

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(Section Médecine)

Année-Universitaire 1999-2000

**ETUDE DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES
ET DE LA REPARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES
DECLAREES A LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE
SOCIALE DE 1987 A 1996**

THESE

POUR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRESENTE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DECEMBRE 1999

PAR

GUIRA Matilibou
Né le 29 Août 1962 à Boromo (BURKINA FASO)

DIRECTEUR DE THESE :

Pr Ag Blaise SONDO

CO-DIRECTEUR

Dr Vincent OUEDRAOGO

JURY :

Président : Pr Ag Alphonse SAWADOGO

Membres : Pr Ag Innocent Pierre GUISSOU

Dr Adama TRAORE

Dr Si Simon TRAORE

Dr Vincent OUEDRAOGO

UNIVERSITÉ DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Mohamed Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA

Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Théophile TAPSOBA	Biophysique
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-Virologie
<u>Assistants Chefs de cliniques</u>	
Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie-Urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie

Reprographie

Mr Philipe BOUDA

Service Courrier

Mr Ousmane SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie, organogenèse
et chirurgie

Hilaire TIENDREBEOGO
(*IN MEMORIAM*)

Sémiologie et
Pathologies médicales

Tinga Robert GUIGUEMDE

Parasitologie

Bobilwindé Robert SOUDRE

Anatomie-Pathologique

Amadou SANOU

Chirurgie Générale et Digestive

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie & Toxicologie

Bibiane KONE

Gynécologie-Obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatrie

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH

Neuro-chirurgie

Blaise KOUDOGBO

Toxicologie

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO

Orthopédie-Traumatologie

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie-Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N°1	Chirurgie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Générale
<u>Maîtres-Assistants associés</u>	
Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses
<u>Assistants associés</u>	
Caroline BRIQUET	Chimie-Analytique, Pharmacologie et Toxicologie Galénique et Chimie-Analytique
Valérie MURAILLE	
<u>Maîtres-Assistants</u>	
Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie

Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
DAO / Maïmouna OUATTARA	ORL
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
<u>Assistants</u>	
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie

Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
TRAORE / BELEM Antoinette	Pédiatrie
DA S. Christophe	Chirurgie
KARFO Kapouné	Psychiatrie
NIANKARA Ali	Cardiologie
OUEDRAOGO Nazinigouba	Réanimation
SANON Aurélien Jean	Chirurgie
SORGHO / LOUGUE Claudine	Radiologie
YE / OUATTARA Diarra	Pédiatrie
ZANGO Bernabé	Chirurgie
NIKIEMA Jean Baptiste	Pharmacognosie
<u>Assistants Biologistes des Hôpitaux</u>	
Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques

Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire

Gustave KABRE Biologie

Drissa SANOU Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO Génétique

Georges Annicet OUEDRAOGO Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

Assistants

Mamadou BOLY Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY Psychologie

Boukari Joseph OUANDAOGO Cardiologie

Aimé OUEDRAOGO Ophtalmologie

R. Joseph KABORE Gynécologie-Obstétrique

Saïdou Bernard OUEDRAOGO Radiologie

Dr Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE Planification

Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU (in mémoriam)	Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Mr KPODA	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médicamenteux
Dr Séni KOUANDA	Santé Publique
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr TRAORE / COULIBALY Maminata	Biochimie
Dr Seydou SOURABIE	Pharmacognosie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)

Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K .A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr M. BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr B. FAYE	Pharmacologie (Dakar)
<u>O.M.S.</u>	
Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)
<u>Mission Française de Coopération</u>	
Pr Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Grenoble / France)

Pr M. BOIRON

Physiologie

**Mission de l'Université Libre de
Bruxelles (ULB)**

Pr Marc VAN DAMME

Chimie Analytique-Biophysique

Pr Viviane MOES

Galénique

DEDICACES

Je dédie ce travail à.....

A ma mère

Ton amour pour moi ton premier fils t'a coûté d'énorme sacrifice. Malgré un univers familial défavorable à une réussite scolaire, tu n'as aucun effort pour que je sois une lumière dans cette famille polygame, nombreuse et analphabète sur la quelle pèse le poids de la religion et de la tradition.

J'implore Dieu tout puissant qu'il t'accorde santé et longévité afin que tu puisses jouir des fruits.

A mon père

Ta rigueur dans notre éducation n'avait rien de méchant car elle s'appuyait sur des valeurs morales qui font d'un enfant un Homme. Ton enfant est devenu l'homme que tu espérais.

A mon épouse

Tu es pour moi un amour, une complice et une épouse. Je souhaite que ce travail qui est aussi le tien puisse fortifier notre amour et fasse de notre foyer un havre de paix.

A mes enfants Kader, Aziz, et Tania

Ce travail pour vous rappeler tout l'amour que j'ai pour vous. Tous mes vœux de santé et de longévité afin que soyez mieux que votre père.

A Monsieur BASSINGA Mamadou

Tu es pour moi un père, un tuteur et un ami dont les conseils précieux m'ont toujours guidé dans la vie. Je souhaite que ce travail soit à la hauteur de tes attentes.

A Monsieur SANOU Adama

J'ai trouvé en vous un grand frère, un exemple de qualité professionnelle et morale. Votre générosité complète ainsi vos qualités d'Homme.

Tous mes vœux de santé pour votre famille et de réussite pour vos enfants.

A Mon ami Yiétiman KINI (in memoriam)

Ma douleur est toujours grande quand je pense à ta mort "injuste". Valeureux étudiant en 3^o cycle de chimie, la mort t'arraché douloureusement à notre affection. Reposes en paix cher ami.

A mes amis

Issoufou, karim, Héma, Boubacar, Sidiki Aboubacar, Jean, Arsène, Lassina,
Fousseini, Ousseini, Justin Evariste, Arouna et Malka
Pour une amitié éternelle.

A mes amis de la promotion

Georges, Marcel, Jean François, Chantal, Sidiki, Djéneba.....et toute la
promotion.
Pour que la vie active nous unisse toujours.

A mes oncles, tantes, frères et sœurs.

Aux familles GUIRA , BASSINGA, TOURE et OUEDRAOGO.

A MES MAITRES ET JUGES

**A mes Maître et Président du Jury,
Monsieur le Pr. Alphonse SAWADOGO,
titulaire de la chaire de Pédiatrie,
responsable de la section Médecine à la FSS,
Chef de service de la Pédiatrie du CHN YO ;**

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce Jury.

Honneur pour nous car vos qualités scientifiques et morales font de vous un homme respecté.

**A notre Maître et juge,
Monsieur le Professeur Innocent Pierre GUISSOU,
titulaire de la chaire de Pharmacologie-toxicologie à la FSS ;**

Vous nous faites un honneur et un immense plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique et votre ardeur au travail nous ont beaucoup impressionné lors de votre enseignement.

Merci pour le privilège que vous nous accordé.

**A notre Maître et directeur de thèse,
Monsieur le Professeur Blaise SONDO,
Maître de conférence agrégé de Santé Publique,
Chef de département de Santé Publique à la FSS ;**

Vous nous avez accordé le privilège et l'honneur en dirigeant ce travail. Permettez nous de vous témoigner toute notre reconnaissance. Vous nous avez inculqué votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait tout au long de ce travail.

Sincèrement merci cher Maître.

**A notre Maître et juge,
Monsieur le Docteur SI Simon TRAORE,
Maître assistant de Chirurgie Générale et Digestive à la FSS ;**

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant juger ce travail.

Nous vous remercions pour l'enseignement reçu. Lors de nos stages hospitaliers, vous nous avez séduit par votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur pour le travail bien fait.

Merci cher Maître.

**A notre Maître et juge,
Monsieur le Docteur Adama TRAORE,
Maître assistant en Dermatologie à la FSS ;**

Nous avons toujours admiré en vous votre ardeur au travail et votre intérêt pour la qualité de la formation des étudiants. Nous retiendrons de vous un Mécedin ponctuel et adorant le travail bien fait.

C'est un réel honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Merci cher Maître.

**A notre Maître et juge,
Monsieur le Docteur Vincent OUEDRAOGO,
Assistant de Médecine de travail à la FSS ;**

Vous avez spontanément accepté de diriger ce travail.

Votre simplicité et votre rigueur nous ont beaucoup marqué tout au long de ce travail.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés.

Nous espérons que ce travail répond à vos attentes.

Sincèrement merci cher Maître.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I) ENONCE DU PROBLEME.....	2
II) GENERALITES SUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES MODES DE REPARATION.....	4
A) HISTORIQUE.....	4
B) DEFINITIONS.....	5
1) <i>Maladies professionnelles</i>	5
2) <i>Maladies à caractère professionnel</i>	5
3) <i>Risques professionnels</i>	5
C) LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.....	6
1) <i>LA SURVEILLANCE DES LIEUX DE TRAVAIL</i>	6
2) <i>LA SURVEILLANCE MEDICALE DES TRAVAILLEURS</i>	6
3) <i>LES MESURES DE REHABILITATION ET DE SOINS</i>	9
D) LA PROCEDURE DE REPARATION.....	9
1) <i>LA DECLARATION</i>	9
2) <i>LA CONSTATATION MEDICALE</i>	10
3) <i>L'ENQUETE</i>	10
4) <i>LE CONTROLE MEDICAL DE LA C N S S</i>	10
5) <i>L'EXPERTISE</i>	10
6) <i>LE CONTENTIEUX</i>	11
7) <i>LA RECONNAISSANCE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE</i>	11
+E) LA REPARATION.....	11
1) <i>LES PRESTATIONS EN NATURE</i>	13
2) <i>PRESTATIONS EN ESPECES</i>	13
III) OBJECTIFS.....	15
1) OBJECTIF GENERAL.....	15
2) OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	
IV) METHODOLOGIE.....	16
1) TYPE D'ÉTUDE.....	16
2) CADRE DE L'ÉTUDE.....	
2.1) LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE.....	16
2.2) <i>L'OFFICE DE SANTE DES TRAVAILLEURS</i>	18
3) PÉRIODE DE L'ÉTUDE.....	20
4) COLLECTE DES DONNÉES.....	20
5) ÉCHANTILLON.....	20
6) CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	21
7) LIMITES DE L'ÉTUDE.....	21
V) LES RESULTATS.....	22
A) CARACTERISTIQUES DES TRAVAILLEURS.....	22
1) <i>L'ÂGE ET LE SEXE</i>	22
2) <i>LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE DES EMPLOYÉS</i>	23
3) <i>LE LIEU DE TRAVAIL DU SALARIÉ</i>	23
B) LES CARACTERISTIQUES DU POSTE DE TRAVAIL.....	24
1) <i>LE POSTE DE TRAVAIL</i>	24
2) <i>LA DURÉE DANS LE POSTE DE TRAVAIL</i>	24

3) <i>Les facteurs de risque</i>	25
5) <i>L'utilisation d'équipements de protection individuelle au poste de travail</i>	26
C) LES CARACTERISTIQUES DES MALADIES PROFESSIONNELLES DECLARÉES.....	26
1) <i>Les circonstances de découverte</i>	26
2) <i>L'année de découverte</i>	26
3) <i>La structure sanitaire</i>	27
4) <i>Les signes cliniques</i>	28
5) <i>Les maladies professionnelles diagnostiquées</i>	28
6) <i>Evolution des maladies professionnelles rencontrées</i>	29
7) <i>La qualification de l'agent de santé</i>	30
8) <i>Les avis du médecin conseil de la C.N.S.S</i>	30
D) REPARATION	30
1) <i>Décision de la C .N. S. S</i>	30
2) <i>Arrêt temporaire de travail</i>	30
3) <i>Changement et aménagement du poste de travail</i>	30
4) <i>La prise en charge des soins</i>	31
5) <i>Réparation en espèce</i>	31
IV) DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES.....	32
1) LES TRANCHES D'ÂGE ET LE SEXE	32
2) LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE	32
3) LE POSTE DE TRAVAIL.....	33
4) LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AU POSTE DE TRAVAIL	33
5) LA DURÉE AU POSTE DE TRAVAIL	33
6) L'UTILISATION D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE	33
7) CIRCONSTANCE DE DÉCOUVERTE	34
8) TAUX D'ACCROISSEMENT DU DÉPISTAGE	34
9) LES MALADIES PROFESSIONNELLES DIAGNOSTIQUÉES	35
10) LA QUALIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ	36
12) CHANGEMENT DE POSTE	36
13) LA RÉPARATION	37
VII) CONCLUSION.	38
VIII) SUGGESTIONS.	39
IX) BIBLIOGRAPHIE.	40

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les accidents du travail et les maladies professionnelles constituent une préoccupation majeure pour les décideurs politiques, les travailleurs, le monde médical et les organisations internationales. Bien que ces affections soient moins fréquentes que d'autres maladies, elles frappent un très grand nombre de personnes surtout dans les pays en voie de développement. [21]

Dans ces pays la croissance rapide de l'industrialisation et l'augmentation de la population des travailleurs sont en inadéquation avec des moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles .

Selon l'Organisation Internationale du Travail (O.I.T) environ 200 000 travailleurs meurent chaque année d'accidents du travail (A T) et de maladies professionnelles (M P) dans le monde et 120 millions de travailleurs sont atteints de lésions non mortelles. [13-21]

En Afrique, selon la même source on dénombre environ 25 000 décès dus aux accidents du travail et maladies professionnelles et plus de 8 millions de lésions non mortelles, malgré une nette sous-estimation.

La probabilité pour les travailleurs en Afrique d'être victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est 3 à 5 fois plus élevée que celle des travailleurs des pays développés.[2-12-21]

Cette situation des pays Africains s'expliquerait par :

- l'augmentation progressive des unités de production et du nombre des employés,
- les mauvaises conditions de travail,
- l'utilisation de technologie inadaptée ,
- l'utilisation sans précaution de substances chimiques diverses et parfois très toxiques,
- l'insuffisance de la couverture sanitaire,
- l'insuffisance de la législation du travail.

Au Burkina Faso, la situation est identique à celle des autres pays d'Afrique. L'insuffisance de la couverture sanitaire nationale surtout en matière de santé et sécurité au travail ne permet pas une appréciation juste de l'état de santé des travailleurs et de leurs conditions de travail.

Les statistiques de l'Office de Santé des Travailleurs (O.S.T) et de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S.) font ressortir une moyenne annuelle de 4 000 accidents du travail avec 25 décès et 70 cas d'incapacités et 08 maladies professionnelles. [4-20-21]

ENONCE DU PROBLEME

I) ENONCE DU PROBLEME.

Les systèmes de sécurité sociale en Afrique sont encore loin d'une couverture acceptable contrairement aux pays développés où les systèmes de sécurité sociale publique ou privée couvrent plus de 90 % de la population.[11] Selon une étude de Dumont en 1988 [7], les assurances sociales en Afrique ne concernent que 1,2 à 6 % de la population cible totale; à titre d'exemple ces taux étaient de 1,2 % au Burkina Faso; 1,6 % en Cote d'Ivoire; 2 % au Bénin; 3 % au Congo et 6 % à Madagascar.

En 1996 les différentes branches de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale du Burkina couvraient environ 10 % de la population.[4-20]

Le Burkina Faso est un pays en voie de développement où les unités industrielles et les entreprises de prestation de biens et services ont considérablement augmenté depuis une dizaine d'années . En effet le nombre des entreprises est passé de 2 096 en 1981 à 4 696 en 1990 et à près de 10 000 en 1996, soit un accroissement moyen de 100 % tous les dix ans. Aussi le nombre des assurés sociaux qui étaient de 116 620 en 1990 , est passé à plus de 165 000 en 1997, soit un accroissement de près de 40 % en sept ans. [26-20]. Cette progression connaîtra certainement un essor plus important dans les années à venir.

De 1980 à 1987 , douze cas de maladies professionnelles ont été déclarés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S.) soit 1,5 cas par an. Ce constat dénote certainement une sous notification des maladies professionnelles vu le nombre croissant des unités industrielles, des procédés et moyens de production .

De 1980 à 1990 la direction régionale de la C.N.S.S de Ouagadougou a enregistré 15 479 cas d'accidents du travail dont 100 sont décédés et 263 présentent des séquelles d'incapacités. Durant l'année 1990, 3718 cas d'accidents du travail ont été déclarés. [20]. Ces statistiques bien que alarmantes sont certainement loin de la réalité. En effet elles ne concernent que les travailleurs du secteur public et du secteur privé structuré.

En 1990, on dénombrait au total 93 086 travailleurs salariés déclarés à la C.N.S.S. dont 43 559 travailleurs du secteur tertiaire (commerce, établissements financiers), 30 908 salariés d'entreprise et 12 651 salariés des industries (secteur secondaire).[4]

La grande majorité des travailleurs de notre pays que sont les paysans et les travailleurs indépendants ne sont pas pris en compte.

Les agriculteurs et les éleveurs de nos campagnes représentent environ 95 % de la population laborieuse sur laquelle nous n'avons pas de données sur les risques professionnels.

Mais les parasitoses(paludisme, ankylostomiases, amibiases, filarioses...), les intoxications aux pesticides, les plaies chroniques, les broncho-pneumopathies sont particulièrement fréquentes dans nos campagnes.

Les travailleurs du secteur informel constituent l'autre proportion non négligeable.

Selon une étude réalisée en 1986 par Van [28], le secteur informel représenteraient 73 % de la population active de la ville de Ouagadougou.

Ce pourcentage serait superposable aux autres grandes villes du Burkina. La même étude montre que plus de 23 % du produit intérieur brut (P.I.B.) dans l'économie nationale proviennent de ce secteur . Une autre étude réalisée en 1995 par l'Institut national de la statistique et de la démographie estime à 34 % la contribution du secteur informel dans l'économie nationale[14].

Ces travailleurs indépendants réalisant leurs activités professionnelle dans des mauvaises conditions sont davantage exposés aux risques professionnels. Dans notre pays la médecine du travail connaît de multiples insuffisances sur le plan technique et géographique.

Au nombre de ces insuffisances on note :

- L'insuffisance en personnel qualifié en santé et sécurité au travail. L'office compte quatre (04) médecins spécialistes en santé et sécurité au travail et vingt (20) infirmiers spécialistes en santé au travail .
- Les activités de l'office sont menées principalement à Ouagadougou, à Bobo et dans quelques grands centres, octants les autres provinces et l'ensemble des départements.
- L'insuffisance d'équipements de monitoring biologique et atmosphérique.
- L'insuffisance de la visite médicale annuelle des travailleurs n'est pas ciblée sur la surveillance des risques professionnels.

Ces facteurs ne permettent pas un dépistage précoce des maladies professionnelles.

Les professionnels de la santé non spécialisés en santé et sécurité au travail ne sont pas toujours bien imprégnés sur la législation du travail, la procédure de déclaration et de la prise en charge des maladies professionnelles.

A cela s'ajoute le développement du secteur industriel, l'introduction de nouveaux procédés et techniques de production d'où une augmentation et une diversification des facteurs de risque.

Notre étude a pour but de contribuer à la connaissance des maladies professionnelles déclarées durant les dix années au BURKINA FASO.

GENERALITES

II) GENERALITES SUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES MODES DE REPARATION.

A) HISTORIQUE.

Dès l'antiquité dans l'Égypte pharaonique, les médecins avaient prévu des formes de réparation pour les ouvriers victimes d'accident lors de la construction des pyramides. En Judée, vers 1000 ans avant J C, les bâtisseurs avaient mis en place un système d'indemnisation et de réparation des dommages corporels subits par les travailleurs salariés.[3-11-17]. Ces réparations étaient matérielles et proportionnelles à la charge familiale de la victime.

En 1527 Paracelse compose la première monographie sur la toxicité des métaux et la maladie des mineurs et en 1700 apparaît la première édition du traité sur les maladies des travailleurs de Ramazzini.[11] Dans cet ouvrage, il étudie plus de 50 professions et décrit les dangers auxquels étaient exposés les ouvriers. Puis en 1775, Percival Pott traite du cancer de la vessie chez les ramoneurs.[11] Jusqu'à la fin du XIX siècle , il n'existait pas une législation spécifique aux accidents de travail et maladies professionnelles. Ces affections relevaient du régime de droit commun fondé sur la notion de la responsabilité de l'auteur de l'accident, en l'occurrence l'employeur . La victime avait la tâche difficile de démontrer la faute de ce dernier.[11-17-23]

Ce n'est qu'au début du XX siècle, que la loi a admis la présomption de responsabilité de l'employeur dès que l'accident se produit pendant et sur le lieu de travail. L'employeur était alors tenu de s'assurer auprès des caisses de sécurité sociale pour protéger les travailleurs contre les risques d'accident du travail et de maladie professionnelle.

En Europe les premières listes des maladies professionnelles reconnues et admises à indemnisation apparurent dès 1936. Ces listes et les conditions d'application ont connu plusieurs modifications en faveur des salariés dans les pays développés.[3-5-11-18]

En Afrique , les mesures législatives adoptées après les indépendances ont été fortement influencées par les textes coloniaux, notamment la loi 52-1322 portant institution du code de travail dans les territoires d'Outre-mer. C'est de cette loi que s'inspire la loi n° 3-59 ACL du 30 - 01 - 1959 qui arrête à 29 le nombre des maladies professionnelles(Annexe n° 3) reconnues au Burkina Faso.

Ce n'est qu'en 1996 que ce texte a été révisé par le décret n°96 . 357. PRES \ PM \ METSS du 11 octobre 1996, portant le nombre des maladies professionnelles de 29 à 53 (Annexe n°2). Ce décret précise dans un tableau annexé la nosologie des maladies , les délais d'exposition et de prise en charge , les listes indicatives et limitatives des travaux susceptibles de provoquer ces affections.

B) DEFINITIONS

1) Maladies professionnelles

Les maladies professionnelles sont des maladies contractées au cours de l'exercice de certaines professions et dans des conditions définies par les textes. Au plan légal, la loi désigne comme maladie professionnelle celle inscrite sur une liste ou un tableau de maladies professionnelles reconnues par le pays considéré[11-19-26]. Le tableau précise les travaux susceptibles d'entraîner ces maladies, les délais d'exposition et de prise en charge.

2) Maladies à caractère professionnel

Une maladie à caractère professionnel est une maladie fréquemment observée dans une profession, expérimentalement reproductible, mais qui ne figure pas dans un tableau de maladies professionnelles reconnues par le pays considéré.

Pour permettre la mise à jour des tableaux de maladies professionnelles reconnues ,le code de sécurité sociale fait obligation aux médecins de déclarer à la caisse, aux inspecteurs du travail, toute maladie ayant un caractère professionnel [11-15-26].

3) Risques professionnels

Ils constituent des facteurs dont la présence persistante ou éphémère dans un lieu de travail peut être source d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Ces facteurs sont nombreux et peuvent être regroupés en facteurs physiques, chimiques, infectieux, traumatiques et psychologiques:

- les facteurs de risque physiques: bruits , vibrations , chaleur , froid...;
- les facteurs de risque chimiques: hydrocarbures, pesticides, solvants, métaux...

- les facteurs de risque infectieux: virus de l'hépatite, mycobacterium tuberculosis, VIH... ;
- les facteurs de risque traumatiques (machines dangereuses, outils ...);
- les facteurs psychologiques.

C) LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

La prévention des risques professionnels comporte trois volets[5-11-12-21].

- la surveillance des lieux de travail. (prévention primaire) ;
- la surveillance médicale des travailleurs. (prévention secondaire) ;
- les mesures de réhabilitation et de soins au bénéfice des victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles (prévention tertiaire).

1) LA SURVEILLANCE DES LIEUX DE TRAVAIL.

La surveillance des lieux de travail est une étape nécessaire pour identifier et évaluer les facteurs de risque professionnels .

Elle consiste aux visites initiales, périodiques, occasionnelles et de contrôle ou d'expertise.

1.1) la visite initiale.

La visite initiale est une visite de prise de contact entre l'agent de santé et l'entreprise. Elle commence par un entretien avec la hiérarchie de l'entreprise sur les points suivants:

- les objectifs de la mission médicale,
- les données historiques et l'organisation de l'entreprise ,
- l'économie de la région,
- l'importance de l'entreprise dans l'économie de la région,
- la raison sociale de l'entreprise,
- le nombre de salariés,
- l'âge moyen des travailleurs,
- l'organisation du temps de travail,
- la technologie, les méthodes et le type d'énergie utilisés,
- les substances chimiques utilisées.

Après l'entretien, faire une visite guidée de l'entreprise avec l'ingénieur de production, les membres du comité d'hygiène et le responsable du service de sécurité. Cette visite guidée permet de mieux connaître l'entreprise.

A la fin de la visite une réunion de mise en commun est organisée en présence des différentes parties dans le but de dégager les problèmes réels et potentiels et de discuter des solutions possibles à court, moyen et long termes.

1.2) la visite périodique.

La visite périodique est programmée par trimestre ou par semestre et sa réalisation est obligatoire. Elle permet de suivre l'application des mesures dégagées lors des visites antérieures et de noter l'évolution des conditions de travail.

1.3) la visite occasionnelle.

C'est une visite demandée par:

- l'employeur,
- le service de sécurité,
- le comité d'hygiène et de sécurité,
- les organisations des travailleurs ou les syndicats,
- le médecin du travail.

1.4) la visite de contrôle ou d'expertise

La visite de contrôle est une requête de l'administration du travail, des organisations de sécurité sociale ou des officiers de police judiciaire afin de vérifier l'exactitude ou non des termes de la réquisition.

2) LA SURVEILLANCE MEDICALE DES TRAVAILLEURS

Cette surveillance soumet le travailleur au regard médical en confrontation avec les postes de travail.

Il existe plusieurs niveaux de surveillance médicale des travailleurs.

2.1) la visite d'embauche

Cette visite est conduite avant la mise au travail du salarié.

Au cours de cette visite ,on recherche un état pathologique du sujet pouvant compromettre son activité professionnelle ou constituer un danger pour son entourage immédiat.

2.2) la visite périodique

La visite périodique a pour but de s'assurer de l'aptitude du salarié à demeurer à son poste de travail. Si la périodicité n'est pas déterminée par des textes , il revient au médecin de fixer les périodes en fonction des facteurs de risque présents au lieu de travail.

2.3) la visite médicale spéciale

La visite médicale spéciale est instituée pour les salariés soumis à certains travaux comportant des risques ou exigences particulières. Ce type de travailleurs est déterminé par arrêté ministériel. Exemple: radiologues, égoutiers, travailleurs handicapés, femmes enceintes

2.4) la visite médicale de reprise

Cette visite s'effectue après une absence pour raison de maladie professionnelle, accident du travail, congés de maternité et après toute absence de plus de 21 jours pour accident ou maladie non professionnelle. Elle a pour but de vérifier l'aptitude du salarié à reprendre son travail ou s'il y a lieu de lui faire bénéficier d'une réadaptation fonctionnelle ou à un réaménagement du poste de travail.

2.5) la visite médicale spontanée

La visite médicale spontanée est demandée par le salarié qui s'interroge sur son état de santé en rapport avec son poste de travail. Ce type de démarche est à encourager car elle participe à la connaissance des facteurs de risque professionnels et au renforcement de la confiance entre l'agent de santé et le salarié.

2.6) la visite médicale d'initiative

La visite médicale d'initiative est demandée par l'employeur ou l'inspecteur du travail pour apprécier l'état de santé de l'employé.

2.7) la visite médicale de fin de contrat.

Cette visite est obligatoire pour tout salarié qui quitte l'entreprise. Son objectif est de faire le bilan de santé de celui-ci avant qu'il ne quitte l'entreprise.

Bien qu'obligatoire, la surveillance médicale ne doit pas servir de base de sélectivité ou de discrimination, ni un moyen de contrôle des absences au travail. Le principe du secret médical doit être rigoureusement observé. Les coûts de ces visites sont à la charge de l'employeur.

3) LES MESURES DE REHABILITATION ET DE SOINS

Le service médical d'entreprise doit posséder un plateau technique suffisant pour faire face aux urgences comme les accidents de travail, les intoxications aiguës professionnelles.

Il y a des normes standards de la trousse médicale au sein des entreprises. Il sera également tenu compte de certains risques spécifiques à certaines unités de productions.

D) LA PROCEDURE DE REPARATION.

La procédure de réparation des maladies professionnelles comporte plusieurs étapes .

1) LA DECLARATION

Lorsqu'un salarié est considéré comme atteint d'une maladie professionnelle son employeur est tenu d'en faire la déclaration à la C N S S dans les quarante huit heures .

Cette déclaration est rédigée en trois exemplaires sur un formulaire préétabli à cet effet. Un exemplaire est adressé à l'inspection du travail, un à la C.N.S.S et le troisième reste dans l'entreprise . A chaque exemplaire il doit joindre un certificat médical initial et une attestation de salaire du dernier mois du malade.

Il doit informer la victime de l'envoi de la déclaration. Lorsque l'employeur est défaillant, la victime ou ses ayants droits peuvent faire la déclaration avant l'expiration de la 2ème année à partir de la date de la première constatation de la maladie.[4-5-19-26]

2) LA CONSTATATION MEDICALE

Le médecin doit établir un certificat médical initial détaillé. Ce certificat indiquera l'état de la victime, les lésions anatomiques, les signes cliniques, les conséquences de la maladie, les suites éventuelles et la durée estimée de l'incapacité temporaire du travail.

3) L'ENQUETE

Lorsqu'une maladie professionnelle entraîne une incapacité partielle ou totale de travail, une enquête est obligatoirement menée par les inspecteurs de travail, les contrôleurs du travail, les autorités administratives et les agents de police judiciaire.

L'enquête est contradictoire, les témoins sont entendus en présence des différentes parties.

4) LE CONTROLE MEDICAL DE LA C N S S

A tout moment, la C.N.S.S peut procéder à un examen médical de la victime par son médecin conseil ou tout autre médecin de son choix. La victime est tenue de se soumettre à ces contrôles en **présentant** tous les documents afférents à son état notamment les résultats des examens complémentaires, les certificats, les ordonnances. Tout refus de la part du salarié de se soumettre à ces contrôles donne le droit à la C.N.S.S d'arrêter ses **prestations**.

5) L'EXPERTISE

Elle peut être demandée :

- lorsque la maladie professionnelle ou l'accident du travail entraîne une incapacité totale du travail ou la mort de la victime.
- En cas de contestation entre le médecin **traitant** et le médecin conseil de la caisse.
-

6) LE CONTENTIEUX.

Les tribunaux du travail sont compétents pour connaître et régler toutes les contestations entre la C.N.S.S et la victime ou ses ayants droits. Ils sont également compétents pour connaître des actions récursoires de la caisse contre l'employeur, auteur d'une faute intentionnelle ou contre le tiers auteur de l'accident.

7) LA RECONNAISSANCE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE.

Le dossier de l'assuré est examiné par le médecin conseil de la C.N.S.S. qui apprécie le caractère professionnel ou non de la maladie en se basant sur les certificats médicaux et sur les dossiers médicaux.

La caisse peut contester le caractère professionnel de la maladie et dispose alors d'un délai de vingt jours pour réagir et notifier son refus au salarié. Le refus doit être fondé sur les conclusions d'une enquête réalisée par un agent assermenté ou sur un motif médical.

Passé un délai de vingt jours, si la caisse ne relève aucune objection sur le caractère professionnel de la maladie, le dossier est admis et l'assuré bénéficie des prestations légales.

En cas de non reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, le salarié est en droit d'exercer une possibilité de recours, sans frais pour lui.

E) LA REPARATION

Les mesures de réparation des accidents du travail et maladies professionnelles sont constituées par des prestations en nature et ou en espèce.

1) LES PRESTATIONS EN NATURE.

Les prestations en nature se subdivisent en quatre catégories:

1-1-) les soins:

L'employeur est tenu de faire assurer à sa charge les soins de première urgence, soit dans le cadre de la médecine d'entreprise, soit en les faisant donner dans les structures sanitaires publiques ou privées les plus proches.

Au cas où l'état de la victime nécessite des soins complémentaires, le médecin traitant doit demander l'accord préalable de la caisse. L'accord ou le refus de la caisse, donné après avis de son médecin conseil, doit être notifié dans un délai de quinze jours . Le silence gardé par la caisse au-delà de ce délai correspond à une acceptation.

Les traitements, soins et prestations complémentaires que la caisse prend en charge comprennent notamment: les soins médicaux, les frais pharmaceutiques, les interventions chirurgicales, les frais d'hospitalisation, les soins et prestations occasionnés par des rechutes, la rééducation fonctionnelle, et la fourniture de prothèses et d'appareils.

1.2) Les frais funéraires et de transport

En cas d'accident ou de maladie suivis de mort, les frais funéraires sont remboursés par la caisse aux ayants droit, dans la limite des frais exposés et sans que leur montant ne puisse excéder le maximum fixé par décret.

La caisse supporte également les frais de transport du corps au lieu de sépulture demandé par la famille, dans la mesure où ces frais se trouvent soit exposés en totalité, soit augmentés du fait que la victime a quitté sa résidence à la demande de son employeur pour être embauchée, ou que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour son travail hors de sa résidence.

1.3) Les frais de déplacement.

Les frais de déplacement comprennent les frais de transport, les frais de séjour et l'indemnité compensatrice de perte de salaire. Le remboursement des frais de transport n'est admis qu'en fonction du trajet le plus court et du moyen le plus économique. L'utilisation d'un autre moyen de transport devra être justifiée par un certificat médical constatant l'impossibilité matérielle d'user du moyen exigé par la loi.

Les frais de séjour (repas et hébergement) sont remboursés selon les tarifs fixés en fonction de la convention collective dont relève la victime.

L'indemnité journalière est une indemnité compensatrice de perte de salaire et est due au malade et à ses ayants droit. Elle couvre la période d'interruption de travail nécessité par le déplacement . Les personnes accompagnant la victime ne peuvent prétendre à cette indemnité , elles peuvent cependant bénéficier d'une indemnité compensatrice dans la limite d'un plafond fixé.

1.4) Autres prestations en nature

La fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils et prothèses.

Les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils et prothèses, ainsi que les frais d'expédition de ceux-ci et autres frais accessoires à ces opérations sont à la charge de la caisse.

La réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle.

La réadaptation fonctionnelle est due à toute victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle qui a subi un dommage la mettant dans l'impossibilité de récupérer une physiologie normale.

A droit à la rééducation professionnelle, indépendamment de la réadaptation fonctionnelle, la victime devenue inapte, de ce fait, à exercer sa profession, ou qui ne peut la reprendre qu'après une nouvelle adaptation.

Les mesures de reclassement.

Si le travailleur est atteint d'une réduction de capacité le rendant professionnellement inapte à son ancien emploi, l'employeur doit s'efforcer de le reclasser dans son entreprise en l'affectant à un poste correspondant à ses nouvelles aptitudes et capacités. S'il n'existe aucun emploi disponible permettant le reclassement, le travailleur pourra être licencié mais après accord préalable de l'inspecteur du travail qui procédera à son reclassement.

2) PRESTATIONS EN ESPECES

Les prestations en espèces consistent en revenus de remplacement versés à la victime (ou ses ayants droit en cas de décès) pour compenser la perte de salaire pendant la période d'incapacité temporaire totale (I.T.T.) ou d'incapacité partielle permanente (I.P.P.) .

a) la réparation de l'incapacité temporaire totale ou indemnité journalière

Le salaire du jour au cours duquel le travail a été interrompu par l'accident du travail ou la maladie professionnelle est entièrement à la charge de l'employeur.

A partir de ce jour et jusqu'à la date de consolidation des blessures (accident de travail) ou de guérison (maladie professionnelle.) ou du décès, s'ouvre une période d'incapacité de travail au cours de laquelle la victime a droit à une indemnité journalière, sans distinction entre jours ouvrables et jours non ouvrables.

A la caisse nationale de sécurité sociale l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalier moyen pendant les 28 premiers jours de l'arrêt de travail. et au tiers de celui-ci à partir du 29^{ème} jour.

En cas de rechute avec arrêt de travail le malade bénéficie de la même indemnité.

b) La réparation de l'incapacité partielle permanente : la rente

La rente est due à la victime d'accident de travail ou de maladie professionnelle. atteinte d'une incapacité permanente partielle ou totale, selon qu'elle diminue ou supprime totalement sa force et sa capacité de travail.

Le taux d'incapacité partielle permanente est déterminé par le médecin traitant ou par le médecin conseil de la caisse, à partir de la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que de ses aptitudes et qualifications professionnelles.

Il est apprécié en tenant compte du barème indicatif d'invalidité pour les accidents de travail et les maladies professionnelles.

La caisse ou la victime peut contester le taux d'incapacité, et recourir à une contre expertise. Une telle contestation n'est plus possible si le taux d'I.P.P. est entériné par une décision ayant acquis l'autorité de la chose jugée ou si le délai de prescription de deux ans s'est écoulé depuis la date de fixation de l'I.P.P. ou de sa notification à la victime.

L'aggravation ou l'atténuation de l'incapacité permanente de la victime peut entraîner une révision de la rente , à la demande de la caisse ou de la victime, après un contrôle médical.

Les rentes sont payables trimestriellement, à terme échu, à la résidence du bénéficiaire sur production d'un certificat de vie. Elles sont obligatoirement mensuelles pour les victimes atteintes d'une I.P.P de 100 %. En cas d'I.P.P. supérieure à 75 % la victime peut demander un versement mensuel de sa rente. Pour un taux d'I.P.P inférieur à 15 % , il est versé à la victime une allocation d'indemnité en une seule fois.

Les rentes sont incessibles et insaisissables. En cas de décès de la victime la rente est versée à ses ayants droit selon un taux déterminé. Ce taux est de 30 % de la rente pour le ou la conjointe, 15 % pour un enfant, 30 % pour deux enfants ,40 % pour trois enfants et à partir de quatre enfants on majore de 10 % par enfant supplémentaire.

OBJECTIFS

III) OBJECTIFS

1) OBJECTIF GENERAL

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et les réparations des maladies professionnelles déclarées à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale de 1987 à 1996.

2) OBJECTIFS SPECIFIQUES

2.1) Décrire les caractéristiques épidémiologiques des maladies professionnelles déclarées à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale de 1987 à 1996.

2.2) Décrire les aspects cliniques des maladies professionnelles.

2.3) Décrire les modes de réparation des maladies professionnelles par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

2.4) Identifier les causes de la sous-notification des maladies professionnelles

METHODOLOGIE

IV) METHODOLOGIE

1) TYPE D'ÉTUDE

Étude documentaire des aspects épidémiologiques, cliniques et de la réparation à partir des dossiers des maladies professionnelles déclarées à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale de 1987 à 1996.

2) CADRE DE L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (surtout au service des accidents du travail et maladies professionnelles) et à l' Office de Santé des Travailleurs (O S T).

2.1) LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

En application du code du travail des territoires d'Outre-mer , une petite caisse , dite de compensation des prestations familiales fut créée en 1955 .

La branche des réparations des accidents de travail et maladies professionnelles fut mise en place en 1957 et celle des pensions en 1960. Puis en décembre 1972 fut créée la caisse nationale de sécurité sociale (C.N.S.S.).

La C.N.S.S. est un établissement public à caractère industriel et commercial, dotée d'une personnalité juridique et d'une autonomie de gestion. Son siège social est à Ouagadougou. Elle est structurée en :

- a) Une direction générale,
- b)Un secrétariat général,
- c) Huit (08) directions centrales :

- Direction du recouvrement et du contentieux,
- Direction des ressources humaines ,
- Direction administrative, financière et comptable,
- Direction de l'informatique et de la statistique,
- Direction de la prévention et de l'action sanitaire et sociale,
- Direction des investissements et de la gestion immobilière,
- Direction centrale des prestations,
- Direction du contrôle des gestions et de l'audit interne.

d) Cinq (05) directions régionales (D.R):

- Direction régionale de Ouagadougou,
- Direction régionale de Bobo Dioulasso,
- Direction régionale de Ouahouaron,
- Direction régionale de Dédouaner,
- Direction régionale de Fada N'gourma.

La C.N.S.S. est placée sous la tutelle technique du ministère de l'emploi ,du travail et de la sécurité sociale. Sa gestion est confiée à un conseil d'administration tripartite comprenant :

- des représentants de l'état,
- des représentants des travailleurs,
- des représentants des employeurs.

Le conseil d' administration a pour rôle de voter le budget, d'approuver la structure administrative de la caisse et de veiller au bon fonctionnement de la caisse par le contrôle de la gestion du directeur général.

La convention n° 102 de l'O.I.T.[26] définit neuf (09) branches de risques sociaux:

- la maladie (frais médicaux),
- la maladie (indemnité de maladie),
- la maternité,
- l'invalidité,
- la vieillesse,
- l'accident de travail ou la maladie professionnelle,
- le décès,
- les charges familiales,
- le chômage.

La caisse nationale de sécurité sociale du Burkina Faso [4 -5] assure trois de ces neuf branches de sécurité sociale. Ce sont:

- La branche des prestations familiales chargée du service de prestation familiale , et des prestations de maternité,
- La branche des pensions chargée des prestations de vieillesse. d'invalidité et de décès,
- La branche des risques professionnels chargée des prestations en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail.

Le service des accidents de travail et maladies professionnelles est un des services de la direction centrale des prestations. Il est dirigé par un chef de service qui coiffe une quinzaine d'agents. Tous les cas de maladies professionnelles et d'accidents de travail sont traités dans ce service. Il assure les différentes prestations des cas de maladies professionnelles ou d'accidents de travail reconnus.

Les ressources de la C.N.S.S. sont constituées par :

- Les cotisations des travailleurs destinées au financement des différentes branches du régime de sécurité sociale.
- La majoration encourue pour cause de retard dans le paiement des cotisations ou dans la production de la déclaration nominative de salaire,
- Le produit des placements des fonds de la caisse,
- Le produit de la location de ses immobiliers,
- Le dons et legs.

Les cotisations de la branche des risques professionnels et celle des prestations familiales sont entièrement à la charge de l'employeur.

Les cotisations de la branche des pensions sont réparties entre le salarié et l'employeur. La part incombant au salarié ne peut en aucun cas dépasser 50 % du montant de la cotisation.

2.2) L'OFFICE DE SANTE DES TRAVAILLEURS

La surveillance médicale des travailleurs était régie par le code de travail des territoires d'Outre-mer de 1952 et de ses textes d'application pris en 1955. Au terme de ces textes , l'employeur avait obligation d'assurer la surveillance sanitaire de ses employés. Ainsi naissait la médecine d'entreprise essentiellement curative , dévolue à des praticiens contractuels dont l'action ainsi limitée ne pouvait améliorer les conditions de travail et le milieu de travail.

Des structures plus spécifiques comme l'inspection médicale des travailleurs et la direction des services de santé des travailleurs furent créées successivement en 1984 et en 1985 . Ces services étaient rattachés au ministère de la santé.

Par décret n°AN IV . 429 \ CNR \ SAN du 31 juillet 1987 est créé l'Office de Santé des Travailleurs (O.S.T). Il est la structure nationale chargée de

- protéger les travailleurs dans leurs emplois contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à la santé,
- placer et maintenir le travailleur dans l'emploi convenant à ses aptitudes physiques et psychologiques ,

- améliorer la qualité des soins dispensés aux travailleurs,
- mobiliser les ressources financières pour son fonctionnement.

En application de la convention n°161 de l'O.I.T.[21] ratifiée par notre pays , l'O.S.T. en tant que institution chargée de la santé des travailleurs a pour mission de:

- Identifier les risques de l'altération de la santé des travailleurs,
- Surveiller les lieux de travail,
- Formuler des conseils et des recommandations aux salariés et aux employeurs sur l'organisation du travail, les procédés de travail, la conception et la perception des lieux de travail , le choix des moyens et procédés de production,
- Participer à l'élaboration des programmes d'amélioration des conditions de travail,

L'O.S.T. est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle technique du ministère de la santé et de la tutelle financière du ministère des finances. Son siège est à Ouagadougou.

Il est administré par un conseil d'administration tripartite de 12 membres:

- quatre représentants de l'état,
- quatre représentants des syndicats des travailleurs dont un de l'O.S.T.
- quatre représentants des syndicats des employeurs.

L'O.S.T. est structuré en:

a) Une direction générale,

b) Trois directions centrales,

- La direction technique,
- La direction de l'administration et du budget,
- La direction financière et comptable .

c) Quatre directions régionales (D.R.).

- La direction régionale de Ouagadougou qui couvre trois régions sanitaires.(Ouagadougou, Ouahigouya, Manga),
- La direction régionale de Bobo Dioulasso qui couvre trois régions sanitaires.(Bobo Dioulasso, Banfora, Gaoua),
- La direction régionale de Koudougou regroupant également trois régions sanitaires.(Koudougou, Dori, Dédougou),
- La direction régionale de Fada N'gourma regroupant deux régions sanitaires. (Fada, Tenkodogo).

d) Les services médicaux d'entreprise et interentreprises, les infirmeries d'entreprise et interentreprises et les cliniques à Ouaga et à Bobo.

Le décret créant l'O.S.T. lui a assigné les six objectifs suivants:

- promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien être physique, mental et social de tous les travailleurs,
- prévenir tout dommage causé à la santé des travailleurs par des conditions de travail,
- contribuer à l'établissement de normes au sein de l'entreprise,
- Assurer la surveillance médicale des travailleurs ,
- Contribuer à la mise en oeuvre des mesures de réadaptation professionnelle.
- Promouvoir l'adaptation du travail aux travailleurs,
- Collaborer à l'information et à la formation des travailleurs et des employeurs.
- Organiser les premiers soins et les soins d'urgence.

Participer à l'analyse des accidents de travail et maladies professionnelles des travailleur.

3) PÉRIODE DE L'ÉTUDE

L'étude a concerné une période de dix ans allant de 1987 à 1996.

4) COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été faite à partir d'une grille d'enquête. (Annexe n°1) Cette grille comprenait les éléments suivants:

- identité du malade,
- les caractéristiques du poste de travail,
- les caractéristiques de la pathologie,
- les lieux de diagnostic de la maladie,
- l'agent de santé qui a posé le diagnostic,
- la décision de la caisse,
- les modes de réparation,
- l'évolution de la maladie,
- le mode de remise du malade au travail.

5) ECHANTILLON

La population de notre étude était constitué par l'ensemble des dossiers de maladies professionnelles reçus à la C N S S. durant les dix années considérées.

6) CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Tous les dossiers de maladies professionnelles reçus à la C N S S de 1987 à 1996 ont été inclus dans l'étude sans autres critères d'exclusion.

7) LIMITES DE L'ÉTUDE.

Nous avons effectué une étude documentaire à partir de dossiers préétablis, parfois incomplets sur certaines données que nous jugeons importantes. Nous n'avons pas trouvé une étude nationale antérieure ni une étude Africaine sur les maladies professionnelles permettant une comparaison.

La comparaison avec des études Européennes nous semble mal adaptée en raison de la différence des niveaux de développement socio-sanitaire et surtout des modalités de prise en charge des maladies professionnelles.

RESULTATS

V) LES RESULTATS

A) CARACTERISTIQUES DES TRAVAILLEURS

De 1987 à 1996, au total 43 cas de maladies professionnelles (dont 32 cas chez les hommes et 11 cas chez les femmes) ont été déclarés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

1) L'ÂGE ET LE SEXE

L'âge moyen de nos patients était de 37,5 ans avec des extrêmes allant de 25 ans à 54 ans. Les travailleurs victimes de maladies professionnelles âgés de moins de 45 ans représentaient 76,50 % (soit 33 cas sur 43).

Les hommes représentaient 74 % de l'effectif (32 cas), soit un sex-ratio de 2,90 hommes pour une femme.

La répartition des patients selon l'âge et le sexe est indiquée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition de l'effectif selon les tranches d'âge et le sexe.

TRANCHE D'AGE	SEXE		Total
	Masculin	Féminin	
25 à 29 ans	4 (9,4 %)	2 (4,8 %)	6 (14,2 %)
30 à 34 ans	6 (13,7 %)	4 (9,4 %)	10 (23,1 %)
35 à 39 ans	6 (13,7 %)	4 (9,4 %)	10 (23,1 %)
40 à 44 ans	6 (13,7 %)	1 (2,4 %)	7 (16,1 %)
45 à 49 ans	7 (16,4 %)	0	7 (16,4 %)
50 à 54 ans	3 (7,1 %)	0	3 (7,1 %)
TOTAL	32(74 %)	11 (26 %)	43 (100 %)

2) LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE DES EMPLOYÉS

La répartition des patients selon la qualification professionnelle est indiquée sur la figure 1.

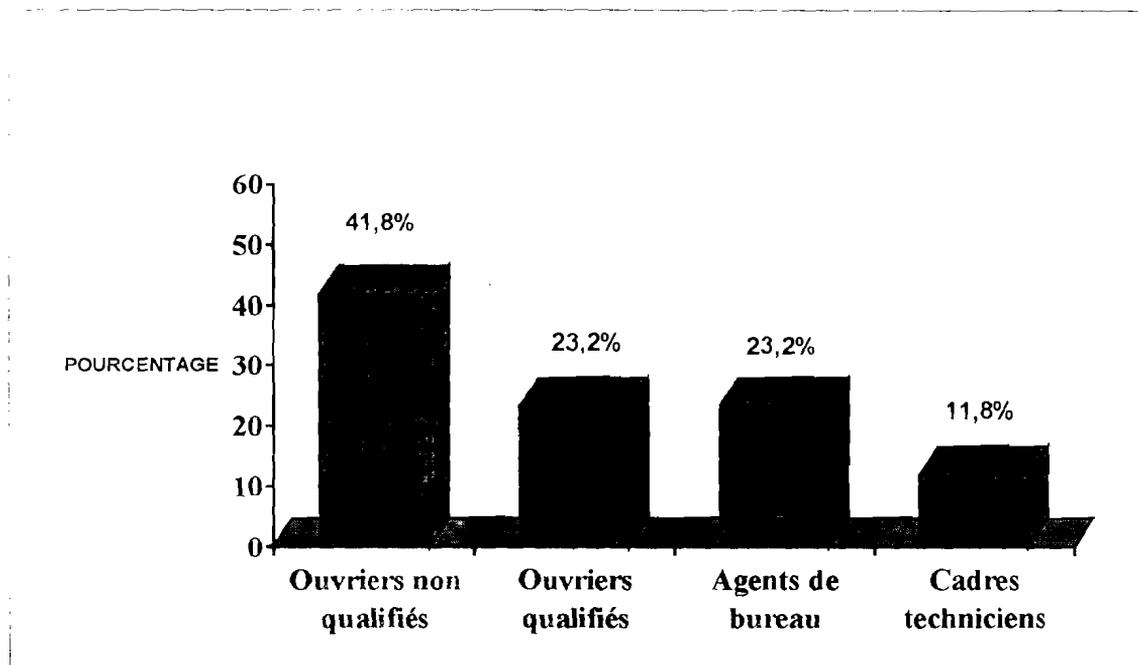


Figure 1: Répartition des cas selon la qualification professionnelle de l'employé

Les ouvriers représentaient 65 % des malades permis lesquels 41,8 % étaient des ouvriers n'ayant aucune qualification professionnelle.

3) LE LIEU DE TRAVAIL DU SALARIÉ

La répartition des malades selon le lieu de travail est indiquée dans le tableau II.

Tableau II: Répartition des malades selon le lieu de travail

LIEU DE TRAVAIL	Nombre de cas	Pourcentage
Usine	14	32,6 %
Entreprise	15	34,8 %
Bureau	14	32,6 %
TOTAL	43	100 %

B) LES CARACTERISTIQUES DU POSTE DE TRAVAIL

1) LE POSTE DE TRAVAIL

Les travailleurs qui manipulaient des substances chimiques représentaient 44,2 % de l'effectif, soit 19 malades sur 43. Huit malades soit 18,6 % de l'effectif travaillaient sur des écrans lumineux. Cette distribution est indiquée dans le tableau III.

Tableau III: Distribution des malades en fonction de leurs postes de travail.

SECTEURS D'ACTIVITES	NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
Manipulation de substances Chimiques	19	44,2 %
Travail sur écran lumineux	8	18,6 %
Travail de bureau	7	16,3 %
Manutention	3	7 %
Atelier de tôlerie	2	4,7 %
Conduite de véhicule	2	4,7 %
Service de nettoyage	1	2,3 %
Atelier de menuiserie	1	2,3 %
TOTAL	43	100 %

2) LA DURÉE DANS LE POSTE DE TRAVAIL

Les employés qui avaient entre 1 à 10 ans d'ancienneté à leur poste de travail représentaient 74,4 % de l'effectif des malades (soit 33 malades).

La répartition des malades selon leur durée au même poste de travail est indiquée sur la figure 2.

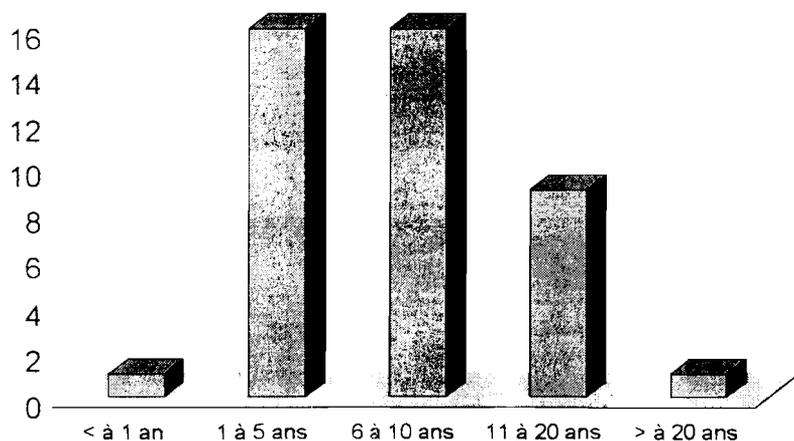


Figure 2 : Répartition de l'effectif selon la durée au poste de travail.

3) Les facteurs de risque .

En fonction des risques professionnels auxquels étaient exposés les employés, 20 cas soit 46 % étaient liés à des facteurs chimiques . Chez 6 malades soit 15 % des maladies déclarées on n'a pas retrouvé une association entre la maladie et le poste de travail. Aucun facteur infectieux n'a été incriminé.

Le tableau IV indique la répartition des malades en fonction des facteurs de risques professionnels.

Tableau IV: Répartition des malades selon les facteurs de risque décrits au poste de travail.

FACTEURS DE RISQUE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Facteurs physiques	17	39 %
Facteurs chimiques	20	46 %
Aucun facteur lié à la maladie actuelle	6	15 %
TOTAL	43	100 %

Les facteurs de risque physiques retrouvés étaient: la lumière, la chaleur, les vibrations, le bruit, les rayonnements lumineux et les charges physiques. Les facteurs de risque chimiques étaient : les hydrocarbures, les détergents, les alcools, l'acide caustique, les solvants, les peintures, les colorants et les pesticides.

5) L'utilisation d'équipements de protection individuelle au poste de travail.

La majorité des travailleurs victimes de maladies professionnelles (39 cas soit 91 %) n'utilisaient aucun équipement de protection individuelle adapté à leur poste de travail.

C)LES CARACTERISTIQUES DES MALADIES PROFESSIONNELLES DECLAREES.

1) Les circonstances de découverte.

Les maladies professionnelles ont été découvertes dans 95 % des cas (soit 41 malades) au cours d'une consultation demandé par le travailleur.

Les deux autres cas ont été découvertes lors des visites médicales annuelles des travailleurs.

2) L'année de découverte .

La répartition des malades selon l'année de la découverte est indiquée dans le tableau V.

Tableau V: Distribution des maladies professionnelles selon l'année de la déclaration.

ANNEE DE DECOUVERTE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
1987	2	4,7 %
1988	1	2,3 %
1989	3	7 %
1990	4	9,3 %
1991	6	14 %
1994	5	11,6 %
1995	15	34,9 %
1996	7	16,3 %
TOTAL	43	100 %

En 1992 et en 1993, aucun cas de maladies professionnelles n'a été déclaré au service des accidents du travail et maladies professionnelles de la C.N. S. S .

Les rapports de la direction technique de l'O S T montrent qu'aucun cas n'a été diagnostiqué durant cette période dans les services de consultation.

La comparaison du nombre des cas de maladies professionnelles diagnostiquées à l'office de santé des travailleurs et le nombre des cas déclarés à la caisse nationale de sécurité sociale montre que 21 cas soit 40 % des maladies professionnelles diagnostiquées n'ont pas été déclarées au service des accidents du travail et maladies professionnelles durant les dix (10) années de l'étude .

3) La structure sanitaire.

Au total 32 cas soit 74,4 % des maladies professionnelles ont été diagnostiquées dans les services cliniques de l' O.S.T.et les 11 autres cas dans les hôpitaux, notamment dans les services spécialisés: dermatologie, pneumologie, ophtalmologie, O.R.L et gastro-entérologie.

4) Les signes cliniques.

Les signes cliniques ont été regroupés en syndromes et signes principaux. Certains malades présentaient plusieurs signes ou syndromes. Le tableau VI indique la fréquence d'apparition des syndromes chez les employés atteints de maladies professionnelles.

Tableau VI : Fréquence des syndromes observés chez les employés atteints de maladies professionnelles.

SYNDROMES et SIGNES OBSERVES	FREQUENCE	POURCENTAGE
Baisse de la vision	13	21,3 %
Inflammation conjonctivale	2	3,2 %
Toux et dyspnée	8	13,2 %
Condensation pulmonaire	9	15 %
Syndrome neurologique	2	3,2 %
Allergie cutanéomuqueux	11	18 %
Infection cutanée	2	3,2 %
Surdité	4	6,5 %
Syndrome articulaire	6	9,8 %
Syndrome hépatique	2	3,2 %
Syndrome abdominal	2	3,2 %
TOTAL	61	100

5) Les maladies professionnelles diagnostiquées.

Parmi les maladies professionnelles diagnostiquées 22 cas soit 51 % de l'effectif étaient des troubles de la vision et des dermatoses allergiques. Les pathologies allergiques représentaient 34 % des cas.

La distribution de l'effectif selon la maladie professionnelle diagnostiquée est indiquée dans le tableau VII.

Tableau VII: Distribution de l'effectif selon la maladie rencontrée.

PATHOLOGIE	NOMBRE	POURCENTAGES
Troubles de vision	13	31 %
Dermatoses allergiques	9	20 %
Pathologies articulaires	7	16,3 %
Asthme professionnel	6	14 %
Autres pneumopathies	2	4,7 %
Surdité	4	9,3 %
Hépatite toxique	2	4,7 %
TOTAL	43	100 %

6) Évolution des maladies professionnelles rencontrées.

Sur les 29 cas où l'évolution a été précisée aucun cas de décès n'a été constaté. Chez 15 autres malades on ignorait l'évolution.

Le tableau VIII montre la répartition des cas selon l'évolution de la maladie.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'évolution de la maladie.

Maladie	Évolution			
	Consolidation	Guérison	Sous traitement	Non précisé
Trouble de la vision	2	0	3	8
Dermatose allergique	4	0	5	0
Pathologies articulaires	0	0	3	4
Asthme professionnel	2	0	3	1
Autres pneumopathies	0	2	0	0
Surdité	1	0	1	2
Hépatite	1	0	1	0
TOTAL	10	2	16	15

7) La qualification de l'agent de santé.

Les médecins généralistes ont posé le diagnostic de 33 cas soit 76,7 % des maladies professionnelles. Les médecins spécialistes, toutes spécialités confondues ont diagnostiqué 10 cas soit 23,3 % .

8) Les avis du médecin conseil de la C.N.S.S

Le médecin conseil avait estimé que 24 cas soit 49 % des pathologies étaient des maladies professionnelles, 12 cas soit 27,5 % étaient des maladies à caractère professionnel et sept soit 23,5 % des maladies non professionnelles.

D) REPARATION.

1) Décision de la C .N. S. S .

La C.N.S.S a reconnu 29 cas soit 67,4 % des maladies professionnelles déclarées. Elle a rejeté 14 cas soit 32,6 % des déclarations.

Les raisons des rejets étaient:

- maladie non professionnelle dans 7 cas,
- dans les 7 autres cas nous n'avons trouvé aucune raison, ces maladies étant déclarées pourtant professionnelles ou à caractère professionnel par le médecin conseil de la C.N.S.S.

2) Arrêt temporaire de travail .

Douze(12) salariés sur les 43 victimes de maladies professionnelles soit 28 % de l'effectif ont observé un arrêt temporaire de travail. La durée des arrêts de travail variait de 5 à 33 jours avec une moyenne de 16 jours.

Les employés malades ont perdu au total 707 jours de travail du fait de leurs maladies.

3) Changement et aménagement du poste de travail.

Six (6) salariés sur les 43 victimes de maladies professionnelles ont changé de poste de travail. Ils ont été soustraits des postes de travail où ils étaient exposés aux facteurs de risque professionnels et placés à d'autres postes où ces risques étaient nuls ou minimales.

Un aménagement de poste de travail a été effectué chez trois salariés atteints de maladie professionnelle et travaillant sur des écrans lumineux. Ces écrans ont été protégés. Aucun salarié n'a subi un reclassement professionnel avec baisse du revenu.

4) La prise en charge des soins.

Les soins avaient été entièrement pris en charge pour les salariés victimes d'une maladie professionnelle reconnue par la C.N.S.S. Le coût moyen par malade était de 52 000 francs Cfa avec un total de 1 508 000 francs Cfa.

Il reste bien entendu que ce chiffre doit être revu à la hausse puisque 16 malades continuent d'être soignés.

Quatre salariés ont bénéficié de l'achat de prothèses.

5) Réparation en espèce.

Douze (12) malades étaient estimés guéris ou consolidés par le médecin conseil dont trois ont bénéficié de la réparation d'une incapacité partielle permanente estimée à 15 , 25 , et 55 %.

Le montant trimestriel de ces trois rentes était d'environ 270 000 francs Cfa. Les indemnités journalières s'élevaient à environ 1 060 000 francs Cfa.

DISCUSSIONS - COMMENTAIRES

IV) DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

1) Les tranches d'âge et le sexe.

La distribution des maladies professionnelles chez les travailleurs selon les tranches d'âge des victimes a révélé que les jeunes de 25 à 39 ans représentaient plus de 60,40 % des victimes.

Les hommes constituaient 74 % de l'effectif de nos malades. Ce constat trouve probablement son explication dans le fait que la majorité des salariés au Burkina sont de sexe masculin. Les femmes exercent surtout des activités non rémunérées dans les foyers. Les inégalités dans la scolarisation et les problèmes socioculturels rencontrés par les femmes dans notre société expliquent en grande partie leur situation professionnelle.

Aucun cas de maladie professionnelle n'a été déclarée chez les retraités. Il en est autrement dans les études de Beck et Thebaud [1-27] en France, qui trouvent 30 % des maladies professionnelles chez les retraités.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les retraités ne font l'objet d'aucune surveillance médicale particulière en fonction des facteurs de risque professionnels aux quels ils étaient exposés.

2) La qualification professionnelle.

Les ouvriers n'ayant pas une qualification professionnelle représentaient 41,80 % de notre effectif. Ces ouvriers victimes de maladie professionnelle n'avaient aucune qualification professionnelle ou occupaient des postes de travail pour les quels ils n'avaient pas une formation professionnelle.

La fréquence élevée des maladies professionnelles chez ces ouvriers est liée aux facteurs suivants :

- Ils représentent une grande proportion de l'ensemble des salariés dans notre pays,
- leur non qualification professionnelle les expose plus aux risques professionnels,
- les mauvaises conditions de travail,
- l'insuffisance de la surveillance médicale et des lieux de travail.

3) Le poste de travail.

Les secteurs d'activités où les salariés utilisaient des substances chimiques étaient les plus grands pourvoyeurs de maladies professionnelles dans notre étude, avec un taux de 44,20 %.

Puis suivent dans un ordre décroissant le travail sur les écrans lumineux (18,6 %), le travail de bureau (16,3 %) et la manutention (7 %).

Les mauvaises conditions de travail, la toxicité et la diversité des substances chimiques utilisées, l'insuffisance de moyens de protection individuelle et collective peuvent expliquer la fréquence élevée des maladies professionnelles chez les salariés qui manipulent ces substances chimiques.

4) Les facteurs de risque liés au poste de travail.

Les risques chimiques ont constitué une proportion de 46 % de l'ensemble des risques professionnels contre 39 % pour les risques physiques.

Nous avons trouvé que 44,2 % des maladies professionnelles étaient provoquées par des substances chimiques.

Dans 15 % des cas nous n'avons trouvé aucun facteur de risque lié au poste de travail, pouvant être la cause de la maladie qu'ils ont déclarée.

5) La durée au poste de travail.

Les employés ayant 1 à 10 ans à leur poste de travail représentent 74,4 % des victimes de maladies professionnelles. Nous constatons qu'au delà de cette durée, la fréquence de maladies professionnelles diminuait progressivement.

Cette situation apparemment paradoxale peut-être dû au fait que généralement les employés excèdent rarement plus de 10 ans au même poste de travail. Leur ancienneté ou leurs nouvelles formations les destinant à d'autres postes .

6) L'utilisation d'équipement de protection individuelle.

Plus de 90 % des salariés victimes de maladie professionnelle n'utilisaient pas un équipement de protection individuelle à leur poste de travail.

Au Bénin, Fayomi [9] trouvait lors d'une étude chez les travailleurs d'une usine de textile, que 60 % des employés possédaient un équipement de protection individuelle, que 46,2 % reconnaissaient le caractère obligatoire du port des équipements, mais que seuls 37,5 % des employés utilisaient effectivement leurs équipements.

La proportion des employés qui utilisaient un équipement de protection individuelle à leur poste de travail dans notre étude est nettement inférieure à celle trouvée par Fayomi au Bénin.(9 % dans notre étude contre 37,5 % au Bénin)

7) Circonstance de découverte.

Environ 95 % des maladies professionnelles ont été diagnostiquées au cours des consultations pour maladie et seulement 5 % lors des visites médicales annuelles des salariés. Cette faible proportion de dépistage des maladies professionnelles lors de la visite annuelle pourrait s'expliquer par :

- insuffisance du plateau technique de l'O.S.T.,
- insuffisance qualitative et quantitative en personnel,
- insuffisance de la couverture nationale en matière de santé et sécurité au travail.

8) Taux d'accroissement du dépistage.

De 1980 à 1987 (08 ans), Ouédraogo [20] observait 12 cas de maladies professionnelles. De 1989 à 1996 (08 ans), nous nous avons observé 40 cas.

Nous notons un taux d'accroissement annuel moyen d'environ 40 % dans le dépistage des maladies professionnelles dans notre étude.

En France, Harley [11] constatait un taux d'accroissement de 20 % de 1987 à 1990 et une étude de l'INRS [13] montrait un taux d'accroissement de 11,7 % dans le dépistage des maladies professionnelles de 1994 à 1995 .

En République Fédérale d'Allemagne(R.F.A.), Greef [10] trouvait un taux de 15 % de 1987 à 1993.

La différence des niveaux d'accroissement dans le dépistage des maladies professionnelles entre le Burkina et ces deux pays d'Europe est probablement due aux mauvaises conditions de vie et de travail des employés dans notre pays.

Les 40 % pour cent des maladies professionnelles diagnostiquées à l'O S T n'ont pas été déclarées à la C N S S .

Ce taux est nettement plus élevé que celui trouvé par Robinet [25] en France à la même période qui était de 1,5 %. Si en France ceux qui n'avaient pas déclaré leur maladie professionnelle craignaient une diminution de leur revenu du fait d'un déclassement professionnel selon Robinet, au Burkina nous pensons que ce grand nombre des non déclarés aurait d'autres raisons:

- l'ignorance des travailleurs,
- la tendance de nos populations à se soigner chez les tradi-praticiens et autres charlatans .
- la tendance à l'automédication,

- la non affiliation de nombreuses entreprises à la C.S.S.S , ce qui empêche les salariés d'y déclarer leur maladie professionnelle,
- l'insuffisance dans la responsabilisation des employeurs quant au caractère obligatoire de déclaration de la maladie professionnelle de leurs salariés,
- l'insuffisance de la coordination entre l'O.S.T.et la C.N.S.S.,
- l'insuffisance dans l'application des textes réglementaires obligeant les employeurs à déclarer leurs salariés.

9) Les maladies professionnelles diagnostiquées.

Les affections oculaires représentaient 30 % des maladies professionnelles dans notre étude.

En Allemagne, Greef [10] ne notait pas d'affection oculaire parmi les 11 maladies professionnelles les plus fréquentes.

Les affections pulmonaires, les dermatoses allergiques et les pathologies ostéo-articulaires avaient des pourcentages respectifs de 18,7 %, 20 % et 16,3 % dans notre étude.

Greef en R.F.A.[10] notait pour ces trois affections des pourcentages respectifs de 12,16 %, 15,38 % et 1,86 %.

Les surdités professionnelles et les hypoacusies représentaient 9,3 % dans notre étude et Greef notait un taux de 3,7 fois plus élevé en R.F.A. (35,01 %)

Nous n'avons observé aucun cas de décès durant la période de notre étude. L'INRS [13] en France observait en moyenne un taux global de décès de 0,78 % par an.

L'effectif très réduit de notre échantillon ne permet pas une appréciation fiable du taux de mortalité.(environ 40 000 cas de maladies professionnelles ont été déclarées en France en 1995[13], et seulement 15 cas au Burkina durant la même période).

10) La qualification de l'agent de santé.

Les deux tiers des maladies professionnelles ont été diagnostiquées par des médecins généralistes et l'autre tiers par des médecins spécialistes.

Le ratio médecin-habitants dans notre pays est largement en dessous des normes de l'O.M.S. Il est de un médecin pour 30 000 habitants (estimation de décembre 1997), alors que l'O.M.S. préconise un médecin pour 10 000 habitants.

On dénombre au total 4 médecins du travail dans notre pays .

En Europe où la situation de la couverture médicale est nettement meilleure ,tous les cas sont diagnostiqués par des médecins spécialistes dont 95 % environ par des médecins du travail [1-6-10-11-16].

En 1990, Beresniak recensait 2,6 médecins pour 1000 habitants en France et 3 médecins pour 1000 habitants en Allemagne et Harley [11] trouvait en France un (01) médecin du travail pour 4000 salariés.

11) Avis du médecin conseil de la C.N.S.S

La C.N.S.S a reconnu 67,40 % des maladies professionnelles déclarées et en a rejeté 32,60 % .Les rejets concernaient toutes les maladies n'ayant pas un caractère professionnel mais également 7 cas de maladies ayant un caractère professionnel.

Aucune raison ne justifiait le rejet des maladies ayant un caractère professionnel. Dans notre étude le taux de reconnaissance est nettement supérieur à ceux de France et d'Allemagne:

En 1987, Greef [10] notait un taux de 34,34 % en Allemagne;

En 1988, Prasil [24] trouvait un taux de reconnaissance de 46,3 % en France ;

Et en 1990, Deschamps et Robinet [6-25] trouvait un taux de 41,5 % en France.

Nous estimons que plusieurs raisons pourraient expliquer cette différence:

- la non qualification de la majorité des travailleurs par rapport à leur poste de travail,
- l'absence de visite d'embauche chez la majorité des salariés avant leur mise au travail,

12) Changement de poste.

Nous avons noté que 20 % des salariés victimes de maladies professionnelles ont bénéficié d'un changement de poste de travail.

En Allemagne ,Greef [10] notait plus de 60 % de changements de poste et Prasil en France [24] trouvait 70 %.

Aucun des salariés atteints de maladie professionnelle n'a subi un déclassement professionnel ni un licenciement durant notre étude, contrairement en France et en Allemagne [10-8-6-16-23] où la maladie professionnelle entraînait à 70 % un déclassement professionnel et une baisse du revenu.

13) La réparation.

En moyenne la prise en charge des soins a coûté 1 508 000 francs Cfa pour les 29 cas de maladies professionnelles reconnues par la C.N.S.S. soit un coût moyen de 52 000 francs par malade. Ces chiffres sont provisoires et devront être revus à la hausse puisque la majorité des malades (16) continue de bénéficier de la prise en charge de leurs soins. Trois personnes ont bénéficié de l'achat d'une prothèse d'un coût moyen de 90 000 francs Cfa par prothèse.

Les indemnités journalières versées aux victimes de maladies professionnelles durant les périodes d'incapacité totale temporaire ont été estimées à 1 650 000 francs Cfa.

Les rentes trimestrielles versées aux trois salariés dont les maladies sont guéries ou consolidées avec une incapacité partielle permanente étaient de 270 000 francs.

Il a été impossible de ressortir un état exact des dépenses effectuées par la caisse pour la réparation des maladies professionnelles de 1987 à 1996. Ceci parce que les dépenses faites pour les accidents de travail et maladies professionnelles ne sont pas différenciées et proviennent d'un même budget. En plus , 16 malades de notre effectif continuent de bénéficier de leur prise en charge.

Il ressort globalement que la C.N.S.S. dépense environ 350 millions de francs par an pour la réparation des maladies professionnelles et les accidents de travail.

CONCLUSION

VII) CONCLUSION.

Les maladies professionnelles sont moins fréquentes que les autres pathologie, mais elles mérites une attention particulière du faite de leurs caractères professionnels et du nombre importants de travailleurs victimes chaque année.

Malgré une sous estimation de ces maladies elles sont causes de deux cent mille (200 000) décès par an dans le monde (dont 25 000 en Afrique) et de 120 000 000 de lésions non mortelles (dont 8 000 000 en Afrique).

Au Burkina Faso la fréquences des maladies professionnelles est en nette augmentation avec un taux d'accroissement annuel moyen de 40 %. Cette situation est logique puisqu'on note une augmentation parallèle des unités de productions et du nombre des salariés. La manipulation des substances chimiques est la plus grande pourvoyeuse des pathologies professionnelles avec une fréquence de 44,20 %.

Les jeunes, du fait de leur nombre élevé parmi les employés, sont les plus atteints (76,50 %).

Dans leur majorité les salariés ne sont protégés efficacement contre les facteurs de risque professionnels.

L'insuffisance du plateau technique des structures sanitaires nationales et surtout de l'OST constitue un handicap à un diagnostic précoce des maladies professionnelles. L'insuffisance de la couverture de tous les salariés en activités et des retraités contribue largement à la sous notification des maladies professionnelles.

Les travailleurs des secteurs informel et agropastoral, fraction importante des travailleurs de notre pays, devront être couverts soit par la C.N.S.S soit par d'autres systèmes de sécurité sociale (mutuel de santé par exemple).

SUGGESTIONS

VIII) SUGGESTIONS.

A la lumière de nos résultats, nous formulons les suggestions suivante :

- Améliorer la couverture sanitaire nationale en matière de santé et sécurité au travail.
- Réaliser la surveillance médicale des travailleurs en fonction des facteurs de risque présents sur les lieux de travail.
- Améliorer la surveillance des lieux de travail.
- Inclure progressivement les travailleurs des secteurs agropastoral et informel dans notre système de sécurité sociale et dans le champs d'intervention de l'O.S.T.
- Renforcer la coordination entre la C.N.S.S., l'O.S.T. et l'Inspection du travail.

BIBLIOGRAPHIE

IX) BIBLIOGRAPHIE.

- [1] **Beck A, Letourneux M, Perret J.** Étude des silicoses chez les carriers de basse Normandie. Revue de médecine du travail. 1989; 66: 39-42.
- [2] **Bernard J, Levy J, Valet B, Rain JD, Sultan Y.** Hémolyses toxiques. in:Hématologie. 6°. Paris: Masson, 1983: 103-104.
- [3] **Chretien J.** Maladies respiratoires et santé publique. In: Abrégé de pneumologie. 2°. Paris: Masson, 1983:425-51.
- [4] **C.N.S.S.** Guide de l'assuré social . C.N.S.S.1997.Ougadougou.55p.
- [5] **Derrien JM.** L'inspection du travail et les risques chimiques. Genève:B.I.T. 1991:249p.
- [6] **Deschamps F, Kalis B, Germain ML,Choisy H.** Allergie professionnelle au latex et réparation médico-légale. Revue de médecine du travail.1993: 58: 5-11.
- [7] **Dumont .JP .** Les systèmes étrangers de sécurité sociale. 2°.Paris: Masson, 1988:284p
- [8] **Faure C.** Devenir socioprofessionnel des salariés porteurs de coronaropathie dans le B.T.P. Revue de médecine du travail. 1995; 304: 260-62.
- [9] **Fayomi B, Zohoun TH, Ibrahim A.** De la disponibilité à l'utilisation du matériel de protection par les ouvriers: le cas d'une usine textile de Cotonou. Revue de médecine du travail. 1994; 286: 247-249.
- [10] **Greff F.** Les maladies professionnelles en R.F.A. Revue de médecine du travail. 1990; 184: 136-42.
- [11] **Harley A.** Accidents du travail et maladies professionnelles. Paris: Masson,1993:1-83.
- [12] **Huriez C, Desmons F.** Dermatoses professionnelles. In: Dermatologie vénérologie. 2°. Paris: Masson, 1978:149-70.

- [13] **I.N.R.S.** Les statistiques technologiques: progression des maladies professionnelles et stabilisation des accidents de travail. Paris: I.N.R.S,1996:166p
- [14] **I.N.S.D** Recensement industriel et commercial.1997. Ouagadougou
- [15] **Lebeau B.** Pathologie professionnelle. In: pneumologie. 4°. Paris:ELLIPSES, 1989: 237-47.
- [16] **Lehucher MP, Signonret M, Ageoges M, Botta A.** Déclaration de maladies professionnelles dues au plomb recensées en provence- Alpes Cote d'azur de 1979 à 1989. Revue de médecine du travail. 1991; 184: 123-26.
- [17] **Maotti JP** . Économie de la sécurité . Paris:I.N.S.R.M,1988:249p.
- [18] **Messulam MC.** Devenir des salariés du B.T P porteurs de cardiopathies. Quel reclassement? Revue de médecine du travail.1995; 304: 275-77.
- [19] **O.M.S.** Le dépistage précoce des maladies professionnelles. Genève: O.M.S, 1989: 287p.
- [20] **Ouédraogo. C.** La caisse Nationale de sécurité sociale du Burkina Faso. Étude analytique des ressources, du cadre organisationnel et du processus gestionnaire de ses services préventifs. Thèse, médecine, Ouagadougou: ESSSA: n°5.-213p;.
- [21] **Ouedraogo Z T.** Le rôle de l'office de santé des travailleurs en matière de sécurité et santé au travail.1997. Ouagadougou. 11p.
- [22] **Ouattara M.** Étude des risques professionnels dans une unité agro-alimentaire: La société sucrière de Haute Volta: SO.SU.HV.- Thèse
- [23] **Pele A, Orhant J.** Le risque silicotique en Ile etVilaine en 1987. Revue de médecine du travail.1989;66:35-36.
- [24] **Prasil MP, Sandret N, Zakia T.** Analyse des avis donnés par le service médical de la région île de France concernant les cas de surdit e professionnelles déclarés au cours de 1988 à l'inspection du travail. Revue de médecine du travail. 1993; 58: 32-40.
- [25] **Robinet PH, Allium H, Vandamme M.** Étude statistique de 1000 Dossiers de surdit e professionnelle. Revue de médecine du travail. 1991; 184: 142-47.

- [26] **Sayegh I J.** Le droit sénégalais de la sécurité sociale. Dakar: Les nouvelles éditions africaines, 1992:
- [27] **Thebaud A, Niang M.** Silicose : reconnaissance et réparation .Revue de médecine du travail. 1989; 66: 43-48.
- [28] **Van. Djik.** Le secteur informel de Ouagadougou. 1986. 203p.

ANNEXES

ANNEXE 1.

GRILLE D'ENQUETE SUR LES DOSSIERS DE MALADIES PROFESSIONNELLES.

I) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.

- 1) Age __ ans.
- 2) Sexe Masculin __ Féminin __.
- 3) Qualification professionnelle:
 - Ouvrier non qualifié __
 - Ouvrier qualifié __
 - Cadre __
 - Agent de bureau __
- 4) Lieu de travail:
 - Usine __
 - Entreprise __
 - Bureau __

II) CARACTERISTIQUES DU POSTE DE TRAVAIL.

1) Secteur d'activité.

- Manutention __
- Manipulation de substances chimiques __
- Travail sur écran lumineux __
- Conduite de véhicule __
- Travail de bureau __
- Atelier de menuiserie __
- Service de nettoyage __
- Atelier de tôlerie __

2) *Durée au poste.* __ ans

3) Facteurs de nuisances décrits au poste de travail:

- facteurs chimiques __
- facteurs physiques __
- facteurs infectieux __
- facteurs traumatiques __

- Aucun facteur _

4) Équipement de protection individuelle utilisée au poste de travail:

- OUI _ -NON _

•

III) CARACTERISTIQUES DE LA MALADIE.

1) **Circonstances de découverte.**

- consultation de malades _ -visite périodique de l'O.S.T. _

2) **Année de découverte** _____

3) **Signes cliniques**

4) **Examen complémentaires.**

- Faits _ -Non faits _
- Si faits, les quels

5) **Diagnostic posé:**.....

6) **Évolution:**

- sous traitement _
- consolidé _
- guéri _
- Décédé _
-

IV) PROCESSUS DE DECLARATION DE LA MALADIE.

1) **Structure sanitaire où le diagnostic a été posé:**

- O.S.T. _ -Hôpitaux _

2) **qualification du médecin traitant:**

- médecin généraliste _ -médecin spécialiste _
- préciser la spécialité.....

3) **Avis du médecin conseil de la C.N.S.S.:**

- maladie professionnelle _
- maladie à caractère professionnel _
- maladie non professionnelle _

4) Décision de la C.N.S.S.:

- acceptée -rejetée

V) REPARATION.

1) arrêt temporaire de travail: -OUI -NON

Si OUI préciser la durée jours

2) Changement de poste de travail: -OUI -NON

3) Aménagement du poste de travail: -OUI -NON

4) Prise en charge des soins: -totale -partielle -nulle

5) Achat d'appareil de prothèse: -OUI -NON

Si oui préciser la nature.....et la valeur.....

6) Taux d'incapacité partielle permanente: -déterminé -non déterminé

Si déterminé, préciser le taux %

7) Réparation en espèces: -OUI -NON Si

oui préciser la valeur.....et la

¹ périodicité.....

ANNEXE 2

BURKINA FASO

LA PATRIE OU LA MORT,
NOUS VAINCRONS !

DECRET N°96- 355/PRES/PM/MS/METSS
PORTANT LISTE DES MALADIES
PROFESSIONNELLES

LE PRESIDENT DU FASO
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES

*visa 08 N°-5253
07-10-96*

- VU la Constitution du 02 Juin 1991 ;
- VU le Décret n° 96-039/PRES du 06 Février 1996 ;
portant nomination du Premier Ministre ;
- Vu le Décret n° 96-335/PRES/PM du 03 Septembre 1996,
portant remaniement du Gouvernement du Burkina Faso
- VU La Loi N°3-59/ACL du 30/01/1959, instituant un
régime de réparation et de prévention des
accidents du travail et des maladies
professionnelles dans la République de Haute-
Volta;
- VU La Loi 13-72/AN du 26/12/1972, portant Code de la
Sécurité Sociale en faveur des travailleurs
salariés ;
- VU la Loi N° 23/94/ADP du 19 Mai 1994, portant Code
de la Santé Publique ;
- VU le Décret N°96-017/PRES/PM/METSS/MS du 30 Janvier
1996, portant composition et fonctionnement du Comité
National Consultatif d'Hygiène et de Sécurité ;
- VU l'Arrêté N°96-006/ETSS/SG/DSS du 12 Avril 1996,
portant nomination des membres du Comité Technique
National Consultatif d'Hygiène et de Sécurité ;
- VU L'avis exprimé par le Comité Technique National
Consultatif d'Hygiène et de Sécurité ;
- SUR proposition conjointe du Ministre de l'Emploi, du
Travail et de la Sécurité Sociale, du Ministre de
la Santé ;
- Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du...

D E C R E T E

ARTICLE 1er. - Les différentes manifestations morbides
d'intoxications aiguës ou chroniques, les infections
microbiennes, les affections présumées résulter d'une ambiance
ou d'attitudes particulières présentées par les travailleurs
exposés d'une façon habituelle à l'action des agents nocifs et
considérées comme maladies professionnelles, sont les suivantes:

1°) - Affections dues au plomb et à ses composés
(saturnisme) ;

.../...

2°) - Affections professionnelles provoquées par le benzène, le toluène, les xylènes et tous les produits en renfermant (benzolisme) ;

3°) - Affections provoquées par les rayonnements ionisants ;

4°) - Affections causées par des ciments (aluminosilicates de calcium) ;

5°) - Affections provoquées par les dérivés hallogénés des hydrocarbures aromatiques (chloronaphtalènes, polychlorophényles, polybromobiphényles, chlobenzène, bromobenzène, hexachlorobenzène).

6°) - Affections provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux, le chromate de zinc et le sulfate de chrome ;

7°) - Intoxication professionnelle par le tétrachlorure de carbone ;

8°) - Affections professionnelles provoquées par les dérivés hallogénés suivants des hydrocarbures aliphatiques = dichlorométhane (chlorure de méthylène), trichlorométhane (chloroforme), tribromométhane (bromoforme), dichloro - 1-2-éthane, dibromo - 1-2-éthane, trichloro - 1-1-éthane (méthylchloroforme), dichloro - 1-1-éthylène (dichloroéthylène asymétrique), dichloro - 1-2-éthylène (dichloroéthylène symétrique), trichloroéthylène, tétrachloroéthylène (perchloroéthylène), dichloro - 1-2 propane, chloropropylène (chlorure d'allyle), chloro-2- butadiène -1-3 (chloroprène) ;

9°) - Intoxications professionnelles par les dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques ;

10°) - Affections provoquées par les dérivés nitrés du phénol (dinitrophénols, dinitroorthocrésols, dinoseb), par les pentachlorophénols, les pentachlorophénates et les dérivés hallogénés de l'hydroxybenzonnitrile (bromoxynil, ioxynil) ;

11°) - Affections provoquées par les amines aromatiques et leurs dérivés hydroxylés, halogénés, nitrosés, nitrés, suffonés et par le 4- nitrodiphényle ;

12°) - Affections provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille (comprenant les fractions de distillation dites phénoliques, naphténiques, acénaphténiques, anthracéniques et chryséniques), les brais de houille et les suies de combustion des charbons ;

13°) - Fièvre charbonneuse ;

14°) - Spirohétoses (à l'exception des tréponématoses) ;

...../.....

15*)- Affections professionnelles provoquées par l'arsenic, ses composés minéraux et l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsénicales ;

16*)- Intoxication professionnelle par l'hydrogène arsénié ;

17*) - Sulfocarbonisme professionnel ;

18*) - Nystagmus professionnel ;

19*) - Brucelloses professionnelles ;

20*)- Affections pneumoconiotiques et non pneumoconiotiques consécutives à l'inhalation des poussières minérales renfermant de la silice libre ;

21*)- Intoxication professionnelle par le bromure de méthyle ;

22*)- Intoxication professionnelle par le chlorure de méthyle ;

23*)- Ankylostomose professionnelle (anémie provoquée par l'ankylostome duodénal) ;

24*)- Maladies professionnelles engendrées par les aminoglycosides, notamment, la streptomycine, la néomycine et leurs sels ;

25*)- Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines - outils, cutils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes ;

26*)- Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse et par les dérivés suivants du pétrole : extraits aromatiques, huiles minérales..... (voir tableau) ;

27*)- Maladies professionnelles engendrées par la chlorpromazine ;

28*)- Affections dues aux bacilles tuberculeux ;

29*)- Affections respiratoires consécutives à l'inhalation de poussières textiles végétales (coton, kapok, lin chanvre, sisal) ;

30*)- Tétanos professionnel ;

31*)- Maladies professionnelles provoquées par le mercure et ses composés (hydrargyrisme) ;

32*)- Affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore ;

...../.....

33')- Affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante (asbestose) ;

34')- Affections professionnelles causées par les oxydes, les sels de nickel et les opérations de grillage des mattes de nickel ;

35')- Maladies engendrées par les pénicillines et leurs sels et les céphalosporines ;

36')- Surdité provoquée par les bruits lésionnels ;

37')- Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères ;

38')- Hépatites virales professionnelles ;

39')- Mycoses cutanées (dermatophyties) ;

40')- Affections professionnelles provoquées par les bois ;

41')- Affections provoquées par les amines aliphatiques et alicycliques ;

42')- Affections provoquées par la phénylhydrazine ;

43')- Affections provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants ;

44')- Affections consécutives aux opérations de polymérisation du chlorure de vinyle ;

45')- Rage professionnelle ;

46')- Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ;

47')- Affections professionnelles provoquées par le travail à haute température ;

48')- Intoxications professionnelles par l'hexane ;

49')- Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques ;

50')- Affections professionnelles provoquées par les enzymes ;

51')- Affections provoquées par les phosphates, les pyrophosphates et phosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organophosphorés ainsi que les phosphoramides et carbamates hétérocycliques anticholinestérasiques ;

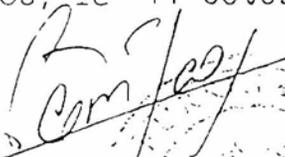
52')- Lésions eczématiformes de mécanisme allergique ;
...../...

53')- Affections respiratoires professionnelles de mécanisme allergique.

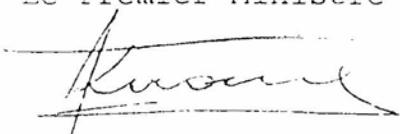
ARTICLE 2.- Les maladies engendrées par ces intoxications, les délais de prise en charge par l'organisme assureur, les délais d'exposition et la liste indicative ou limitative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies ou infections sont détaillés aux tableaux annexés au présent décret.

ARTICLE 3.- Le Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité Sociale, et le Ministre de la Santé sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret qui sera enregistré, publié au Journal Officiel du Faso.

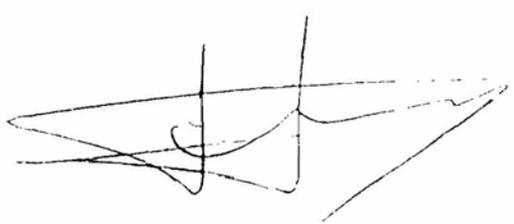
OUAGADOUGOU, le 11 octobre 1996


Blaise COMPAORE.-

Le Premier Ministre


Kadré Désiré OUEDRAOGO.-

Le Ministre de l'Emploi,
du Travail et de la Sécurité
Sociale


Elie S A R R E.-

Le Ministre de la Santé


Christophe DABIRE.-

ANNEXE 3

Liste des maladies professionnelles reconnues par la loi n° 3-59 ACL du 30-01-59.

A) les substances chimiques entraînant soit des intoxications soit des lésions externes :

- 1) Amines aromatiques.
- 2) Arsénic.
- 3) Benzol.
- 4) Brai de houille.
- 5) Bromure de méthyl.
- 6) Chloronaphtalène.
- 7) Chlorpromazine.
- 8) Chlorure de méthyl.
- 9) Chrome.
- 10) Ciments (amino-silicate de calcium).
- 11) Dérivés chlorés de l'éthylène.
- 12) Dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques.
- 13) Dinitrophénol (ses homologues et ses sels).
- 14) Hydrogène arsénité.
- 15) Lubrifiants.
- 16) Plomb.
- 17) Streptomycine.
- 18) Sulfure de carbone.
- 19) Trétrachlorure de carbone.

B) Maladies infectieuses ou parasitaires.

- 20) Ankylostomiase.
- 21) Brucellose.
- 22) Charbon.
- 23) Spirochétoses ictérohémorragiques.
- 24) Tuberculose bovine.

c) Les agents physiques.

- 25) Kapok et coton (byssinose).
- 26) Rayons X et toute source d'émission corpusculaire.
- 27) Métaux pneumatiques.
- 28) Silicose.

D) Les maladies de pathogénie complexe.

- 29) Myasthénus.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des MAÎTRES de cette ÉCOLE et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la PROBITÉ dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».