



ASTHME PROFESSIONNEL



Mise à jour réalisée en avril 2010 sous l'égide du groupe PAPPE (Pathologies pulmonaires professionnelles et environnementales; président: Pr Frédéric de Blay) de la Société de pneumologie de langue française, la Société française de médecine du travail et la Société Française d'allergologie et d'immunologie clinique.

« Asthme professionnel – Stratégie d'information et de sensibilisation des médecins généralistes »

Comité de pilotage du projet initial

- Pr Philippe GODARD, pneumologue service de pneumologie, Montpellier
- Pr Jacques AMEILLE, pneumologue unité de pathologie professionnelle, Garches
- Pr Gabrielle PAULI, pneumologue, service de pneumologie, Strasbourg
- Dr Marie-Christine KOPFERSCHMITT-KUBLER, pneumologue service de pneumologie, Strasbourg
- Pr Jean-Claude PAIRON, médecin du travail unité de pathologie professionnelle, Créteil
- Pr Jean-François MUIR, pneumologue service de pneumologie, Rouen
- Dr Odile SIRUGUET ministère des Affaires sociales, Paris
- Dr Didier LAPORTE CNAMTS-DSM, Paris
- Dr François LATIL CANAM, Saint-Denis
- M^{me} Jocelyne BOUDOT Direction générale de la Santé, Paris
- Dr Martine VACARIE Direction générale de la Santé, Paris
- Dr Gilles CAPOCHICHI, pneumologue Direction générale de la Santé, Paris

Fiches coordonnées par les Pr Philippe Godard (SPLF), Jacques Ameille (SFMT), Jean-Claude Paireon (SFMT); réalisées avec le soutien de la Direction générale de la Santé et de la Fédération française de pneumologie. Remerciements aux auteurs et au Pr Dominique Huas pour sa relecture. Parues dans la revue Info Respiration n° 60 de mars 2004.

Sommaire

PAGE 3 FICHE PRATIQUE 1

Handicap respiratoire d'un asthmatique au travail

P. Godard, H. Dhivert-Donnadieu, A. Roulet

L'asthme concerne environ 7 % de la population adulte. Il est responsable d'un handicap qui peut s'avérer majeur, en particulier dans le cas des asthmatiques professionnels et, d'une manière plus générale, des asthmatiques au travail.

PAGE 4 FICHE PRATIQUE 2

Les principaux métiers en cause

J. Ameille

Six métiers (boulangers et pâtisseries, métiers de la santé, coiffeurs, peintres, travailleurs du bois, employés de nettoyage) sont, à eux seuls, à l'origine de plus de la moitié des asthmes professionnels en France. L'apparition d'un asthme chez une personne exerçant l'un de ces six métiers doit systématiquement conduire à un bilan sur une éventuelle étiologie professionnelle.

PAGE 5 FICHE PRATIQUE 3

Stratégie diagnostique pour le médecin généraliste

G. Pauli, M.-C. Kopferschmitt-Kubler

Le diagnostic d'asthme professionnel repose sur une enquête professionnelle rigoureuse, pour laquelle le médecin du travail est un interlocuteur incontournable. Il repose sur des données objectives telles que les tests immunologiques et surtout les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR).

PAGE 6 FICHE PRATIQUE 4

Prise en charge médicosociale: déclaration-réparation au titre de la maladie professionnelle

C. Peyrethon, D. Choudat

Le diagnostic d'asthme ayant été établi chez un patient et son origine professionnelle suspectée, il est important de connaître les démarches médico-sociales à entreprendre par le médecin et le patient pour une reconnaissance en maladie professionnelle et une réparation du préjudice.

PAGE 7 FICHE PRATIQUE 5

Déclaration-réparation au titre de la maladie professionnelle: les différentes étapes

D. Laporte, A. Sobaszek

Un asthme professionnel ayant fait l'objet d'une déclaration en maladie professionnelle, des critères administratifs et médicaux sont vérifiés par la Sécurité sociale préalablement à la reconnaissance. Schéma récapitulatif.

PAGE 8 FICHE PRATIQUE 6

Prise en charge médico-sociale: MDPH-bilan de compétences

A. Sobaszek, N. Joly

Une prise en charge socioprofessionnelle globale et précoce est nécessaire pour éviter au patient souffrant d'asthme professionnel une désinsertion secondaire à un licenciement pour inaptitude médicale. La constitution d'un dossier auprès de la MDPH et la réalisation d'un bilan de compétences sont des éléments du reclassement professionnel.

PAGE 9 FICHE PRATIQUE 7

Comment aider un asthmatique dans son orientation professionnelle?

J.-C. Paireon, P. Brochard

Le médecin généraliste peut être amené à discuter avec un patient asthmatique (adolescent ou adulte) de son orientation professionnelle. Rappel des principaux paramètres à prendre en compte pour l'aider dans son orientation et algorithmes d'aide à la décision.

PAGE 10 FICHE PRATIQUE 8

Lexique des sigles et abréviations

J.-P. L'Huillier, J.-C. Paireon

Tableau des sigles, abréviations et organismes à connaître dans le cadre de la prise en charge médico-sociale de l'asthme professionnel.

**Quelques sites Internet à consulter pour plus d'informations:**

les huit fiches sur l'asthme professionnel y sont téléchargeables

- Site de la Société de pneumologie de langue française: www.splf.org
- Site du ministère de la Santé: www.sante-sports.gouv.fr
- Site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles: www.inrs.fr
- Site consacré à l'asthme et à l'allergie: www.asmanet.com

Handicap respiratoire d'un asthmatique au travail

Philippe Godard, Henriette Dhivert-Donnadieu, Agnès Roulet
Département hospitalo-universitaire, pneumologie addictologie
CHU – hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier

Classiquement, l'asthme était connu pour être un brevet de longue vie. Il n'en est probablement rien, mais il faut savoir que le nombre de décès par asthme en France a diminué de manière significative au cours des dix dernières années. En revanche, il est de plus en plus clair que l'asthme (et la rhinite associée) est responsable d'un handicap qui peut se révéler majeur, en particulier si l'on considère l'asthme professionnel et, d'une manière plus générale, les asthmatiques au travail. L'asthme concerne environ 7 % de la population adulte. La moitié souffre d'un asthme persistant, justifiant un traitement de fond quotidien. Ce sont certainement ces personnes qui ont la plus grande probabilité de souffrir d'un handicap respiratoire. Il faut cependant considérer également les asthmes intermittents, certes peu ou pas sévères. Du fait même de l'hyperréactivité de fond et/ou de l'allergie sous-jacente, ces formes d'asthme peuvent interdire la pratique de telle ou telle activité professionnelle. Dans d'autres situations, l'éviction du facteur de risque et déclenchant a permis de réduire la sévérité de fond de la maladie, mais au prix d'un changement de travail.

QUELQUES DÉFINITIONS

Le terme **handicap** est dérivé d'un mot anglais (*hand in cap*, qui était un jeu). Il a été utilisé ensuite dans les courses de chevaux. Il signifie d'une manière générale tout état d'infériorité.¹

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la **déficience** correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. Ces pertes de substance ou ces altérations peuvent être provisoires ou définitives. Elles comprennent l'existence ou l'apparition d'anomalies, d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou une autre structure de l'organisme, y compris la fonction mentale. La déficience représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau de l'organe. Dans le cas de l'asthme, la déficience s'évalue essentiellement par la mesure de l'obstruction bronchique (VEMS et VEMS/CV) ainsi que par l'hyperréactivité bronchique.

Une **incapacité** correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans des limites considérées comme telles pour un être humain. Dans le cas de l'asthme, elle s'évalue par une épreuve d'exercice musculaire, et non par un test de marche de 6 minutes (mal adapté à la situation).

Le handicap (ou désavantage social) d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. Il s'évalue par des questionnaires de qualité de vie.

HANDICAP ET FORMES CLINIQUES DE L'ASTHME

L'évaluation du handicap doit se fonder sur la sévérité de l'asthme. Elle se déduit de la pression thérapeutique nécessaire pour

obtenir et maintenir un bon contrôle de la maladie. Elle doit tenir compte du niveau de déficience (se rapportant essentiellement au degré d'obstruction bronchique résiduelle, évaluée par une spirométrie) ainsi que des effets secondaires des médicaments. La réparation devrait prendre également en compte l'importance du handicap, ce qui n'est pas le cas actuellement ou du moins ne l'est que très partiellement.

Il est également important de considérer la rhinite (professionnelle) bien souvent associée. Elle est responsable d'un handicap parfois aussi important que l'asthme, alors même que la déficience est absente voire modeste.

L'asthme professionnel est défini comme un asthme déclenché ou aggravé par une substance inhalée sur les lieux du travail. Il est donc impératif, quelle que soit la sévérité de la maladie, de proposer une éviction du risque. Celle-ci n'est pas toujours possible, voire ni même souhaitée par le travailleur. Elle n'est pas synonyme de guérison. Dans tous les cas, il est indispensable de mettre en place un traitement de fond.

La consolidation est définie par la Sécurité sociale de la manière suivante : c'est le moment où l'on estime que l'état est « stabilisé » (éventuellement sous traitement), et que l'on n'obtiendra pas d'amélioration significative supplémentaire. Il est admis — pour l'asthme professionnel — une durée de deux ans. La consolidation signifie qu'il existe des « séquelles ». La date de consolidation est parfois difficile à définir de manière précise, pour plusieurs raisons :

- l'exposition au risque peut persister,
- l'asthme peut évoluer pour son propre compte,
- l'asthme est par nature une maladie fluctuante,
- d'autres facteurs déclenchants peuvent intervenir.

L'asthme en lui-même, du fait même de sa sévérité propre, de la déficience générée par la

maladie elle-même, des effets secondaires des médicaments ou de la difficulté à contrôler les symptômes, peut être responsable d'un handicap majeur pour le travailleur, dans certains métiers.

Enfin, la composante allergique de l'asthme doit être envisagée. Un atopique a un risque élevé, par définition, de se sensibiliser progressivement aux allergènes de haut poids moléculaire de l'environnement, à la farine par exemple. Il est toujours difficile de considérer l'aptitude à se sensibiliser comme un handicap, au sens socioprofessionnel du terme. Cependant, même si le niveau de preuve scientifique n'est pas encore important, il est possible de commencer à envisager une prévention primaire et secondaire dans certaines situations.^{2,3} ■

À noter:

- Le caractère important, voire indispensable, de l'évaluation de l'EFR et du suivi de cette EFR chez l'asthmatique au travail (surveillance « objective » d'une éventuelle détérioration, pas toujours évidente cliniquement, voire masquée) ;
- L'importance de la prise en compte du score médicamenteux lors de la surveillance d'un asthmatique au travail (raison identique à ci-dessus: patient avec EFR qui « se maintient », mais au prix d'une escalade thérapeutique...).

1. Rey A. Dictionnaire historique de la langue française. Ed. Le Robert, 1998.

2. Cullinan P, Tarlo S, Nemery B. The prevention of occupational asthma. *Eur Respir J* 2003; 22: 853-60.

3. Tarlo SM, Balmes J, Balkissoon R, Beach J, Bernstein D and Blanc PD, *et al.*, ACCP consensus statement: diagnosis and management of work-related asthma. *Chest* 2008; 134 1S-41S. — Voir Fiche pratique 7 p. 9 « Comment aider un asthmatique dans son orientation professionnelle? ».

Les principaux métiers en cause

Jacques Ameille

Unité de pathologie professionnelle et de santé au travail
Hôpital Raymond-Poincaré, Garches

L'origine professionnelle de nombreux cas d'asthme reste ignorée, ce qui peut générer de graves conséquences médicales et sociales.

La meilleure façon de ne pas méconnaître l'origine professionnelle d'un asthme est de l'évoquer systématiquement devant tout cas nouvellement apparu chez un adulte en activité. La multiplicité des agents étiologiques (plus de 400) et des circonstances d'exposition rend la démarche complexe. Une base de données sur l'asthme professionnel (AP), comportant des informations sur les différents agents étiologiques et métiers concernés, accessible sur Internet (www.asmanet.com), apporte une aide importante au médecin dans sa démarche diagnostique.

L'Observatoire national des asthmes professionnels (Onap), placé sous l'égide de la Société française de médecine du travail et de la Société de pneumologie de langue française, recueille depuis 1996 des informations sur les cas incidents d'AP. Ces informations, transmises par un réseau de médecins volontaires — médecins des consultations de pathologie professionnelle, médecins du travail, pneumologues, médecins-conseils de la Sécurité sociale —, ont permis d'établir une hiérarchie dans les étiologies et les métiers en cause. Six métiers sont à eux seuls à l'origine de plus de la moitié des AP en France* et méritent une attention particulière.



BOULANGERS PATISSIERS

Environ 20 % des AP sont observés chez les boulangers et les pâtisseries (29 % chez les hommes et 5 % chez les femmes). La farine (blé et seigle) est la principale étiologie, mais de nombreux autres allergènes peuvent être en cause, notamment les enzymes utilisées comme améliorants de la farine (alpha-amylase, cellulase) et les contaminants de la farine (acariens de stockage, charançons du blé, papillons, blattes, etc.).



METIERS DE LA SANTE

Environ 10 % des AP sont observés chez le personnel soignant, paramédical ou médical, avec une très nette prédominance féminine. Le latex des gants est l'étiologie la plus souvent invoquée. Les aldéhydes (glutaraldéhyde et formaldéhyde) sont également responsables d'un nombre important de cas.

On observe, depuis quelques années, une augmentation de la fréquence des sensibilisations aux ammoniums quaternaires, molécules largement utilisées en milieu médical pour leurs propriétés désinfectantes et détergentes.

Une modification de la réglementation (février 2003) permet la reconnaissance en maladie professionnelle des asthmes aux ammoniums quaternaires dans le cadre des tableaux. D'autres produits désinfectants — oxyde d'éthylène, chloramine T — sont plus rarement en cause.



COIFFEURS

Environ 8 % des AP concernent les coiffeurs, une proportion qui atteint 18 % si l'on considère uniquement les femmes. Il existe plusieurs causes possibles, mais les cas sont dus en majorité aux persulfates alcalins. Ces molécules, souvent conditionnées sous forme de poudres très fines, sont utilisées comme produit de décoloration capillaire. Des cas d'AP, beaucoup plus rares, ont été imputés aux teintures capillaires, aux produits de permanente ou au henné.



PEINTRES

Les peintres représentent environ 8 % des victimes d'AP (12 % si l'on ne tient compte que des hommes). Les peintres au pistolet, tout particulièrement ceux de l'industrie automobile, sont particulièrement concernés. Les isocyanates entrant dans la composition des peintures polyuréthanes pulvérisées sur les carrosseries sont la cause essentielle de ces asthmes. Les solvants des peintures contribuent à majorer les symptômes par leurs propriétés irritantes.



TRAVAILLEURS DU BOIS

D'après les données de l'Onap, les travailleurs du bois représentent environ 5 % des victimes d'AP (8 % chez les hommes). De

nombreuses espèces de bois sont sensibilisantes, mais l'asthme des travailleurs du bois peut aussi être la conséquence de sensibilisations à d'autres agents : isocyanates des vernis, formaldéhyde, notamment.



PERSONNELS DE NETTOYAGE

Quatre à 5 % des AP concernent les personnels de nettoyage (ce chiffre atteint 9 % si l'on ne tient compte que des femmes). Une augmentation du nombre des cas a été observée au cours des dernières années. Les étiologies potentielles sont multiples : acariens, latex des gants, ammoniums quaternaires des détergents. Beaucoup de produits de nettoyage sont en outre utilisés sous forme de spray, ce qui facilite leur pénétration respiratoire.

L'apparition d'un asthme chez une personne exerçant l'un de ces métiers devrait systématiquement conduire à un bilan visant à objectiver une étiologie professionnelle. ■

* Ameille J, Pauli G, Calastreng-Crinquand A, Vervloët D, Iwatsubo Y, Popin E, Bayeux-Dunglas MC, Kopferschmitt-Kubler MC and the corresponding members of the ONAP. Reported incidence of occupational asthma in France, 1996-99: the ONAP programme. *Occup Environ Med* 2003; 60 : 136-41.

Gabrielle Pauli, Marie-Christine Kopferschmitt-Kubler
Faculté de médecine
Hôpitaux universitaires de Strasbourg

L'asthme professionnel (AP) est une maladie inflammatoire des voies aériennes, avec un syndrome obstructif variable, une hyperréactivité bronchique ; il est induit ou aggravé par l'inhalation de substances présentes dans l'environnement professionnel (poussière, fumée, vapeur, gaz).

ON DISTINGUE

L'AP avec période de latence, induit par des substances d'origine animale ou végétale (souvent de mécanisme allergique) et par des produits chimiques ou des métaux (mécanismes moins bien connus.) Il peut apparaître après plusieurs semaines, mois ou années d'exposition professionnelle. Les symptômes sont rythmés par les périodes de travail.

Y penser devant tout asthmatique qui travaille, mais aussi devant une dyspnée (surtout si elle a été précédée d'une rhinite), une toux spasmodique, ainsi que devant un asthme qui s'aggrave alors qu'il était stabilisé.

QUATRE QUESTIONS FONDAMENTALES

- La crise d'asthme est-elle survenue sur les lieux du travail ?
- L'état respiratoire s'améliore-t-il durant les fins de semaine ?
- L'état respiratoire s'améliore-t-il lors de congés prolongés, ou se normalise-t-il ?
- L'état respiratoire s'aggrave-t-il en période de travail ou au décours du travail ?

Y penser devant une profession évocatrice : boulangers, pâtisseries, personnels de santé, peintres, coiffeurs, agents d'entretien, travailleurs du bois.

Voir **Fiche pratique 2** page 4 « Les principaux métiers en cause ».

La connaissance de la profession n'est pas toujours suffisante (nombreux produits manipulés, exposition à des produits provenant de postes adjacents...). L'enquête professionnelle approfondie relève du médecin du travail.

Le diagnostic d'asthme professionnel repose sur une procédure progressive permettant de confirmer l'asthme, de préciser sa sévérité (intermittent, persistant léger, modéré ou sévère, traitements déjà institués), d'évoquer un asthme professionnel d'après une histoire clinique compatible et de montrer une relation objective entre le travail et les symptômes (variation en fonction du travail des débits de pointe [DEP], du VEMS et/ou des

tests d'hyperréactivité bronchique non spécifique [HRBNS]). Parfois il sera nécessaire d'effectuer des tests de provocation spécifique avec la substance présumée responsable en milieu hospitalier. Le médecin généraliste tient une place essentielle de par l'interrogatoire qu'il fera à la recherche d'un asthme professionnel, de par ses constatations d'une crise d'asthme au travail ou au décours immédiat du travail, dans l'aide à la surveillance du patient par un journal de DEP en périodes de travail et de congés. Les étapes de la démarche diagnostique doivent être effectuées en collaboration avec le pneumologue, l'allergologue et le médecin du travail :

La mise en évidence d'une sensibilisation immunologique (tests cutanés, tests *in vitro*) est facile s'il s'agit d'un allergène d'origine animale ou végétale. En revanche, lorsque d'autres mécanismes sont impliqués, ces investigations ne sont pas réalisables. Mais un résultat positif d'un test cutané ou d'un dosage d'IgE spécifiques peut n'être que le témoin d'une sensibilisation purement immunologique.

Réalisation en période de travail et de congés d'épreuves fonctionnelles respiratoires

itératives, de mesure de l'HRBNS. L'hyperréactivité bronchique peut aussi se manifester cliniquement par une toux ou une gêne respiratoire survenant au contact d'irritants — fumée de tabac, odeurs fortes, sprays, polluants — ou déclenchées par le rire, l'effort, le froid...

Il existe une grande variété d'étiologies, et de nouvelles étiologies sont toujours susceptibles d'apparaître (nouvelles substances, modifications des techniques...).

AP SANS PÉRIODE DE LATENCE

Ce syndrome appelé antérieurement reactive airways dysfunction syndrome (RADS) se caractérise par la survenue de symptômes d'asthme de sévérité variable, mais aussi de toux sèche, de dyspnée durant les vingt-quatre premières heures suivant l'exposition à une forte concentration d'irritants (gaz, vapeurs ou fumées)

dans des conditions d'exposition inhabituelles, voire exceptionnelles (accident, incendie, défaut de ventilation). Le constat du médecin généraliste est un élément essentiel pour établir un certificat d'accident du travail.

Les symptômes d'asthme peuvent persister (obstruction bronchique variable et réversible, test à la méthacholine positif). Outre le traitement d'urgence, un suivi pneumologique avec réalisation d'épreuves fonctionnelles et institution d'un traitement anti-inflammatoire et bronchodilatateur est indispensable. Les substances le plus souvent décrites sont le chlore et ses dérivés, les acides et les isocyanates. ■

- Pauli G, Bessot JC, Kopferschmitt-Kubler MC, Popin E. Démarches diagnostiques. In : « L'asthme professionnel ». Bessot JC, Pauli G. Ed. Margaux Orange, Paris 1999, pp. 127-43.
- Lemièrre C, Kopferschmitt-Kubler MC. Syndrome d'irritation bronchique. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2001 ; 41 : 294-300.
- Kopferschmitt-Kubler MC, Popin E, Pauli G. Diagnostic et prise en charge de l'asthme professionnel. *Rev Mal Respir* 2008 ; 25 (8) : 999-1012.
- Fishwick D, Barber CM, Bradshaw LM, Harris-Roberts J, Francis M, Naylor S, Ayres J, Burge PS, Corne JM, Cullinan P, Frank TL, Hendrick D, Hoyle J, Jaakkola M, Newman-Taylor A, Nicholson P, Niven R, Pickering A, Rawbone R, Stenton C, Warturbon CJ, Curran AD and British Thoracic Society. Standards of Care Subcommittee Guidelines on Occupational Asthma. *Thorax* 2008 ; 63 : 240-50.



Prise en charge medicosociale : déclaration-réparation au titre de la maladie professionnelle

Claire Peyrethon, Dominique Choudat
Service de pathologie professionnelle
Université Paris-Descartes, AP-HP, Paris

Un diagnostic d'asthme ayant été établi et son origine professionnelle étant suspectée, le médecin doit conseiller son patient dans les démarches médico-sociales à entreprendre. Celles-ci dépendent de son statut.



LES DIFFÉRENTS STATUTS

SALARIÉ

Les salariés (régime général, régime agricole, SNCF, EDF...) peuvent bénéficier de la reconnaissance de l'asthme en maladie professionnelle (MP) si les symptômes correspondent à un « asthme objectivé par épreuves fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test ».

Le certificat médical initial (CMI) mentionne la maladie observée en se référant à la définition ci-dessus, la date de la première constatation de la maladie et l'exposition professionnelle incriminée, éventuellement le numéro de tableau concerné.

Ce certificat ne préjuge pas de la sévérité de l'asthme ni de facteurs extraprofessionnels éventuellement associés (terrain atopique, tabagisme, animaux domestiques...).

Le patient adresse le CMI accompagné d'une déclaration de MP et d'une attestation de salaire à son organisme de couverture sociale (pour les salariés du régime général, caisse primaire d'assurance maladie [CPAM]). Il reçoit une feuille de soins afin de bénéficier de la prise en charge des prestations à 100 % en tiers payant.

Les services médicaux et administratifs de la caisse procèdent à une double vérification :

— le service administratif recherche des preuves d'exposition habituelle à la nuisance professionnelle incriminée, précise les dates de début et de fin d'exposition ;

— le médecin-conseil vérifie le diagnostic, précise la date de première constatation de la maladie. Tous les résultats des examens réalisés (EFR, bilans allergologiques...) doivent être confiés au patient.

Si la substance est mentionnée dans l'un des « tableaux » d'asthme professionnel et si tous les critères médicaux et administratifs sont remplis, l'asthme est reconnu en MP par présomption d'origine. Si la substance n'est pas mentionnée dans un tableau, le dossier sera soumis au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, qui déterminera si l'asthme est en « relation directe » avec l'exposition. L'ensemble des tableaux de MP avec accès par pathologie, nuisance et métier est disponible sur le site de l'INRS, www.inrs.fr.

AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE

Le dossier est soumis à une commission de réforme départementale, qui se prononce sur l'imputabilité en se référant habituellement aux « tableaux » du régime général.

TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Les artisans, les commerçants, les professions libérales ne bénéficient pas de la reconnaissance en MP indemnizable par leur régime de couverture sociale. De rares travailleurs indépendants ont une couverture du risque accident du travail/maladie professionnelle par la souscription d'une assurance spécifique volontaire.

L'INTÉRÊT D'UNE RECONNAISSANCE EN MP

La reconnaissance d'une MP permet une réparation forfaitaire du préjudice.

Les consultations et les soins sont pris en charge à 100 %. La prise en charge peut être prolongée au-delà de la date de consolidation afin d'éviter une aggravation ulté-

rieure. En cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières versées (60 % du salaire de J1 à J28, 80 % à partir de J29) sont plus favorables qu'en assurance maladie. En cas de séquelles, l'attribution d'un taux d'incapacité permanente permet au salarié de recevoir un capital (si IP < 10 %) ou une rente (si IP ≥ 10 %). Ce taux est fixé par le médecin-conseil après la consolidation mais peut être révisé en cas d'aggravation ou d'amélioration.

Une reconnaissance du statut de travailleur handicapé peut être sollicitée auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH, ex-Cotorep). Cette disposition est surtout utile avant 45 ans, lorsque l'on souhaite obtenir un stage de reclassement professionnel (voir Fiche pratique 6 « Prise en charge medicosociale : MDPH – bilan de compétences »).

L'asthme peut mettre en cause l'aptitude du salarié à son poste de travail. Avant la fin de l'arrêt de travail, une visite de préreprise peut être sollicitée auprès du médecin du travail pour envisager des aménagements de poste ou un reclassement si nécessaire. Lorsqu'aucun aménagement ou reclassement n'est possible, en cas de MP reconnue, le salarié est licencié avec des indemnités doublées par rapport à un licenciement ordinaire. ■

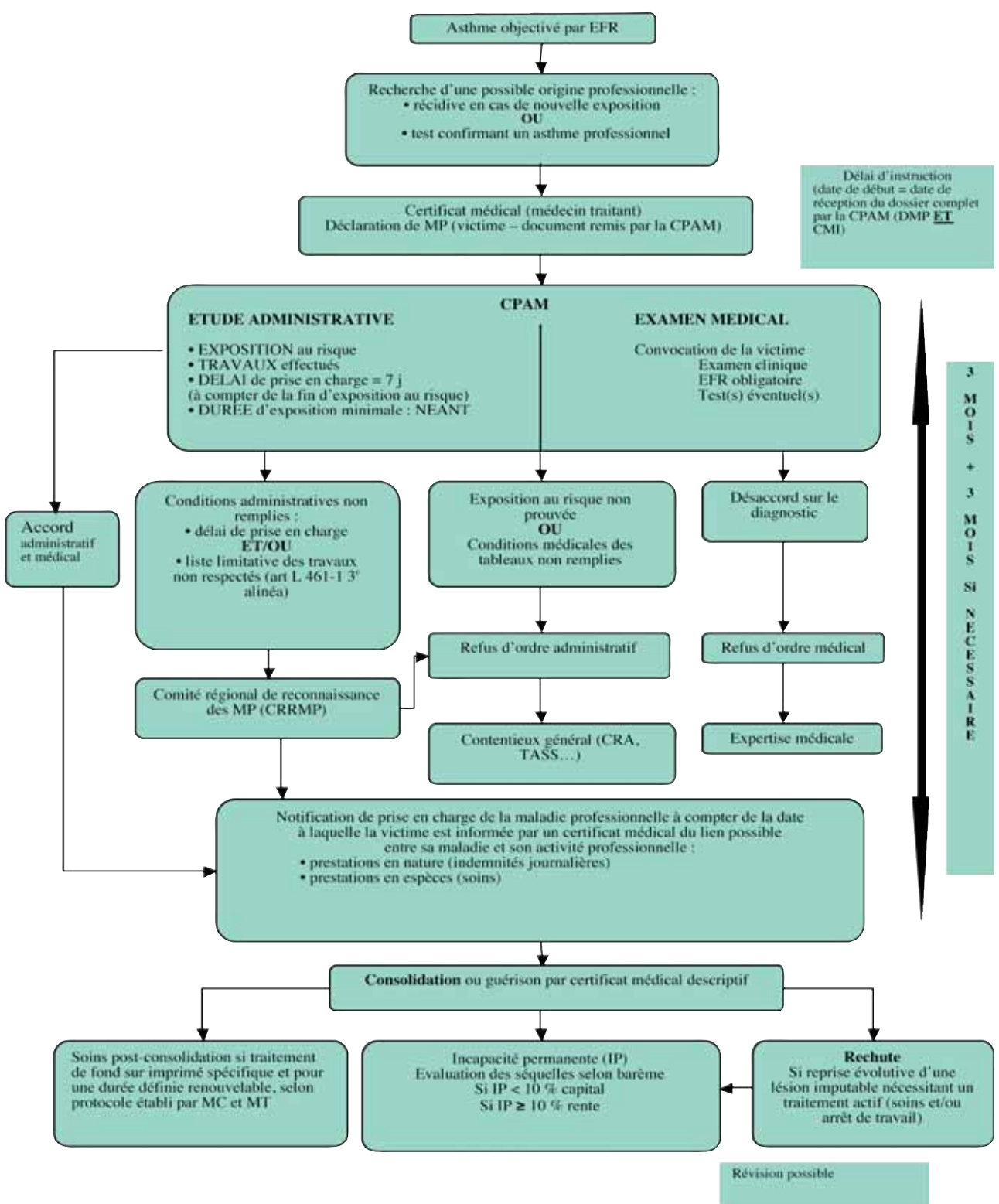
• Peyrethon C, Choudat D. Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions. *Rev Prat* 2003; 53: 2285-92.

• Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale. Ed. INRS, 2008.

Déclaration-réparation au titre de la maladie professionnelle : les différentes étapes

Didier Laporte
direction du service médical CNAMTS, Paris

Délai d'instruction
(date de début = date de réception du dossier complet par la CPAM (DMP ET CMI))



Prise en charge médicosociale : MDPH – bilan de compétences

Annie Sobaszek — Médecine et santé-travail

CHRU, université Lille-2

Nathalie Joly — médecin du travail

La survenue d'un asthme professionnel chez un salarié peut avoir des conséquences socioprofessionnelles importantes. Celles-ci sont majeures aux extrêmes de la vie active des asthmatiques : c'est-à-dire lors de l'accès au premier emploi et le maintien en activité des plus âgés : ainsi, plusieurs auteurs rapportent l'absence de première embauche chez 8 à 15 % des asthmatiques et la perte de leur emploi du fait de leur maladie pour 30 % d'entre eux.* Une prise en charge socioprofessionnelle globale est donc indispensable pour éviter une désinsertion secondaire à un licenciement pour inaptitude médicale et limiter les conséquences financières qui en découlent. Les difficultés de réinsertion étant proportionnelles à la durée d'inactivité, cette prise en charge doit s'effectuer le plus précocement possible. Cet accompagnement peut intervenir à différents niveaux :

- aide d'un salarié à se maintenir dans son entreprise ;
- accompagnement de la personne dans une démarche de reclassement externe, lorsque le maintien dans l'entreprise initiale n'est pas possible ;
- réinsertion professionnelle d'une personne sans activité professionnelle.

Dans tous les cas, l'objectif de cet accompagnement est de favoriser le maintien dans une activité professionnelle. Le médecin généraliste joue un rôle important dans cet accompagnement, car il est souvent l'interlocuteur privilégié, voire unique, d'un patient en arrêt de travail prolongé ou au chômage.

Deux outils sont particulièrement importants dans cette démarche de reclassement professionnel : la constitution d'un dossier auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et la mise en place d'un bilan de compétences.

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

La MDPH offre un accès unique aux droits et aux prestations, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi. Elle facilite les démarches des personnes handicapées et de leur famille. C'est la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits, notamment en matière d'attribution de prestations (allocation adulte handicapé [AAH], compensation, etc.) et d'orientation. Il en existe une par département. Elle remplace à la fois la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) qui était jusqu'alors compétente pour les moins de 21 ans et la Commission technique

d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), qui l'était pour les personnes âgées de 20 à 60 ans. Cette commission se prononce sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Elle est notamment compétente pour :

- l'orientation de la personne handicapée et les mesures visant à assurer son insertion scolaire, professionnelle et sociale ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)

Cette demande est utile pour des personnes handicapées en recherche d'emploi ou pour lesquelles un licenciement pour inaptitude médicale est prévisible. La RQTH est effectuée par la CDAPH. En pratique, cette reconnaissance s'accompagne d'une orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle. Elle permet, en outre, de définir une aptitude au travail en considérant le handicap et les capacités restantes. Les avantages liés à la RQTH sont, outre l'orientation professionnelle, l'accompagnement par le réseau cap-emploi, l'accès à la fonction publique par concours, les aides de l'Agefiph, ainsi que l'obligation d'emploi. La loi du 11 février 2005 oblige tous les employeurs à prendre les « mesures appropriées » — formation, adaptation du poste de travail, mais aussi possibilité pour les salariés handicapés, ainsi que pour leurs proches, de bénéficier d'aménagements d'horaires individualisés — permettant aux personnes handicapées d'accéder à un emploi ou de le conserver, de l'exercer et d'y progresser. Le refus de telles « mesures appropriées » peut être constitutif d'une discrimination. La loi a maintenu l'obligation, pour les employeurs ayant au moins vingt salariés, de compter 6 % de personnes handicapées dans leur effectif (loi de 1987 stipulant que « tout employeur de secteur privé ou public à caractère industriel et commercial occupant au moins vingt salariés est tenu d'avoir un quota d'au moins 6 % de personnes handicapées dans son effectif global »). Mais, elle a modifié certaines dispositions, comme le fait que, les titulaires de la carte d'invalidité et ceux de l'allocation adulte handicapé bénéficient désormais eux aussi de cette obligation d'emploi.

Démarches à accomplir

Toute demande est formulée auprès de la CDAPH *via* un imprimé unique s'intitulant « Formulaire unique de demandes à la MDPH ». Toutes les informations peuvent être

obtenues auprès des MDPH constituées dans chaque département. Cette demande peut être réalisée par la famille, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, Pôle emploi... Un certificat médical (cerfa n° 13878*01) doit être complété par le médecin et joint à l'imprimé unique. L'ensemble du dossier doit être adressé par la personne à la MDPH de son département de résidence.

Les bilans de compétences

Les bilans de compétences ont pour objectif d'analyser les acquis professionnels d'une personne en vue de faire émerger un projet professionnel réaliste et cohérent. Il existe différents types de bilans de compétence pour des personnes salariées (Fongecif, Agefiph), et d'autres mobilisables pour des demandeurs d'emploi (CDA) ou encore le bilan de compétences Pôle emploi.

Mise en œuvre des outils

Le dossier MDPH et la réalisation d'un bilan de compétences sont des éléments utiles dans une démarche de reclassement professionnel. Le médecin généraliste est un acteur privilégié pour initier ces démarches. Toutefois, la collaboration entre médecin traitant et médecin du travail est fondamentale et doit être précoce : elle s'appuie en particulier sur la visite de pré-pré-prise (le patient étant encore en arrêt maladie). Cette visite, effectuée par le médecin du travail, peut être demandée par le patient lui-même, le médecin traitant ou le médecin-conseil de la Sécurité sociale. Elle ne donne pas lieu à un avis d'aptitude et ne présente pas de caractère obligatoire. Toutefois, elle peut être précieuse, permettant de mettre en place des mesures adaptées à un salarié présentant un handicap secondaire à un asthme professionnel. Enfin, pour toutes ces démarches, le malade et le médecin traitant pourront trouver une aide auprès des consultations de pathologie professionnelle (liste consultable sur www.inrs.fr). ■

* Thaon I, Wild P, Mouchot L, Monfort C, Touranchet A, Kreutz G, Derriennec F, Paris C. Long-term occupational consequences of asthma in a large French cohort of male workers followed up for 5 years. *Am J Ind Med* 2008; 51 (5): 317-23.

Pairon JC, Bayeux MC, Brochard P, Choudat D, Conso F, Devienne A, Garnier R, Iwatsubo Y. Consequences of occupational asthma on employment and financial status: a follow-up study. *Eur Respir J* 1997; 10 (1): 55-8.

Comment aider un asthmatique dans son orientation professionnelle ?

Jean-Claude Pairon, service de pneumologie et pathologie professionnelle, CHI Créteil – université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, faculté de médecine, Créteil Patrick Brochard, Isped, université Bordeaux II

Dans sa pratique, le médecin peut être amené à discuter de l'orientation professionnelle d'un patient asthmatique.

La présente fiche a pour objectif de préciser les principaux paramètres d'aide à la décision. En effet, il n'existe pas de règle généralisable à tout asthme : chaque cas est particulier.

La concertation entre médecin traitant, pneumologue, médecin du travail ou de prévention (ou médecin scolaire) et patient est essentielle.

Les principaux paramètres à prendre en compte sont :

- les caractéristiques pronostiques (sévérité, évolutivité) et étiologiques (pneumallergènes courants, allergènes professionnels) ;
- l'âge et le niveau de qualification ;
- les caractéristiques de l'emploi (risque respiratoire spécifique, possibilité d'action sur le poste de travail).

ORIENTATION DE L'ADOLESCENT ASTHMATIQUE

Les paramètres utiles à la décision sont : la sévérité de l'asthme (fréquence, intensité des crises, score médicamenteux), le résultat de l'exploration fonctionnelle respiratoire, le résultat du bilan allergologique pour les pneumallergènes courants et le type d'exposition que le patient est susceptible de rencontrer (allergènes de haut poids moléculaire : farine, latex, etc. ; allergènes de bas poids moléculaire : persulfates, isocyanates, aldéhydes ; irritants non spécifiques). À cet âge, il paraît peu raisonnable de garantir une maîtrise des risques respiratoires sur les futurs postes de travail qui vont être occupés. Le tableau 1 propose un algorithme d'aide à la décision, en fonction des résultats des différents paramètres susmentionnés.

| | asthme modéré/sévère | | asthme actuel intermittent | | | | antécédent d'asthme sans crise depuis 2 ans | | | |
|--|----------------------|---|----------------------------|---|-----------|-----------|---|---|-----------|-----------|
| | anormale | | normale | | | | normale | | | |
| Spirométrie | anormale | | normale | | | | normale | | | |
| HRBns (test méthacholine/bronchodilatation) | + | | + | | - | | + | | - | |
| Bilan allergologique (pneumallergènes courants-atopie) | + | - | + | - | + | - | + | - | + | - |
| - allergène HPM | | | | | | | Info Surv | | | Info Surv |
| - allergène BPM ou irritants | | | | | Info Surv | Info Surv | | | Info Surv | Info Surv |

HRBns: hyperréactivité bronchique non spécifique
 HPM: haut poids moléculaire
 BPM: bas poids moléculaire
 Info Surv: information et surveillance

■ Contre-indiqué
 ■ Fortement déconseillé
 ■ Déconseillé

Tabl. 1 – Orientation de l'adolescent asthmatique Proposition d'algorithme d'aide à la décision (issu de l'expérience des auteurs)

| Sévérité des symptômes (+ score médicaments) | 1 crise/an | 1 crise/mois | ≥ 1 crise/semaine | Hospitalisation USI |
|--|---------------------------|--------------|-------------------|------------------------------------|
| EFR Spirométrie de base | Normale | | Normale | Anormale |
| HRBns | Faible | | | Forte |
| Bilan étiologique | Pneumallergènes courants | | Irritant | Allergène professionnel spécifique |
| Évolutivité (surveillance clinique et fonctionnelle) | Stabilité | | Faible | Forte |
| Âge | Plus de 50 ans | | 40 ans | 20 ans |
| Qualification | Faible (manœuvre) | | Moyenne | Élevée (cadre) |
| Statut professionnel | Indépendant | | Salarié | Salarié |
| Connaissance de la maladie | Bonne | | Moyenne | Médiocre |
| Souhait du patient | Refus total de changement | | Indécis | Accepte un reclassement |
| Action sur le poste de travail | Possible | | Difficile | Impossible |



Tabl. 2 – Orientation professionnelle du sujet asthmatique adulte (d'après l'expérience des auteurs)

ASTHMATIQUE ADULTE QUI SOUHAITE CHANGER D'EMPLOI

Cette situation est relativement voisine de la précédente lorsqu'il s'agit d'une réorientation professionnelle. Néanmoins, si un asthme d'origine professionnelle en rapport avec le poste occupé antérieurement est suspecté, alors il est utile de disposer également du résultat d'éventuelles investigations allergologiques dirigées contre les allergènes professionnels spécifiques. La poursuite d'une activité proche de l'activité précédente est souvent souhaitée par le patient lorsqu'il possède une qualification professionnelle particulière (peintre carrossier, coiffeuse). Lors de cette nouvelle embauche, le

médecin du travail déterminera si des aménagements spécifiques du poste de travail sont justifiés et peuvent être envisagés.

ADULTE DEvenu ASTHMATIQUE PENDANT SA PÉRIODE D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Il peut s'agir d'un asthme professionnel, déclaré ou non, ou d'un asthme non professionnel. L'ensemble des paramètres évoqués précédemment devrait être pris en compte, et le tableau 2 présente de façon schématique le degré d'incitation au reclassement que va faire peser chacun d'eux. En l'absence de reclassement possible, l'adaptation du poste de travail est indispensable.

Loin de constituer une règle d'or, ce tableau a vocation à aider le clinicien dans une décision difficile. La décision au cas par cas s'appuie non seulement sur des éléments médicaux, mais également sur les possibilités de mise en œuvre des mesures de prévention techniques (en particulier aménagement de poste). La décision est de façon générale un compromis entre le risque médical et le risque social, le pronostic médical étant lié au délai de mise en œuvre de mesures correctives par rapport à l'apparition de l'asthme professionnel. Il est important d'informer les (futurs) travailleurs sur l'asthme dans les situations à risque, et qu'un dépistage aussi précoce que possible soit effectué, afin de permettre la mise en œuvre de mesures adaptées dès que possible. ■

FICHE PRATIQUE 8

Lexique des sigles et abréviations

Jean-Pierre L'Huillier, service de pneumologie et de pathologie professionnelle, CHI Créteil – cabinet de pneumologie, La Varenne-Saint-Hilaire

Jean-Claude Pairon, service de pneumologie et pathologie professionnelle, CHI Créteil – université Paris-Est, Créteil Val-de-Marne, faculté de médecine, Créteil

| | | |
|----------------|--|--|
| AAH | Allocation adulte handicapé | Prestation attribuée à certaines personnes handicapées par la CDAPH. |
| AFPA | Association pour la formation professionnelle des adultes | Organise des formations professionnelles dans tous les secteurs d'activités, proposées aux personnes en recherche d'emploi ou salariés souhaitant un reclassement professionnel. Site Internet : www.afpa.fr |
| AGEFIPH | Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées | — Recueille les contributions financières des entreprises privées au titre de l'obligation légale d'emploi des personnes handicapées (quota de 6 % dans toutes les entreprises de plus de 20 salariés). — Utilise ces fonds pour favoriser toute action d'insertion professionnelle des handicapés en milieu ordinaire de travail (aide financière à l'insertion, aménagement de poste...) Site Internet : www.agefiph.asso.fr |
| AT | Accident de travail ou de trajet | — Fait accidentel survenu à l'occasion du travail (action soudaine d'une cause extérieure). — Doit être signalé sous 24 heures à l'employeur par la victime et déclaré par l'employeur auprès de la CPAM. |
| CDAPH | Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées | Commission départementale, qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation des personnes handicapées |
| CHSCT | Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail | — Obligatoire dans les entreprises de plus de 50 salariés. — Analyse les risques professionnels et les conditions de travail. — Surveille l'application de la réglementation en termes d'hygiène et sécurité. — Réalise des enquêtes en cas d'AT/MP. — Propose des actions préventives. — Rôle particulier vis-à-vis de l'application de la réglementation relative aux femmes enceintes et aux handicapés. — Consulté avant toute modification de poste de travail. |
| CMI | Certificat médical initial | Rédigé par le médecin (généraliste ou spécialiste) qui examine le premier le patient après un accident du travail ou lors de la constatation d'une maladie professionnelle (ou d'origine professionnelle présumée). |
| CMF | Certificat médical final | Rédigé par le médecin, précise la consolidation (en cas de séquelles) ou la guérison. |
| CNAM-TS | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés | Coordonne l'activité des CARSAT et CPAM, rôle dans la prévention sanitaire et la prévention des AT/MP. Site Internet : www.ameli.fr |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie | Gère l'assurance maladie des assurés relevant du régime général de sa circonscription, sert les prestations. |
| CRA | Commission de recours amiable | Instance administrative de la Sécurité sociale saisie en premier recours en cas de litige entre assuré et CPAM concernant un AT ou une MP. |
| CRRMP | Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles | Mis en place par la loi du 27 janvier 1993, composé du médecin-conseil régional du régime général, du médecin inspecteur régional du travail et d'un praticien hospitalier qualifié. Il est consulté, pour les maladies professionnelles touchant les salariés du Régime général, dans deux circonstances : • si la MP ne remplit pas un ou plusieurs des trois critères (durée minimale d'exposition, délai de prise en charge, liste limitative des travaux) des tableaux du Régime général de la Sécurité sociale ; • en cas de maladie non désignée dans un tableau mais qui entraîne le décès ou un taux d'IPP \geq 25 %. |
| DMP | Déclaration en maladie professionnelle | — MP : affection contractée du fait ou à l'occasion du travail et figurant en général dans l'un des tableaux de maladie professionnelle de la Sécurité sociale (ou affection certainement liée au travail et justifiant d'un taux d'IPP \geq 25 %). — La DMP est faite par le salarié lui-même auprès de sa CPAM, à l'aide d'un formulaire spécifique, accompagné du certificat médical initial et des attestations d'emploi. |

Jean-Pierre L'Huillier, service de pneumologie et de pathologie professionnelle,
CHI Créteil – cabinet de pneumologie, La Varenne-Saint-Hilaire

Jean-Claude Pairon, service de pneumologie et pathologie professionnelle,
CHI Créteil – université Paris-Est, Créteil Val-de-Marne, faculté de médecine, Créteil

| | | |
|-----------------|---|---|
| FNATH | Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés | Association ayant un rôle de conseiller auprès des patients face au handicap (reclassement professionnel) et aux difficultés éventuelles dans les AT/MP (législation du travail). Site Internet : www.fnath.org |
| FONGECIF | Fonds de gestion des congés individuels de formation | Structure pouvant, sous certaines conditions, assurer pour les salariés la prise en charge financière de formations indépendantes du plan de formation de l'entreprise. |
| IJ | Indemnités journalières | — Payées pendant les périodes d'incapacité de travail. — Après AT ou MP : elles sont plus avantageuses pour la victime qu'en assurance maladie (60 % du salaire les 28 premiers jours d'arrêt puis 80 % à partir du 29 ^e jour). |
| INRS | Institut national de recherche et de sécurité | — Institut de recherche et de formation en matière de prévention des risques professionnels. — Édite de nombreux documents de référence (fiches toxicologiques, revue Travail et sécurité, cahiers de notes documentaires, guides d'accès aux tableaux des maladies professionnelles...) Site Internet : www.inrs.fr |
| IT | Inspection du travail | Structure dépendant du ministère en charge du Travail, chargée de l'application du Code du Travail. |
| IP | Incapacité permanente | — Mesure les séquelles après consolidation d'un AT ou d'une MP. — Le taux d'IP conditionne l'attribution d'un capital (si IP < 10 %) ou d'une rente (si IP d'au moins 10 %). |
| MDPH | Maisons départementales des personnes handicapées | — Lieu unique d'accueil destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées. Offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées. |
| MCP | Maladie à caractère professionnel | — Affection causée par le travail habituel qui ne remplit pas les critères des tableaux de MP indemnisables et ne peut être soumise à un CRRMP (notamment taux d'IPP attendu < 25 %). — Toute MCP doit faire l'objet d'une déclaration à l'inspection du travail dans le but de créer de nouveaux tableaux de MP. |
| MIRTMO | Médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre | Contrôle l'application de la législation du travail dans les entreprises (pour le champ santé-travail) et le fonctionnement des services médicaux du travail. |
| MSA | Mutualité sociale agricole | Régime d'assurance maladie propre aux exploitants et salariés agricoles. Site Internet : www.msa.fr |
| PDITH | Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés | — Structure départementale. — Agit pour prévenir les licenciements pour inaptitude et aide à la recherche d'un nouvel emploi. — Une cellule maintien-reclassement peut être sollicitée par tout médecin, voire par d'autres acteurs. |
| RQTH | Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé | Permet à la personne concernée d'accéder aux aides techniques et financières favorisant l'insertion professionnelle. |
| RSI | Régime social des indépendants | Régime de Sécurité sociale obligatoire des chefs d'entreprise et travailleurs indépendants (« non salariés non agricoles »). Concerne en particulier les artisans, commerçants et professions libérales. Site Internet : www.le-rsi.fr |
| TCI | Tribunal du contentieux de l'incapacité | Instance juridique saisie en cas de litige entre assuré et CPAM concernant le taux d'IP en rapport avec un AT ou une MP. |



Mise à jour réalisée en avril 2010 sous l'égide du groupe PAPPE (Pathologies pulmonaires professionnelles et environnementales; président: Pr Frédéric de Blay) de la Société de pneumologie de langue française, la Société française de médecine du travail et la Société Française d'allergologie et d'immunologie clinique.

