

# CIRCULAIRE

## CIR-19/2016

Document consultable dans Médi@m

**Date :**

13/10/2016

**Domaine(s) :**

dossier client assurés

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

Modification réglementaires relatives à la reconnaissances des maladies professionnelles.

**Liens :**

**Plan de classement :**

P01-03

**Emetteurs :**

DRP

**Pièces jointes : 2**

**à Mesdames et Messieurs les**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b>        | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM      | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT          |
| <input type="checkbox"/> <b>Agents Comptables</b>            | <input type="checkbox"/> UGECAM               | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS            |
|  |   | <input type="checkbox"/> CTI                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

**Résumé :**

Le décret n°2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) regroupe différentes mesures ayant pour objectif d'améliorer, outre le fonctionnement des CRRMP, le processus global d'instruction par la caisse des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle, et notamment celles liées à des pathologies psychiques.

**Mots clés :**

CRRMP ; pathologies psychiques ; maladies professionnelles

**Le Directeur Délégué  
aux Opérations**



**Eric LE BOULAIRE**

**La Directrice  
des Risques Professionnels**



**Marine JEANTET**

## **CIRCULAIRE : 19/2016**

Date : 13/10/2016

Objet : Modification réglementaires relatives à la reconnaissance des maladies professionnelles.

Affaire suivie par le DSARP – [DSARP@cnamts.fr](mailto:DSARP@cnamts.fr)

*Le décret n°2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) regroupe différentes mesures ayant pour objectif d'améliorer, outre le fonctionnement des CRRMP, le processus global d'instruction par la caisse des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle, et notamment celles liées à des pathologies psychiques.*

Certaines de ces modifications sont issues des recommandations d'un groupe de travail technique installé par la Direction générale du travail (DGT) du ministère du travail et la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de la santé, chargé de faire des propositions pour améliorer le fonctionnement des CRRMP dans un contexte de forte sollicitation de ces comités et de réduction de la ressource médicale.

Le décret publié au Journal officiel du 9 juin 2016 ne prévoit pas de dispositions particulières quant à sa date d'application. En conséquence, il est applicable aux demandes de maladies professionnelles (MP) dont la date du certificat médical initial (CMI) est égale ou postérieure au 10 juin 2016.

Cette circulaire présente les principales modifications réglementaires intervenues ainsi que les modalités pratiques d'application.

Par ailleurs, vous trouverez en annexe un tableau reprenant les articles modifiés par le décret.

### **I. Les modifications réglementaires**

#### **1. Introduction de la notion de dossier complet**

A l'heure actuelle, en application de l'article R. 441-10 du code de la sécurité sociale, l'assuré qui demande la reconnaissance de l'origine professionnelle de sa maladie doit fournir une déclaration accompagnée d'un certificat médical, dit certificat médical initial (CMI), établi par un médecin décrivant sa maladie et faisant état du lien possible avec son activité professionnelle.

Le décret du 7 juin 2016 modifie cet article sur deux points :

- actuellement, dans un grand nombre de cas, un seul document (déclaration ou CMI) sur les deux requis est adressé à la caisse d'assurance maladie. Dans un objectif de simplification et pour éviter de multiples relances, le décret intègre à la demande de maladie professionnelle adressée par l'assuré le certificat médical décrivant la maladie possiblement en lien avec le travail. Dans l'attente de la diffusion d'un nouveau formulaire de déclaration intégrant le CMI, les actuels DMP et CMI restent recevables ;
- il prévoit que, pour être complet, un dossier de demande de reconnaissance de MP doit comprendre, outre la déclaration intégrant le certificat médical initial, le résultat des examens complémentaires prescrits, le cas échéant, par le tableau de MP.

Pour certains tableaux de MP, le dossier ne sera donc complet que lorsque la caisse aura reçu les résultats des examens complémentaires réglementairement prévus. S'agissant de documents médicaux, c'est le service du contrôle médical qui les reçoit pour le compte de la caisse.

Ces nouvelles dispositions médicalisent la procédure de reconnaissance des MP et les liens médico-administratifs sont renforcés.

## **2. Modification du point de départ de l'instruction lorsque des examens médicaux complémentaires sont réglementairement prévus**

Le décret modifie l'article R. 441-10 du code de la sécurité sociale et fixe le point de départ du délai d'instruction à la date de réception d'un **dossier complet**. Ainsi pour les dossiers nécessitant le résultat d'un examen médical complémentaire, le délai ne courra qu'à réception des trois pièces obligatoirement requises : DMP, CMI et résultat de l'examen prescrit par le tableau de MP. Une cause importante de refus du caractère professionnel d'une MP est en effet due à l'absence, à l'issue du délai d'instruction, du résultat des examens médicaux complémentaires réglementairement prévus par les tableaux de maladies professionnelles.

Lorsque la demande adressée à la caisse est incomplète, celle-ci ou le service du contrôle médical indique au demandeur les pièces et informations manquantes avec une relance prévue à 30 jours. Si à l'issue d'un délai de 90 jours le dossier est toujours incomplet, la caisse informe les parties qu'elle classe le dossier avec la possibilité d'une réouverture dans le délai de deux ans.

C'est le service du contrôle médical qui informe la caisse de la date de réception du résultat de l'examen médical. Lorsque le dossier est complet, la caisse informe les parties du point de départ du délai d'instruction.

Lorsqu'aucun examen médical complémentaire n'est requis, le point de départ du délai d'instruction reste inchangé.

## **3. Définition codifiée de la date de la première constatation médicale**

La notion de « date de la première constatation médicale de la maladie » (DPCM) prévue par le législateur à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale et qui sert à calculer le délai de prise en charge fixé par les différents tableaux n'était pas définie dans le code de la sécurité sociale. Cette

notion jurisprudentielle est désormais codifiée au nouvel article D. 461-1-1. Cet article est ainsi rédigé « Pour l'application du dernier alinéa de l'article L.461-2, la date de la première constatation médicale 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. Elle est fixée par le médecin conseil ».

La fixation de la DPCM devient une prérogative du médecin conseil. La date fixée par le médecin conseil peut différer de celle mentionnée par le médecin rédacteur du CMI. Le médecin conseil doit rechercher le document médical le plus ancien attestant des débuts de la maladie : certificat médical attestant d'une première consultation lors de l'apparition des premiers symptômes, date de prescription ou de réalisation d'un examen complémentaire, date de prescription d'un arrêt de travail en lien avec les premiers symptômes...

Cette date de première constatation médicale est très importante car le gestionnaire MP doit se placer à cette date pour apprécier le respect des conditions administratives du tableau (exposition au risque, délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux). Elle est indispensable dans le cas où une investigation s'avère nécessaire.

#### **4. Clarification des règles de coordination des régimes en cas de changement d'affiliation**

L'article D. 461-5 CSS liste les tableaux de MP relatifs aux maladies dites pneumoconioses et restreint l'application des articles suivants à ces seules pathologies, notamment l'ancien article D. 461-24 définissant le régime compétent pour instruire une demande lorsque l'assuré a changé de régime d'affiliation au cours de sa carrière professionnelle.

Jusqu'à présent, le code de la sécurité sociale ne prévoyait pas de règles de coordination entre régimes hors pneumoconioses. Le décret comble ce vide juridique en étendant cette coordination **à l'ensemble des maladies déclarées**. Cette règle, inchangée sur le fond, est codifiée au nouvel article D. 461-7 du code de la sécurité sociale.

En application de ce texte, il convient de se placer à la date de première constatation médicale (DPCM) de la maladie pour déterminer le régime compétent. Si à cette date, la personne relève d'un régime qui couvre les AT/MP dans les conditions prévues au livre IV du code de la sécurité sociale, ce régime doit prendre en charge l'instruction du dossier.

Conformément à la deuxième partie de l'article D. 461-24, si la victime n'est plus affiliée à une CPAM ou une organisation spéciale couvrant les AT/MP dans les conditions prévues au livre IV du code de la sécurité sociale à la DPCM, l'instruction et les prestations sont à la charge de la caisse à laquelle la victime a été affiliée en dernier lieu.

Des règles de coordination entre le Régime agricole et le Régime général ont été fixées selon lesquelles le régime gestionnaire à la DPCM instruit au regard des tableaux de MP prévus par son régime et à défaut ceux du régime secondaire.

#### **5. Renforcer l'expertise pour les pathologies psychiques au sein du CRRMP**

L'article 27 de la loi n° 2015-994 du 17/08/2015 relative au dialogue social et à l'emploi améliore la reconnaissance du caractère professionnel des pathologies psychiques en inscrivant au niveau législatif la possibilité de reconnaître ces pathologies en tant que maladies professionnelles, sur la base d'une

expertise individuelle effectuée par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Le comité peut s'entourer de tout avis médical ou technique, qu'il estime nécessaire à l'instruction du dossier.

Le décret du 7 juin 2016 ajoute que **s'agissant des affections psychiques, chaque fois qu'il l'estime utile, le comité fait appel à l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en psychiatrie.**

Le décret renforce l'expertise médicale des comités à un double niveau :

- il prévoit désormais la possibilité de la participation de praticiens spécialisés en psychiatrie lorsque des cas de pathologies psychiques sont examinés par les comités. L'article D. 461-27 modifié, permet de remplacer le PU-PH « particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle » par un PU-PH spécialisé en psychiatrie lorsque des cas de pathologies psychiques sont étudiés ;
- par ailleurs, la possibilité pour le médecin conseil ou le CRRMP de recourir à l'expertise d'un médecin psychiatre est explicitement prévue par le texte réglementaire. Cette modification codifie une pratique déjà adoptée par certains CRRMP. Ce recours à un spécialiste reste facultatif.

Les PU-PH spécialisés en psychiatrie visés à l'article D. 461-27 modifié du code de la sécurité sociale, doivent à l'instar des autres PU-PH qualifiés en matière de pathologie professionnelle et membres des CRRMP, être inscrits sur la liste arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) : ils sont nommés pour 4 ans et perçoivent pour leur mission une rémunération dans les conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La distinction entre titulaire et suppléants est supprimée.

**Il appartient à la DRSM de demander au Directeur Général de l'ARS un nouvel arrêté de nomination.** Dans l'attente de sa parution, les séances de CRRMP continuent à être organisées avec les membres actuels. Et cela même pour les pathologies psychiques, le remplacement du PU-PH particulièrement qualifié en pathologie professionnelle par un PU-PH spécialisé en psychiatrie n'étant pas obligatoire. Le PU-PH spécialisé en psychiatrie ne pourra siéger que pour examiner les dossiers de pathologies psychiques. Il appartiendra donc à la DRSM d'organiser, le cas échéant, des séances spécifiques. Compte tenu de la complexité de ces dossiers, et pour ne pas allonger les délais de traitement, il n'est pas exclu d'organiser une séance pour un dossier si besoin.

## **6. Optimiser le fonctionnement des CRRMP en leur permettant de siéger en formation allégée dans le cadre de l'alinéa 3**

Lorsqu'il est saisi dans le cadre du troisième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, le comité régional peut rendre son avis en présence de deux de ses membres. En cas de désaccord, le dossier est toutefois à nouveau soumis pour avis à l'ensemble des membres du comité. Cette disposition vise à réserver l'expertise des trois médecins aux cas les plus complexes, dont ceux des affections psychiques. La présence obligatoire des trois membres est en effet maintenue lorsque le comité est saisi au titre du quatrième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale qu'il s'agisse d'une saisine opérée par la caisse ou par le TASS sur la base de l'article R. 142-24-2 du code de la sécurité sociale.

Dans le même esprit, il est souhaitable que le CRRMP saisi par le TASS dans le cadre du troisième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale rende son avis en présence de ses trois membres.

La DRSM organise autant de séances que de besoin pour répondre aux demandes des assurés dans un délai raisonnable. Les trois membres peuvent, comme précédemment, continuer à examiner tous les dossiers. Dans le cas contraire, il convient d'organiser des séances « alinéa 3 » avec seulement deux

membres. En cas de désaccord entre ces deux membres, le dossier est à nouveau soumis pour avis à l'ensemble des membres du comité.

Des séances spécifiques aux affections psychiques peuvent être organisées en tant que de besoin.

## **7. Diverses mesures de toilettage**

Modification de l'article R. 441-13

- l'attestation de salaire n'est plus requise, en effet elle n'est pas une pièce intervenant dans le processus de reconnaissance de la MP
- il est précisé que les certificats médicaux mentionnés au R. 441-13 sont ceux détenus par la caisse, afin d'éviter la sollicitation de consultation de documents médicaux que la caisse ne détient pas
- l'expertise technique, qui n'existe plus depuis la suppression de l'enquête légale, est retirée du texte

Modification de l'article D. 461-29

- Depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, les assurés sociaux qui le demandent ont accès directement aux documents médicaux qui les concernent sans avoir à passer par l'intermédiaire d'un médecin.
- Le rapport du médecin conseil transmis au comité indique, lorsqu'il s'agit d'une affection non désignée dans un tableau, le taux d'incapacité permanente sans qu'un rapport formalisé soit exigé

Modification de l'article D. 461-23

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les dépenses en lien avec le suivi post-professionnel sont prises en charge sur le fonds national des accidents du travail.

## **II. Les modalités pratiques d'application**

### **1. La phase de réception des demandes**

Pendant une phase transitoire, la DMP et le CMI vont continuer à parvenir aux caisses sur des supports séparés. Les dispositions ci-dessous sont applicables immédiatement.

Il est proposé un suivi chronologique des phases de gestion.

- **Dès réception d'un CMI, le service administratif (SA) réunit le colloque médico-administratif** afin de déterminer la recevabilité du CMI, si possible caractériser la maladie, valider la nécessité d'un examen au regard du tableau, fixer la date de première constatation médicale (DPCM) et orienter l'enquête administrative.
- **S'il ne l'a pas déjà reçue, le SA réclame la déclaration de maladie professionnelle à l'assuré** dès réception du CMI.

<b>RAPPEL : Le colloque est l'expression tangible de la concertation médico-administrative indispensable au traitement de tous les dossiers de MP.</b>
--

La proximité géographique du gestionnaire MP de la CPAM et un médecin conseil référent chargé du risque professionnel permet une rencontre physique fréquente (**a minima une fois par semaine**). Cette organisation est à privilégier.

Lorsque les entités sont géographiquement éloignées, la concertation médico-administrative peut prendre la forme de contacts téléphoniques, d'audio ou visio-conférences.

Quelle que soit leur forme, les réunions du colloque doivent permettre un échange instantané entre le médecin conseil et le gestionnaire MP

**Le décret du 7 juin renforce considérablement le rôle du SM et l'exigence d'une concertation médico-administrative fluide et réactive.**

**La réception d'un dossier complet conditionne le point de départ du délai d'instruction ; c'est donc désormais le médecin conseil qui dans la plupart des cas, informe la caisse de ce point de départ. Le service médical devra être extrêmement vigilant pour indiquer à la CPAM dans les plus brefs délais, la date de réception des examens médicaux requis, pour éviter à la caisse de se retrouver en difficulté quant au respect des délais réglementaires, et face au risque des prises en charge implicites pour délais dépassés.**

- **Le SM réclame l'examen médical complémentaire prescrit par le tableau, le cas échéant, et envoie un questionnaire médical** à l'assuré, ou le convoque, pour pouvoir :
  - caractériser l'affection
  - prendre connaissance du résultat de l'examen complémentaire prescrit, le cas échéant, par le tableau
  - fixer la DPCM.

Ce questionnaire précisera entre autre au demandeur que tant que le résultat de l'examen réglementairement prévu ne lui sera pas parvenu, son dossier ne pourra pas être instruit.

- **A réception du questionnaire médical complété, le SM inscrit le dossier à l'ordre du jour du prochain colloque et informe immédiatement** la CPAM :
  - que le dossier est complet car il a reçu le résultat d'examen complémentaire exigé, le cas échéant,
  - de la date de réception du résultat exigé en précisant la nature de l'examen médical, sa date de réalisation et les coordonnées du médecin qui a réalisé l'examen,
  - le libellé du (ou des) syndrome(s) à retenir pour l'instruction,
  - la DPCM.

☞ **Dans le cas où le SA recevrait un document médical**, il le transmet immédiatement au Service médical.

☞ Le SM consigne dans l'observation médicale les dates d'envois du courrier réclamant le résultat de l'examen complémentaire et des questionnaires à l'assuré et les dates de relance de ces demandes, la

date de réception des résultats de l'examen exigé par le tableau et les informations médicales pertinentes recueillies, afin de pouvoir établir un rapport en cas d'expertise médicale demandée par une juridiction.

- **Dès que le dossier est complet (DMP+CMI+ le cas échéant, résultat de l'examen prescrit par le tableau parvenu au SM),** le SA informe les parties du point de départ du délai d'instruction.
- **Dès que le médecin conseil** a caractérisé la maladie et fixé la DPCM, en colloque ou après retour du questionnaire médical, le SA diligente l'enquête administrative selon les orientations prises en colloque.

## **CAS DE NON RECEPTION DE L'EXAMEN = CLASSEMENT DU DOSSIER**

- Lorsque l'examen exigé n'est pas retourné dans les 30 jours, le service du contrôle médical relance par courrier l'assuré.
- Si le SM n'a rien reçu à 90 jours, il en informe le SA.
- **Le SA informe les parties** qu'il classe le dossier à réception de l'avis du médecin conseil l'informant que le dossier est incomplet parce que l'examen complémentaire exigé par le tableau n'a pas été adressé, après relance, dans les 90 jours.
- Lorsque le résultat d'examen complémentaire exigé par le tableau est reçu au-delà des 90 jours par le SM (et dans la limite de la prescription biennale), il informe la caisse en inscrivant le dossier à l'ordre du jour du prochain colloque, pour une réouverture du dossier.

☞ **Le service médical doit systématiquement rechercher la trace d'une demande de MP à réception d'un résultat d'examen.**

## **2. L'instruction**

### **2.1. La fiche « colloque »**

Le document dénommé "**fiche colloque médico-administratif maladie professionnelle**" est renseigné conjointement au fur et à mesure de la gestion de la demande. Elle mentionne les données essentielles issues des rencontres entre le gestionnaire administratif et le médecin conseil. Elle peut être modifiée autant que de besoin tant qu'elle n'est pas figée et signée. Ce document, support notamment de l'avis du médecin conseil, peut être consulté par les parties dans le cadre de la procédure contradictoire.

Pour la DPCM, le médecin conseil devra mentionner, outre la date, les caractéristiques du document médical qui lui a permis de la fixer :

- Nature : certificat médical, examen d'imagerie, avis d'arrêt de travail...
- Coordonnées du médecin ayant réalisé l'examen ou prescrit l'arrêt de travail

Pour le résultat de l'examen éventuellement prescrit par le tableau, le médecin conseil devra mentionner :



- Nature de l'examen (audiogramme, IRM, arthroscanner...)
- Date de réalisation de l'examen
- Coordonnées du médecin ayant réalisé l'examen

## 2.2. Les rapports du médecin conseil

Le décret précise que, même en alinéa 4, le médecin conseil ne transmet qu'un seul **rapport au CRRMP**. C'est dans ce rapport que sont mentionnés les éléments de gravité justifiant l'IP prévisible supérieure ou égale à 25%.

Un **rapport d'évaluation de l'IP** n'est rédigé que si le médecin conseil conclut à une IP prévisible inférieure à 25 %.

Pour les affections psychiques, le décret affirme la possibilité offerte au médecin conseil de recourir à l'expertise d'un médecin psychiatre pour pouvoir se prononcer sur le diagnostic et la gravité de la maladie. En revanche le lien entre la maladie et le travail reste de la compétence du CRRMP.

Nous vous remercions de bien vouloir nous signaler toute difficulté dans l'application de la présente circulaire à l'adresse suivante : [DSARP@cnamts.fr](mailto:DSARP@cnamts.fr)