

87 - GESTION DU RISQUE MALADIE PROFESSIONNELLE

BRH 1999 RH 58
du 23.09.99 § 33

Définition de la notion de maladie professionnelle :

Une maladie professionnelle est une intoxication et/ou une détérioration physique lentes sous l'effet répété d'émanations de certaines substances ou de la répétition de certains mouvements, postures et attitudes que subit ou effectue habituellement l'agent.

Les modes de reconnaissance du caractère professionnel des maladies et les conséquences de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie figurent dans le BRH 1999 RH 58 figurant dans le Recueil PC7.

BRH 1999 RH 58
du 23.09.99 § 33

La gestion du risque maladie professionnelle est assurée par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la sécurité sociale pour les agents contractuels de droit privé. Voir aussi § 831.

Dès lors qu'un agent demande la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie, il lui appartient de produire un certificat médical établi par son médecin traitant, en triple exemplaire, indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi qu'éventuellement les causes probables. Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée doit être déclarée, par l'agent ou ses ayants droit, à la CPAM ou à La Poste dans un délai déterminé de 15 jours à compter de la cessation du travail ou de la constatation de la maladie.

871 - Les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)

La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 et son décret d'application du 27 mars 1993 ont institué des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le CRRMP est une instance compétente à l'égard des agents contractuels de droit privé (et de droit public).

A - Rôle

FRHD n°36 du 12.09.02

Les CRRMP ont vocation à se prononcer sur les cas de personnes dont la symptomatologie est celle désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mais dont certaines conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies. Ces comités sont également habilités à délivrer un avis pour toute personne décédée ou justifiant d'un taux d'incapacité permanente partielle d'au moins 25 % au titre d'une maladie non désignée dans un tableau et essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime.

L'expertise réalisée par le CRRMP est prise en charge par l'organisme gestionnaire.

B- Saisine

Il peut être saisi par l'agent ou par la caisse gestionnaire, qui a recueilli et instruit les éléments nécessaires du dossier et qui a statué, le cas échéant, sur l'incapacité permanente de la victime.

C - Composition

Ce comité est composé de trois membres désignés pour quatre ans par arrêté préfectoral, sur proposition du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales :

- le médecin-conseil régional (ou son représentant) ;
- le médecin inspecteur régional du travail (ou son représentant) ;
- un professeur "des universités - praticien hospitalier", ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans par le préfet de région sur proposition du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.

D - Compétence géographique

Le CRRMP compétent est celui du lieu où demeure l'agent. Ce comité a pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Il peut se réunir éventuellement au chef-lieu des départements compris dans son ressort (cf. Annexe B à l'article 87 dans les annexes au présent article 8).

E - Notification de l'avis rendu par le CRRMP

L'avis du CRRMP reconnaissant ou rejetant le caractère professionnel de la maladie est rendu à l'organisme gestionnaire (CPAM) dans un délai maximum de quatre mois à compter de sa saisine et de deux mois supplémentaires lorsqu'il y a nécessité d'exams ou d'enquêtes complémentaires.

L'organisme gestionnaire notifie immédiatement à l'agent ou à ses ayants droit la décision prise par le CRRMP.

L'avis motivé rendu par le CRRMP s'impose et à la CPAM (avis obligatoire et conforme).

BRH 1999 RH 58

872 - Constitution du dossier

La CPAM instruit le dossier et est tenue de s'assurer que les conditions énoncées au tableau visé en annexe au présent article sont réunies. Pour cela, il lui est possible de faire pratiquer à l'agent des examens médicaux complémentaires et de procéder à une enquête administrative. Elle en informe l'employeur ainsi que l'inspecteur du travail géographiquement compétent.

Elle statue lorsqu'elle est en possession de tous les éléments d'appréciation sur le caractère professionnel de la maladie.

Les pièces nécessaires à la constitution du dossier sont:

- 1° Une demande motivée de reconnaissance signée par l'agent ou ses ayants droit et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime (modèle nomenclaturé CERFA n° 11138*01: certificat médical accident du travail- maladie professionnelle);
- 2° Un avis motivé du médecin de prévention de La Poste portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de l'agent à un risque professionnel présent dans l'entreprise ; éventuellement, l'avis du médecin du travail de la ou des entreprises, autres que La Poste, où l'agent a pu être employé;
- 3° Un rapport circonstancié du service RH décrivant chaque poste de travail détenu par l'agent depuis son entrée à La Poste et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de l'agent à un risque professionnel;
- 4° Le cas échéant, les conclusions des enquêtes ou investigations diligentées par les caisses compétentes du régime général;
- 5° Le rapport établi par les services du contrôle médical de la CPAM.

Les pièces énumérées au 2° et au 3° paragraphes doivent être rédigées sur papier libre et communiquées dans un délai d'un mois à compter de la demande.

L'agent peut aussi directement saisir le CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) dans le cadre des alinéas 3 et 4 de l'article L 461-1 du Code de la Sécurité sociale. En ce cas, le secrétariat dudit comité en avise la CPAM qui procède à l'instruction du dossier d'une manière identique à celle qui résulterait d'une saisine directe par la caisse gestionnaire.

873 - Prise en charge de la maladie

a - Les maladies désignées dans les tableaux du Code de la Sécurité sociale

Lorsque l'ensemble des conditions de prise en charge est rempli, la CPAM statue sur le caractère professionnel ou non de la maladie.

b - Les maladies désignées dans un tableau, dont une ou plusieurs conditions ne sont pas remplies et les maladies hors tableaux

Le CRRMP est directement saisi par la CPAM lorsque les conditions de prise en charge de la maladie ne sont pas réunies.

874 - Notification de l'avis rendu par le CRRMP

La CPAM compétente est seule habilitée à notifier à l'agent ou à ses ayants droit la teneur de l'avis rendu par le CRRMP. La Poste est toutefois informée, en sa qualité d'employeur, de la nature de la décision administrative prise par la caisse gestionnaire.

875 - Conséquences de la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie

A - Prise en charge des prestations en nature

Dès lors que le caractère professionnel de la pathologie présentée par l'agent est expressément reconnu par la CPAM, l'agent bénéficie de la prise en charge par la caisse gestionnaire de l'ensemble des prestations en nature (frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, soins, appareillages, prothèses, examens et hospitalisations...) nécessités par la maladie professionnelle, au même titre qu'un accident de service ou du travail.

B - Prise en charge des prestations en espèces

• Le maintien de la rémunération

Les agents bénéficient du maintien de leur rémunération selon la réglementation en vigueur pour chacun des statuts.

• L'évaluation et la réparation des séquelles

A la fin des soins, la victime est soit "guérie", soit "consolidée". Dans ce dernier cas, elle conserve des séquelles qui doivent être évaluées et indemnisées selon les mêmes procédures que celles prévues pour les accidents du service ou du travail.

Le médecin conseil de la CPAM évalue les séquelles et fixe un taux d'incapacité permanente partielle à partir duquel sera calculée l'indemnisation, destinée à dédommager la victime de sa perte de capacité de travail.

Cette indemnisation appelée rente d'incapacité permanente est versée à compter du lendemain de la date de consolidation des manifestations de la maladie. Elle se présente :

- sous forme d'un capital unique et forfaitaire si l'incapacité permanente partielle est inférieure à 10 %,
- sous forme d'une rente trimestrielle à partir de 10 % d'incapacité permanente partielle.

Lorsque l'assuré social se trouve du fait de la maladie professionnelle dans l'incapacité de travailler normalement, il peut demander une pension d'invalidité à la CPAM au titre de l'usure prématurée de l'organisme ou du fait d'un arrêt de travail prolongé d'une durée maximum de trois ans.

C - Reclassement

Les agents reconnus physiquement inaptes à leur fonction en raison des conséquences d'une maladie professionnelle, doivent bénéficier d'un reclassement conformément aux dispositions du paragraphe 5 de la circulaire du 24 mars 1997 - BRH 41 - relative à l'emploi des travailleurs handicapés et au reclassement des agents de La Poste devenus physiquement inaptes à leurs fonctions (*voir chapitre 8 art. 5 du présent Recueil*).

876 - Contestation par l'agent contractuel de droit privé du rejet de la prise en charge en tant que maladie professionnelle ou du taux d'invalidité fixé par la CPAM

A - Le contentieux général

Les notifications effectuées par la CPAM pour les agents contractuels de droit privé, consécutivement à l'avis émis par le CRRMP, sont des décisions administratives contenant l'indication des voies de recours.

Les litiges concernant le refus de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie devront donc suivre la voie normale du contentieux général et seront portés devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) du lieu de résidence du requérant, dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

B - Le contentieux technique

La contestation du taux d'incapacité permanente partielle doit être également formulée dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision, devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité du lieu où demeure le requérant.

Cette situation concerne essentiellement l'article L. 461-1 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale. En effet, la fixation d'un taux d'IPP inférieur à 66,66 % ne permet pas à l'agent de bénéficier du nouveau dispositif des maladies non désignées dans les tableaux, alors même que sa pathologie peut être "essentiellement et directement" causée par son travail habituel.

C - L'expertise médicale dans le cadre du contentieux général

Tout litige d'ordre médical relatif à l'état de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle se résout normalement par voie d'expertise (désignation d'un médecin-expert qui doit rendre un avis motivé sur une question médicale), telle que prévue aux articles L. 141-1 et R. 141-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, dès lors que le différend porte sur la reconnaissance de la maladie professionnelle dans le cadre du système complémentaire des alinéas 3 et 4 de l'article L. 461-1 précité (cf. 13 les maladies hors tableaux), cette procédure n'est pas applicable.

Le décret n° 93-683 du 27 mars 1993 relatif à certaines procédures de reconnaissance des maladies professionnelles, créant un nouvel article R. 142-24-2 au Code de la sécurité sociale, prévoit que dans le cadre d'une instance contentieuse devant le TASS, cette juridiction doit surseoir à statuer et désigner, pour recueillir son avis, un CRRMP différent de celui qui s'est déjà prononcé sur l'origine professionnelle de la maladie.

Toutes les voies de recours doivent être notifiées à l'agent. Il lui appartiendra de porter son choix sur l'une ou les deux voies de recours qui lui sont offertes : soit le contentieux général et/ou l'expertise médicale, soit le contentieux technique.

88 - COTISATION AU RISQUE ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

A - Nature de la cotisation

Il s'agit d'une cotisation à la charge exclusive de l'employeur (part d'employeur).

B - Assiette de calcul de la cotisation AT

L'assiette de cette cotisation est identique à celle prise en compte pour le calcul de la cotisation d'assurance maladie ou d'assurance vieillesse, soit l'ensemble des rémunérations servies, à l'exception des prestations familiales et des indemnités ayant un caractère de remboursement de frais.

C - Taux de la cotisation

Un arrêté ministériel fixe chaque année le taux de cotisation au risque AT. *Il a été fixé à 1,50 % à compter du 1.01.2001 et 1,9 % à compter du 01.01.2002 à 2% en 2003 et 2004.*

D - Modalités de versement

*BRH 1991 RH 20
du 13.02.91 § 22 suite*

Il s'agit d'un versement à effectuer mensuellement à l'URSSAF en même temps que les autres charges sociales par chèque adressé à l'organisme encaisseur par lettre recommandée avec accusé de réception et accompagné des pièces justificatives (bordereaux mensuels récapitulatifs des cotisations CERFA ou BC 7-45).

Le calcul de la cotisation mensuelle à verser sera fait par le salaire informatique de la paie mensuelle des personnels concernés et reporté sur une ligne spéciale des états mensuels récapitulatifs des cotisations BC 7-45.