

# CIRCULAIRE

## CIR-22/2019

Document consultable dans Médi@m

**Date :**

19/07/2019

**Domaine(s) :**

dossier client assurés

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

**Objet :**

Préciser les modalités de gestion des maladies professionnelles dans le cadre des conditions rénovées posées par le décret du 23 avril 2019

**Liens :**

**Plan de classement :**

P01-03

**Emetteurs :**

DRP

**Pièces jointes : 1**

**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"/> Cnam
<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>DCGDR</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre 1<sup>er</sup> décembre 2019

**Résumé :**

La présente circulaire détaille le processus de gestion des maladies professionnelles, réalisé conjointement par les caisses primaires d'assurance maladie et les échelons locaux du service médical. Cette circulaire anticipe la réforme portée par le décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles du régime général.

**Mots clés :**

réparation ; maladie professionnelle ; reconnaissance ; réforme

Le Directeur Délégué  
aux Opérations



**Pierre PEIX**

La Directrice  
des Risques Professionnels



**Marine JEANTET**

## **CIRCULAIRE : 22/2019**

Date : 19/07/2019

Objet : Préciser les modalités de gestion des maladies professionnelles dans le cadre des conditions renouvelées posées par le décret du 23 avril 2019

Affaire suivie par : Mr Laurent BAILLY – [laurent.bailly@assurance-maladie.fr](mailto:laurent.bailly@assurance-maladie.fr)  
Mr le Dr Philippe PETIT – [philippe.petit@assurance-maladie.fr](mailto:philippe.petit@assurance-maladie.fr)

La présente circulaire a vocation à préciser la manière dont les caisses primaires d'assurance maladie et les directions régionales du service médical doivent mettre en œuvre la législation actuelle relative aux maladies professionnelles.

### **1. 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 présomption 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 L461-1 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 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 le médecin conseil selon les dispositions de l'article D.461-1-1 CSS : le médecin conseil doit être à même de justifier cette date, notamment si elle diffère de celle mentionnée par le médecin rédacteur du CMI, en s'appuyant sur des éléments médicaux objectifs (cf. point « instruction par la caisse primaire et le service médical »).

- ***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 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).

Pour plus de précision sur la composition du CRRMP cf. CIR-19/2016

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 L461-1 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 L461-1 CSS). Pour ces cas, le comité doit être composé de ses trois membres.

## **2. 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 susmentionné dispose de 3 mois à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau (parution au JO + 24h) pour présenter sa demande.*

### ***- Point de départ des délais d'instruction***

Le point de départ du délai d'instruction est la date de réception par la Cnam de la seconde des deux pièces recevables (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).

La liste des examens prévus explicitement ou rendus nécessaires par la formulation du tableau est jointe à la présente circulaire en annexe.

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***

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 professionnel 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 (120 jours francs précisément) 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.**

*NB : Si la demande porte plusieurs pathologies ou syndromes, chaque pathologie ou syndrome est traité individuellement et porte ses propres délais d'instruction.*

### **3. 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.

A 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 pour les pathologies impliquant cette précision). A 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 exemples :*

- 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.

- A 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 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 supérieure à 25% la DPCM est recherchée.
  - ✓ le MC 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 (cf. points « la phase d'investigations » et « la phase contradictoire et la prise de décision »).
  - ✓ En cas de CMI portant plusieurs syndromes ou maladies, le MC se positionne sur chaque syndrome.



- Réclame les **examens complémentaires obligatoires** au tableau (explicitement ou implicitement suivant le cas, cf. point 2 et liste en annexe ; 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.Cass Civ 2. 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 que 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 (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 ;

#### **4. 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://questionnaires-risquepro.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 réglementairement d'un délai d'un mois maximum (30 jours



francs à compter de leur réception précisément) pour renvoyer leurs questionnaires. A 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 (cf. point « La phase de contradictoire »).
- **Une copie de la DMP et du CMI au dernier employeur** auquel la décision est susceptible de faire grief (cf. ci-dessus). C'est auprès de cet employeur que s'exercera le contradictoire.

A 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 **délai 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 (cf. point 6). *NB : 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 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 (cf. point 6).
  - 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.

Nb : 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.

## **5. 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 (cf. point « 2. Les délais de la procédure ») à la date communiquée aux parties à l'occasion de l'envoi des questionnaires (cf point «La phase d'investigations »). 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 du code de la sécurité sociale. 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;
- Les questionnaires ;
- L'enquête réalisée dans le cadre de l'étude des tableaux le cas échéant ; Les enquêtes dites « tableau complémentaires » 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 étayés soient apportés au moment du contradictoire), le dossier est transmis au CRRMP. L'enquête réalisée le cas échéant (cf. l'envoi des questionnaires et leur exploitation) peut être transmise ultérieurement lors de la phase d'enrichissement du dossier (cf. « la transmission au CRRMP »).
- 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 direct 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.*

## **6. 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.461-29 C.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.

## **7. 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.*