

L'invalidité secondaire aux atteintes de l'appareil locomoteur dans le secteur privé. Barème et/ou critères

Secondary disability of locomotor system affections in private sector. Schedule and/or criteria

Naouar N.^{1,2}, Toumi Ghannouchi S.³, Rejeb K.⁴, Kammoun Moatemri H.⁴, Hadj Salah H.⁴, Khelifi S.¹, Ghannouchi S.^{1,5}.

¹ Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine de Sousse.

² Service d'Orthopédie – CHU Sahloul – Sousse.

³ Service de Médecine Interne – CHU Sahloul – Sousse.

⁴ District du Contrôle médical du Centre - CNAM.

⁵ Service des Urgences - CHU Farhat Hached - Sousse.

CORRESPONDANCE : **Slah-Eddine GHANNOUCHI**

Service des Urgences, Hôpital Farhat Hached 4000 Sousse

Email : slah.gannouchi@ms.tn

RÉSUMÉ

L'invalidité est une notion souvent méconnue par les praticiens qui sont pourtant fréquemment confrontés à des patients présentant une incapacité partielle ou totale au travail. Nous rapportons, à propos d'une série de 79 cas, les données démographiques, médicales, sociales et professionnelles d'assurés sociaux ayant déposé une demande de mise en Invalidité pour des affections de l'appareil locomoteur.

L'âge moyen des patients était de 46 ans avec des extrêmes de 24 et 60 ans. Le sexe masculin représentait 58% des cas. Les affections non traumatiques étaient les plus fréquentes, dans 2/3 des cas. Sur le plan fonctionnel, une boiterie jugée importante était constatée dans 68% des cas, souvent en rapport avec des séquelles de poliomyélite. Des lombalgies étaient constatées dans 1/3 des cas. Le secteur professionnel le plus concerné était la confection avec 32,9% des demandes.

Nous discutons les différences juridiques qui existent entre les pays émergents, où l'invalidité ne peut être que totale, et les pays développés où l'invalidité peut être partielle. Vu la disparité des affections médicales et des secteurs d'activités professionnelles, un barème est difficile à établir, mais un coefficient d'invalidité professionnelle devrait être établi.

ABSTRACT

Disability is an unknown entity that may be frequently encountered by practitioners when treating patients with partially or totally disability to work.

We report, in a 79-cases series, demographic, medical, social and professional data concerning patients requesting disability pension for locomotors system affections.

The middle age of patients was 46 years, ranging from 24 to 60 years. Male gender represented 58% of cases. Non traumatic affections were the most frequent, in 2/3 of cases. At functional evaluation, serious limping was noted in 68% of cases, mostly as a sequel of poliomyelitis. Lumbago was noted in 1/3 of cases.

The most concerned professional sector was the confection industry, in 32.9% of requests.

We discuss juridical differences existing between emergent countries, in which totally disability is the only feature, and developed countries in which partially disability may be considered. Regarding the disparity of medical affections and professional activity sectors, it's difficult to establish a schedule, but a coefficient of professional disablement should be established.

I. INTRODUCTION

Comme tout médecin, le chirurgien orthopédiste est confronté dans sa pratique courante à répondre ou à proposer à ses patients, au vu de leurs états de santé, un arrêt définitif de leurs activités professionnelles. Dans cette éventualité, une démarche médico-administrative auprès de la CNSS (dossier administratif) et de la CNAM (dossier médical) est à faire. Elle nécessite une connaissance des textes législatifs et de la procédure qui aboutit à l'ouverture du droit à la mise en Invalidité.

Si la législation est claire dans son esprit, sa compréhension et sa connaissance doivent être maîtrisées par le chirurgien orthopédiste, qui est confronté dans sa pratique courante à des sollicitations de patients qui réclament des certificats ou des rapports médicaux.

Nous rapportons dans cet article les résultats d'expertises médicales réalisées sur demande des médecins Conseils de la CNAM pour une mise en Invalidité. Nous dresserons le bilan de 3 ans et demi et tenterons de dresser les grandes lignes de l'admission des assurés dans ce cadre. Dans ce travail, comme le stipule la loi, on n'a retenu que les Invalidités secondaires à une maladie ou à un accident autre que les accidents du travail, sauf dans le cas où ce dernier aggrave une situation antérieure, on retient alors les incapacités dans leur globalité abstraction faite des séquelles de l'accident du travail.

D'ores et déjà et pour définir l'Invalidité, au sens médico-social, il faut la distinguer de l'handicap. En effet, l'handicapé est une personne ayant une réduction de ses capacités physiques, sensorielle ou motrice (Larousse encyclopédique). Ceci ne veut pas dire Invalide. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une personne impotente, infirme et incapable d'assurer normalement sa subsistance. Légalement, une personne est déclarée invalide, si sa capacité de gain se trouve réduite de 2/3.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude portant sur 79 assurés sociaux, ayant eu au moins une expertise, réalisée pour le compte de la CNAM, sur une période de 3 ans et demi allant du mois de janvier 2005 au mois de juin 2008. Ces demandes d'expertises, faites par le médecin Conseil de la CNAM, ont été précédées par un certificat médical émanant du médecin traitant qui sollicite pour son patient la mise en Invalidité. Il est spécifié sur la demande du médecin Conseil, si l'assuré social doit être admis dans le cadre de l'Invalidité, ou si elle doit être envisagée au cours d'une prise en charge dans le cadre d'une maladie de longue durée.

Ces expertises ont été réalisées par le même expert, selon un plan pratiquement standardisé. La saisie a été réalisée sur un tableau Excel®. L'exploitation a été faite sur le logiciel SPSS®.

III. RÉSULTATS

Notre série comporte 79 patients. Nous présentons les résultats en trois rubriques. La première est consacrée aux données générales. La deuxième développe les affections médicales ayant justifié la demande de mise en Invalidité. La troisième présente les données sur l'Invalidité.

A- Données générales :

a. L'âge et le sexe: Les assurés sociaux avaient un âge compris entre 24 et 60 ans avec une moyenne de 46 ans. Le sexe masculin représentait 58,2% des cas (46 hommes et 33 femmes).

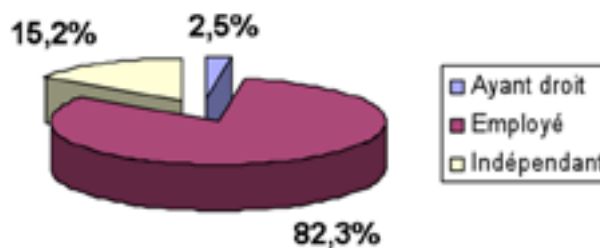
b. État matrimonial : 83,5% des patients étaient mariés et 8,9% étaient célibataires. Le nombre d'enfants à charge est compris entre 0 et 7.

c. Origine géographique : définie par lieu de résidence de l'intéressé et du bureau duquel dépend la personne prétendant à l'Invalidité.

	N	%
Kairouan	1	1,3
Kasserine	2	2,5
Mahdia	3	3,8
Monastir	29	36,7
Sousse	43	54,4
Tunis	1	1,3
Total	79	100

54,4% des patients exercent leurs professions dans le Gouvernorat de Sousse.

d. Situation professionnelle : Les employés représentaient la majorité des cas avec 82,3% et les indépendants représentaient 15,2% des cas.



Secteur d'activité : Les ouvriers de confection représentaient 32,9% des cas.

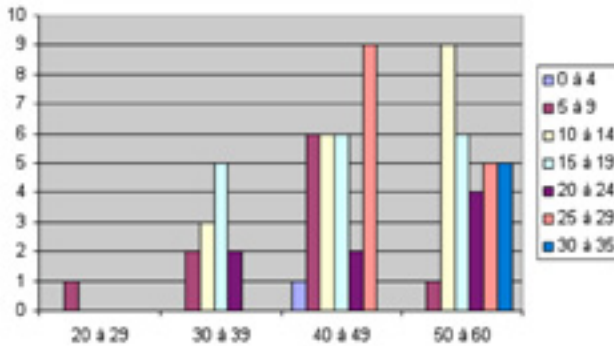
	N	%
confection	26	32,9
bâtiment	12	15,2
chauffeur/ garagistes	9	11,4
hôtellerie / restauration	10	12,7
sécurité/ nettoyage	4	5,1
bureautique	7	8,9
autres	11	13,9
Total	79	100

e. Affiliation à la CNSS : L'invalidité a été accordée pour patients ayant moins de trois ans d'ancienneté seulement. Il s'agit de personnes présentant une invalidité secondaire à un accident grave.

	Min	Max	Moy
Durée de cotisation	3	35	20,07

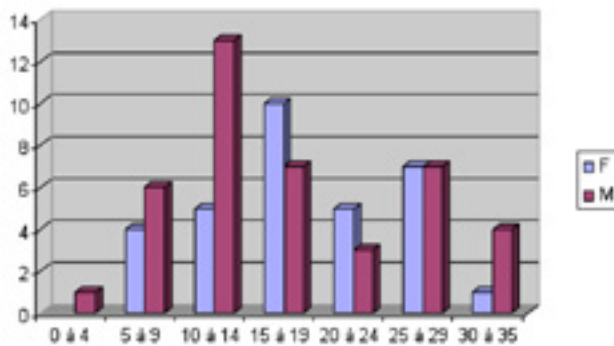


f. Ancienneté d'affiliation et âge : Le tracé croisé de l'ancienneté de l'affiliation à la CNSS en fonction de l'âge montre un pic de fréquence pour la tranche d'âge de 40 à 49 ans avec une ancienneté de plus de 25 ans ce qui constitue un obstacle à la mise à la retraite anticipée pour usure prématurée de l'organisme.

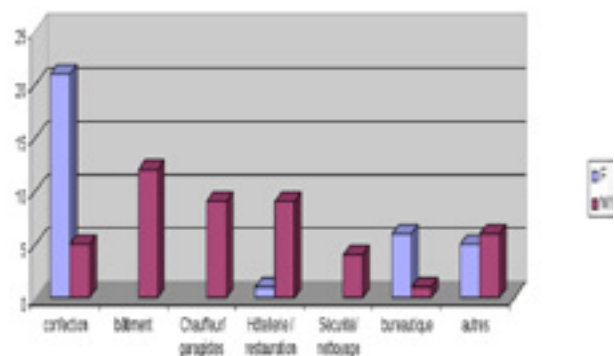


Le nombre d'assurés ayant une ancienneté comprise entre 5 et 9 ans était de 10. Ils étaient présents dans toutes les tranches d'âges. Les assurés ayant moins de quinze ans d'affiliation sont au nombre de 29. Vingt neuf assurés sociaux étaient âgés de plus de 50 ans avec plus de 10 ans d'affiliation.

g. Ancienneté et sexe : 31% des assurés sociaux étaient demandeurs de mise en Invalidité, après une ancienneté de 10 à 14 ans pour le sexe masculin et une ancienneté de 15 à 19 ans pour le sexe féminin.

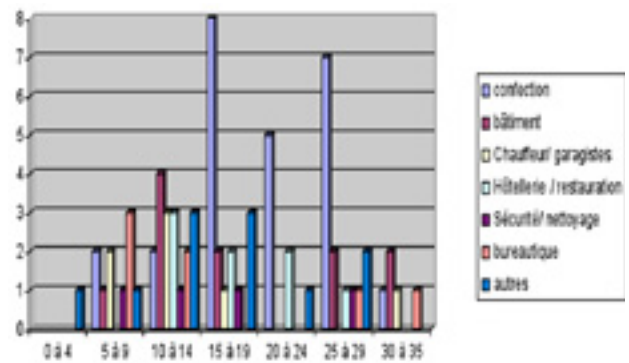


h. Secteur d'activité et sexe : La confection représentait à elle seule pratiquement le tiers des demandes de mise en Invalidité avec 26 cas correspondant à 32%. Le bâtiment était en seconde position avec 15%.



i. Activité et ancienneté : Après 15 années d'ancienneté dans le secteur de la confection, les ouvrières demandaient la mise en Invalidité. Pour les

autres secteurs d'activité, l'Invalidité a été demandée dans les différentes tranches.



B- Données médicales

a. Le motif principal de mise en Invalidité était dans 30,4% des cas en rapport avec un accident et dans 69,6% des cas en rapport avec une maladie.

	N	%
accident circulation	12	15,2
accident domestique	7	8,9
accident trajet	2	2,5
accident travail	3	3,8
maladie	55	69,6
Total	79	100

Dans les cinq cas d'accident du travail, il s'agissait d'une aggravation d'un état antérieur, ou d'association avec d'autres pathologies médicales.

b. L'examen physique des membres pelviens :

- L'amyotrophie : elle a été évaluée en mesurant la circonférence des cuisses, 10 cm au dessus de la base de la rotule.

Amyotrophie	Nombre	%
Pas d'amyotrophie	32	40,5
< 3 cm	30	38%
4<Amy<6	9	11,4%
7 < Amy < 9	6	7,6%
10 < Amy < 12	2	2,5%
Total	79	100%

Elle était retrouvée chez 47 patients avec une différence allant jusqu'à 12cm.

- L'inégalité de longueur des membres pelviens : la mesure a été faite de l'épine iliaque antéro supérieure, ou de l'ombilic, à la pointe de la malléole interne.

Longueur membres pelviens	N	%
Iso long	26	32,9%
1 < R < 3	42	53,2%
4 < R < 6	9	11,4%
7 < R < 9	2	2,5%

Une inégalité de longueur des membres était retrouvée dans 53 cas avec un maximum de 9cm de différence. L'amyotrophie et le raccourcissement étaient dus dans la grande majorité des cas à une atteinte poliomyélitique.

c. Sur le plan fonctionnel :

- La boiterie a été jugée importante dans 54 cas, soit 68% (12 cas de boiterie bilatérale et 42 cas de boiterie unilatérale importante).

Marche	Nombre	%	Association lombalgie	%
Normale	5	6,4	1	20
Impossible (paraplégie)	9	11,4	2	22,2
Boiterie bilatérale	12	15,2	3	25
Boiterie unilatérale importante	42	53,2	9	21,4
unilatérale modérée	9	11,4	6	66,6
unilatérale discrète	2	2,5	2	100
Total	79	100	23	-

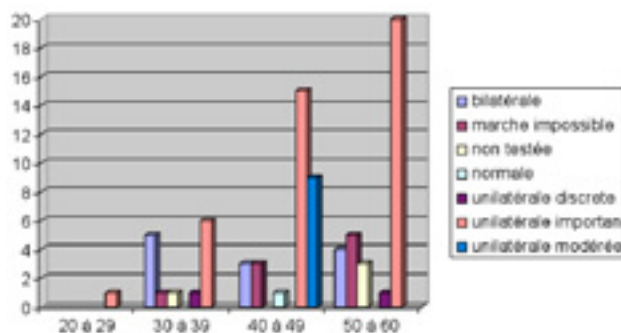
- Les lombalgies : 23 patients (29%) accusaient des lombalgies. Nous n'avons pas retrouvé de corrélation avec la boiterie. Les lombalgies représentaient l'aggravation principale de demande de mise en Invalidité.

d. Les pathologies associées :

L'affection était unique dans 34 cas (43%). 45 assurés avaient deux pathologies ou plus.

Nombre d'affections	N	%
1	34	43,0
2	25	31,6
3	12	15,2
4	5	6,3
5	3	3,8
Total	79	100,0

e. Boiterie en fonction de l'âge: Une importante boiterie unilatérale a été retrouvée dans 42 cas (53%), elle était surtout mal tolérée surtout après 50 ans, notamment avec l'apparition de la lombalgie.



f. Les examens complémentaires : Le recours aux examens complémentaires, aux fins des expertises, n'a eu lieu que dans 51,9% des cas.

	N	%
non	41	51,9
oui	38	48,1
Total	79	100

C- Les données sur l'Invalidité :

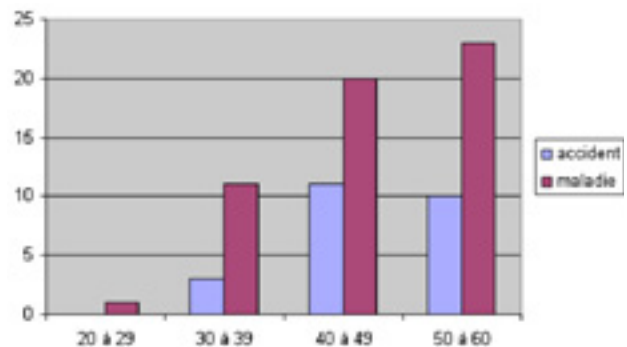
a. Un accord de prise en charge dans le cadre d'une maladie de longue durée, avant la mise en Invalidité a été accordée dans 56 cas. La durée maximale accordée a été de 2833 jours (7 ans 9 mois et 1 semaine !!). La moyenne a été de 594 jours. Dans les autres cas, l'Invalidité a été demandée d'emblée, les assurés étant toujours en exercice ou ayant interrompu leurs activités professionnelles depuis plusieurs trimestres, sans bénéficier d'une prise en charge dans le cadre d'une maladie de longue durée.

b. Un avis favorable de mise en invalidité a été donné par l'Expert dans 59,5% des cas. Dans 25,3% elle a été jugée envisageable. Elle n'était pas justifiée dans 13,9% des cas.

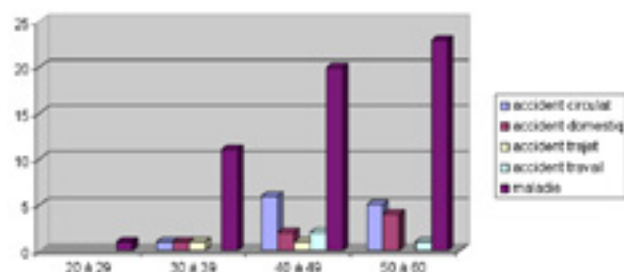
Invalidité	N	%
Non demandée	1	1,3
envisageable	20	25,3
non	11	13,9
oui	47	59,5
Total	79	100

c. L'Invalidité : La Commission a accordé l'Invalidité dans 32 cas. Une tierce personne a été accordée dans 4 cas. Les autres cas ont été maintenus dans le régime des maladies de longue durée qui leur a été déjà accordé.

d. Origine des Invalidités en fonction de l'âge: Les accidents ont constitué des facteurs d'aggravation d'un état antérieur dans pratiquement la moitié des cas au delà de 40 ans.

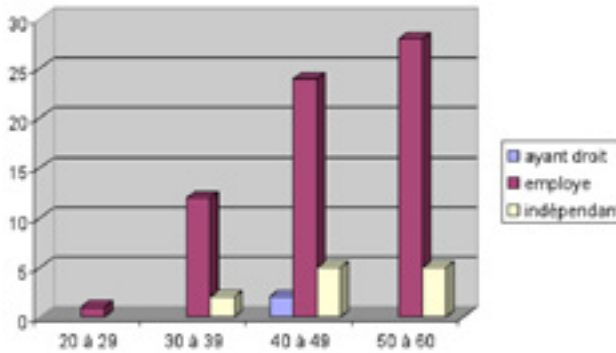


Les accidents domestiques étaient survenus au delà de 50 ans.



D- Age et régime

Les demandes de mise en Invalidité étaient pratiquement dans les mêmes proportions pour les deux régimes.



IV. DISCUSSION

Le sujet abordé constitue une entité médico-socio-administrative où les publications sont essentiellement juridiques. Nous n'avons retrouvé qu'un seul article, publié par l'Essentiel Médical (RSI : Régime Social des Indépendants) traitant ce sujet. Cette publication s'intéressait aux causes médicales d'entrée en Invalidité.

Nous discutons dans ce chapitre essentiellement les différentes juridictions selon les pays.

A- Notion d'Invalidité :

1. Dans le droit tunisien :

Est considéré comme Invalide l'assuré dont l'état présente une invalidité d'origine non professionnelle réduisant de deux tiers, au moins, sa capacité de travail ou de gain lorsque cette Invalidité est présumée permanente ou lorsqu'elle subsiste à l'expiration du droit aux indemnités de maladie. (Article 20 du Décret 74-499, du 27 avril 1974).

Cette définition se retrouve dans le droit mauritanien, et français (article L341-1 et R 341-2 du code de S.S.) qui stipule que : pour être considéré comme Invalide, il faut avoir perdu les deux tiers de ses capacités de travail ou de gain.

Toutefois, il est spécifié, dans le droit français, trois catégories. Dans la première l'assuré peut encore exercer une certaine activité professionnelle.

2. Dans le droit britannique :

L'incapacité totale au travail doit être constatée (100%). Elle peut faire l'objet d'un réexamen, si une amélioration de l'état de santé est probable.

Il est possible de cumuler les revenus d'une activité professionnelle avec la pension d'invalidité dans les limites d'un certain plafond.

Dans le droit suédois : La capacité de travail doit être réduite au moins d'un quart.

3. Dans le droit italien :

Distinction entre :

- l'invalidité générale, pour laquelle l'assuré doit voir

sa capacité de travail dans les emplois correspondant à ses capacités réduite d'au moins 1/3.

- L'invalidité professionnelle due pour des raisons de service autres qu'un accident du travail et pour laquelle l'assuré se trouve dans l'impossibilité absolue et permanente de poursuivre une activité professionnelle.

4. Dans le droit américain :

Les intéressés doivent être incapable d'obtenir une rémunération normale (moins de 1.050 \$ par mois) pendant au moins un an ou être atteints d'une maladie incurable. L'appréciation de l'état d'incapacité est effectuée par des agences d'Etat. Généralement, la pension ne commence à être servie qu'après 5 mois d'incapacité.

D'ores et déjà, la notion d'Invalidité diffère entre les pays industrialisés et les pays émergents. En effet pour ces derniers, l'incapacité de travail doit être définitive et irrévocable, système on/off, bien qu'elle peut être révisable tous les ans jusqu'à l'âge de 55 ans (Article 25, Décret 74-499 du 27 avril 1974). Alors que pour les pays développés on admet plus la notion d'Invalidité proportionnelle et qui ouvre droit à compensation partielle, ce qui nous rapproche de la notion d'handicap.

B- Activité professionnelle :

La notion d'Invalidité n'est pas corrélée avec l'activité professionnelle de l'assuré, bien que la législation des pays développés l'insinue, sans que ça soit explicite. Un coefficient professionnel n'est jamais évoqué, alors qu'il constitue un facteur majeur. Dans le droit français, il spécifie qu'il s'agit de l'incapacité générale de gain déterminée par les différents facteurs susceptibles de conditionner le reclassement de l'assuré dans le monde du travail, c'est-à-dire, non seulement par la gravité et la nature des affections ou infirmités constatées, mais aussi par l'âge du sujet, ses aptitudes physiques et mentales, sa formation professionnelle et les activités exercées antérieurement par lui (art.L 341-3 du code de S.S.).

Ainsi l'Essentiel Médical, distingue l'Invalidité partielle des commerçants, qui représente tout de même 26,6% des Invalidité reconnues en 2007 par les services médicaux.

C- Conditions d'ouverture des droits à l'Invalidité

a. L'âge

Dans le droit tunisien n'avoir pas atteint l'âge requis pour prétendre à pension de vieillesse. (Article 21, Décret 74-499, du 27 avril 1974). La retraite est octroyée à 60 ans dans le régime général et 65 ans pour le régime des indépendants.(Article 52, loi 81-6 du 12 février 1981).

Cette notion est retrouvée dans tous les pays. Mais dans le droit français, il n'est pas spécifié de régimes des indépendants. Un minimum est toutefois exigé :

30 ans dans le droit suédois et 24 ans dans le droit américain.

Dans notre série, l'âge a été en moyenne de 46 ans. Il convient de préciser que certains assurés ont atteint l'âge de 60 ans, mais n'ont pas bénéficié de la retraite ! Il s'agit d'assurés n'ayant pas eu une durée de cotisation prolongée.

L'invalidité ne peut être demandée au delà de l'âge de la retraite légale, ces assurés restent donc dans le régime de maladie de longue durée.

Dans l'Essentiel Médical, sur une série de 5243 personnes, l'âge moyen d'entrée en Invalidité était de 53 ans. Dans 75,7% des cas l'âge est compris entre 50 et 59 ans.

b. Le sexe :

Dans notre série, la proportion d'hommes est de 58,2%. Dans l'Essentiel Médical, elle est de 74,6%. Il est à préciser que cette série ne traite que le régime des indépendants.

c. Durée de cotisation :

Dans le droit tunisien : avoir accompli un stage au moins égal à 60 mois de cotisations validés, sauf en cas d'accident grave (Décret 81-188 du 14 février 1981).

Dans le droit mauritanien : avoir été immatriculé à la caisse depuis au moins cinq ans.

Dans le droit français, L'assuré doit pouvoir justifier de douze mois d'immatriculation avec un minimum de 800 heures rémunérés au cours des 4 trimestres civils.

Dans le droit suédois et le droit britannique : il n'est pas spécifié de durée minimale de cotisation.

Dans le droit italien :

- Invalidité générale : avoir accompli 5 ans d'assurance dont 3 ans dans les 5 années précédant la demande.

- Invalidité professionnelle : lorsque l'invalidité est due à une cause professionnelle autre qu'un accident du travail, il n'est pas exigé de durée minimale d'assurance pour l'ouverture des droits.

Dans le droit américain : pour avoir droit à pension d'invalidité, il faut justifier d'un certain nombre de trimestres (Q.C.) notamment au cours des dernières années, variable en fonction de l'âge :

- un invalide de moins de 24 ans doit justifier de 6 Q.C. au cours des 3 années précédant le début de l'invalidité.
- de 24 à 30 ans, il faut justifier de Q.C pour au moins la moitié de la période comprise entre 21 ans et le début de l'incapacité.
- au delà de 31 ans, il doit avoir accompli cinq ans de travail (20 Q.C.) pendant les dix dernières années.

On constate qu'en fonction des pays, l'ouverture des

droits à l'Invalidité exige un délai minimum de cotisation sociale. Le minimum étant de 6 trimestres aux Etats Unis, soumis toutefois à une condition d'âge.

Pour notre étude, on n'a pas pu avoir la durée de cotisation, mais l'ancienneté de l'affiliation. Cette rubrique nécessitant une recherche administrative, dont l'accès n'est pas aisé.

D- Délai de dépôt de la demande d'Invalidité

Il n'est pas spécifié de délai entre la dernière cotisation, et donc de la cessation de l'activité, et la date de dépôt de la demande d'Invalidité dans le droit tunisien. Il en est de même dans le droit britannique et suédois.

Dans le droit mauritanien, le dépôt de la demande doit se faire dans les six mois suivants le début de l'incapacité.

Dans le droit français, la demande de pension d'Invalidité doit être adressée dans les 12 mois qui suivent la cessation de l'activité (article R.341-8 du code de la sécurité sociale)

Dans le droit italien, ce délai est amené à 2 ans.

Dans le droit américain : le dépôt doit se faire en fonction de l'âge. Au plus tard 1½ an pour une personne âgée de 24 ans et 5 ans pour celle âgée de plus de 31 ans.

E- Sur le plan médical :

Pour notre série, on a constaté que la plus part de nos patients avaient un handicap antérieur à leurs activités professionnelles, notamment la polio. Ces personnes ont assuré un travail pendant plusieurs années, avant de prétendre à l'Invalidité.

Dans notre série, nous avons retrouvé que 69,6% étaient des personnes qui avaient sollicité l'Invalidité pour une cause non traumatique.

Dans l'Essentiel Médical, les maladies du système ostéoarticulaire, étaient les plus fréquemment à l'origine d'une Invalidité (toute catégorie confondues) et représentaient 29,4% des cas. Les lésions traumatiques sont de 9,3%. Dans notre série ils sont de 30,4%. Ces chiffres concordent, puisque les lésions traumatiques représentent environ 1/3 des affections.

Parmi les motifs cités dans l'Essentiel Médical les pathologies rachidiennes et discales, représentaient 47% de toutes les affections de l'appareil locomoteur. Dans notre série, les lombalgies ne représentaient que 29%.

V. CONCLUSION

Il résulte de notre étude que les critères de mises en Invalidités reposent essentiellement sur les atteintes des membres pelviens et leurs répercussions fonctionnelles, notamment sur la marche. Ils constituent souvent le fac-



teur déterminant de demande de mise en Invalidité. Il se dégage également de notre étude que la notion de barème est difficile à établir. Les facteurs de mise en Invalidité étant trop disparates. Un coefficient ou un facteur professionnel doivent être dégagés pour chaque cas. Ceci permettra de favoriser une reprise partielle du travail, et une meilleure insertion sociale.

Le médecin traitant doit être bon conseiller pour son patient, et ne doit pas céder à la tentation de revendication systématique. En effet, on ne devrait pas confondre la notion d'Invalidité avec celle de d'handicap.

La législation devrait évoluer pour mieux intégrer la notion d'Invalidité Partielle qui est mieux adaptée pour la vie moderne.

Le chirurgien orthopédiste, comme médecin traitant ou même comme expert, doit garder à l'esprit que son avis n'est que consultatif. Seule la Commission Régionale est habilitée, à accorder la mise en Invalidité d'un assuré social.

VI. RÉFÉRENCES

- 1) Les causes médicales d'entrée en invalidité en 2007. L'essentiel médical ; RSI, N°1 – octobre 2008
- 2) Le certificat médical en matière d'Assurance Maladie-Invalidité. F. FALEZ Rev Med Brux 2004 ; A 337-41
- 3) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_algerie.html#c
- 4) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_etatunis.html#c
- 5) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france1.html#c
- 6) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_italie.html#c
- 7) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html#c
- 8) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_mauritanie.html#c
- 9) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_presentation3b.html#c
- 10) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_royaumeuni.html#c
- 11) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_suede.html#c
- 12) http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_tunisie.html#c
- 13) Invalidité du régime général des salaires - handroit