

La surdité professionnelle en France et en Italie

The occupational deafness in France and Italy

Maci L¹, Di Pierri C²

Résumé

Ce travail avait pour but de comparer les surdités professionnelles dans deux grands pays industrialisés, l'Italie et la France.

La prévention est la seule possibilité de diminuer l'incidence de ce type d'affection, incurable une fois déclarée. Les techniques d'évaluation d'une hypoacousie sont comparables dans les deux pays. Les conditions de reconnaissance d'une hypoacousie comme maladie professionnelle ainsi que sa définition sont plus strictes en France qu'en Italie. Il en résulte davantage de contentieux juridiques en Italie et, pour autant qu'on puisse les évaluer, des conséquences financières directes plus importantes dans ce pays qu'en France.

Une législation commune paraît souhaitable pour l'ensemble des pays de la communauté européenne.

Prat Organ Soins 2006;37(3): 227-33

Mots-clés : surdité ; bruit ; prévention ; travail ; maladie professionnelle.

Summary

This work aimed to compare occupational deafness in two major industrial countries: Italy and France.

Prevention remains the only way of reducing the incidence of this incurable disorder. The techniques for assessing hypoacusia are comparable in the two countries. The conditions for recognising hypoacusia as an occupational illness and its definition are more stringent in France than in Italy. This leads to more judicial litigations in Italy and, as far as they can be assessed, direct financial consequences in Italy are more significant than in France.

Joint legislation seems desirable for all countries in the European Community.

Prat Organ Soins 2006;37(3): 227-33

Key words: deafness; noise; prevention; work; occupational illness.

¹ Expert en oto-rhino-laryngologie du Centre de médecine légale de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) de Taranto et de Brindisi (Italie).

² Experte en médecine du travail du Centre de médecine légale de l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) de Taranto (Italie).

INTRODUCTION

En 1700, Bernardino Ramazzini de Padoue, dans son travail *De morbis artificum diatriba*, a évoqué, pour la première fois semble-t-il, une origine professionnelle à la surdité en établissant un lien entre cette pathologie et les expositions au bruit chez les chaudronniers.

L'exposition prolongée à des niveaux élevés de bruit, en détruisant les cellules ciliées de l'oreille interne, conduit progressivement à une surdité de perception irréversible. Les prothèses amplifient l'acuité résiduelle, mais ne peuvent restituer la fonction auditive dans son intégralité. La gravité de la maladie et le nombre de personnes atteintes de surdité d'origine professionnelle ont donc augmenté avec l'industrialisation.

Aujourd'hui, selon les données récentes, cette affection est la maladie professionnelle la plus fréquente en Italie. Elle représente en France, selon les derniers relevés statistiques, la quatrième maladie professionnelle déclarée, après les affections articulaires (tableau 57), les cancers bronchiques professionnels (tableau 30) et les affections du rachis (tableau 98) ; dans ce pays, elle se classe au premier rang des maladies professionnelles du point de vue des coûts sociaux [1].

En matière de reconnaissance de maladie professionnelle liée aux bruits lésionnels, la législation française est plus sévère et plus restrictive que la législation italienne. Elle définit avec plus de précision l'affection de même que les conditions administratives (durée d'exposition au risque pour certaines maladies, délais de prise en charge, c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de première constatation, liste limitative ou indicative des travaux exposant à la maladie).

Pour ce qui est de la prévention, seule façon réelle de lutter contre la surdité d'origine professionnelle, les législations italienne et française ont une approche similaire.

Ce qui distingue les deux législations tient aux différences socioculturelles entre les deux pays.

L'objectif de ce travail n'est pas seulement de comparer les normes françaises et italiennes mais aussi d'avancer des propositions d'harmonisation européenne en matière de reconnaissance et d'indemnisation.

HYPOACOUSIES DUES AU BRUIT EN FRANCE

Les affections provoquées par le bruit au travail ont été inscrites au tableau n°42 des maladies professionnelles dans le décret n° 63-405 du 10 avril 1963 (JO du 20 avril 1963). Elles sont ensuite devenues toute « atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels » dans le tableau en vigueur aujourd'hui, selon le décret n° 2003-924 du 25 septembre 2003 (JO du 28 septembre 2003).

Il est important de noter que les critères de reconnaissance d'une surdité comme maladie professionnelle sont très stricts.

En 1963, la maladie était caractérisée par un « déficit audiométrique bilatéral par lésion cochléaire irréversible et ne s'aggravant plus après la cessation de l'exposition au risque » [2, 3]. Il était précisé que le diagnostic devait être confirmé par une nouvelle audiométrie effectuée de six mois à un an après la cessation de l'exposition aux bruits lésionnels. Cette audiométrie devait être tonale et vocale et faire apparaître au minimum, et sur la meilleure oreille, un déficit moyen de 35 décibels (dB) calculé sur les trois fréquences conversationnelles : 500, 1000 et 2000 hertz. Dans le calcul de cette moyenne, le déficit sur la fréquence médiane devait être assorti d'une valeur double. La durée d'exposition devait être au minimum d'un an ; le délai de prise en charge (délai entre l'arrêt de l'exposition au bruit et la première constatation médicale) était d'un an [4, 5, 6].

Le tableau des maladies professionnelles a été remanié à plusieurs reprises, et en dernier lieu par le décret n° 2003-924 du 25 septembre 2003. L'intitulé est devenu « atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels ». Cet élargissement du libellé permet de prendre en compte, dans certains cas, les acouphènes associés à la surdité.

La désignation actuelle de la maladie comporte une hypoacousie de perception par lésion cochléaire irréversible, accompagnée ou non d'acouphènes. Cette hypoacousie est caractérisée par un déficit audiométrique bilatéral, le plus souvent symétrique et affectant préférentiellement les fréquences élevées. Le diagnostic de cette hypoacousie est établi par une audiométrie tonale liminaire et une audiométrie vocale qui doivent être concordantes.

En cas de non concordance entre ces deux examens, une impédancemétrie et une recherche du réflexe stapédien ou, à défaut, un suivi audiométrique professionnel doivent être réalisés ou présentés. Ces examens doivent être faits en cabine insonorisée, avec un audiomètre calibré. Cette audiométrie diagnostique est réalisée après une cessation d'exposition au bruit lésionnel d'au moins trois jours et doit faire apparaître sur la meilleure oreille un déficit moyen (le mode de calcul est exposé ci-dessous) d'au moins 35 dB.

Avant septembre 2003, le déficit moyen (Dm) était calculé pour chaque oreille sur les fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz avec des facteurs de pondération 2, 4, 3 et 1. Depuis longtemps, le déficit moyen devait être supérieur à 35 décibels sur la meilleure oreille. Une audiométrie de contrôle effectuée trois semaines à un an après la cessation de l'exposition, devait retrouver les mêmes chiffres. Ceci restait difficile à réaliser, à moins de pratiquer l'audiométrie au retour des congés d'été ou de placer le salarié à un poste non exposé au bruit pendant trois semaines [7].

Depuis septembre 2003, pour la reconnaissance de la maladie professionnelle, le calcul s'effectue sans facteur de

Tableau I
Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer une atteinte auditive en France.
Régime général et Régime agricole.

Régime général Maladie professionnelle n° 42	Régime agricole Maladie professionnelle n° 46
<ol style="list-style-type: none"> 1. Travaux sur métaux par percussion, abrasion ou projection, tels que le décollage, l'emboutissage, l'estampage, le broyage, le fraisage, le martelage, le burinage, le rivetage, le laminage, l'étirage, le tréfilage, le découpage, le sciage, le cisailage, le tronçonnage, l'ébarbage, le meulage, le polissage, le gougeage par procédé arc-air, la métallisation. 2. Câblage, toronnage, bobinage de fils d'acier. 3. Utilisation de marteaux et perforateurs pneumatiques. 4. Manutention mécanisée de récipients métalliques. 5. Travaux de verrerie à proximité des fours, machines de fabrication, broyeurs et concasseurs ; embouteillage. 6. Tissage sur métier ou machine à tisser. 7. Mise au point, les essais et l'utilisation des propulseurs, réacteurs, moteurs thermiques ou électriques, groupes électrogènes, groupes hydrauliques, installations de compression ou de détente fonctionnant à des pressions différentes de la pression atmosphérique. 8. Emploi et destruction de munitions ou explosifs militaires. 9. Utilisation de pistolets de scellement. 10. Broyage, concassage, criblage, sciage et usinage de pierres et de produits minéraux. 11. Procédés industriels de séchage de matières organiques par ventilation. 12. Abattage, tronçonnage, ébranchage mécanique des arbres. 13. Emploi de machines à bois en atelier. 14. Utilisation de boteurs, décapeurs, chargeuses, moutons, pelles mécaniques. 15. Broyage, injection et usinage des matières plastiques et du caoutchouc. 16. Travail sur les rotatives dans l'industrie graphique. 17. Fabrication et conditionnement mécanisé du papier et du carton. 18. Emploi du matériel vibrant, pour l'élaboration de produits en béton et de produits réfractaires. 19. Travaux de mesure des niveaux sonores et d'essais ou de réparation des dispositifs d'émission sonore. 20. Travaux de moulage sur machines à secousse et décochage sur grilles vibrantes. 21. Fusion en four industriel par arcs électriques. 22. Travaux sur ou à proximité d'aéronefs dont les moteurs sont en fonctionnement dans l'enceinte d'aérodromes et d'aéroports. 23. Exposition à la composante audible dans les travaux de soudage, découpage et usinage par ultrasons des matières plastiques. 24. Travaux dans l'industrie agroalimentaire tels que l'abattage et l'éviscération des volailles, des porcs et des bovins ; le plumage des volailles ; l'emboîtement de conserves alimentaires ; le malaxage, la coupe, le sciage, le broyage, la compression des produits alimentaires. 25. Moulage par presse à injection de pièces en alliages métalliques. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Travaux sur métaux par percussion, abrasion ou projection, tels que le fraisage, le martelage, le burinage, le rivetage, le laminage, l'étirage, le tréfilage, le découpage, le sciage, le cisailage, le tronçonnage, l'ébarbage, le meulage, le polissage, le gougeage par procédé arc-air, la métallisation. 2. Utilisation des marteaux et perforateurs pneumatiques. 3. Manutention mécanisée de récipients métalliques. 4. Travaux d'embouteillage. 5. Mise au point, essais et utilisation de propulseurs, réacteurs, moteurs thermiques ou électriques, groupes électrogènes, groupes hydrauliques, installations de compression ou de détente fonctionnant à des pressions manométriques différentes de la pression atmosphérique. 6. Outils mus par les propulseurs ou moteurs ci-dessus mentionnés et matériel tracté. 7. Emploi d'explosifs. 8. Utilisation de pistolets de scellement. 9. Broyage, concassage, criblage, compactage, transport pneumatique, conditionnement et séchage par ventilation de matières organiques. 10. Abattage et tronçonnage des arbres, débroussaillage. 11. Emploi de machines à bois. 12. Utilisation de boteurs, décapeurs, chargeuses, moutons-pelles mécaniques. 13. Broyage, injection et usinage des matières plastiques et du caoutchouc. 14. Travail sur les rotatives pour des activités graphiques. 15. Emploi de matériel vibrant pour l'élaboration de produits en béton.

pondération en faisant la moyenne des pertes sur les mêmes fréquences. Ce calcul est indispensable pour reconnaître la maladie professionnelle¹.

Le délai de prise en charge est d'un an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an, réduite à 30 jours en ce qui concerne la mise en point des propulseurs, réacteurs et moteurs thermiques).

Le délai de prise en charge court de la fin d'exposition au risque jusqu'à la date de première constatation médicale. Une surdité brutale peut être déclarée en accident de travail par l'employeur, mais c'est au salarié de déclarer une maladie professionnelle. Celui-ci adresse sa déclaration à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont il dépend, avec un certificat médical établi par son médecin du travail ou tout autre médecin, les examens oto-rhino-laryngologique permettant de confirmer objectivement le diagnostic (audiométrie en particulier), et une attestation de salaire. Le salarié qui a été informé par un certificat

médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle a deux ans pour en faire la déclaration. C'est le médecin-conseil de la Sécurité sociale qui reconnaît la maladie professionnelle.

Un salarié reconnu atteint de surdité professionnelle ne devrait plus, logiquement, être exposé au bruit. Suite à sa déclaration, il risque donc de perdre son emploi. Il en résulte que, souvent, les surdités ne sont déclarées qu'au moment de la retraite.

La prise en compte de la presbycusie a été supprimée après un arrêt de la Cour de cassation puis un avis de l'Académie de médecine en 1994. En effet, l'application systématique d'un abattement de 0,5 dB par année d'âge au-dessus de 40 ans pouvait conduire à une diminution d'un taux d'incapacité partielle permanente et donc du montant de la rente.

En conséquence, les services ministériels ont indiqué qu'il n'y avait pas lieu de pratiquer un abattement systématique, et que la prise en compte d'un état antérieur et/ou indépendant

¹ - Ancien calcul : $Dm = (2 \times d500 + 4 \times d1000 + 3 \times d2000 + d4000) / 10$,
- Nouveau calcul : $Dm = (d500 + d1000 + d2000 + d4000) / 4$.

de la maladie professionnelle ne peut se faire qu'au cas par cas, par une appréciation concrète et motivée.

L'audiométrie doit être pratiquée après trois jours minimum de cessation de l'exposition au risque, contre « trois semaines à un an » dans l'ancien libellé du tableau. Cette importante réduction du délai minimum, au-delà duquel l'audiométrie doit être effectuée, permet à la victime de remplir beaucoup plus facilement les conditions du tableau et surtout lui ouvre droit au système complémentaire en application de l'alinéa 3 de l'article L. 461-2 1 du Code de la sécurité sociale lorsque les conditions du délai de prise en charge (qui ne sont pas modifiées) ne sont pas remplies.

La liste limitative des travaux susceptibles de provoquer cette maladie professionnelle comprend l'exposition aux bruits lésionnels tels que définis dans le tableau I.

Aucune aggravation de cette surdité professionnelle ne peut être prise en compte, sauf en cas de nouvelle exposition au bruit lésionnel d'une durée prévue par le tableau 42.

Les surdités représentaient 6 % des 11 000 maladies professionnelles recensées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 1997. Environ 600 surdités d'origine professionnelle sont reconnues chaque année avec un coût moyen unitaire de 100 000 euros. Le taux d'incapacité permanente partielle (IP) est le plus souvent fixé à 20-25 %. Aujourd'hui la surdité professionnelle représente 25 % des maladies professionnelles reconnues. Elle absorbe 50 % du budget des indemnités versées pour l'ensemble des maladies professionnelles [8].

A partir des chiffres globaux sur les accidents du travail et sur les maladies professionnelles, ainsi que des éléments de tarification, il est possible d'estimer « la valeur du risque » en France, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses liées à des maladies professionnelles et imputables aux comptes des employeurs. Elle ne peut pas être assimilable à un coût et donc comparée à celui des autres pays, mais elle garde tout son sens dans le cadre d'une analyse sur une période donnée.

La législation française concerne aussi la prévention du risque professionnel. Celle-ci est prévue par divers textes². Le décret n° 88-405 du 21 avril 1988 relatif à la protection des travailleurs contre le bruit est toujours en vigueur avec une côte d'alerte à 85 dBA (valeur en décibels pondérée pour tenir compte de la sensibilité de l'oreille) et une côte de danger à 90 dBA. La directive européenne n° 2003/10/Ce du 6 février 2003, transposée par les Etats membres depuis le 15 février 2006, a abaissé ces deux côtes de 5 dBA. Une autre exigence forte de cette directive vise à ne jamais dépasser la valeur limite d'exposition

sonore quotidienne de 87 dBA, compte tenu de l'atténuation du protecteur auditif individuel. Le port d'un casque anti-bruit ou de bouchons d'oreilles est donc pris en considération pour déterminer l'exposition effective du salarié au bruit et pour évaluer son risque auditif individuel [9].

HYPOACOUSIES DUES AU BRUIT EN ITALIE

En Italie, la première loi sur la surdité professionnelle remonte à 1952. L'hypoacousie due au bruit constitue la pathologie professionnelle la plus déclarée dans la période 1999-2003 ; elle est également la maladie professionnelle la plus identifiée entre 1990 et 1999 : 51 934 cas, soit 52 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues par l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro³ (INAIL) [10, 11]. Actuellement, le tableau en vigueur est celui qui a été remanié par le décret-loi n°277 du 15 août 1991. Les règles de protection des ouvriers sont confiées à l'INAIL qui en a établi les modalités conformément au décret du Président de la République (DPR) n° 482/75, modifié et intégré par le DPR n° 1124 du 30 juin 1965, ainsi qu'au DPR n° 336 du 13 avril 1994.

Une hypoacousie est présumée d'origine professionnelle lors des travaux définis dans le tableau II, à moins qu'un autre facteur pathogène capable de produire le même effet soit identifié de manière rigoureuse et sans équivoque (Cassation n° 4369 du 13 avril 1994). Pour les travaux figurant dans le tableau II en agriculture comme en industrie, la durée minimale de l'exposition au bruit doit être de quatre ans.

L'arrêt n° 179/88 de la Cour constitutionnelle a instauré un système mixte, avec la notion d'une protection étendue aux maladies contractées dans des travaux non énumérés dans les lois citées. L'ouvrier peut exiger une indemnisation par l'INAIL s'il peut fournir la preuve que la pathologie dénoncée est dérivée d'une véritable exposition au risque. La période maximum donnant droit à l'indemnisation à partir de la fin d'exposition au risque est de quatre ans (au-delà il y a prescription). En conséquence, la victime peut présenter sa requête à l'Institut de garantie dans les quatre années qui suivent la cessation de l'exposition au risque ou dans les quatre années suivant la manifestation de la maladie. L'assuré peut cependant présenter sa requête au-delà des limites de prescription, s'il la documente par un certificat médical valide attestant qu'il souffrait déjà, pendant la période de non-prescription, de l'hypoacousie actuelle.

² Arrêté du 11 juillet 1977 sur la surveillance médicale spéciale. Décret n° 88-405 du 21 avril 1988 relatif à la protection des travailleurs contre le bruit. Décret du 25 avril 1988 relatif à l'information sur le bruit. Décret n° 98-335 du 30 avril 1998. Arrêté du 31 janvier 1989 : recommandations et instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés au bruit. Prévention des risques dus au bruit (Article R. 232-8 0 R. 232-8-7).

³ L'Institut national d'assurance contre les accidents du travail.

Tableau II
Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer une atteinte auditive en Italie.
Régime général et Régime agricole.

Régime général Maladie professionnelle n° 50	Régime agricole Maladie professionnelle n° 26
<ol style="list-style-type: none"> 1. Martelage, chanfreinage, rectification, ajustement dans la construction des chaudières, réservoirs métalliques et tubes. 2. Polissage et désincrustation des récipients métalliques : baignoires, réservoirs, gazomètres. 3. Martelage de feuilles métalliques. 4. Perforation ou cisaillement de matériaux métalliques en dehors d'une enceinte appropriée. 5. Essai des moteurs à la combustion interne en dehors d'une enceinte appropriée. 6. Essai de turbopropulseur et des moteurs de réaction en dehors d'une enceinte appropriée. 7. Rivetage d'angle dans la construction des voitures ou des avions. 8. Percussion ou broyage avec des broyeurs, des moulins ou des pilons, en dehors d'une enceinte appropriée : travaux sur des minerais ou des falaises, sur des scories pour la production de résine synthétique. 9. Fabrication d'articles de visseries en dehors d'une enceinte appropriée. 10. Travaux de torsion dans le tressage métallique en dehors d'une enceinte appropriée. 11. Coupe de marbres ou de pierres d'ornement avec des disques en acier ou avec des châssis multilames, en dehors d'une enceinte appropriée. 12. Perforation avec des marteaux pneumatiques et vissage avec des instruments pneumatiques à percussion. 13. Travaux électriques utilisant des fours à courber, en dehors d'une enceinte appropriée. 14. Préparation de moules et d'armature avec section par appareils à vibration dans les fonderies, en dehors d'une enceinte appropriée. 15. Ebarbage des bavures métalliques dans les fonderies. 16. Préparation de moules métalliques au moyen de pièces forgées et par emboutissage en dehors d'une enceinte appropriée. 17. Fractionnement mécanique du bois avec des scies circulaires, des scies fixées à du ruban adhésif, des raboteurs et des toupies, en dehors d'une enceinte appropriée. 18. Travaux dans une galerie avec des moyens mécaniques fonctionnant à l'air comprimé. 19. Martelage, chanfreinage, sciage, rectification, rivetage d'angle, sur n'importe quel matériel métallique d'une coque de bateau en construction ou en réparation, et à bord de celui-ci. 20. Emboutissage de câbles en verre, en dehors d'une enceinte appropriée. 21. Essai d'équipement de feux en atmosphère libre, en dehors d'une enceinte appropriée. 22. Utilisation d'une remplisseuse automatique, en dehors d'une enceinte appropriée, pour la mise en bouteille en verre ou la mise en boîte en métal de bière, d'eaux minérales, de boissons non alcooliques non gazeuses. 	<p>Le travail du bois en forêt avec utilisation courante de scies électriques portatives sans système efficace d'insonorisation.</p>

L'INAIL a publié deux circulaires (n° 27 du 12 juillet 1993 et n° 23 du 27 mars 1996) pour définir le protocole méthodologique à adopter dans l'évaluation de l'hypoacousie professionnelle [12]. Basé sur ces textes, la tâche du médecin généraliste est de recueillir l'anamnèse et d'examiner les conditions de travail, pour avancer un diagnostic de médecine légale et pour estimer l'incapacité permanente. Le recueil de l'anamnèse spécialisée, l'exécution de l'examen objectif, de l'examen audiométrique tonale liminaire avec conduction aérienne et osseuse, des essais vocaux et la formulation du diagnostic clinique sont du ressort d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie [13, 14, 15, 16].

Le principe fondamental pour évaluer l'exposition au risque est une enquête de phonométrie en atmosphère sur les lieux de travail, effectuée selon le décret législatif n° 277 du 15 août 1991. Ce décret, intitulé « exécution des directives communautaires pour la protection des travailleurs contre les risques dérivant de l'exposition aux agents chimiques, physiques et biologiques pendant le

travail », est un décret pris en exécution des directives de la CEE n° 80/1107, n° 82/605, n° 83/477, n° 86/188 et n° 88/642. Il mentionne spécifiquement, dans les articles 38 à 49, la nécessité d'une protection spécifique contre les risques pour l'audition et les risques pour la santé dérivant de l'exposition au bruit pendant le travail.

En particulier, l'article 40 spécifie l'obligation qu'a l'employeur de procéder à l'évaluation du bruit pendant le travail. L'article 44 impose une surveillance sanitaire pour les ouvriers dont l'exposition quotidienne individuelle au bruit va jusqu'à 85 dBA [17].

La première visite périodique doit être effectuée dans les douze mois suivant la visite médicale préventive. La fréquence des visites successives est établie par un médecin compétent, mais elle doit être inférieure à deux ans pour les ouvriers dont l'exposition quotidienne individuelle n'excède pas 90 dBA, et à un an lorsqu'il s'agit d'une exposition quotidienne individuelle qui excède 90 dBA. L'article 45 considère comme équivalent la limite de 90 dBA pour une exposition permanente ou celle d'une

pression instantanée non documentée mais équivalent à 140 dBA (Pa 200) [16].

Pour évaluer l'exposition et par conséquent pour reconnaître l'étiologie professionnelle d'une hypoacousie, l'Institut de garantie a jugé utile de dédier à cette activité un service spécifique (le Contarp) chargé de donner un avis sur les risques professionnels. En utilisant à la fois les évaluations phonométriques de l'employeur et les siennes, ce service exprime un avis pour évaluer l'intensité et la durée de l'exposition au risque. Il fournit ainsi aux médecins de ce secteur des informations sur ce qu'il faut faire pour rattacher des dommages auditifs à l'exposition au bruit supportée par le travailleur, sur la base de la norme Iso 1999/90.

Pour l'évaluation des hypoacusies intermédiaires, le décret ministériel du 12 juillet 2000, annexe 1, propose la table de Marellò dans laquelle cinq fréquences sont prises en compte : 500, 1000, 2000, 3000 et 4000 Hz. La table assigne une valeur propre pour chacune de ces fréquences. Elle assigne aussi pour chacune leur poids respectif dans la responsabilité des dommages auditifs. Dans tous les cas de perte auditive bilatérale, le pourcentage de perte de la fonction auditive pour chaque oreille est obtenu en calculant la formule (4 x meilleure oreille) + mauvaise oreille / 5 x 0,5.

Dans le cas d'un déficit auditif unilatéral, on ajoute les valeurs correspondant à la perte de décibels pour chaque fréquence. L'évaluation du dommage fonctionnel correspondant à une seule oreille sera le résultat de l'application du pourcentage total (somme des pourcentages relatifs aux seules fréquences) comparé à 12 (valeur équivalente à une surdité unilatérale). Les acouphènes sont compris dans les dommages d'une hypoacousie professionnelle et ils ne donnent pas droit à une indemnisation au cas où ils se manifesteraient dans leur forme ordinaire. Pour de tels résultats, un pourcentage d'incapacité permanente partielle égal à 1 ou 2 % peut être envisagé dans le cas où les acouphènes n'accompagneraient pas une hypoacousie déjà estimée, à condition qu'il soit possible de documenter leur persistance exceptionnelle à distance (d'un ou deux ans) du traumatisme.

DISCUSSION

La surdité professionnelle représente un problème important tant en France qu'en Italie. Elle a un impact économique significatif par les coûts qu'elle engendre : prestations d'assurances sociales et privées, journées de travail perdues, rentes d'incapacité permanente partielle, prothèses, médicaments, contentieux judiciaires, dépenses de prévention (locaux, machines,

ouvriers). Elle a surtout un impact humain significatif avec le handicap que constitue la baisse de l'ouïe. On ne dispose pas de chiffre précis pour les deux pays, mais seulement d'estimations approximatives qui varient selon leur source (organismes d'Etat ou parapublics, organisations patronales, syndicats, etc.). Notre étude a comparé les législations italienne et française en matière de surdité professionnelle : définition, délais et modalités de déclaration, prise en compte des acouphènes, etc. Elle n'a pas comparé directement leur coût, pour les raisons indiquées ci-dessus. Néanmoins, il apparaît que le coût financier est bien plus élevé en Italie qu'en France ; ce fait mérite quelques commentaires.

L'étude « Coût et financement des maladies professionnelles en Europe » (EUROGIP-08/F, août 2004) a dressé un tableau comparatif des lois, règlements et statistiques concernant les maladies professionnelles dans différents pays. En Belgique comme en France, le faible poids financier des hypoacusies, par rapport aux maladies de la peau par exemple, peut s'expliquer par la pratique des « taux utiles », c'est-à-dire par l'attribution d'une rente dont le taux est diminué pour les petites incapacités permanentes et, en France, augmenté pour les incapacités importantes. Les surdités coûtent peu en France parce qu'elles ne nécessitent ni soins ni versement d'indemnités journalières, mais seulement des rentes attribuées tardivement, dans la plupart des cas au moment du départ à la retraite. En Italie au contraire, les surdités professionnelles ont un coût direct élevé en raison de l'absence de critères de diagnostic valables à l'échelon national. Aujourd'hui encore, le pays supporte le poids financier d'une reconnaissance très généreuse (et disparate) de la part des unités régionales de L'INAIL.

Cette étude de l'EUROGIP, organisme international réputé⁴, explique les différences entre France et Italie ; elles sont dues à la disparité des modalités de reconnaissances des maladies professionnelles dans leur ensemble, y compris les hypoacusies. En France, les définitions sont relativement strictes. En Italie, la théorie de la causalité scientifique [18] a évolué au cours du temps : elle est passée d'un diagnostic de certitude à un diagnostic de possibilité, puis à un diagnostic de compatibilité ; le dernier jugement de la cour de cassation (octobre 2005) va dans ce sens. Le régime italien qui reconnaît le caractère professionnel de maladies inscrites aux tableaux, mais aussi de maladies qui n'y sont pas inscrites, ne facilite pas les références pour la jurisprudence : de très nombreux contentieux judiciaires découlent des difficultés d'interprétation. Aussi les critères d'appréciation et

⁴ EUROGIP est un groupement d'intérêt public créé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour animer, coordonner et développer, au plan européen, les actions de la Sécurité sociale en matière de risques professionnels.

d'imputabilité sont-ils interprétés différemment dans la jurisprudence des deux Etats.

En Italie, il serait souhaitable non seulement de profiter des progrès techniques pour affiner les critères de diagnostic de surdité professionnelle (et éventuellement pour mieux appareiller les patients) mais aussi d'emprunter à la France la rigueur de sa législation pour faciliter le règlement des contentieux judiciaires. Un exemple parmi tant d'autres : alors qu'en France le tableau prévoit qu'aucune aggravation ne peut être reconnue une fois cessée l'exposition au bruit professionnel (sauf nouvelle exposition au bruit), en Italie les « aggravations » de ce type sont une des raisons les plus communes de contentieux. En définitive, bien que les requêtes de la Communauté européenne aient été prises en compte dans les normes françaises et italiennes, il serait souhaitable que soit définie une législation unique pour l'ensemble des pays européens.

CONCLUSION

En Italie comme en France, la prévention des dommages causés par l'exposition professionnelle au bruit est considérée comme prioritaire. Par contre, les conditions de prise en charge des surdités professionnelles sont différentes dans les deux pays. Certes, il n'y a pas de différence importante dans les techniques médicales d'évaluation des hypoacusies, mais l'imputabilité au travail est différente. La législation, plus rigoureuse en France, laisse peu de place à l'interprétation ; elle est moins stricte en Italie, ce qui est source de litiges juridiques plus nombreux et de coûts plus élevés.

REFERENCES

1. Soudry C. *Le bruit en milieu de travail*. Paris : Edition INRS : Aide-mémoire juridique TJ 16 ; 1997.
2. Institut universitaire de médecine du travail de Rennes. *Affections liées au bruit*. Rennes : l'Institut ; 1999.
3. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). *Evolution du tableau n° 42 des maladies professionnelles relatives à la surdité provoquée par les bruits*

lésionnels depuis 1991. Paris : CNAMTS ; 2005.

4. Conraux C. *Surdités professionnelles*. *Rev Prat*. 1990;19:1762-65.
5. Manouil C. *Le bruit - Document pouvant servir de support pour l'information des salariés*. Amiens : Institut universitaire de médecine du travail ; 2002.
6. CNAF. *Surveillance médicale des salariés exposés au bruit*. Paris : Informations sociales ; 1989.
7. Pialoux P. *Les surdités professionnelles*. *Rev Prat*. 1987;37:2093-100.
8. Institut national de recherche et de sécurité. *Dossier bruit : décibels en trop*. *Santé et travail* 1997 ; 20:21-54.
9. Duminger D. *Le risque auditif en milieu professionnel*. Communay (France) : Fédération française santé au travail ; 2005.
10. Maugeri S, Odescalchi CP. *Il rumore industriale*. XXX Congresso di medicina del lavoro ; 1976 ; Palerme (Italie).
11. Merluzzi F. *La protezione individuale dal rumore*. *Med Lav*. 1970;61:671-79.
12. Maci L, Stasi AM. *Rumore e perversione - Argomenti di Otorinolaringoiatra Moderna (organo ufficiale de l'AIOLP)* 2004;4:29-31.
13. Engstrom H, Engstrom B, Ades HW. *Effect of noise of Corti's organ*. *L'uomo e il rumore*. Minerva Medica 1976 ; 75.
14. Quaranta A, Mininni F. *Topodiagnostic physiognomy on noise induces hearing losses*. IV Int Congr « Noise as a public health problem ». Turin (Italie) ; 1983. p. 381.
15. Quaranta A, Arslan E, Ambrosi L, Henderson D. *Sordità da rumore*. *Problematiche cliniche e medico-legali*. Ecumenica Ed. Baril 1996.
16. Rossi G. *La tecnoacusia : aspetti biologici e pratici*. *Quaderni di aggiornamento in Audiologia*. Turin (Italie) : Minerva Medica ; 1990.
17. Ricci V, Colletti CV. *Ipoacusia da rumore*. Padoue : Piccin ; 1983.
18. Stella F. *La nosione penalmente rilevante di cosa: la condizione necessaria*. *Riv It Dir Proc Pen* 1988 ; 1249.