

## **Prise en charge médico-légale d'une surdité**

Monsieur L M, présumé né en 1954, est un tisserand de profession. Il travaille depuis 24 ans dans une entreprise de tissage de couverture. Il est suivi par vos bons soins depuis une dizaine d'années pour diverses pathologies bénignes telles qu'une colopathie fonctionnelle, une rhinite allergique perannuelle, et récemment une presbytie. Ce jour-là, il se présente pour une baisse de l'acuité auditive plus marquée à droite.

L'examen à l'otoscope retrouve un tympan droit remanié, rétracté avec saillie des reliefs des osselets. Le tympan gauche est normal.

L'audiométrie tonale met en évidence à droite une surdité de transmission avec un déficit moyen de 40 dB et à gauche une surdité de perception avec un déficit moyen de 38 dB.

Monsieur LM est informé que son métier expose au risque de surdité et vous demande de le prendre en charge du point de vue médico-légal.

Que feriez-vous ?

NB : vous disposez des imprimés CNAS ci joints

BON TRAVAIL

Dr W BENHASSINE

SECURITE SOCIALE

Accident du Travail et Maladies Professionnelles

Agence :  
Centre de paiement :

Déclaration d'utilisation de procédés susceptibles de provoquer des Maladies professionnelles

Référence :

à établir par l'employeur en quatre (4) exemplaires destinés :  
\* 1 - au services de prévention de l'agence de sécurité sociale,  
\* 2 - à l'inspecteur du travail,  
\* 3 - à la direction de wilaya de la santé,  
\* 4 - à l'organisme chargé de l'hygiène et sécurité.

L'employeur soussigné : (1) .....

Adresse .....

.....  
n° d'immatriculation à la Sécurité Sociale      n° du Registre de Commerce

Déclare utiliser depuis le ..... les procédés de travail suivants :

Susceptibles de provoquer les maladies professionnelles ci-après :

Le nombre de personnes exposées est de : .....

Fait à ..... le .....

Cacher et Signature.

(1) Nom prénom qualité du signataire, raison sociale de l'entreprise.

SECURITE SOCIALE

Accidents du Travail

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL OU DE PROLONGATION

à établir en 2 exemplaires : Original géré par la Sécurité Sociale Double à remettre à la victime.

Agence
Centre de paiement

Je soussigné, Docteur (en lettres d'imprimerie)

Grade et Spécialité

Adresse

après avoir examiné M (en lettres d'imprimerie)

né (e) le (en lettres d'imprimerie) Numéro d'immatriculation

demeurant à :

lequel m'a déclaré avoir été victime d'un accident du travail le à heures au service de :

Nom et raison sociale : Numéro d'immatriculation

constate et certifie ce qui suit :

- a) siège des lésions :
b) nature des lésions :
c) pronostic :

En conséquence de quoi je lui prescris.

- (1) un arrêt de travail de jours, à compter du
(1) de prolonger de jours l'arrêt de travail prescrit par le certificat du
(1) de continuer le travail avec soins pendant jours
(1) il y a lieu de prévoir une incapacité permanente.
(1) il n'y a pas lieu de prévoir une incapacité permanente.

Fait à , le Cachet et Signature du Médecin.

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

**SECURITE SOCIALE** Maladies Professionnelles  
**CERTIFICAT MEDICAL INITIAL OU DE PROLONGATION**  
à remplir en 2 exemplaires, 2 exemplaires à retourner à la caisse d'allocations familiales et de congés payés, 3<sup>e</sup> exemplaire à retourner à l'employeur

Agence  
Centre de paiement

Référence :

MALADIE PROFESSIONNELLE  MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL  
(voir tableau des maladies professionnelles)

Je soussigné, Docteur  
Spécialité et grade  
certifie avoir examiné M  
né (a) le  
N° de profession  
employé(e) actuellement par : employeur ou assureur social de l'employeur  
au poste de :  
Nature du travail effectué au moment de l'exposition ou jusque  
Constate et certifie ce qui suit : (1)  
Son état nécessite un arrêt de travail de : jours  
il présente une incapacité permanente de : %  
Fait à : le  
Cocart et Signature du Médecin

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.  
 (2) Le joint communiqué en deux exemplaires, indiquer à quelle date la maladie a été reconnue officielle et à quel effet est intervenu une hausse de travail.  
 Insc. CNA 1232 AT 17

**SECURITE SOCIALE** Maladies Professionnelles  
**DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**  
à remplir en quatre exemplaires par le médecin et par l'employeur, 1 exemplaire à retourner à la caisse d'allocations familiales et de congés payés, 1 exemplaire à retourner à l'employeur, 1 exemplaire à retourner à la caisse d'allocations familiales et de congés payés, 1 exemplaire à retourner à l'employeur

Agence  
Centre de paiement

Référence :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE**

Don de diplo

Nom : Non de naissance  
Prénoms :  
Nationalité :  
Pays d'origine :  
N° de profession  
Adresse :  
Nature des travaux prévus avoir engendré l'infirmité d'origine professionnelle :

Durée d'exposition :  
Date de cessation d'exposition ou risque :  
Nature de la maladie :  
Constate le :  
un dossier médical pour cette maladie a-t-il déjà été déposé dans le cadre des Assurances Sociales ?  
OUI  NON  (1)  
Si oui a-t-il donné lieu à une indemnisation : ?  
OUI  NON  (1)  
Si oui à quelle date ?

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE DUQUEL LA MALADIE A ETE CONTRACTEE**

Nom et Prénoms :  
Raison Sociale :  
Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement :  
Période d'emploi du : au :  
Fait à : le  
Signature du Docteur  
Nom, Prénoms et adresse de l'employeur

Joindre deux exemplaires du certificat médical initial prévu à cet effet établi par le médecin traitant ainsi que les certificats ou attestations de travail établis par les employeurs successifs.  
 La loi joint communiqué en deux exemplaires, indiquer à quelle date la maladie a été reconnue officielle et à quel effet est intervenu une hausse de travail.  
 (1) Mettre une croix dans la case correspondante.  
 Insc. CNA 1232 AT 18

SECURITE SOCIALE

Agence  
Centre de paiement

ACCIDENTS DU TRAVAIL

**CERTIFICAT DESCRIPTIF**

de guérison  
 de consolidation

à établir en deux exemplaires :

- Original destiné à la caisse de Sécurité sociale,
- double à remettre à la victime.

Référence :

Je soussigné, Docteur .....  
(En lettres d'imprimerie)

Grade et spécialité : .....

Adresse : .....

après avoir examiné M .....  
(Nom en lettres d'imprimerie)

Victime d'un accident de travail le .....

né(e) le .....

.....  
N° d'immatriculation

constate et certifie ce qui suit .....

En conséquence de quoi, je déclare que :

- L'intéressé(e) est guéri(e) le .....
- L'intéressé(e) peut reprendre son travail le .....
- (1) l'état de l'intéressé(e) a été considéré consolidé le .....
- La blessure de l'intéressé(e) entraîne une incapacité partielle ou totale évaluée à ..... % (à titre indicatif)

...

Fait à ..... le .....

Cachet et Signature du médecin

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

SECURITE SOCIALE

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la Caisse Sociale en six exemplaires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 48 h. après l'accident.

N° d'accident : \_\_\_\_\_  
Code : \_\_\_\_\_

Agence  
Centre de paiement

Imp. CNAS 12.92 AT 1

EMPLOYEUR

Nom, prénoms ou Raison sociale  
Profession  
Adresse  
N° Téléphone  
Chantier ou lieu de travail  
Commune  
Wàlaya  
N° employeur  
Agence d'affiliation  
Nbre approx. de salariés de l'établi. au moment de l'accid.

VICTIME

Nom, prénoms  
Nom de jeune fille (s'il y a lieu)  
Nationalité  
Adresse  
Qualification professionnelle (1)  
Pays d'origine  
Date de naissance  
Date de recrutement  
Sexe : M F (2)  
N° d'immatriculation

ACCIDENT

Date  
Jour de la semaine S D L M M J V (2)  
heures minutes  
Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime (1) heures  
horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de h. à h. et de h. à h.  
Lieu de l'accident (1) (3)  
Nature des lésions (1)  
Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche) (1)  
Élément matériel (1)  
Circonstances détaillées de l'accident  
Lieu où à été transportée la victime  
Suite probable (2) SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT SUPÉRIEUR À 24 H. à compter du DECES IMMÉDIAT

TEMOINS

1 Identité :  
Adresse :  
2 Identité :  
Adresse :  
Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI, par qui

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers :  
Organisme d'assurance du tiers

SALAIRE DE REFERENCE (1)

PERIODE	NOMBRE DE JOURS OU D'HEURES	SALAIRES SOUMIS A COTISATIONS	RETENUES		SALAIRES NET PERCU	PERIODICITE DE PAIEMENT
			SEC. SOCIALE	FISCALE		
du						
au						

Nom et qualité du signataire

Fait à le Signature

QUESTIONS POSEES AU CONTROLE MEDICAL

REPONSES DU CONTROLE MEDICAL

Blank space for medical control questions and answers.

(1) Voir au verso  
(2) Rayer les mentions inutiles  
(3) Indiquer le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger

VOLET 1 - DESTINE AU CENTRE PAYEUR