

**1<sup>ère</sup> Rencontre médicale 2018**

# **L'aptitude médicale au travail des sujets allergiques et la réparation des MP**

**Dr. Hatem Ben Mansour – ISST**

**ISST– Vendredi 27 avril 2018**

# L'aptitude médicale au travail ?

- L'aptitude médicale au travail est définie par rapport à l'Inaptitude.
- Il n'existe pas de définition légale de l'aptitude médicale au travail.
- Seul le médecin du travail est habilité à déterminer l'aptitude médicale au travail

# L'aptitude médicale au travail <sub>2</sub>

- L'aptitude médicale au travail ne doit jamais être une sélection,
- La décision d'aptitude doit être basée sur des constatations cliniques avérées, confirmées le cas échéant par des explorations et des examens para-cliniques.

# L'aptitude médicale au travail et allergie

- La décision d'inaptitude au **POSTE** ne doit être prononcée que lorsque l'allergie est confirmée et que l'exposition est bien réelle.
- L'allergie peut mettre en cause la présence même du travailleur dans l'entreprise ou le contraindre à changer carrément de profession.

# L'aptitude médicale au travail 4

Le médecin du travail  
doit procéder au cas par cas

# **La réparation des maladies professionnelles provoquées par des agents allergisants**

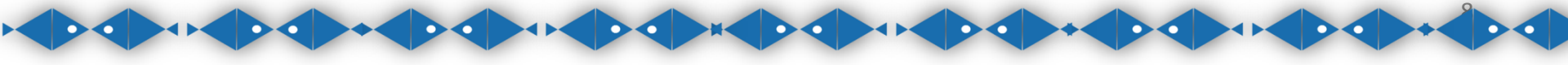
- Les allergies professionnelles sont très fréquentes dans plusieurs secteurs d'activités
- L'éviction et un traitement médical bien conduit amène la guérison du patient
- Les séquelles ont plus un impact socio-professionnel que clinique



Problème de réparation des dommages  
résultants des allergies

## La liste des MP

- 32/85 tableaux comportent soit une atteinte cutanée eczématiforme, soit une rhinite soit un asthme = plus d'1/3.
- Si on exclu les agents infectieux et les agents physiques on a plus de 50% de TMP.





# Conditions générales de reconnaissance d'une MP allergique en Tunisie

- Présence de la maladie sur l'un des TMP
- Confirmation de la maladie soit par des tests soit par l'épreuve éviction – réexposition: récurrence après nouvelle exposition.
- Respect du délai de prise en charge et de la liste des travaux

# En Tunisie

- Indemnisation globale
- Barème indicatif : taux médical + correction
- Déficit fonctionnel +++

# .... pour la peau selon le barème

## – Cicatrices

- Cuir chevelu : 5 à 30%
- Visage : 5 à 30%
- Mains : 5 à 10%
- Vicieuses : 5 à 20%

**Nécessité d'un consensus**

## – Cancers se développant sur une cicatrice : selon les séquelles

## – Dermo-épidermite (consécutives à un AT): 5 à 10%

## – Fistules de la peau : 1 à 8%

# **Le consensus national sur le barème indicatif d'évaluation du taux d'IPP des DCA professionnelles**

# Pourquoi ?

- Guérison apparente des DCA, l'hypersensibilité est définitive
- Diminution des chances de travail dans la même profession → impact socio-éco fort
- Le barème en vigueur est inadapté pour indemniser équitablement les victimes de DCA
- Indemnisation des victimes non uniforme par les commissions de la CNAM

# Données générales

- Conférence de consensus : janvier 2004
- Groupe de travail du document de base
  - Professeurs HU en MT et Dermato
  - MT de l'ISST
- Jury de la conférence
  - Présidé par feu Abdelaziz Ghachem
  - Professeurs HU en MT , Dermato, médecine légale
  - MIT
  - Dermato de libre pratique
  - Association des usagers

# Questions posées

- Quelle est la durée minimale d'éviction de l'allergène causal après laquelle on peut évaluer l'incapacité permanente ?
- Quelles sont les formes évolutives des DCA ?
- Quels sont les critères de base d'évaluation de l'incapacité ?

# Données de base

- Période d'éviction de l'allergène
  - Un à 2 mois au moins
- L'évolution de la DCA: 3 modes évolutifs
  - **A** : guérison apparente, sensibilisation permanente  
reclassement prof./éviction def. allergène
  - **B** : dermatose allergique récidivante. Préciser la fréq.  
Durée et nature du ttt.
  - **C** : pérennisation sur fond ch. Se greffent des poussées  
aiguës. Préciser les lésions ch. & durée et nature du ttt.
- Critères spécifiques d'appréciation des séquelles de  
DCA et d'évaluation de l'incapacité
  - Examen clinique, Test cut , recherche IgE, RAST, nécessité  
ou non ttt médical



# IPP selon le mode évolutif

- A : Déclassement ou perte de l'emploi : 10%  
si âge > 45ans → 15%
- B ou C : tenir compte de
  - Le siège et l'étendue anatomique des lésions cutanées séquellaires (facteur A)
  - L'atteinte fonctionnelle de la peau (facteur C)
  - Présence de signes subjectif (facteur S)
  - La polysensibilisation et/ou la fréquence des allergènes en milieu de travail (facteur D)
  - La durée du traitement (facteur T)
- $IP = (A \times C) + S + D + T < 100\%$

# Le facteur A : siège et étendue des lésions

- Région céphalique : 10 à 20%
- Membre supérieur : 10%
- Mains : 42%
- Membre inférieurs : 10%
- Pieds : 25%
- Tronc : 10%
- Organes génitaux : 3%

# Facteurs C & S: atteintes fonctionnelle

- Coefficient d'atteinte fonctionnelle de la peau (C)
  - Paramètres cliniques (SC) : infiltration, épaissement, lickénification, hyperkératose, fissures
  - Absence (SC) = zéro
  - Présence de SC moyen = 0.5 ; Intense = 1
  - $C = \text{somme des 3 paramètres} / 3$
- Les signes subjectifs (S)
  - Exemple : le prurit
  - Selon l'intensité ajouter 1 à 3%

# Facteur D: polysensib<sup>o</sup> & freq allergènes en milieu de travail

- Majoration de 3 à 5%
- Si sensibilisation intéresse plus d'un allergène dans le milieu de T et/ou le ou les allergènes incriminés se trouvent fréquemment en milieu de travail.

# Facteur D : la durée du travail

- Majoration de 1 à 3%
- Si nécessité d'un traitement à long court

# Cas particuliers

- Photosensibilisation rémanente
  - PhotoS° saisonnière : majoration de 10%
  - PhotoS° rémanente : majoration de 20%
- La perte de l'emploi : majoration
  - De 10% si âge < 45 ans
  - De 15% si âge > 45 ans

# Exemple

Soit un maçon âgé de 40 ans présente une DCA ch avec lichénification des lésions et infiltrées associées à des fissures douloureuses et prurit intense. Ces lésions siègent au niveau des mains (face dorsales et palmaires, doigts) la moitié distale des avant bras et dos des pieds.

Les tests épi-cutanés montrent une poly-sensibilisation au dichromate de potassium, Ni, Cobalt et thiuram mix.

Le traitement reçu : corticoïdes locaux + anti H pendant 6 mois / an

Ce patient a dû changer de métier

# Calcul de l'IPP

- Invalidité anatomique (facteur A) :
  - mains :  $16\% \times 2 = 32\%$
  - Avant bras :  $2\% \times 2 = 4\%$
  - Dos des pieds :  $1\% \times 2 = 2\%$
  - **Total A = 38%**
- Coefficient C
  - Infiltration = 0.5%
  - Lichénification = 0.5%
  - Fissures douloureuses = 0.75%
  - **Total C =  $1.75/3 = 0.58$**
- Facteur (S) : Prurit = 3%
- Polys° (4 allergènes prof.) = 5% dont le dichromate est Frq
- Traitement (T) = 4%
- Perte de l'emploi : 10%

$$\text{Calcul de l'IPP} = (38 \times 0.58) + 3 + 5 + 4 + 10 = 22 + 22 = 44\%$$

$$\text{IPP} = 44\%$$



# La réparation de l'asthme Professionnel

# Avant le consensus

- Critères :
  - dyspnée,
  - EFR (CV et Tiffeneau)
- Insuffisance respiratoire
  - Légère : 10 à 30%
  - Moyenne : 30 à 50%
  - Importante : 50 à 100%

# Après le consensus

- Critères
  - Le VEMS
    - Basal : mesuré en période stabilité clinique
    - Moyen : Basal + après  $\beta_2$  mimétique /2
  - Le test d'hyper réactivité bronchique non spécifique
  - Les besoins en médicaments
- Il est recommandé de fixer le taux d'IPP six à 12 mois après la cessation de l'exposition (temps estimé pour la consolidation des lésions).

## 4.2. LE BAREME PROPOSÉ

### 1°- Le degré d'obstruction bronchique et/ou d'hyper réactivité bronchique

		Taux d'IPP
<b>a) VEMS basal &gt; 80% de la valeur théorique</b>		
PD20 méthacholine ou équivalent >	2000 mg	0%
PD20 méthacholine ou équivalent >	1000 à 2000 mg	1 à 5%
PD20 méthacholine ou équivalent >	500 à 1000 mg	5 à 10%
PD20 méthacholine ou équivalent >	100 à 500 mg	10 à 15%
PD20 méthacholine ou équivalent <	100 mg	15 à 20%
<b>b) VEMS basal 70 à 80% de la valeur théorique</b>		
PD20 méthacholine ou équivalent >	2000 mg	5 à 10%
PD20 méthacholine ou équivalent >	1000 à 2000 mg	10 à 15%
PD20 méthacholine ou équivalent >	500 à 1000 mg	15 à 20%
PD20 méthacholine ou équivalent >	100 à 500 mg	20 à 25%
PD20 méthacholine ou équivalent <	100 mg	25 à 30%
<b>c) VEMS basal &lt; à 70% de la valeur théorique (vérifié à deux reprises)</b>		
VEMS moyen ≥ 80% de la valeur théorique		20 à 30%
VEMS moyen 60 à 79% de la valeur théorique		30 à 40%
VEMS moyen 50 à 59% de la valeur théorique		40 à 50%
VEMS moyen 40 à 49% de la valeur théorique		50 à 75%
VEMS moyen < à 40% de la valeur théorique		75 à 100%

### 2°- Les besoins en médicaments

	Taux d'IPP
	(à additionner au taux d'IPP obtenu au 1er)
• Broncho-dilatateurs ≥ 3 fois par semaine ou associés à des corticoïdes inhalés (≥ 3 mois par an)	3 à 10%
• Corticoïdes inhalés per os (≥3 mois par an) ± Corticoïdes inhalés	10 à 30%

### 3°- Le coefficient Professionnel

	Taux d'IPP
	(à additionner au taux d'IPP obtenu au 1er et 2è)
Taux d'IPP variable entre	0 et 30%

# Conclusion

- Les produits et substances allergiques sont très fréquentes en milieu professionnel
- Ils ont des conséquences graves essentiellement socio-professionnelles mais aussi médicales assez importantes
- La décision d'aptitude n'est souvent pas facile à prendre à cause des conséquences socio-Prof
- La réparation n'a jamais résolu les problèmes ceux-ci doivent être combattus par la prévention.

*Merci pour votre bien aimable attention*