litiges relèveront désormais dans la plupart des situations du contentieux général de la sécurité sociale et non de l'expertise médicale qui avait été préconisée antérieurement, du fait notamment qu'avant la parution du décret et de l'arrêté les règles de gestion de ces dossiers étaient établies sur des considérations d'ordre médical.

La circulaire *DGR n° 2693/91 - ENSM n° 1459/91 du 6 décembre 1991* visait en page 3 les différentes situations selon que la victime avait réalisé ou non le suivi sérologique.

Cette partie reprise ci-après tient compte des modifications éventuelles dans le choix des voies de recours.

Deux types de situations peuvent se révéler :

1°) La victime a réalisé ses tests dans les délais prévus par les textes.

Le premier test est positif :

Il convient d'établir une distinction entre le fait accidentel et la séroconversion :

- le fait accidentel

Lorsque la lésion dûe à l'accident est guérie, il y a lieu de notifier à la victime une décision de guérison du fait accidentel et d'indiquer les voies de recours habituelles, à savoir l'expertise.

- la séroconversion.

Indépendamment de la guérison du fait accidentel, toute séroconversion constatée avant le huitième jour suivant le fait accidentel doit faire l'objet, aussitôt connue de la Caisse, d'un refus de prise en charge de la séropositivité au titre de la législation professionnelle, avec indication de la CRA. comme voie de recours.

La CRA aura pour mission de relever que la condition d'une sérologie négative constatée avant le huitième jour suivant le fait accidentel, telle que prévue au paragraphe 16.1.1 du décret du 18 janvier 1993, n'est pas respectée.

Si la gestion du dossier le permet, rien ne s'oppose à ce que cette double notification fasse l'objet d'un courrier unique.

Le premier test est négatif :

L'un des tests trimestriels suivants, réalisés dans les délais réglementaires, met en évidence une séropositivité :

la séroconversion est prise en charge au titre de la législation professionnelle et fera l'objet d'une évaluation du taux d'incapacité permanente partielle selon les règles développées au chapitre 4.

Tous les tests sont négatifs :

La victime, en l'absence de toute autre lésion, doit être guérie à la fin de la période de 6 mois qui suit le fait accidentel.

Il appartient à la caisse, même en l'absence du certificat médical descriptif final, de notifier à la victime après avis du médecin conseil la décision de guérison, selon les modalités prévues au 3ème alinéa de l'article R. 433-17 du code de la sécurité sociale.

2°) Le dispositif n'a pas été respecté par la victime

Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés :

- le premier test n'a pas été adressé à la Caisse,
- le premier test a été adressé à la caisse, mais il manque l'un ou les deux tests suivants,
- aucun test n'a été adressé à la caisse.

A la fin de la période de 6 mois, il aura également lieu dans toutes les hypothèses précitées de notifier une décision de guérison **du fait accidentel** en application du 3ème alinéa de l'article R. 433-17 du Code de la Sécurité Sociale si cette décision n'est pas déjà intervenue, en précisant que l'expertise constitue la voie de recours.

Si cependant, soit à la suite de cette notification, soit pendant la période de 6 mois précitée, une séroconversion est invoquée comme résultant du fait accidentel, il y aura lieu de notifier un refus de prise en charge, en raison du non respect du dispositif résultant du décret du 18 janvier 1993, la voie de recours, dans ce cas, étant la **CRA**.

Par contre, il ne saurait être justifié de notifier avant le délai de 6 mois (par exemple à l'issue de la période de 8 jours, si le premier test n'a pas été réalisé), une décision de guérison pour une séroconversion non invoquée.

IV - MODALITES D'INDEMNISATION DE LA VICTIME

1°) Consolidation de la victime

L'article 1 du décret du 18 janvier 1993 indique que "la date de séroconversion peut être retenue comme date de consolidation initiale".

La possibilité est donc laissée au médecin conseil de proposer comme date de consolidation :

- soit la date de séroconversion : en pratique la date retenue sera celle de première constatation de la séroconversion VIH par un test positif (en dehors du 1er test) dans la période autorisée,

- soit la date de stabilisation des lésions, si celle-ci n'est pas acquise.

En effet, il est possible que la lésion résultant du fait accidentel lui-même ne soit pas encore consolidée.

Par ailleurs, la séroconversion peut s'accompagner dans 20 à 50 % des cas d'une phase aiguë de primo-infection, qui correspond au groupe I de la classification élaborée par le CDC d'Atlanta (Center for Disease Control).

Elle survient dans les 15 jours à 3 mois qui suivent la contamination, et se traduit par des manifestations cliniques telles qu'un syndrome mononucléosique, une candidose ou des ulcérations buccales, plus rarement des manifestations neurologiques. Ces symptômes disparaissent spontanément en 2 à 4 semaines.

Il convient dans ces deux cas, d'attendre la stabilisation des lésions cliniques, pour proposer une consolidation.

La première évaluation de l'incapacité permanente sera donc faite en début de phase d'infection chronique du virus (groupe II).

La circulaire ministérielle du 23 mars 1993 en examinant la situation des victimes accidentées antérieurement à la date d'entrée en vigueur du décret du 18 janvier 1993 (soit le 22 janvier 1993) et qui ont une séropositivité d'origine professionnelle considère que la consolidation de ces victimes est susceptible de prendre effet le 22 janvier 1993.

2°) L'Incapacité Permanente Partielle

Le décret du 18 janvier 1993 prévoit l'indemnisation de l'incapacité permanente de l'infection par le VIH, selon 3 fourchettes de taux :

2.1 Un premier stade :

Sérologie VIH positive asymptomatique de 20 à 40 %

Le sujet étant asymptomatique, les éléments à prendre en compte à ce stade pour la détermination du taux entre 20 et 40 % pourraient être :

* le bilan biologique :

- soit bilan biologique normal
- soit bilan biologique perturbé : anémie, leucopénie, lymphopénie, thrombopénie, diminution des CD₄ jusqu'à 350/mm³, augmentation de la VS, augmentation de la bêta 2- microglobuline.

* le rententissement psychologique, très variable d'un sujet à l'autre :

un suivi médical spécialisé est souvent nécessaire.

* les éléments habituels du barème :

l'incidence de l'état général, l'âge, la capacité physique ou mentale, l'aptitude et la qualification professionnelle sur le préjudice, sera également appréciée.

2.2 Deux stades suivants :

Selon le degré de déficit immunitaire, objectivé par le taux de lymphocytes CD₄, deux stades d'incapacité permanente partielle sont différenciés :

- taux de CD₄ compris entre 200 et 350/mm³ : 40 à 60 %
- taux de CD₄ inférieur à 200/mm³ : 60 à 100 %

En effet, le chiffre absolu des lymphocytes CD₄ représente actuellement un des meilleurs marqueurs pronostiques de l'évolution de la maladie.

Cependant, le recours plus précoce à l'AZT et le traitement préventif des infections opportunistes, ont conduit à une baisse d'incidence des affections telles que celles dues à la pneumocystose, la candidose, l'herpès. Il en résulte que beaucoup plus de patients sont encore pratiquement asymptomatiques, malgré un taux de CD₄ inférieur à 100 mm³.

A l'intérieur des deux fourchettes de taux indiqués, le médecin conseil pourra tenir compte :

*** des manifestations cliniques de l'infection**

Le tableau de la classification des infections à VIH par le CDC d'Atlanta est joint en annexe 3.

*** de la déficience (classification internationale des handicaps, élaborée à l'initiative de l'OMS par le Professeur WOOD).**

1 Déficience légère :

Aucune manifestation clinique permanente mais avec des règles de vie particulières.

2 Déficience modérée :

Manifestations permanentes, contrôlables par le traitement, exigeant une surveillance médicale permanente.

Exemples : polyadénopathies, asthénie, amaigrissement.

3 Déficience importante :

Syndrôme clinique, nécessitant une prise en charge thérapeutique (éventuellement pluridisciplinaire) continue.

4 Déficience sévère :

Manifestations majeures, impliquant des traitements médicaux permanents, incompatibles avec le maintien d'une activité professionnelle, retentissant de façon majeure sur la vie sociale. A ce stade l'attribution d'une majoration tierce personne pourra être discutée, lorsque l'incapacité permanente partielle atteint le taux de 100 %.

*** Comme précédemment, il sera tenu compte de l'état psychique et général du sujet et des conséquences professionnelles de la maladie.**

Compte tenu du caractère évolutif parfois très rapide de ces pathologies, mais aussi des périodes de rémission qu'elles autorisent, les dossiers devront faire l'objet d'un suivi particulier et régulier de la part du Service Médical et des Caisses.

IV - Demandes de soins et rechutes

Tous les soins de surveillance ou thérapeutiques imputables à l'infection VIH, doivent être pris en charge dans le cadre de l'assurance accident du travail, y compris les actes de suivi psychologique.

Une fois la consolidation fixée, si le certificat médical (réf. S 6909) mentionne la prescription d'un arrêt de travail, il y aura lieu, s'il est justifié d'accepter une rechute.

En revanche, les prescriptions de soins sans arrêt de travail peuvent être prises en charge au titre de la circulaire ministérielle n° 209 S.S. du 16 septembre 1949 afin de limiter les formalités dans la mesure du possible.

V - Recueil Statistique

Poursuite du suivi statistique

La *circulaire DGR n ° 2793/92 du 8 septembre 1992* a déjà rappelé que compte tenu des nouvelles directives ministérielles transmises à la CNAMTS par lettre du 20 mai 1992, la tenue des statistiques devait être poursuivi de façon permanente dans les mêmes conditions.

La circulaire ministérielle du 23 mars 1993 confirme la nécessité d'une poursuite statistique (cf. chapitre V) et propose à cet égard d'utiliser le protocole d'exploitation **actualisé** annexé à ladite circulaire.

Pour tous les cas de séropositivité déclarés et reconnus au titre professionnel, une analyse plus approfondie des circonstances de l'accident est également demandée par lesdits services ministériels.

Il appartient donc désormais au médecin conseil de compléter la fiche anonyme jointe en annexe 4, intitulée "séroconversion professionnelle par le VIH" pour chaque cas de reconnaissance professionnelle d'une séroconversion VIH, notifiée par la Caisse.

Les fiches seront adressées à l'Echelon Régional du Service Médical, qui les fera parvenir à son tour à l'Echelon National du Service Médical, indépendamment du protocole d'exploitation statistique adressé par les services administratifs des Caisses à la CNAMTS.

LE DIRECTEUR

LE MEDECIN CONSEIL NATIONAL

Gilles JOHANET

Docteur J.M BENECH

Liste des annexes :

Annexe 1 : * Circulaire DSS/AT/93/32 du 23 mars 1993*

Annexe 2 : * Décret n° 93-74 du 18 janvier 1993*

* Arrêté du 18 janvier 1993*

Annexe 3 : Tableau 2 : Classification des infections à VIH. (CDC 1987)

Annexe 4 : Séroconversion professionnelle par le VIH

ANNEXE 3

TABLEAU 2 : CLASSIFICATION DES INFECTIONS A VIH (CDC 1987)

Groupe I	Infection aiguë	
Groupe II	Infection asymptomatique sous-groupe A sous-groupe B	avec bilan biologique normal avec bilan biologique anormal : anémie, leucopénie, lymphopénie, diminution des CD4, thrombopénie, allergie cutanée, augmentation de la bêta-2-microglobuline.
Groupe III	Lymphadénopathie généralisée persistante sous-groupe A sous-groupe B	avec bilan biologique normal avec bilan biologique anormal
Groupe IV	Autres maladies sous-groupe A sous-groupe B catégorie 1 catégorie 2 sous-groupe C catégorie 1 catégorie 2 sous-groupe D sous-groupe E	symptômes constitutionnels : fièvre > 1 mois, 38°C diarrhée > 1 mois, amaigrissement > 10 % du poids maladie neurologique troubles du SNC : démence, méningite, myélopathie troubles périphériques : polynévrites maladies infectieuses secondaires infections opportunistes correspondant à la définition du Sida leucoplasie chevelue, zona, salmonellose récidivante, nocardiose, tuberculose disséminée, candidose buccale, pneumonie à Haemophilus et à pneumocoque cancers secondaires : sarcome de Kaposi, lymphome non hodgkinien, lymphome cérébral primitif autres pathologies : manifestations auto-immunes, pneumonie interstitielle lymphoïde chronique

SEROCONVERSION PROFESSIONNELLE PAR LE VIH

(à compléter par l'échelon local du Service Médical)

AGE : SEXE : M F

PROFESSION :

LIEU DE TRAVAIL A LA DATE DE L'ACCIDENT (exemples : service de Médecin ou de Médecine spécialisée, de Réanimation, de Chirurgie, Bloc Opératoire, Consultations, Laboratoire, Banque du Sang, autre), préciser :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

*NATURE DE LA LESION (piqûre, coupure, égratignure, projection sur une peau abimée ou sur une muqueuse, autre), préciser :

*NATURE DU LIQUIDE BIOLOGIQUE CONTAMINANT (sang, urines, pus, autre), préciser :

*NATURE DE LA TACHE EFFECTUEE (ex : injection sous-cutanée) :

*CIRCONSTANCE DU FAIT ACCIDENTEL (ex : en recapuchonnant l'aiguille de la seringue) :

DATE DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL : | |

DATE DE LA PREMIERE SEROLOGIE HIV NEGATIVE
APRES L'ACCIDENT :

| |

DATE DE LA PREMIERE SEROLOGIE HIV POSITIVE : | |