



ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFES- SIONNELLES

PROCÉDURES D'INSTRUCTION

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES

PROFES- SIONNELLES

« De la connaissance naît le combat, du combat naît la dignité, de la dignité naît l'Homme. A cela je donne le nom de Liberté ». **Philippe Bartherotte**

“

L'assurance contre les accidents du travail constitue la branche la plus ancienne du régime actuel de sécurité sociale. Elle remonte, en effet, à la **loi du 9 avril 1898**, limitée toutefois aux seuls salariés de l'industrie et qui fondait la réparation sur la responsabilité patronale (l'employeur pouvant conserver directement la charge des réparations, ou, et ce fut le cas le plus général, se garantir par une assurance).

La **loi du 25 octobre 1919** a étendu le champ des risques aux maladies professionnelles.

Après plusieurs extensions successives, la **loi du 1^{er} juillet 1938** garantit l'ensemble des salariés.

Amorcée par l'**ordonnance du 4 octobre 1945**, une transformation importante de la législation sur les accidents du travail fut réalisée par la **loi du 30 octobre 1946**.

Tout en reprenant nombre des dispositions antérieures (formalités de déclaration, réparation forfaitaire plus complète qu'en cas de maladie, liste des maladies professionnelles indemnifiables...), la **loi du 30 octobre 1946** concrétise l'idée d'une assurance obligatoire contre un risque social et substitue ainsi à la responsabilité individuelle de l'employeur une responsabilité collective. Le risque « accident du travail - maladies professionnelles » est alors intégré dans l'ensemble des risques sociaux et pris en charge par les organismes de sécurité sociale moyennant une cotisation de l'employeur pour financer ce régime.

Toutefois, la responsabilité de l'employeur peut toujours être reconnue en cas de faute inexcusable ou intentionnelle de sa part ou de la part de ses préposés.

La **loi du 30 octobre 1946** comporte d'autres innovations importantes : elle consacre la catégorie juridique d'« accidents de trajet », elle organise l'action des caisses en matière de prévention et développe les possibilités de rééducation professionnelle et de reclassement des accidentés.

Le régime issu de ce texte est applicable aux accidents survenus et aux maladies professionnelles constatées depuis le 1^{er} janvier 1947, ainsi que le précise l'**article L.412-1 du Code de la Sécurité Sociale**.

Les accidents et maladies survenus avant cette date sont indemnisés selon des modalités spécifiques fixées aux **articles L.413-2 à L.413-9 et R.413-2 à R.413-19 du CSS**.

Les modifications apportées ultérieurement à la **loi de 1946** ont complété ses orientations sans les remettre en cause.

On signalera, néanmoins, la **loi 93-121 du 27 janvier 1993** qui a ouvert la possibilité de reconnaître une maladie professionnelle non inscrite dans un tableau.

En 2020, la pandémie de SARS-CoV2 (communément appelé covid-19) sévit....

« Aux soignants qui tombent malades, je le dis : le coronavirus sera **systématiquement et automatiquement** reconnu comme une maladie professionnelle et c'est la moindre des choses. Il n'y a aucun débat là-dessus », avait déclaré Olivier VERAN le 23 mars 2020, appuyé quelques heures plus tard par le premier ministre.

Concrètement, cela signifie que les indemnités journalières perçues par le soignant malade seront plus favorables qu'en cas de simple arrêt maladie, puisque la CPAM verse des IJ majorées.

En cas de décès - 5 médecins étaient déjà morts du Covid-19, mercredi 25 mars - la reconnaissance de la maladie professionnelle permet aux ayants droit de percevoir une rente qui peut aller jusqu'à 85 % du salaire annuel de la victime, s'il y a plusieurs ayants droit.

Jeudi 26 mars au soir, 13 904 personnes étaient hospitalisées en France pour une infection au Covid-19, dont 3375 cas graves en réanimation et 365 décès ont été enregistrés à l'hôpital en 24 heures (portant le bilan à 1 696 morts depuis le début de l'épidémie). Lors de son point quotidien, le Directeur Général de la santé Jérôme Salomon, indiquait que plus de 576 établissements de santé avaient déclaré des cas dans la journée...

Il aura fallu un peu plus de trois mois au gouvernement pour esquisser les modalités permettant à des travailleurs, qui ont contracté la Covid-19 dans le cadre de leur activité, de le faire reconnaître en maladie professionnelle.

Un projet de décret a été proposé aux interlocuteurs sociaux qui n'a satisfait personne et qui est loin des discours au plus fort de la pandémie quand l'émotion dictait les paroles des politiques.

Pour comprendre ce décalage que d'aucuns assimilent à du « mépris » envers tous les salariés qui ont été atteints par la maladie, le présent Presto a vocation à préciser la manière dont les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les directions régionales du service médical (DRSM) doivent mettre en œuvre la législation actuelle relative aux maladies professionnelles.

Dans ce véritable parcours du combattant, **il décrit dans le détail** les modalités de gestion des maladies professionnelles afin que chacun mesure qu'il y a loin « *de la coupe aux lèvres* » et que cela reste le passage obligé aujourd'hui pour faire respecter ses droits.

Jacqueline BERRUT
Secrétaire Fédérale



SOMMAIRE

I - Définitions et concepts relatifs aux maladies professionnelles

La maladie professionnelle (MP)

II - Les délais de la procédure

La déclaration en MP

III - Instruction par la caisse primaire et le service médical

Etude de la recevabilité administrative des documents

IV - La phase d'investigation

V - La phase contradictoire et la prise de décision

VI - La transmission du dossier au CRRMP et la phase d'enrichissement du dossier

VII - Les recours

I - DÉFINITIONS ET CONCEPTS RELATIFS AUX MALADIES PROFESSIONNELLES

La maladie professionnelle (MP)

Une maladie est dite « *professionnelle* » si elle résulte des conditions dans lesquelles le salarié exerce d'une façon habituelle son activité professionnelle (**CSS Art L.461-1 CSS Art L.461-2**) qui l'expose à un risque physique, chimique, psychique, ou biologique.

Exemples de risques :

- Physique : bruit,
- Chimique : benzène,
- Biologique : virus hépatite,
- Psychique : forte intensité de travail.

LA PRÉSUMPTION D'ORIGINE EN MP

L'origine professionnelle d'une maladie est présumée si cette dernière correspond à tous les critères énumérés dans un des tableaux de MP. L'assuré n'a pas, dans ce cas, à démontrer le lien entre l'activité professionnelle et la pathologie déclarée (alinéa 5 art L.461-1 CSS).

Tous les tableaux de MP ont la même structure :

- Le titre mentionne *a minima* le risque et/ou la pathologie concernés par le tableau.
- La première colonne décrit avec précision les affections concernées par le tableau et pour certaines pathologies, les critères de diagnostic exigés pour caractériser la maladie (les examens médicaux complémentaires prescrits par le tableau).
- La deuxième colonne fixe le délai de prise en charge. Ce délai est parfois complété d'une durée minimum d'exposition au risque.
- La troisième colonne comporte une liste des travaux indicative ou limitative.
 - Lorsqu'elle est **indicative**, il est possible de s'inscrire dans le tableau même si l'activité ne figure pas dans la liste.
 - Lorsqu'elle est **limitative**, il faut constater la réalisation des activités mentionnées pour entrer dans le cadre du tableau.

L'ensemble de ces caractéristiques constitue le cadre de la présomption d'origine.

La liste des tableaux de MP :

<https://www.atousante.com/maladies-professionnelles/tableaux-regime-general/>

LA DATE DE PREMIÈRE CONSTATATION MÉDICALE (DPCM)

C'est la date à laquelle les premières **manifestations** de la maladie ont été **constatées par un médecin** avant même que le diagnostic ne soit établi (certificat médical attestant d'une première consultation lors de l'apparition des premiers symptômes, date d'un examen complémentaire...).

Elle est fixée par tous les médecin-conseil (il y en a 39) et ingénieur-conseil (il y en a 3) selon les dispositions de l'**article D.461-I-1 CSS** : le médecin-conseil doit être à même de justifier cette date, notamment si elle diffère de celle mentionnée par le médecin rédacteur du certificat médical initial (CMI), en s'appuyant sur des éléments médicaux objectifs.

LE DÉLAI DE PRISE EN CHARGE

Il correspond au délai maximal entre la cessation d'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie (DPCM). Il est indiqué systématiquement dans **la deuxième colonne du tableau**.

LA DURÉE D'EXPOSITION

Le salarié doit, le cas échéant, avoir été exposé au risque pendant la durée minimum mentionnée au tableau. Elle est alors indiquée dans **la deuxième colonne du tableau**.

LA LISTE DES TRAVAUX

Le caractère limitatif ou indicatif de cette liste est précisé dans l'intitulé de la troisième colonne du tableau.

○ La liste limitative des travaux

Le salarié doit exercer ou avoir exercé au moins un des travaux cités dans la liste énumérée. Les travaux peuvent être soit une activité en tant que telle soit des gestes et postures. Cette liste est exhaustive.

○ La liste indicative des travaux

Tout travail exercé peut être exposant et cette liste ne présente que les travaux les plus fréquemment rencontrés.

LE CRRMP

Le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) est une instance composée exclusivement d'experts médicaux : un médecin inspecteur régional du travail (ou son représentant), un praticien hospitalier particulièrement qualifié en pathologie professionnelle et un médecin-conseil régional (ou son représentant).

Lorsque **la maladie figure dans un tableau**, mais qu'au moins un des critères administratifs (délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux) du tableau n'est pas satisfait, la caisse saisit le comité qui doit se prononcer sur **le lien direct** entre l'exposition professionnelle et la pathologie déclarée (**alinéa 6 art L.461-I CSS**). Dans ce cas, le comité peut se réunir avec seulement 2 de ses membres. Toutefois en cas de désaccord, le dossier est à nouveau soumis pour avis à l'ensemble des membres du comité.

A noter : le non-respect d'une liste indicative n'est pas un motif d'envoi au CRRMP si l'exposition au risque est rapportée par ailleurs.

Pour **les maladies hors tableaux**, sous réserve que la pathologie atteigne un seuil d'incapacité permanente (IP) de 25 %, la caisse saisit le CRRMP qui doit se prononcer sur **le lien direct et essentiel** entre l'exposition professionnelle et la pathologie déclarée (**alinéa 7 art L.461-I CSS**). Pour ces cas, le comité doit être composé de ses trois membres.

LA COVID-19 EST RECONNUE COMME MALADIE PROFESSIONNELLE

Un nouveau tableau de maladies professionnelles spécifique au covid-19

Début juillet 2020, le Gouvernement transmettait aux partenaires sociaux un projet de décret préparant les nouveaux tableaux de maladie professionnelle (MP) liée aux infections au SARS-CoV2.

En effet, en mars 2020, le ministre de la Santé, Olivier Véran, avait annoncé que les **personnes contaminées par le coronavirus SARS-CoV-2** dans le cadre de leur activité professionnelle, verraient leur maladie reconnue **automatiquement** comme une **maladie professionnelle (MP)**.

Le décret instituant le nouveau tableau de maladie professionnelle est paru au Journal officiel le mardi 15 septembre. Le texte liste les pathologies causées par une infection au SARS-CoV2. [Décret n° 2020-1131 du 14/09/2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2 (JO du 15/09/2020)]

Pour les cas hors tableau, une procédure d'instruction confiée à comité unique dédié au covid-19

Pour les personnels ne remplissant pas les conditions des tableaux, la reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies dues à une contamination au Covid-19 doit passer par la procédure complémentaire.

Ainsi que l'avaient indiqué les ministres, le décret confie cette procédure à un **comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles unique**, dédié aux maladies liées au Covid-19, afin d'harmoniser le traitement des demandes.

La composition du comité unique est allégée pour permettre une instruction plus rapide des dossiers, tout en maintenant les garanties d'impartialité du comité. Il est composé :

- d'un médecin-conseil relevant de la caisse nationale de l'assurance maladie ou d'un service de contrôle médical de la mutualité sociale agricole, ou d'un médecin-conseil retraité ;
- d'un professeur des universités-praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, en activité ou retraité, ou d'un médecin du travail, en activité ou retraité.

On notera enfin que les ministres avaient également annoncé que dans le cadre de cette procédure de reconnaissance simplifiée, aucun **taux d'incapacité permanente (IP)** ne serait exigé, alors qu'en principe il faut un taux d'IP d'au moins 25 % pour faire reconnaître une maladie professionnelle. Un autre décret sera nécessaire pour acter cette mesure.

Tableau n°100 « Affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-CoV2 »

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Affections respiratoires aiguës causées par une infection au SARS-CoV2, confirmée par examen biologique ou scanner ou, en leur absence, par une histoire clinique documentée (compte-rendu d'hospitalisation, documents médicaux) et ayant nécessité une oxygénothérapie, attestée par des comptes-rendus médicaux, ou ayant entraîné le décès	14 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Tous travaux accomplis en présentiel par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien, administratif ou de services sociaux, en milieu d'hospitalisation à domicile ou au sein des établissements et services suivants : établissements hospitaliers, centres ambulatoires dédiés Covid-19, centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables, services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile, centres de lutte antituberculeuse, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisé, appartements de coordination thérapeutique, lits d'accueil médicalisé, lits halte soins santé, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie avec hébergement, services de santé au travail, centres médicaux du service de santé des armées, unités sanitaires en milieu pénitentiaire, services médico-psychologiques régionaux, pharmacies d'officine, pharmacies mutualistes ou des sociétés de secours minières. • Activités de soins et de prévention auprès des élèves et étudiants des établissements d'enseignement. • Activités de transport et d'accompagnement des malades, dans des véhicules affectés à cet usage.

Tableau n° 60 « Affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-CoV2 » (régime agricole)

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Affections respiratoires aiguës causées par une infection au SARS-CoV2, confirmée par examen biologique ou scanner ou, en leur absence, par une histoire clinique documentée (compte-rendu d'hospitalisation, documents médicaux) et ayant nécessité une oxygénothérapie, attestée par des comptes-rendus médicaux, ou ayant entraîné le décès	14 jours	<p>Tous travaux accomplis en présentiel par le personnel administratif, de soins et assimilé ou d'entretien, au sein des établissements et services suivants dépendant d'organismes ou d'institutions relevant du régime de protection sociale agricole :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les services de santé au travail ; - les structures d'hébergement et de services pour personnes âgées dépendantes ; - les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables.

COMMENTAIRE :

Ce décret, qui fournit les modalités de cette reconnaissance, ne concerne que les soignants **atteints d'une forme sévère de la maladie**. Le texte crée bien un nouveau tableau de maladie professionnelle

(n°100) pour les affections respiratoires aiguës liées à une infection au Sars-Cov-2, mais uniquement celles « **confirmées par examen biologique ou scanner ou, en l'absence, par une histoire clinique documentée (compte rendu d'hospitalisation, documents médicaux) et ayant nécessité une oxygénothérapie, attestée par des comptes rendus médicaux, ou ayant entraîné le décès** ». Cela concernera tous les personnels ayant effectué des travaux dans le secteur de la santé (en établissements hospitaliers ou médico-sociaux) et pas uniquement le personnel soignant comme cela était prévu à l'origine (personnels de soins et assimilé, de laboratoire, de service d'entretien, administratif ou de services sociaux), mais cette reconnaissance ne s'appliquera qu'aux salariés ayant continué de travailler « **en présentiel** ».

Pour tous les autres travailleurs mobilisés qui ne rempliraient pas ou qu'en partie les conditions du tableau, la mise en place d'un comité unique de reconnaissance des maladies professionnelles est censée faciliter les démarches.

Il apparaît cependant que la charge de la preuve du lien direct - voire d'un lien direct et essentiel dans certains cas - entre la pathologie et le travail pèsera toujours sur les salariés. De plus, alors que le gouvernement s'est engagé à supprimer l'obligation de démontrer un taux d'incapacité supérieur à 25% pour accéder à ce dispositif d'indemnisation, le décret n'en fait pas directement mention.

Si Force Ouvrière avait reconnu de la part du gouvernement une volonté d'avancer sur ce dossier, cela ne s'est pas concrétisé dans les faits, les nombreuses critiques apportées au projet de décret n'ont pas été prises en compte. La prise en charge en maladie professionnelle de la COVID-19 va se limiter à un très petit nombre de travailleurs aux vues des conditions restrictives imposées. C'est pourquoi FO revendique la modification immédiate de ce tableau et l'élargissement de la prise en charge pour consacrer une réparation juste à tous les travailleurs. Pour FO, le gouvernement doit revoir sa copie et apporter enfin une véritable reconnaissance aux salariés mobilisés durant la crise sanitaire.

En ce qui concerne le financement de ces mesures, une mutualisation des dépenses sur tous les employeurs ne doit pas conduire à affaiblir la portée de la prévention qui doit être mise en œuvre sous la responsabilité de l'employeur au sein de l'entreprise.

II -LES DÉLAIS DE LA PROCÉDURE

La déclaration en MP

L'assuré a **2 ans** à compter de la date d'établissement du certificat médical par lequel il est informé du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle ou de la cessation du travail due à la maladie pour effectuer cette déclaration. Ce délai est également applicable aux certificats médicaux établis après le décès de la victime.

A noter : en cas de révision ou adjonction d'un nouveau tableau, l'assuré ayant dépassé le délai de 2 ans dispose de 3 mois à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau (parution au JO + 24 h) pour présenter sa demande.

COVID-19 : MISE EN PLACE D'UN SERVICE EN LIGNE DE DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

L'assurance maladie a mis en ligne un service de déclaration en ligne de maladie professionnelle liée au Covid-19. Ce nouveau dispositif concerne l'ensemble des assurés au régime général, ainsi que les professionnels de santé libéraux.

Les personnes infectées par la Covid-19 dans le cadre de leur travail peuvent bénéficier sous certaines conditions de la reconnaissance de l'affection liée au Covid-19 en maladie professionnelle.

Cette procédure de reconnaissance en maladie professionnelle n'est ouverte que dans des situations particulières.

Covid-19 : les bénéficiaires de la reconnaissance de l'affectation en maladie professionnelle

Pour les personnes ne travaillant pas dans le secteur de la santé

Pour les personnes ne travaillant pas dans le secteur de la santé, la reconnaissance de la maladie professionnelle est possible si elles ont contracté la Covid-19 dans le cadre de leur travail. La maladie doit avoir entraîné une affection grave.

Leur demande est examinée par un comité d'experts médicaux.

Pour les personnes travaillant dans le secteur de la santé

Les personnes travaillant dans le secteur de la santé peuvent bénéficier de la reconnaissance de l'affection Covid-19 selon les conditions qui sont établies au tableau de la maladie professionnelle relatif au Covid-19.

Pour une reconnaissance en maladie professionnelle, il faut remplir 2 critères cumulatifs :

- la personne doit avoir été contaminée dans le cadre de son travail ;

- la Covid-19 a entraîné une affection grave qui a nécessité le recours à l'oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance respiratoire.

Si ces 2 critères ne sont pas réunis (sauf en cas de décès), le caractère professionnel de la maladie n'est pas reconnu. Dans ce cas, la personne est prise en charge au titre de sa couverture habituelle d'assurance maladie.

Notez-le :

La reconnaissance en maladie professionnelle permet une indemnisation des soins à 100 % des tarifs remboursables, ainsi que le versement d'indemnités journalières plus avantageuses. En cas de séquelles occasionnant une incapacité permanente, une rente viagère peut également être versée sous certaines conditions.

Covid-19 : documents à fournir lors de la déclaration de maladie professionnelle

La déclaration se fait directement sur le site « declare-maladie pro » par la personne victime de la maladie (ou ses ayants droit, en cas de décès).

La victime fournit au moment de sa déclaration :

- un « certificat médical initial » établi par son médecin traitant qui pose le diagnostic de Covid-19. Le médecin mentionne, dans ce certificat, les éléments cliniques ou les examens l'ayant conduit à poser ce diagnostic ;
- un compte rendu d'hospitalisation (mentionnant le recours oxygénothérapie et le diagnostic Covid-19). Si l'oxygénothérapie a été effectuée en dehors d'un cadre hospitalier (par exemple, au domicile), le médecin traitant inclut cette information dans le certificat médical ;
- un justificatif d'activité professionnelle :
 - une attestation de l'employeur mentionnant l'emploi, et les périodes d'absence en 2020. Pour les salariés qui ne dépendent

pas du corps soignant, l'employeur doit attester que la personne est en contact avec le public. Cette attestation n'est pas obligatoire pour valider la demande de reconnaissance,

- pour les professionnels de santé libéraux, l'attestation dont le modèle est fourni par l'assurance maladie doit indiquer la réalisation d'actes de soins au cours des 14 jours précédant le diagnostic d'infection.

Si la personne est décédée, les ayants droit fournissent également la copie de son livret de famille. Suite à la déclaration, la demande est étudiée par la caisse d'assurance maladie dont dépend la victime.

POINT DE DÉPART DES DÉLAIS D'INSTRUCTION

Le point de départ du délai d'instruction est la date de réception par la CPAM de la seconde des deux pièces recevables (déclaration de MP (DMP) ou CMI).

Toutefois, pour les dossiers nécessitant le résultat d'un **examen médical complémentaire** prévu par le tableau, le délai ne court qu'à réception de la dernière des trois pièces obligatoirement requises : DMP, CMI et résultat de l'examen prévu par le tableau de MP (adressé au médecin-conseil).

On entend par examen prévu par le tableau :

- Ceux **explicitement** mentionnés dans la première colonne ;
- Les examens **rendus nécessaires** par la formulation du libellé du syndrome (ex. : sciatique par hernie discale de topographie concordante, ce qui suppose un examen d'imagerie objectivant la hernie discale).

Le point de départ des délais d'instruction peut également être la date de la décision définitive de l'expert ou de la juridiction en cas de contestation d'un refus d'ordre médical pour désaccord de diagnostic ou non atteinte du taux d'incapacité permanente de 25 % pour les maladies hors tableaux.

LES DÉLAIS DE L'INSTRUCTION (voir infographie)

La procédure d'examen du dossier au regard des tableaux de maladie professionnelle dure au maximum 4 mois (**120 jours francs précisément**). A l'issue de ce délai, la caisse primaire doit statuer. Elle peut notifier **un rejet** (désaccord diagnostic, condition médicale du tableau non remplie, non atteinte du taux d'IP de 25% pour les maladies hors tableaux) ou **un accord** de prise en charge dans le cadre des tableaux ou encore **transmettre** au CRRMP au motif qu'une condition administrative du tableau n'est pas remplie, que la pathologie ou le risque n'est pas désignée par un tableau de maladie professionnelle ou enfin que la personne n'est pas exposée à un risque prévu par un tableau (sous réserve d'un seuil d'incapacité permanente de 25% pour les deux derniers cas).

En cas de transmission du dossier au CRRMP, la caisse en informe les parties et dispose alors au maximum de 4 mois à compter de cette saisine pour notifier sa décision au demandeur et à l'employeur suite à l'avis du comité.

À défaut de décision dans les deux délais prévus, le caractère professionnel de la maladie est implicitement reconnu.

A noter : si la demande porte plusieurs pathologies ou syndromes, chaque pathologie ou syndrome est traité individuellement et porte ses propres délais d'instruction.

III - INSTRUCTION PAR LA CAISSE PRIMAIRE ET LE SERVICE MÉDICAL

Etude de la recevabilité administrative des documents

La déclaration de maladie professionnelle et le certificat médical initial doivent répondre à un minimum d'exigences en termes de contenu et de précisions. Si celles-ci ne sont pas respectées, le document est ré-adressé à qui de droit et le délai d'instruction ne court pas.

À cette fin, dès réception de l'une de ces pièces, le service administratif de la caisse primaire, vérifie la présence des mentions obligatoires qui sont portées sur la déclaration de maladie professionnelle et le certificat médical initial (y compris latéralité – sens gauche-droit du corps dans la position ou le fonctionnement de certains membres – pour les pathologies impliquant cette précision). À défaut, la pièce irrecevable (ou sa copie) est renvoyée au demandeur (victime ou ayant droit) par la caisse primaire et le dossier classé dans l'attente de sa réception.

RECEVABILITÉ ET CARACTÉRISATION MÉDICALE

Le médecin-conseil procède à l'étude du dossier **sur pièces**, ainsi il :

- ✓ Etudie la **recevabilité médicale** : le médecin-conseil s'assure que le CMI décrit une affection caractérisée, et non des symptômes isolés (ex. : maux de tête, crise de larmes...). Si le certificat ne décrit pas une affection caractérisée, le médecin-conseil, si possible, prend contact avec le médecin-rédacteur (de préférence par téléphone ou par un canal informatique sécurisé) pour l'en aviser. Le CMI est renvoyé au demandeur en parallèle par la caisse primaire afin qu'il fasse établir un nouveau certificat médical par son médecin.

Un CMI imprécis doit-il toujours être déclaré irrecevable ?

Non, le médecin-conseil apprécie la nécessité de faire préciser ou non le CMI par le médecin traitant en fonction de la pathologie considérée et de la possibilité ou non de réclamer des examens complémentaires au regard du libellé du tableau. Par contre, une fois la recevabilité constatée, le médecin-conseil reportera le libellé exact de la pathologie sur la fiche de concertation médico-administrative, versée au dossier et accessible aux parties.

Par exemple :

- en cas de « mésothéliome pleural malin primitif », le CMI sera considéré recevable même si le caractère primitif n'est pas mentionné explicitement, car le mésothéliome malin est par nature primitif.
- À l'inverse, la simple « douleur » à l'épaule n'est pas une pathologie suffisamment caractérisée pour permettre de la rattacher à un libellé du tableau.
- S'agissant d'un diagnostic de tendinopathie, même si le caractère calcifiant n'est pas précisé, le médecin-conseil réclamera les éléments d'imagerie rendus nécessaires par le libellé du tableau et statuera à réception, sans qu'il soit alors nécessaire de renvoyer le CMI.

De plus, le service administratif comme le service médical peuvent utiliser les certificats médicaux de prolongation (CMP) pour retrouver des précisions manquantes sur le CMI (ex : latéralité, précision diagnostic, etc....) ; dans ce dernier cas, le CMP devra être présent dans le dossier de contradictoire.

- ✓ Etudie le **diagnostic** : s'il est bien en présence d'une affection caractérisée, le médecin-conseil vérifie, au regard des éléments dont il dispose dans le dossier de l'assuré, la cohérence du diagnostic médical posé. Si le tableau prévoit des examens complémentaires, le médecin-conseil pourra statuer à leur réception. Si ce diagnostic lui semble erroné, il prend contact avec le médecin rédacteur du CMI pour évoquer le dossier. Puis, si le médecin-conseil maintient sa position malgré cet échange ou que cet échange s'est avéré impossible, il informe le service administratif de sa décision qui notifie un rejet médical pour désaccord diagnostic.
- ✓ **Fixe le tableau** : le médecin-conseil détermine le tableau et le syndrome au vu du diagnostic. Si plusieurs tableaux sont concernés par la même pathologie, le médecin-conseil détermine le tableau concerné au regard de la demande. Si le médecin-conseil estime, au besoin après avoir échangé avec l'ingénieur-conseil, que plusieurs tableaux sont susceptibles d'être concernés, il peut en fixer plusieurs afin qu'ils soient tous étudiés par la CPAM.
 - Si aucun tableau ne correspond, le médecin-conseil oriente le dossier en « hors tableau ». Si l'IP prévisible est supérieur à 25 %, la DPCM est recherchée.
 - Le médecin-conseil peut s'exonérer du tableau mentionné sur le CMI par le prescripteur ou la DMP comme l'a rappelé la Cour de Cassation dans un **arrêt du 19 décembre 2013 (n° de pourvoi 12-28726)**. L'employeur et l'assuré en seront informés via les questionnaires qui leur seront adressés et par la consultation du dossier.
 - En cas de CMI portant plusieurs syndromes ou maladies, le médecin-conseil se positionne sur chaque syndrome.
- ✓ Réclame les **examens complémentaires obligatoires** au tableau (explicitement ou implicitement suivant le cas ; à défaut d'examen prévu au tableau, le médecin-conseil passe directement à la phase suivante de fixation de la DPCM). Les examens permettront à réception de confirmer le diagnostic. S'ils ne le confirment pas, le médecin-conseil informe le service administratif de sa décision qui notifie un rejet pour désaccord diagnostic. Le médecin-conseil en informe le médecin rédacteur. Si l'examen répond aux conditions du tableau, le médecin-conseil poursuit l'étude du dossier.

Que deviennent les examens médicaux transmis au médecin conseil ?

Le médecin-conseil ne conserve pas les examens médicaux des assurés. S'il s'agit de documents originaux, il les renvoie à l'assuré. S'il s'agit de copies, il les détruit. Seul l'audiogramme fait exception, car il s'agit d'un élément constitutif de la maladie et non d'un examen médical (C.CassCiv2. 11/10/2018 n°17-18.901)

En cas de contestation d'un rejet médical comment est gérée la ré-instruction du dossier ?

En cas de désaccord diagnostic, si la décision de rejet est contestée par l'assuré par la voie de l'expertise et que le diagnostic est confirmé à l'issue de cette procédure, l'instruction du dossier est reprise dans les délais réglementaires, le point de départ de l'instruction étant alors assimilé à la date de la décision définitive de l'expert ou de la juridiction. Si les textes ne prévoient pas de délai particulier dans ce cas, appliquer les délais réglementaires est incontournable.

- ✓ **Fixe la DPCM** : le médecin-conseil détermine la date à laquelle la pathologie a été constatée médicalement pour la première fois. Elle correspond le plus souvent à l'une des **dates suivantes** et ne peut en tout état de cause être postérieure à la plus ancienne d'entre elles :
 - La date d'établissement du CMI ;
 - la date de prescription, ou à défaut d'en disposer, de réalisation, de l'examen prévu au tableau, le cas échéant ;

- la date de début de l'arrêt de travail en rapport avec la pathologie concernée pendant lequel a été établi CMI ou pendant lequel a été prescrit ou réalisé l'examen prévu au tableau ;
- la date de début de l'ALD correspondant à la pathologie déclarée ;
- La date indiquée sur le CMI comme étant la DPCM par le médecin rédacteur si le médecin-conseil l'entérine.

A noter : la fixation de la DPCM ne donne jamais lieu à convocation de l'assuré, elle se réalise sur pièces en cohérence avec les règles ci-dessus.

- ✓ **Fixation du seuil de l'IP supérieure ou inférieure à 25%** en cas de pathologie hors tableau : le médecin-conseil, au regard du barème, établit la gravité de la pathologie au jour de l'examen pour déterminer si celle-ci justifiait, à la date de la demande, d'une IP supérieure ou égale à 25 %. Il s'appuie sur les éléments du dossier médical du demandeur et, si besoin, lui adresse un questionnaire médical ou le convoque. Si l'incapacité permanente est inférieure à 25 %, le médecin-conseil en informe le service administratif qui notifie un refus médical.

LES DÉLAIS IMPARTIS AU SERVICE MÉDICAL

Lorsque la maladie relève d'un tableau de maladie professionnelle, le médecin conseil dispose d'un délai de **10 jours** à partir du moment où il est en possession de tous les éléments nécessaires pour l'instruction médicale du dossier (DMP + CMI + examens complémentaires le cas échéant) pour fournir aux services administratifs :

- Une confirmation du ou des tableau(x) sur lesquels instruire la demande ;
- La date de première constatation médicale.

Si l'analyse sur pièce dans le délai de 10 jours s'avérait insuffisante pour entériner le diagnostic, le médecin-conseil dispose de 30 jours supplémentaires pour convoquer l'assuré (soit 40 jours au total) ou lui adresser un questionnaire et de 60 jours supplémentaires en cas de recours à un **avis sapiteur**, à savoir faire appel à un médecin expert de la pathologie (soit 70 jours au total). La caisse engage néanmoins en parallèle les investigations sur la base de la DPCM fixée par le médecin-conseil dans le délai initial de 10 jours et du tableau qu'il a désigné.

Lorsque la demande ne relève pas d'un tableau de maladie professionnelle, le médecin-conseil dispose d'emblée d'un délai maximum de 30 jours pour indiquer au service administratif :

- Le caractère hors tableau de la demande et l'information relative au seuil de 25 % ou au décès ;
- La date de première constatation médicale .

IV -LA PHASE D'INVESTIGATION

Le service administratif doit investiguer, en premier lieu et **au minimum**, auprès de tous les employeurs mentionnés sur la DMP pour la période précédant la DPCM couvrant le délai de prise en charge complété, le cas échéant, de la durée d'exposition prévue au tableau.

S'agissant des pathologies hors tableau relevant de troubles psychosociaux (TPS), les investigations portent en première intention et a minima sur les employeurs mentionnés sur la DMP (ou les documents adressés simultanément à la DMP) et l'employeur à la date de la demande de MP et de la DPCM si ceux-ci ne sont pas déjà mentionnés.

Pour les pathologies hors tableau non TPS, tous les employeurs de l'assuré avant la DPCM encore existants sont concernés ainsi que l'employeur à la date de la demande.

L'ENVOI DES QUESTIONNAIRES ET LEUR EXPLOITATION

✓ En cas de dossier relevant d'un tableau de maladie professionnelle, lorsqu'elle dispose du retour du médecin-conseil sur le tableau à investiguer et la DPCM, la caisse adresse aux parties les questionnaires correspondant au tableau concerné via l'application questionnaire risque professionnel.

Un courrier est adressé au demandeur ainsi qu'aux employeurs visés au paragraphe ci-dessus pour leur préciser que le questionnaire est disponible sur le site <https://questionnairesrisquepro.ameli.fr/login>. Si l'une des parties dispose déjà d'un compte ouvert sur ce service, l'information lui est également transmise par courrier électronique à l'adresse renseignée sur ledit service. Une relance, comprenant une version papier du questionnaire pour les destinataires qui n'auraient pas réussi à se connecter à l'application, est faite à 15 jours après l'envoi du courrier, étant entendu que les parties disposent règlementairement d'un délai d'un mois maximum (30 jours francs à compter de leur réception précisément) pour renvoyer leurs questionnaires. À défaut, de respecter ces délais, la partie qui n'a pas renvoyé son questionnaire s'expose à ce que la décision soit prise sans qu'il soit tenu compte de ses réponses.

Information sur les délais et transmission de la DMP et du CMI

Dans le courrier indiquant la mise à disposition des questionnaires, sont communiquées également :

- **les dates de la phase de contradictoire et de prise de décision**, précisées au demandeur et à l'employeur auquel la décision est susceptible de faire grief (c'est-à-dire a minima le dernier employeur connu à la date de la demande), laissant ainsi le temps à chacun de s'organiser pour consulter le dossier.
- **Une copie de la DMP et du CMI au dernier employeur** auquel la décision est susceptible de faire grief. C'est auprès de cet employeur que s'exercera le contradictoire.

À l'issue du délai maximum laissé aux parties pour répondre ou lorsque tous les questionnaires sont revenus, le gestionnaire MP étudie les questionnaires à sa disposition et en fonction des réponses :

✓ Soit, **l'exposition est établie dans les conditions du tableau** : le gestionnaire ne commande pas d'enquête, car les éléments sont réunis pour la prise de décision. Il prépare donc le dossier pour la **consultation des parties**.

✓ Soit, le questionnaire du demandeur permet d'établir que le **délaï de prise en charge est dépassé et/ou la durée d'exposition est insuffisante et/ou la liste limitative des travaux non respectée** : le gestionnaire commande une **enquête dite « tableau complémentaire »** qui devra étudier les expositions pour le CRRMP car il anticipe une possible transmission à ce comité. Il prépare le dossier pour la consultation des parties. L'enquête « tableau complémentaire » n'est pas incluse dans le dossier de contradictoire, car elle ne contribue pas à la décision de prise en charge au titre des tableaux ou de transmission au CRRMP. Elle doit être transmise dans le cadre de l'enrichissement du dossier du CRRMP.

A noter : si seul le délai de prise en charge est dépassé, l'enquête n'est pas obligatoire.

✓ Soit, les questionnaires permettent de déterminer que **l'assuré n'a jamais été exposé au risque** prévu par le titre du tableau : le dossier bascule en « hors tableau ». Le gestionnaire interroge le service médical (SM) pour la fixation du seuil des 25 % (ces dossiers font l'objet de convocations prioritaires au SM), commande **une enquête dite « hors tableau »** et prépare le dossier pour la consultation des parties. L'enquête « hors tableau » n'est pas obligatoirement incluse dans le dossier de contradictoire et doit être transmise dans le cadre de l'enrichissement du dossier du CRRMP.

✓ Soit, les questionnaires du demandeur et du ou des employeurs **sont divergents**. Le gestionnaire peut, au regard des précisions apportées et des données scientifiques disponibles, accorder la prise en charge de la maladie si celle-ci apparaît évidente et n'est alors pas tenu de commander une enquête et peut préparer le dossier pour la consultation des parties. Si tel n'est pas le cas, il engage **une enquête dite « Tableau »** qui devra être intégrée au dossier de contradictoire.

En cas de dossier transmis par le médecin conseil avec une **pathologie caractérisée, mais non mentionnée dans les tableaux**, dès lors qu'il a connaissance d'un taux d'IP supérieur ou égal à 25%, le gestionnaire commande directement **une enquête dite « hors tableaux »** sauf en **cas de trouble psycho-social (TPS)** et **prépare le dossier pour la consultation des parties**.

S'agissant des dossiers de TPS avec IP supérieure ou égale à 25 % la caisse adresse des questionnaires, mais ceux-ci ont pour unique objet de préparer l'enquête qui est toujours diligentée.

LE RECOURS À L'ENQUÊTE

Au regard, notamment, de ce qui est défini ci-dessus, le recours à l'enquête s'engage dans 4 cas de figure différents non exclusifs les uns des autres :

- Le gestionnaire a besoin en urgence d'un questionnaire complémentaire (changement de DPCM tardif par exemple).
- Les questionnaires sont revenus divergents ou manquants et ne permettent pas d'accorder la prise en charge au regard des conditions du tableau, y compris au regard des données de contexte et des données scientifiques disponibles qui peuvent permettre une prise de décision sans recours à l'enquête.
- Les questionnaires sont convergents, une exposition au risque est retrouvée (respect du titre), mais les conditions du tableau ne sont pas remplies (délai de prise en charge, durée d'exposition au risque ou liste des travaux).
- Le dossier relève d'une procédure hors tableau avec un taux d'IP supérieur ou égal à 25 %.

Chacun de ces cas de figure fait l'objet d'une demande d'enquête spécifique de la part du gestionnaire accompagnée des éléments du dossier (a minima DMP/CMI/questionnaires/relevé de carrière détaillé) et, en retour, d'un rapport d'enquête accompagné de tous ses procès-verbaux et pièces jointes de la part de l'agent agréé et assermenté.

L'étude de poste et le déplacement en entreprise sont-ils obligatoires en cas d'enquête ?

L'enquête en MP n'implique **jamais** une étude de poste **obligatoire**.

En cas de questionnaire manquant, le rôle de l'agent agréé et assermenté est en premier lieu d'obtenir les réponses aux questions du questionnaire par enquête téléphonique (ou dans les locaux de la caisse) ou d'établir un PV attestant le refus de répondre au dit questionnaire (*ce PV sera opposable à la partie qui aura refusé de répondre*).

En cas de questionnaires divergents, l'enquêteur commence par une audition téléphonique de chaque partie indépendamment ou dans les locaux de la caisse afin de tenter d'accorder les réponses. L'enquêteur, à cette occasion, précise et explique les questions posées dans les questionnaires, car les divergences viennent fréquemment d'une mauvaise compréhension de ce qui est demandé.

L'enquêteur apprécie à l'issue la nécessité de se déplacer pour réaliser une étude de poste, mais celle-ci n'est pas réalisée à la demande de l'une des parties.

A noter : si l'une des parties, par son refus de répondre aux questionnaires ou à l'enquêteur ou par des déclarations volontairement fausses oblige l'enquêteur à recourir à une étude de poste, il risque de se voir réclamer le remboursement des frais d'enquête exposés par la CPAM et/ou à une pénalité financière.

LE RECOURS AU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin-conseil peut solliciter l'avis du médecin du travail, dès l'étude au titre des tableaux pour une demande d'information sur :

- Le dossier médical de la victime connu du service de santé au travail en rapport avec la pathologie ;
- Les postes de travail occupés et leur exposition au risque considéré.

Ces éléments sont transmis au médecin conseil.

V - LA PHASE CONTRADICTOIRE ET LA PRISE DE DÉCISION

La phase contradictoire consiste en la mise à disposition du dossier aux parties afin que celles-ci en prennent connaissance et puissent formuler des observations sur les différents éléments qui le composent. A ce stade le dossier est figé et aucun élément nouveau n'y sera plus ajouté (ex : questionnaire, éléments enquête...), seules des observations des parties sur le dossier peuvent être ajoutées. Cette phase débute au plus tard **100 jours francs** après le point de départ du délai d'instruction à la date communiquée aux parties à l'occasion de l'envoi des questionnaires. Elle dure 10 jours francs.

L'information sur la date de début de la phase consultation intervient réglementairement au moins 10 jours francs avant celle-ci. En tout état de cause, conformément aux indications du paragraphe 4 « La phase d'investigation », cette information sera adressée aux parties dès l'envoi des questionnaires, c'est à dire 2 à 3 mois avant la phase de consultation, ce qui permet à chacun de prendre ses dispositions avec un délai bien supérieur au délai réglementaire minimum de 10 jours francs.

De plus, dans la mesure du possible, un rappel de la date à laquelle le dossier sera consultable est réalisé une dizaine de jours avant la phase de consultation du dossier de manière dématérialisée auprès des parties qui auront communiqué des coordonnées de téléphone portable ou e-mail à la caisse en utilisant l'application de « questionnaires risques pro » en ligne.

A l'échéance, la caisse met à disposition du demandeur et du dernier employeur dans l'outil « dossier de consultation » les pièces relatives à la procédure de reconnaissance dans le cadre des tableaux. Il s'agit dans cette phase de contradictoire de permettre aux parties de disposer des éléments prévus à l'**article R.441-14 du code de la sécurité sociale** permettant la prise de décision au regard des tableaux prévus à l'**article R.441-14 CSS**. Ainsi sont obligatoirement portés à la connaissance des parties :

- La DMP ;
- Le CMI (et les certificats médicaux de prolongation pour autant que ceux-ci ont été contributifs à la caractérisation de la maladie) ;

- Le document portant l'avis du médecin conseil sur : les tableaux concernés, les examens consultés et leurs caractéristiques au regard des tableaux (les examens sont référencés par leur date de réalisation et l'identité du professionnel les ayant réalisés et/ou prescrits de manière à pouvoir être retrouvés en cas d'expertise judiciaire), la DPCM (avec également le référencement de l'acte, de la prescription ou de l'examen qui aura contribué à fixer la DPCM le cas échéant) et enfin si nécessaire, la fixation de l'IP prévisible;
- L'audiogramme en cas de maladie professionnelle relevant du tableau 42 ;
- Les questionnaires ;
- L'enquête réalisée dans le cadre de l'étude des tableaux le cas échéant ; Les enquêtes dites « tableau complémentaire » ou « hors tableau » sont communiquées à l'occasion de l'enrichissement du dossier.

A l'issue de la période de contradictoire, le dossier reste accessible aux parties jusqu'à la prise de décision mais elles ne peuvent plus formuler d'observations. Le gestionnaire reprend l'ensemble des éléments à sa disposition et doit décider, **sur la base des éventuelles observations apportées au dossier** durant le contradictoire :

- Si les questionnaires sont revenus convergents et permettent une prise en charge de la MP sans que des observations contraires, fiables et étayées soient formulées au moment du contradictoire, la MP est reconnue.
- Si les questionnaires sont revenus convergents et ne permettent pas la prise en charge de la MP car les conditions administratives sont non remplies (sans que des observations contraires, fiables et étayées soient apportées au moment du contradictoire), le dossier est transmis au CRRMP. L'enquête réalisée le cas échéant peut être transmise ultérieurement lors de la phase d'enrichissement du dossier.
- Si les questionnaires sont revenus divergents ou manquants mais que l'enquête diligentée dans le cadre des tableaux a rapporté les éléments permettant d'avérer l'exposition au regard du tableau considéré dans les conditions qu'il prévoit, sans que des observations contraires, fiables et étayées soient apportées au moment du contradictoire, la MP est reconnue.
- Si les questionnaires sont revenus divergents ou manquants et que l'enquête réalisée dans le cadre des tableaux n'a pas rapporté les éléments permettant d'avérer l'exposition au regard d'un ou plusieurs tableaux, sans que des observations contraires, fiables et étayées soient apportées au moment du contradictoire, le dossier est transmis au CRRMP.
- Si les questionnaires sont revenus divergents ou manquants mais que le gestionnaire n'a pas commandé d'enquête au regard des éléments de contexte et des données scientifiques disponibles et qu'aucune observation complémentaire n'est versée durant la période contradictoire susceptible de modifier sa décision, la maladie est reconnue.
- Si le dossier relevait d'une pathologie non mentionnée dans les tableaux ou que le demandeur n'est pas exposé au risque du tableau au regard des questionnaires, il est transmis au CRRMP, sous couvert de l'atteinte du seuil d'incapacité de 25% ;

- Si des observations sont transmises à l'occasion du contradictoire qui, à l'étude, sont susceptibles de modifier la décision, le gestionnaire :
 - Soit dispose des éléments lui permettant de statuer, auquel cas il prend sa décision en l'état du dossier ;
 - Soit doit procéder à des vérifications et dispose du temps nécessaire pour diligenter une enquête en urgence, il prend sa décision au retour de l'enquête destinée à vérifier les observations formulées lors du contradictoire ;
 - Soit doit procéder à des vérifications mais ne dispose pas du temps nécessaire pour les réaliser. Dans ce cas, il transmet le dossier au CRRMP et commande suivant le cas une enquête « tableau complémentaire » ou « hors tableau » tout en sollicitant la vérification expresse des observations formulées par les parties ayant modifié la décision. Si ces arguments étaient invalidés alors le CRRMP devrait en tirer les conséquences et selon le cas, soit rendre un avis dans le cadre de la présomption, soit établir un lien direct ou indirect et essentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle.

Cas particulier de la fixation de l'IP en cours d'enrichissement du dossier

Si à l'issue des investigations de la caisse, il apparaît un défaut d'exposition au risque et que le dossier est transmis au CRRMP sans que le médecin conseil ait eu le temps de fixer l'IP, celui-ci la réalise pendant la phase d'enrichissement du dossier et en fait mention dans son rapport. Si l'IP ainsi fixée est inférieure à 25%, le CRRMP rendra un avis simple, motivé par le non-respect du seuil d'incapacité et la caisse notifie alors un rejet médical suite à l'avis du CRRMP.

Peut-on cumuler les durées d'exposition de plusieurs tableaux où la même pathologie est présente pour accorder une prise en charge au titre des tableaux ? Non, même si, dans certains cas, le cumul pourrait avoir du sens du point de vue médical, il n'en demeure pas moins que les conditions d'aucun des tableaux concernés ne sont réunies. Il est donc impossible juridiquement d'accorder la prise en charge. En revanche, le dossier doit alors être transmis au CRRMP qui l'étudiera dans sa globalité et pourra établir le lien entre le travail et la maladie sans être contraint par le cadre des tableaux.

VI - LA TRANSMISSION DU DOSSIER AU CRRMP ET LA PHASE D'ENRICHISSEMENT DU DOSSIER

Lorsque la caisse primaire, à l'issue de la période de contradictoire estime que le dossier relève du CRRMP au regard des critères définis au point 5 (et que le seuil d'incapacité de 25% est atteint s'il s'agit d'une pathologie hors tableau). Elle informe les parties de cette décision et constitue le dossier qui est adressé au secrétariat du CRRMP par voie dématérialisée et accessible aux parties dans les conditions définies ci-après.

Ce dossier est mis à disposition des parties pendant un délai de 40 jours francs via le portail « **questionnaire risques professionnels** ». Elles sont informées qu'au cours des 30 premiers jours (jours calendaires) elles peuvent apporter tout élément complémentaire ou observation qu'elles jugent pertinentes de porter à la connaissance des membres du CRRMP.

La caisse primaire récupère l'intégralité du dossier soumis au contradictoire complété de tous les ajouts intervenus durant cette période.

S'il ne l'a pas déjà fait, le médecin-conseil demande au médecin du travail son avis sur le lien entre le travail et la pathologie (cet avis étant obligatoire lorsque le dossier est transmis au CRRMP) au regard :

- du dossier médical de la victime connu du service de santé au travail ;
- des postes de travail occupés et leurs facteurs de pénibilité et d'exposition au risque considéré.

Le médecin-conseil établit de son côté un rapport médical dans lequel il détaille les éléments dont il a connaissance susceptibles d'éclairer la décision du CRRMP, notamment les éléments d'ordre médical présents au dossier et ayant un lien avec la maladie en cause, ainsi que les éléments qu'il a pu recueillir à l'occasion de la fixation de la DPCM.

Le médecin-conseil verse au dossier son rapport et l'avis du médecin du travail s'il le reçoit ou le courrier de demande de l'avis au médecin du travail si l'avis n'est pas réceptionné. Ces éléments, couverts par le secret médical ne sont accessibles qu'au CRRMP, au médecin-conseil et à la victime. **L'employeur ne peut accéder à ces éléments que par l'intermédiaire d'un médecin désigné par la victime (D.46I-29 C.S.S.).**

La caisse primaire, pour ce qui la concerne, étend ses investigations à tous les employeurs susceptibles d'avoir exposé le demandeur à un risque et verse au dossier, dans le délai maximum de 30 jours précité, tous les éléments d'investigations complémentaires qu'elle a recueillis. Le cas échéant, elle vérifie également les éventuelles observations formulées lors du contradictoire.

A l'issue de cette phase de 30 jours calendaires, le dossier est figé. Les parties disposent alors de 10 jours **francs** pour formuler toutes les observations qu'elles souhaitent sur les éléments du dossier avant son étude par le CRRMP.

VII - L'AVIS DU CRRMP ET LA NOTIFICATION DE LA DÉCISION

Le CRRMP est réuni après expiration du délai de 40 jours francs susmentionné. Il est à noter que l'ingénieur conseil n'est pas obligatoirement entendu par le CRRMP. Toutefois, le secrétariat veillera à lui adresser la liste des dossiers étudiés et mettre à sa disposition les dossiers administratifs pour chaque séance afin qu'il puisse se signaler ou adresser son avis s'il l'estime utile sur un dossier en particulier pour exposer les éléments qu'il a à sa disposition et susceptibles d'éclairer le CRRMP.

Par ailleurs, le secrétariat sollicitera un avis explicite écrit ou oral de l'ingénieur-conseil sur tous les dossiers concernant un cancer. Enfin, le médecin conseil en charge du CRRMP pourra solliciter cet avis sur tout dossier pour lequel il le jugera utile préalablement au CRRMP ou le CRRMP pourra décider en séance de le solliciter, soit directement (téléphone, visio), soit en renvoyant à une séance ultérieure.

La caisse doit avoir statué, conformément à l'avis du CRRMP, dans un délai de 120 jours francs à compter de la saisine de ce dernier.

Lorsque le CRRMP estime avoir été saisi par erreur, le dossier ne peut être renvoyé à la caisse : le CRRMP rend un avis simple, motivé par le fait que les conditions de la présomption exigées par le tableau se trouvent, après analyse, respectées.

A noter que le recours à un avis sapiteur est possible mais doit être très exceptionnel compte tenu des délais pesant sur le CRRMP.

VII – LES RECOURS

Il est toujours possible de contester les décisions prises par la caisse d'assurance maladie :

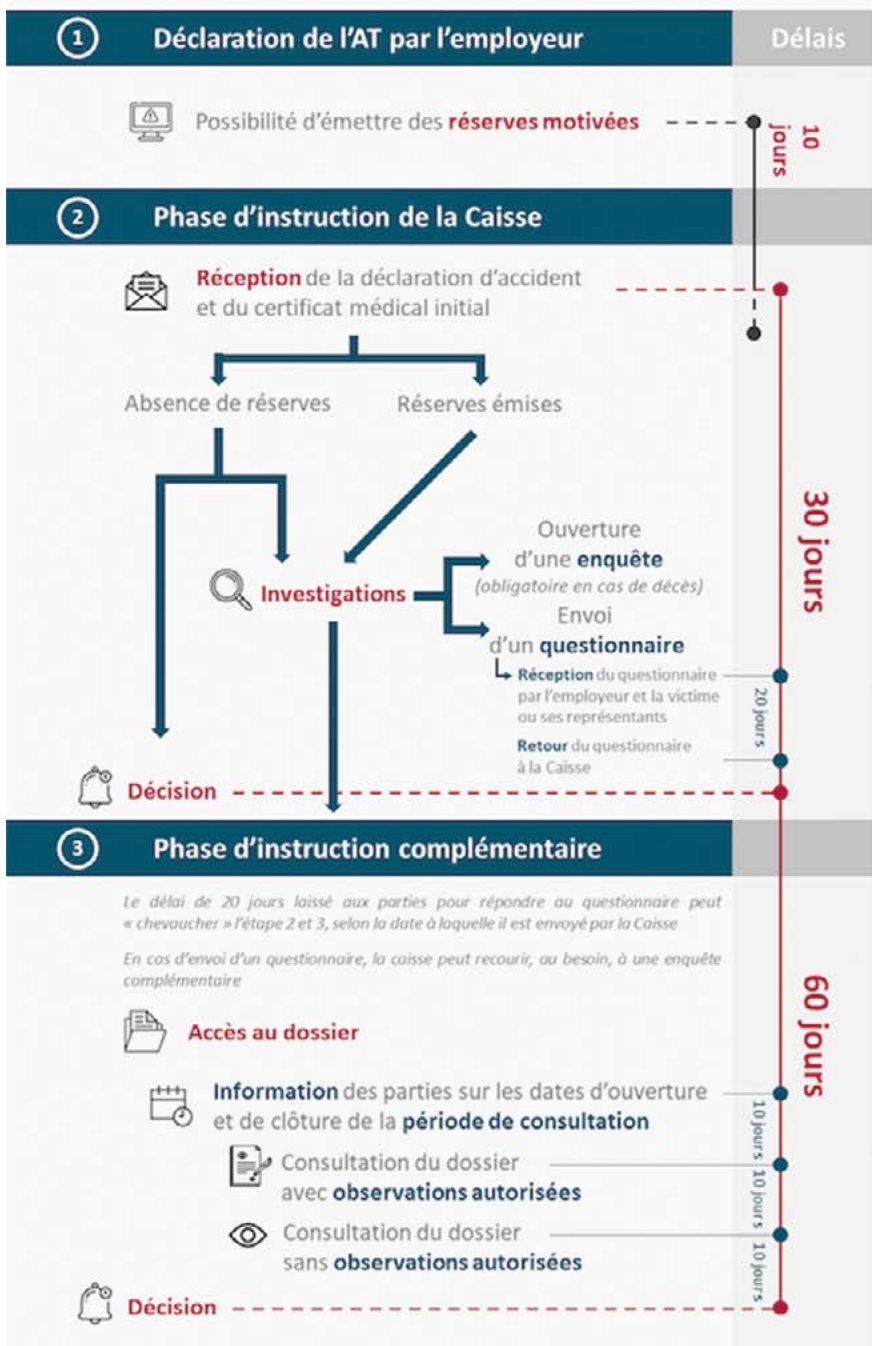
- date de consolidation de la MP,
- refus de prise en charge au titre de la MP,
- taux d'IP ;
-

A toutes les étapes de la procédure, lorsque la Caisse prend une décision, celle-ci peut être contestée.

Nous ne développerons pas ce point mais nous vous conseillons d'aller sur le site **ameli.fr** pour une première information et ne pas entreprendre de démarches contentieuses sans avoir pris l'avis de professionnels **spécialisés en droit de la sécurité sociale**.

Procédure d'instruction de l'accident du travail

A compter du 1^{er} décembre 2019



Procédure d'instruction de la maladie professionnelle

B
BARTHÉLÉMY
AVOCATS

sans saisine du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

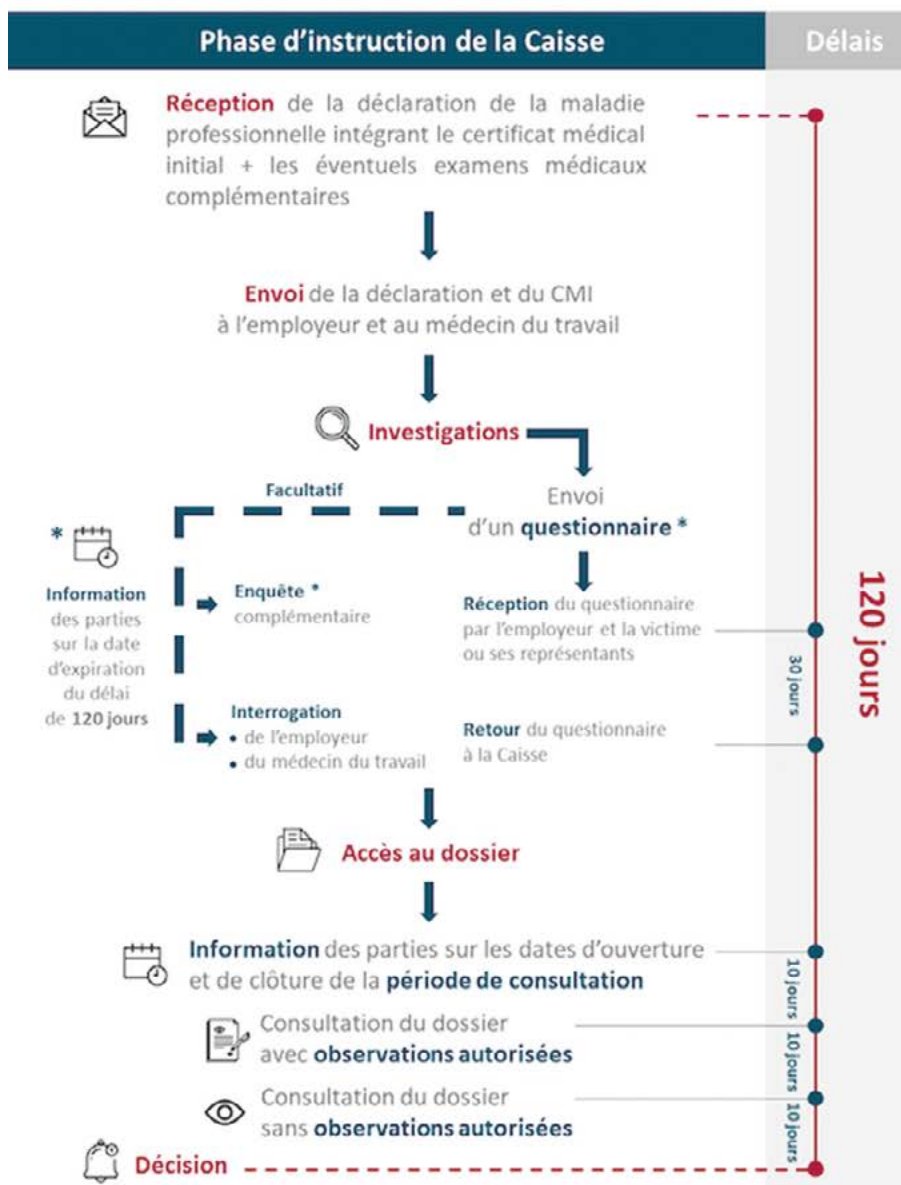
A compter du 1^{er} décembre 2019

Le CRRMP n'est pas saisi, notamment, lorsque la maladie...



... est conforme au tableau

... est hors tableau avec un **taux d'IPP < 25%**



Procédure d'instruction de la maladie professionnelle



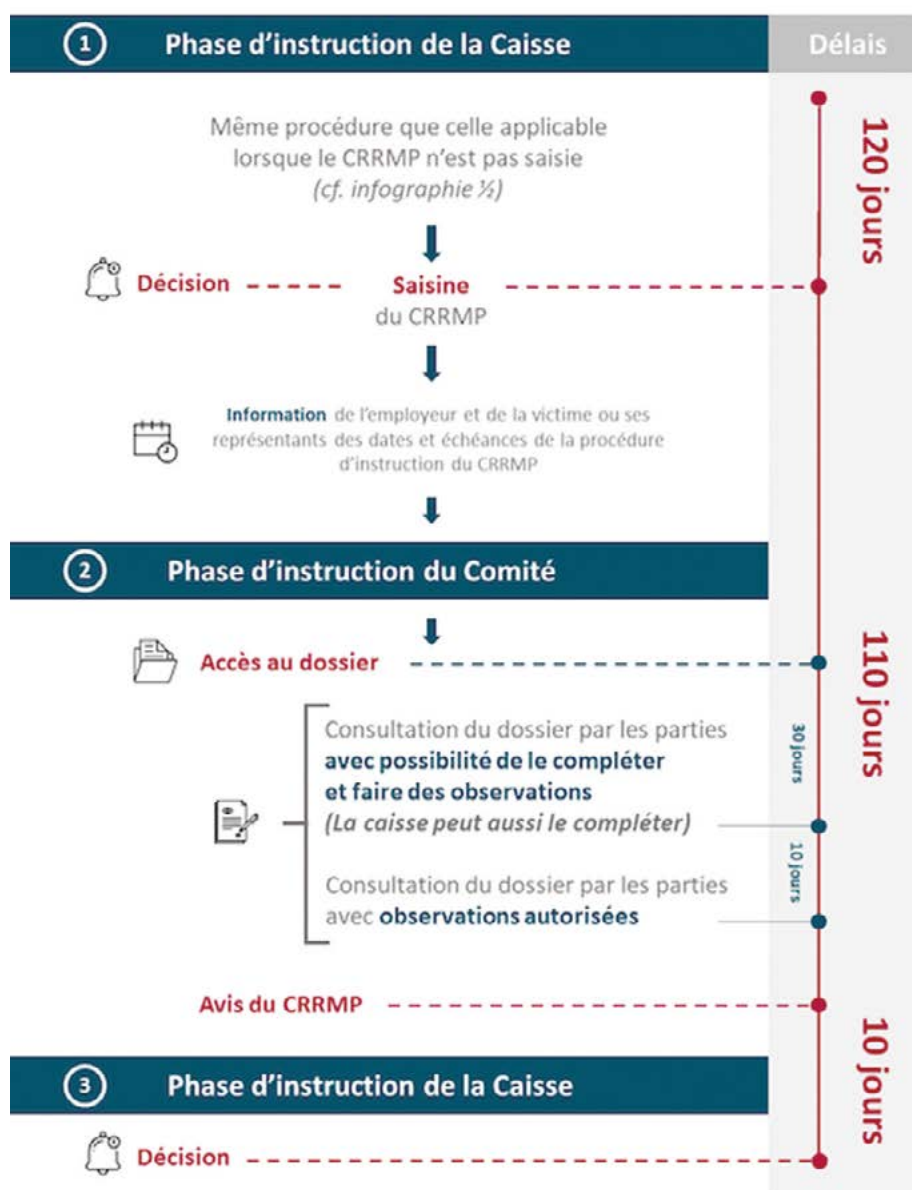
avec saisine du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

A compter du 1^{er} décembre 2019

Le CRRMP est saisi, dans 2 cas, lorsque la maladie...

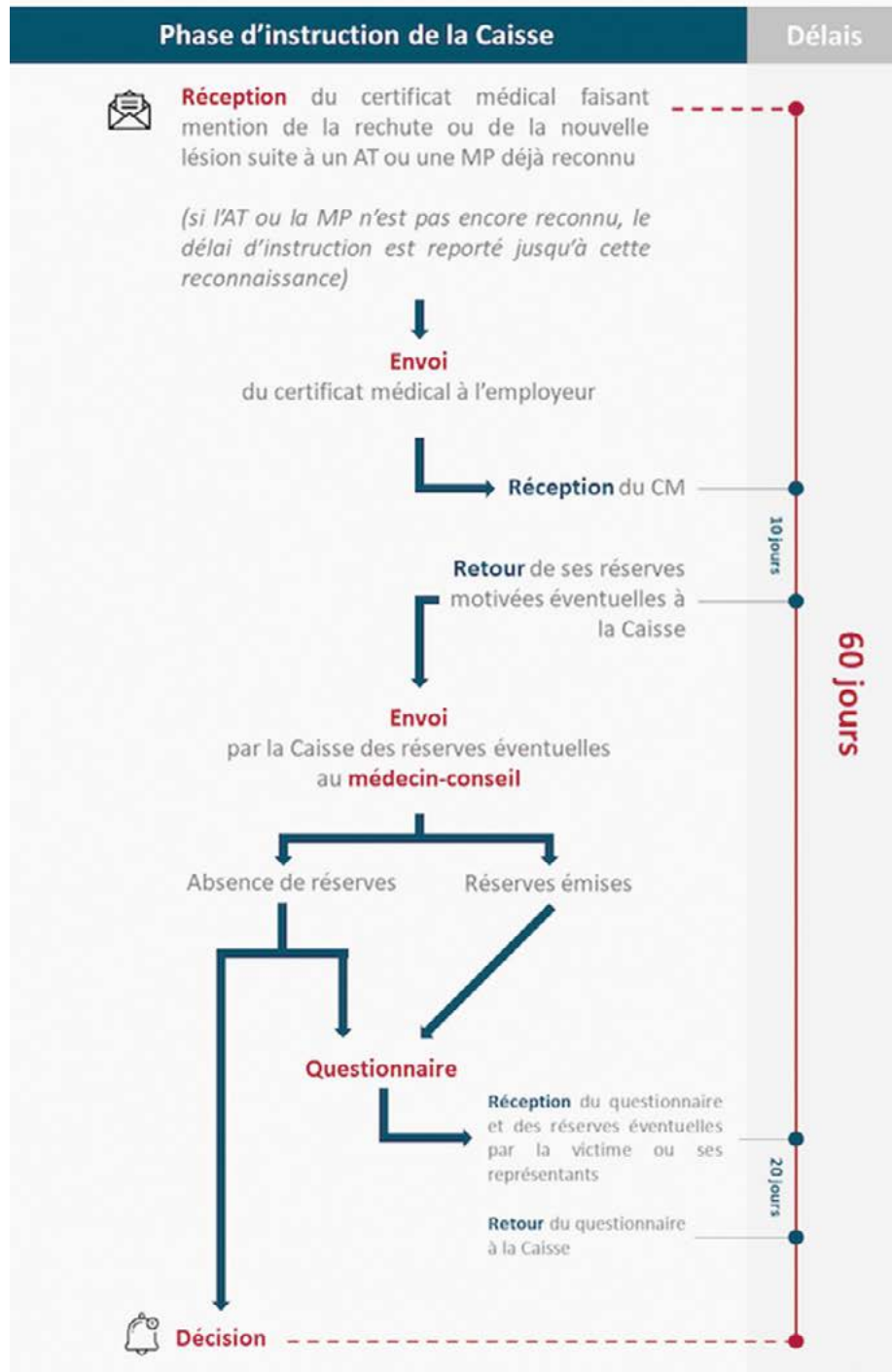


- ... ne remplit pas certaines conditions administratives du tableau
- ... est hors tableau avec un taux d'IPP > 25%



Procédure d'instruction des rechutes / nouvelles lésions suite à AT

A compter du 1^{er} décembre 2019





Organe officiel de la Fédération Nationale de l'Action Sociale Force Ouvrière.
7, Passage Tenaille - 75014 PARIS - ☎ 01 40 52 85 80 - Télécopie 01 40 52 85 79 - Courriel : lafnas@fnasfo.fr - <http://www.fnasfo.fr>
Directeur de la Publication : Pascal CORBEX - **Secrétaire Fédérale chargée de la Presse** : Isabelle ROUDIL - **Comité de Rédaction** : LE BUREAU FÉDÉRAL
Impression : Techni Print - Avenue de Suède - 82000 MONTAUBAN - Tél. : 05 63 20 17 18

Dépôt des articles : xxx/2020 - B.A.T. : xxx/2020 - Date supposée de réception : xxx/2020