



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-16/2004

Document consultable dans Médi@m

Date :

29/01/2004

Domaine(s) :

Risques professionnels

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Révision du tableau 42 des
maladies professionnelles

Liens :

Plan de classement :

260

Emetteurs :

DSM DRP

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☐ URCAM
☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux ☒ Chef de service
☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Suite au décret n° 2003-924 du 25/09/03 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles, le tableau n° 42 a été remplacé. La présente circulaire fait le point sur les modalités d'application du tableau actuellement en vigueur.

Mots clés :

maladies professionnelles - tableau n° 42

Le Médecin Conseil National

Professeur Hubert ALLEMAND

Le Directeur
des Risques Professionnels

Gilles EVRARD

CIRCULAIRE : 16/2004

Date : 29/01/2004

Objet : Révision du tableau 42 des maladies professionnelles

Affaire suivie par : Docteure Odile REGNIER – tél 01.42.79.33.27
Fédérique LEVASSEUR – tél. 01.42.79.38.13

Le tableau n° 42 relatif à "l'atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels" a fait l'objet d'une révision par décret n°2003-924 du 25 septembre 2003, JO n° 225 du 28 septembre 2003.

La présente circulaire fait le point sur les modalités d'application du tableau actuellement en vigueur.

Ce tableau, dans sa précédente rédaction issue du décret du 12 janvier 1995, posait un certain nombre de problèmes qui avaient été évoqués dans la fiche publiée dans la charte AT /MP édition 2001.

Parmi les modifications apportées par le nouveau décret, la plus importante réside dans la disparition de la limite supérieure d'un an après la fin de l'exposition pour la réalisation de l'audiométrie. Cette nouvelle rédaction ouvre l'accès au système complémentaire au titre du troisième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale pour délai de prise en charge dépassé.

1. DEFINITION MEDICO-LEGALE

Le tableau 42 définit un certain nombre de critères qui doivent tous être réunis pour permettre une reconnaissance de la maladie dans le cadre des tableaux.

1.1. Le titre du tableau "Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels" permet la prise en charge des acouphènes associés à l'hypoacousie, terme technique désignant la diminution de l'audition.

1.2. La désignation des maladies

Le libellé de la maladie

- Le libellé est plus médical : "hypoacousie de perception par lésion cochléaire irréversible", auquel s'ajoute "accompagnée ou non d'acouphènes".

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.

- ↳ Cas particulier de certaines surdités profondes :
certaines surdités profondes s'accompagnent d'une absence de réponse par voie osseuse sur les fréquences aiguës. Dans ces cas, par exception, les réponses par voie aérienne peuvent être prises en compte pour permettre le calcul du déficit moyen selon les règles du tableau.

La surdité professionnelle est irréversible car non susceptible d'amélioration ni d'aggravation, avec pour conséquence l'impossibilité de prise en charge d'aggravation hormis dans l'hypothèse d'une nouvelle exposition au risque. Ceci est réaffirmé dans le dernier paragraphe de la colonne de "désignation de la maladie". Un délai d'un an (ou trente jours dans certains cas) pour toute nouvelle exposition est nécessaire pour toute demande d'aggravation (cf. § 5 Aggravation) .

- Ce libellé est également plus précis :

L'hypoacousie est caractérisée par un déficit audiométrique bilatéral, "le plus souvent symétrique et affectant préférentiellement les fréquences élevées". La bilatéralité du déficit (une différence de 10 décibels entre les deux oreilles reste dans les variations physiologiques) est le cas le plus fréquent, ce qui n'exclut pas les déficits asymétriques, plus exceptionnels. Dans ce dernier cas, l'enquête s'attachera à démontrer si les conditions de l'exposition peuvent éventuellement expliquer cette asymétrie ou le médecin conseil recherchera une pathologie concomitante associée. Dans tous les cas, si les conditions du tableau sont remplies, la présomption d'origine joue.

Le diagnostic

Il doit être établi par une audiométrie tonale **liminaire**, c'est-à-dire basée sur les niveaux en dessous desquels on ne perçoit plus les sons purs, et une audiométrie vocale. L'éventuelle subjectivité de ces examens (majoration, consciente ou non, par le patient) nécessite la concordance entre la courbe tonale liminaire et la courbe vocale.

Remarque : une non concordance peut, également, être due à des difficultés linguistiques.

En cas de non concordance, le tableau prévoit :

- de recourir à des examens complémentaires plus objectifs. L'impédancemétrie, au travers de ses deux composantes, la tympanométrie et le réflexe stapédien, permet d'écarter une atteinte de l'oreille moyenne, plus particulièrement de la chaîne ossiculaire, ou endochochléaire. Le réflexe stapédien n'est pas totalement fiable puisque pour un petit nombre de patients il est absent. La production des résultats de ces examens est obligatoire pour établir le diagnostic. Si l'ORL n'en a pas pris l'initiative, la caisse demandera, après colloque, à l'assuré de fournir les examens requis.
- **ou**, de s'appuyer sur "l'étude du suivi audiométrique professionnel" (suivi imposé par le décret de prévention du 21 avril 1988). Il s'agit des examens réalisés par le médecin du travail. Il importe peu que les conditions d'examen soient différentes de celles demandées dans le tableau, leur intérêt est de "raconter" l'histoire de la pathologie et de son évolution. Il met en évidence le caractère professionnel de la surdité par l'atteinte initiale des fréquences élevées qui s'étend secondairement aux fréquences basses en lien avec la durée de l'exposition.

Les caractéristiques de l'examen audiométrique

- Il doit être réalisé en cabine insonorisée avec un audiomètre calibré (critère inchangé).
- L'audiométrie évaluant le déficit doit être effectuée **au moins trois jours** après cessation de l'exposition au bruit lésionnel.
- Le déficit doit atteindre, sur la meilleure oreille, au moins 35 dB sur la moyenne des déficits sur les différentes fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz (soit la somme des déficits constatés sur ces quatre fréquences divisée par 4) ; les coefficients de pondération ont été supprimés. La nouvelle rédaction est donc favorable à la reconnaissance, le seuil de 35 dB étant plus facilement atteint.

1.3. Le délai de prise en charge

Il est d'un an.

1.4. La durée d'exposition au risque

Celle-ci 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.

1.5. La liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies

La liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette pathologie a par ailleurs été complétée par :

- les travaux sur métaux par percussion, abrasion ou projection tels que le grenailage manuel, le sablage manuel, le découpage par procédé arc-air ;
- le sablage manuel de pierres et de produits minéraux ;
- l'emploi de matériels vibrant pour l'élaboration de produits réfractaires ;
- les travaux de mesurage des niveaux sonore et d'essais ou de réparation des dispositifs d'émission sonore (auparavant limités aux essais et réparation en milieu industriel des appareils de sonorisation) ;
- l'exposition à la composante audible dans les travaux de découpe, de soudage et d'usinage par ultrasons des matières plastiques (auparavant à l'exposition à la composante dans les travaux de soudage et par ultrasons des matières plastiques) ;
- les travaux dans l'industrie agroalimentaire, tels que :
 - . l'abattage et l'éviscération des volailles, des porcs et des bovins ;
 - . les plumeuses de volailles ;
 - . l'emboîtement de conserves alimentaires ;
 - . les machines à malaxer, couper, scier, broyer, comprimer des produits alimentaires ;
- le moulage par presse à injection de pièces en alliages métalliques.

2. LES AVIS POSSIBLES LORS DE LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

2.1. TOUTES LES EXIGENCES DU TABLEAU SONT RESPECTEES

Après avis du médecin conseil, la caisse notifiera un avis favorable de prise en charge dans le cadre du tableau.

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

La date de consolidation (avec le point de départ de la réparation le lendemain) sera fixée 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 celle-ci est postérieure à la date du certificat.

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

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

Il peut s'agir d'un audiogramme réalisé pendant l'exposition au risque ou après un temps de non exposition inférieur à trois jours, un audiogramme sans courbe vocale ou sans courbe osseuse, un audiogramme réalisé dans une cabine non conforme.

Dans ce cas, après avis du médecin conseil, la caisse notifiera un refus d'ordre administratif. Il est indispensable d'expliquer les motifs de ce refus permettant ainsi à l'assuré de fournir l'examen adéquat.

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

Les examens complémentaires et/ou le suivi audiométrique professionnel ne sont pas fournis. Dans ce cas, la caisse demandera, après colloque, à l'assuré de les fournir.

- Soit l'assuré ne les fournit pas, un refus administratif sera notifié à l'assuré. Il est indispensable d'expliquer les motifs de ce refus permettant ainsi à l'assuré de fournir les pièces complémentaires.
- Soit l'assuré les adresse à la caisse et ceux-ci confirment le diagnostic. Dans ce cas, l'instruction du dossier est poursuivie.
- Soit ceux-ci ne confirment pas le diagnostic. Dans ce dernier cas, la caisse notifiera 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), auquel le dossier sera transmis, sans notification de rejet, mais avec information des parties dans le respect du contradictoire :

- le délai de prise en charge est dépassé ;
- la durée d'exposition au risque est insuffisante ;
- le travail effectué ne figure 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

Ce cas relève d'une notification de rejet d'ordre administratif, la voie de recours étant celle du contentieux général.

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. Dans ce cas, le médecin conseil sera dans l'obligation d'apporter la preuve que le bruit n'a été pour rien dans la genèse de l'hypoacousie.

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

3. LES INDEMNITES JOURNALIERES

Il est exceptionnel que cette affection nécessite un arrêt de travail ou des soins. En cas de prescription, le médecin conseil doit se positionner sur la justification médicale de ces prescriptions. En cas de refus, le litige relève de l'expertise médicale.

4. L'INDEMNISATION

Le barème indicatif d'invalidité accidents du travail-maladies professionnelles utilise les coefficients de pondération pour évaluer le déficit auditif indemnisable. **Il est donc nécessaire de refaire le calcul du déficit en tenant compte de ces coefficients.** Le déficit constaté pour l'indemnisation sera différent de celui pris en compte pour la reconnaissance. Il pourra en particulier être inférieur à 35 dB, cette éventualité est prévue par le barème.

Si l'hypoacousie est accompagnée d'acouphènes, leur indemnisation sera 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.

Le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale a été saisi de cette difficulté afin qu'il prenne en compte le nouveau libellé de ce tableau pour adapter le barème indicatif d'invalidité Accidents du Travail-Maladies Professionnelles correspondant.

5. L'AGGRAVATION

L'aggravation du déficit est uniquement prise en compte en cas de nouvelle exposition au risque dans les conditions prévues au tableau.

Cette nouvelle exposition doit être en tout point conforme à celle exigée pour une première indemnisation. En particulier, cela signifie que, selon la nature des travaux effectués, la nouvelle durée d'exposition précédant l'aggravation devra être d'un an au moins (ou de trente jours dans certains cas).

Cette nouvelle indemnisation sera considérée comme une aggravation de la maladie professionnelle déjà indemnisée et non comme une nouvelle affection (Circulaires DGR n° 80/94 ENSM n° 27/94 du 30 septembre 1994 et DRP n° 16/95 ENSM n° 11/95 du 6 mars 1995).

6. DIFFICULTES D'APPLICATION

Nous vous remercions de faire remonter les difficultés particulières que vous pourriez rencontrer liées à l'application de cette circulaire.