

Module

Santé au travail et environnement

POLYCOPIE

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Docteur GASMI . L
24/09/2023

POPULATION CIBLE:

- Étudiants de 6e année de médecine
- Étudiants préparant le concours résidanat

PRÉ-REQUIS : connaissances en sémiologie médicale

BUT : Reconnaître la prise en charge des accidents de travail et des maladies professionnelle

OBJECTIFS:

- Connaître les principales procédures médico-légales régissant la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- Définir l'accident de travail
- Décrire les modalités de constatations et de déclaration d'un accident du travail
- Définir une maladie professionnelle
- Expliquer les principes de reconnaissance d'une maladie professionnelle

BIBLIOGRAPHIE DE RÉFÉRENCE

- JORA n°28: loi 83-13 du 2 Juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.
- BENHASSINE W : Polycopie de médecine du travail, 2013
- Arrêté du 05 mai 1996 fixant la liste des maladies professionnelles
- Ordonnance n° 96-19 / JORA n° 42 du 07/07/1996
- Loi n° 08-08 / JORA n°11 du 02/03/2008

Sommaire

I. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.....	3
A. ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	3
1. DEFINITIONS :.....	3
2. DECLARATION DE L'AT :.....	3
3. CONSTATATIONS DES LESIONS :.....	3
4. INSTRUCTION DU DOSSIER :.....	4
5. REPARATION :.....	5
5.1. Prestations d'incapacité temporaire :.....	5
5.2. Prestations d'incapacite permanente :.....	5
6. CONTESTATIONS ET VOIES DE RECOURS.....	6
6.1. CONTENTIEUX GENERAL :.....	6
6.2. CONTENTIEUX TECHNIQUE :.....	6
6.3. CONTENTIEUX MEDICAL.....	6
B. LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	8
1. DEFINITION.....	8
2. CLASSIFICATION DES MP :.....	8
3. MODALITES DE DECLARATION.....	9

I. ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.

A. ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. DEFINITIONS :

En Algérie, les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP) sont définies par la loi 83-13 du 02 juillet 1983.

➤ **L'accident du travail :**

Est considéré comme accident du travail, tout accident ayant entraîné une **lésion corporelle** imputable à une cause **soudaine, extérieure** et survenue dans le cadre de **la relation du travail**. (*Art 6*)

La lésion se produisant ou le décès survenant soit au lieu et au temps de travail, soit en un temps voisin de l'accident, soit au cours du traitement consécutif à l'accident, doivent être considéré, sauf preuve du contraire, comme résultant du travail. (*Art 9*)

➤ **L'accident de trajet est défini comme étant :**

Est assimilé à un accident de travail, l'accident survenu pendant le trajet effectué par l'assuré pour se rendre à son travail ou en revenir, quel que soit le mode de transport utilisé, à condition que le parcours n'ait pas été, sauf urgence ou nécessité, cas fortuit ou force majeure, interrompue ou détourné. (*Art 12*)

Le parcours est compris entre le lieu de travail et le lieu de résidence ou un lieu assimilé, tel que celui où le travailleur se rend habituellement, soit pour prendre ses repas, soit pour des motifs d'ordre familial. (*Art 12*)

2. DECLARATION DE L'AT :

L'accident du travail doit être **immédiatement** déclaré par :

- Par la victime ou ses représentants à l'employeur dans les vingt quatre (**24**) heures , sauf cas de force majeure... (*Art 13*)
- Par l'employeur, à compter de date où il en a eu connaissance à l'organisme de la sécurité sociale, dans les quarante Huit (**48**) heures ...
- Par l'organisme de sécurité sociale à l'inspecteur du travail dont relève l'entreprise... (*Art 13*)

En cas de carence de l'employeur, la déclaration à l'organisme de sécurité sociale peut être faite par la victime ou ses ayants droit, par l'organisation syndicale et par l'inspection du travail, dans un délai de quatre (**04**) ans à compter du jour de l'accident. (*Art 14*)

3. CONSTATATIONS DES LESIONS :

Un praticien choisit par la victime, établit deux Certificat :

- Le certificat initial lors du premier examen médical qui suit l'accident.
- Certificat descriptif de guérison, s'il n'y a pas incapacité permanente, ou le certificat de consolidation s'il y a incapacité permanente. (*Art 22*)

- Le certificat initial : établi sur l'**imprimé AT3** en deux exemplaires.
- Le certificat descriptif de guérison : établi sur l'**imprimé AT4** en deux exemplaires.

qui indique soit :

Le certificat initial doit décrire l'état de la victime et indiquer, éventuellement, la durée probable de l'incapacité temporaire... (*Art 23*)

Le deuxième certificat indique soit la guérison, soit les conséquences définitives de l'accident, si elles n'avaient pu être antérieurement constatées.

Il fixe éventuellement la date de consolidation, et décrit l'état de la victime après cette consolidation. Il peut à titre indicatif, préciser le taux d'incapacité. (*Art 24*)

Chacun des deux certificats est établi en deux exemplaires, dont un des adressé immédiatement à l'organisme de sécurité sociale, par le praticien, et l'autre remis à la victime. (*Art 25*).

Concepts à retenir

- *La guérison : les lésions n'évoluant plus mais ne laissant pas de séquelles.*
- *La consolidation : les lésions n'évoluant plus mais laissant des séquelles définitives, sont décrites avec précisions.*
Le praticien peut proposer un taux d'incapacité partielle permanente (IPP).
- *La date de guérison ou de consolidation correspond à la fin des soins et à la reprise du travail. Le travail peut parfois reprendre avant la fin du traitement, ou à l'inverse ne peut être repris malgré la consolidation (inaptitude au poste)*

4. INSTRUCTION DU DOSSIER :

Lorsque l'organisme de sécurité sociale, est en possession des éléments du dossier, et, notamment, de la déclaration de l'accident, il doit se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident dans un délais de vingt (20) jours. (*Art 16*)

En cas de contestation du caractère professionnel de l'accident par l'organisme de sécurité sociale, celui-ci doit notifier sa décision à la victime ou à ses ayants droits dans un délais de vingt (20) à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'accident par quelque moyen que ce soit. (*Art 17*)

À défaut, Article 17: « ...le caractère professionnel de l'accident est considéré comme établi à son égard. »

Les prestations des assurances sociales sont servies à titre provisionnel, tant que l'organisme de sécurité sociale n'a pas notifié sa décision, à la victime ou à ses ayants droit, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. (*Art 17*)

En vue de l'instruction du dossier, l'organisme de sécurité sociale est habilité à effectuer au sein de l'organisme qui emploie la victime, une enquête administrative permettant de déterminer le caractère professionnel de l'accident. *(Art 18)*

L'employeur est tenu d'apporter toute aide nécessaire aux agents chargés de cette enquête.

En cas d'accident du trajet, une copie du procès-verbal établi par l'autorité administrative ou judiciaire doit être **obligatoirement** transmise dans un délai de dix (**10**) jours à l'organisme de sécurité sociale. (Art 20)

5. REPARATION :

Si l'accident du travail est reconnu par l'organisme de sécurité sociale, les droits aux prestations quelles qu'en soit la nature est ouvert indépendamment de toute condition de période de travail, et la victime peut bénéficier :

5.1. Prestations d'incapacité temporaire :

- **En nature:** Ce sont les soins médicaux, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle. Ces prestations sont définies par les Articles 29,30,31,32 et 33.
 - Les prestations sont servies sur la base de 100% des tarifs réglementaires
 - Gratuité des soins.
 - Fourniture, renouvellement et réparation des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires.
 - Rééducation : frais de la rééducation, du séjour dans un établissement si nécessaire, et de déplacement.
 - Frais d'une réadaptation professionnelle si la victime devient inapte à exercer sa profession
- **En espèce :**

La journée de travail **au cours de laquelle** l'accident s'est produit est, quel que soit le mode de paiement du salaire, **intégralement** à la charge de l'employeur. *(Art 35)*

Une indemnité journalière est payée à la victime, à partir du premier jour qui suit, l'arrêt du travail consécutif à l'accident, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation. *(Art 36)*

5.2. Prestations d'incapacité permanente :

- **La rente :** destinée à compenser la réduction ou la perte de la capacité de travail, La victime atteinte d'une incapacité permanente de travail a droit à une **rente**. *(Art 38)*
Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente **égale ou supérieure à 10%** sont calculées d'après le salaire annuel de la victime.
Les rentes courent du lendemain de la date consolidation ou de celle du décès.

Le taux d'incapacité de travail est **fixé** par le **médecin conseil** de l'organisme de sécurité sociale selon un barème fixé par voie réglementaire. (Art 42)

La rente est revisable :

la rente peut faire l'objet d'une révision en cas d'aggravation ou atténuation de l'infirmité de la victime. (Art 58)

➤ **Le capital représentatif**

Lorsque le taux d'incapacité est inférieur à **10%**, la victime peut prétendre à un capital représentatif déterminé d'après un barème fixé par voie réglementaire. (Art 44)

Les rentes sont payables **mensuellement** à leurs titulaire...(Art 50)

➤ **L'allocation-décès**

En cas de décès consécutif à un accident du travail, une **allocation-décès** est servie aux ayants droits dans les conditions prévus . (Art 52)

➤ **Autres taux**

○ Le taux du barème, peut être augmenté d'un taux social, le taux social est compris entre **1% et 10%**, destiné à tenir compte, notamment : (Art 42)

- De l'âge
- Des aptitudes
- De la qualification professionnelle
- De la situation familiale et sociale de la victime.

○ Le taux social est accordé aux assurés sociaux dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 10 %. (Art 2 de l'ordonnance n° 96-19 / JORA n° 42 du 07/07/1996)

○ Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à recourir à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré de **40 %** . (Art 46)

6. CONTESTATIONS ET VOIES DE RECOURS

Les voies de recours diffèrent selon la nature du litige :

6.1. CONTENTIEUX GENERAL :

Les litiges qui naissent entre les organismes de sécurité sociale d'une part et les assurés sociaux ou les assujettis d'autre part à l'occasion de l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

Ces litiges sont portés **obligatoirement** devant les **commissions de recours préalable** avant tout recours aux juridictions. (Art 4 de la loi n° 08-08 / JORA n°11 du 02/03/2008)

6.2. CONTENTIEUX TECHNIQUE :

Les litiges qui naissent entre les organismes de sécurité sociale et les prestataires de soins et de services concernant la nature du traitement et le séjour dans un hôpital ou une clinique.

6.3. CONTENTIEUX MEDICAL

Est entendu par contentieux médical, les litiges relatifs à l'état de santé des bénéficiaires de la sécurité sociale, notamment :

- la maladie,
- la capacité de travail,
- l'état de santé du malade,
- le diagnostic,
- le traitement
- toutes autres prescriptions médicales.

Les litiges relevant du contentieux médical sont réglés, suivant le cas, par la procédure de **l'expertise médicale** ou dans le cadre des **commissions d'invalidité de wilayas qualifiées**.
(Art 18 de la loi n° 08-08 / JORA n°11 du 02/03/2008)

B. LES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. DEFINITION

La MP est le fait de l'action lente, répétée et durable d'un risque précis présent sur les lieux du travail d'une façon habituelle et connu pour être susceptible de provoquer une maladie déterminée

- La MP est indemnisable si elle répond à des critères précis :
- Maladie répertoriée dans l'un des 84 tableaux des MP
- Risque bien défini : l'agent causal est biologique, physique ou chimique
- Symptomatologie clinique : les manifestations cliniques doivent obligatoirement correspondre à celle qui sont définies par les tableaux
- Délai de prise en charge : correspond au temps d'incubation de la maladie. Il débute à la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque et prend fin à la date d'apparition de la maladie.
- Délai minimale d'exposition au risque: pour certaines MP

En vue de l'extension et de la révision des tableaux, ainsi que de la prévention des maladies professionnelles, il est fait **obligation** à tout médecin de déclarer toute maladie ayant, à son avis, un caractère professionnel. (*Art 68 de la loi n° 83-13 / JORA n°28 du 05/07/1983*)

2. CLASSIFICATION DES MP :

Les MP sont classées selon leur étiologie en trois (03) groupes :

1. groupe des maladies secondaires à des intoxications aiguës ou chroniques (plomb, mercure, arsenic...)
2. groupe des infections virales, bactériennes et parasitaires
3. groupe des maladies résultant d'ambiance (bruit, température, poussières allergisantes) ou d'attitude de travail (hygromas du genou)

Chaque tableau est divisé en 03 colonnes :

- Colonne de gauche : où est indiquée la liste des manifestations cliniques avec leurs caractéristiques précises. Cette liste est limitative
- Colonne de droite : où sont indiqués les travaux susceptibles de provoquer les maladies indiquées par la colonne de gauche. Cette liste est limitative pour les groupes 2 et 3 et est indicative pour les intoxications
- Colonne médiane réservée au délai de prise en charge

3. MODALITES DE DECLARATION

Le travailleur déclare lui-même sa MP à la CNAS : il établit une déclaration de MP en 02 exemplaire (**imprimé AT16**) et les dépose à la caisse des AT/MP dans un délai de 15 jours.

Le médecin lui établit un certificat de MP (**imprimé AT17**) en 03 exemplaires dont deux sont adressés à la CNAS et un est remis à l'intéressé.

L'employeur remet à la victime une attestation de travail.

Les voies de recours sont identiques à celles des accidents du travail.

- FIN -

Dernière mise à jour : septembre 2023