



## **LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

**Avril 2014**

### **1 - Définition**

Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle et si elle figure dans un des tableaux du régime général de la Sécurité Sociale. Les maladies professionnelles ne font pas l'objet d'une définition légale générale. Ce sont les tableaux spécifiques qui définissent celles qui sont indemnisables et précisent pour chaque type d'affection, les conditions à remplir (délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste d'activités concernées).

Ainsi cela permet de répondre aux questions :

- l'activité exercée est-elle susceptible de conduire à une maladie professionnelle ?
- une maladie donnée peut-elle avoir une composante professionnelle ?

Dans tous les cas, une fois la déclaration faite par le salarié ou ses ayant-droits, c'est l'organisme de Sécurité Sociale qui reconnaît ou pas le lien entre la maladie et l'activité professionnelle.

### **2 - La présomption d'imputabilité**

Si un salarié, habituellement exposé à un risque pris en compte par un tableau, est victime d'une maladie qui remplit tous les critères exigés par ce tableau, cette maladie est présumée d'origine professionnelle. Le salarié n'a donc pas à prouver qu'il existe un lien entre cette maladie et son travail.

Pour remplir les critères exigés par un tableau, la maladie doit elle-même être inscrite à ce tableau et les conditions suivantes doivent être réunies :

- le délai entre la cessation d'exposition au risque supposé à l'origine de la maladie et la constatation de celle-ci n'excède pas le délai maximal, appelé délai de prise en charge, figurant dans le tableau considéré,
- la victime a été effectivement exposée à l'agent concerné pendant au moins la durée fixée, pour les tableaux qui prévoient une durée minimale d'exposition au risque,
- la victime exerce un travail l'exposant habituellement au risque visé par ce tableau, susceptible de causer la maladie ; une liste limitative de ces travaux est précisée pour certains tableaux.



Ce sont les tableaux des maladies professionnelles qui recensent les affections reconnues comme telles. Mais, sous certaines conditions, des maladies n'y figurant pas peuvent également être prises en charge

**Peuvent ainsi être reconnues d'origine professionnelle :**

- les maladies désignées dans un tableau de maladies professionnelles mais pour lesquelles une ou plusieurs conditions (tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux) ne sont pas remplies, lorsqu'il est établi qu'elles sont directement causées par le travail habituel de la victime ;
- les maladies non désignées dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elles sont essentiellement et directement causées par le travail habituel de la victime et qu'elles entraînent une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % ou sont à l'origine de son décès.

**Si la maladie n'est pas inscrite aux tableaux des maladies professionnelles**

Lorsqu'une maladie ne remplit pas toutes les conditions d'un tableau, voire n'apparaît dans aucun tableau, elle peut néanmoins être reconnue comme maladie professionnelle. C'est un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C.R.R.M.P.), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité entre maladie et travail habituel de la victime. Cet avis s'impose à la caisse primaire.

Le dossier, constitué par la caisse d'Assurance Maladie, doit comprendre (entre autres) un avis motivé du médecin du travail de l'entreprise de la victime et un rapport de son employeur permettant d'apprécier les conditions d'exposition au risque professionnel.

*NB : Pour les salariés relevant du régime général de la Sécurité Sociale, il existe aujourd'hui 112 tableaux annexés au code de la Sécurité Sociale.*

### **3 – Les modalités de la déclaration de maladie professionnelle**

**Au préalable il est à noter que l'employeur est soumis à certaines obligations :** *Tout employeur utilisant des procédés de travail susceptibles d'engendrer des maladies professionnelles doit se déclarer à sa caisse d'Assurance Maladie ainsi qu'à l'inspection du travail. Pour cela, il doit se référer aux tableaux des maladies professionnelles, qui précisent pour chaque type d'affection les conditions à remplir : liste des travaux concernés, durée d'exposition et délai de prise en charge. Cette déclaration permet aux caisses d'Assurance Maladie et aux inspecteurs du travail de vérifier que les mesures de prévention ont bien été mises en place.*

**a) La demande**

**Il appartient à la victime (ou à ses ayants-droits) qui sollicite la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie d'en faire elle-même la demande auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont elle dépend.**

**La demande sera effectuée par une déclaration, établie sur un formulaire-type disponible auprès des CPAM. Cette déclaration sera accompagnée du certificat médical descriptif de la maladie, établi par le médecin du choix du patient.**



**b) Le circuit de la demande**

La déclaration doit être envoyée à la CPAM dont dépend l'assuré.

La victime dispose de 2 ans, à compter de la date à laquelle elle est informée du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle, pour demander la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie. Ce délai de prescription, qui constitue un délai au-delà duquel la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ne peut plus être demandé, ne doit pas être confondu avec le délai de prise en charge inscrit dans les tableaux. Le délai de prise en charge est le délai maximal dans lequel la maladie peut être constatée après la cessation d'exposition au risque concerné par un tableau.

A réception de la déclaration, la caisse diligente une enquête médicale et administrative. Elle informe l'employeur, le médecin du travail et l'inspecteur du travail de cette déclaration.

A compter de la réception de la déclaration, la caisse d'Assurance Maladie dispose d'un délai de 3 mois pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel ou non de la maladie.

Si nécessaire, la caisse peut procéder à une enquête complémentaire. Ce délai est alors porté à 6 mois. Dans ce cas, elle doit en informer le demandeur avant l'expiration du délai de 3 mois dont elle dispose pour se prononcer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si la demande est soumise au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C.R.R.M.P), le délai imparti à ce comité pour rendre son avis s'impute sur les délais accordés à la Caisse. La saisine de ce comité ne prolonge donc pas le délai maximum de 6 mois dont dispose la caisse pour statuer sur une demande de reconnaissance de maladie professionnelle.

La décision de la caisse est notifiée à la victime par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et en cas de refus, un double de la notification est adressé à l'employeur pour information (R. 441-14 du code de la Sécurité sociale pour le régime général).

Toute notification de refus doit comporter mention des délais et voies de recours dont dispose la victime.

La reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie ouvre droit à différentes prestations pour la victime. Elle bénéficie d'une indemnisation de son incapacité permanente et, lorsque l'arrêt de travail est médicalement justifié, d'une indemnisation de son incapacité temporaire.



## 4 – Les différentes indemnisations ?

La victime bénéficiera d'une indemnisation en espèce au titre d'indemnités journalières pendant son arrêt de travail éventuel et ce jusqu'à la guérison ou la consolidation de son état et d'une indemnisation en nature destinée à prendre en charge les frais occasionnés par son état (prise en charge des frais médicaux, frais de transport éventuels...)

### Quelles formalités accomplir ?

En cas d'arrêt de travail, différentes formalités doivent être effectuées.

#### a) Les indemnités journalières : les formalités à accomplir par le salarié et par l'employeur

- ✓ Dès la prescription de l'arrêt de travail, le salarié doit adresser les volets 1 et 2 du certificat médical délivré par son médecin à sa caisse d'Assurance Maladie. Il doit conserver le volet 3 et adresser à son employeur le volet 4 « certificat d'arrêt de travail ». En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les démarches sont identiques.
- ✓ Dès la réception de l'avis d'arrêt de travail, l'employeur doit transmettre une attestation de salaire à la Caisse d'Assurance Maladie dont dépend le salarié. Lorsque ce dernier reprend son activité, vous devez établir une attestation identique, mentionnant la date de la reprise. Cette formalité peut être réalisée soit sur internet, si l'entreprise dispose d'un numéro SIRET, soit par courrier.
  - Par internet : se connecter sur le site net-entreprises, le site officiel des déclarations sociales, et s'inscrire au service en ligne "Attestation de salaire pour le versement des indemnités journalières".
  - Par courrier : il faut remplir et signer le formulaire "Attestation de salaire - Accident du travail ou maladie professionnelle" et l'adresser à la caisse d'Assurance Maladie dont dépend le salarié.

*NB : Le nouveau modèle du formulaire « certificat médical accident du travail », S6909c est enregistré sous le numéro CERFA 11138\*03. Les organismes d'assurance maladie le délivrent et les sites [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr) le mettent à disposition en tant que spécimen.*

Durant un arrêt de travail, le salarié perçoit en principe des indemnités journalières destinées à compenser la perte de revenu. Elles sont versées tous les quatorze jours, jusqu'à la date de consolidation ou de guérison. Le montant est calculé à partir de son salaire brut et varie au fil du temps, selon la durée de l'arrêt :

Lorsque le salarié est mensualisé, son indemnité journalière est calculée à partir du salaire brut du mois précédant son arrêt de travail. Ce salaire, divisé par 30,42, déterminera le salaire journalier de base.

Lorsqu'il exerce une activité de manière discontinue (saisonnier, intérimaire, V.R.P., ...), son indemnité journalière est calculée sur la base de ses salaires des douze mois antérieurs à l'arrêt de travail.

Dans tous les cas, le montant des indemnités journalières ne peut pas être supérieur au salaire journalier net. Au fil du temps, le montant des indemnités journalières évolue :



- durant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail, il sera égal à 60 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 187,89 euros (au 1<sup>er</sup> janvier 2014) ;
- à partir du 29<sup>ème</sup> jour d'arrêt, il est portée à 80 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 250,52 euros (au 1<sup>er</sup> janvier 2014) ;
- au-delà de trois mois d'arrêt, l'indemnité journalière peut être revalorisée à l'occasion d'augmentation générale des salaires.

Le montant de l'indemnité journalière est réduit de 0,5 % au titre de la Contribution au remboursement de la dette sociale (C.R.D.S.) et de 6,2 % au titre de la Contribution sociale généralisée (C.S.G.).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les indemnités journalières perçues au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant.

**À noter :** Lorsqu'un salarié est en arrêt de travail mais que la caisse n'a pas encore reconnu le caractère professionnel de sa maladie, ses indemnités journalières sont alors versées au titre de l'Assurance Maladie et calculées comme telles. Au moment de la reconnaissance de la maladie professionnelle, la caisse effectue une régularisation des indemnités journalières. Afin d'accélérer le traitement des dossiers, il est recommandé d'adresser également l'attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières maladie (formulaire n°S3201) en même temps que l'attestation de salaire « accident du travail/maladie professionnelle ».

#### **b) Les soins liés à une maladie professionnelle**

En cas de déclaration de maladie professionnelle, le salarié se voit délivrer par sa caisse d'Assurance Maladie une feuille d'accident qui lui permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % de l'ensemble des soins (médicaux, chirurgicaux, d'analyse ou de pharmacie) liés à sa maladie professionnelle, sur la base et dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

Le salarié n'a pas à faire d'avance des frais et ni du forfait Journalier en cas d'hospitalisation.

La participation forfaitaire de 1 € pour chaque acte ou consultation reste cependant à la charge du salarié.

#### **L'hospitalisation et les transports sanitaires couverts à 100 %**

- Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100 % ; le salarié ne paie pas le forfait journalier.
- Les transports sanitaires sont également pris en charge intégralement. En cas de trajets importants ou fréquents, ils doivent néanmoins faire l'objet d'une entente préalable.
- certains produits d'appareillage (fourniture, réparation et renouvellement inclus) peuvent être remboursés à **150%** (de la base de remboursement de la sécurité sociale) si ils sont médicalement justifiés et liés à la nécessité du traitement et s'ils sont inscrits sur la « Liste des produits et prestations » définie par le Code de la Sécurité sociale,. C'est notamment le cas des fauteuils



roulants, du petit appareillage orthopédique, des générateurs d'aérosol et des appareils électroniques correcteurs de surdité.

- Les prothèses dentaires sont prises en charge à hauteur de 150% de la base de remboursement de la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

**Attention :** les dépassements d'honoraires et les éventuels suppléments au-delà du tarif ou de 150% du tarif pour les produits d'appareillage et les prothèses dentaires ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

### **c) Les obligations du salarié durant l'arrêt de travail**

Le salarié peut être autorisé à s'absenter de son domicile durant son arrêt de travail. Si c'est le cas, il devra cependant être présent à son domicile de 9 h   11 h et de 14 h   16 h, sauf si des soins ou des examens médicaux sont programmés dans ces tranches horaires. Mais, par dérogation, son médecin peut autoriser les sorties libres. Dans tous les cas, votre salarié doit accepter de se soumettre aux contrôles organisés par sa caisse d'Assurance Maladie. Il doit également s'abstenir de toute activité non autorisée et ne pas séjourner en dehors de son département de résidence sans l'accord préalable de sa caisse d'Assurance Maladie

## **4 – Indemnisation de l'incapacité permanente**

**A compter de la consolidation de son état, la victime bénéficiera, en fonction de son taux d'incapacité, soit d'un capital soit d'une rente.**

**NB : Les indemnités versées par la caisse à la victime, tant au titre de l'indemnisation de l'incapacité temporaire qu'au titre de l'indemnisation de l'incapacité permanente, sont prises en compte pour le calcul des cotisations dues par l'employeur au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.**

### **a) Quelle indemnisation pour la victime ?**

Un salarié atteint d'une incapacité permanente due à une maladie professionnelle peut percevoir une indemnisation de sa caisse d'Assurance Maladie. Selon le taux d'incapacité, elle prend la forme d'un capital forfaitaire ou d'une rente dont le montant est calculé à partir de son salaire.

C'est le médecin conseil qui en évalue l'importance, en tenant compte de la nature de l'infirmité, de l'état général de l'intéressé, de son âge et de ses aptitudes et qualifications professionnelles, en fonction du barème indicatif d'invalidité pour les maladies professionnelles. Une fois que cette décision a été notifiée, l'intéressé(e) dispose de deux mois pour la contester auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité (T.C.I).

### **Taux inférieur à 10 % : versement d'un capital forfaitaire\***

Si le taux est inférieur à 10 %, le salarié a droit à une indemnité en capital dont le montant est forfaitaire et varie selon l'importance de l'incapacité.



Montant de l'indemnité en capital versée (au 1er avril 2013)

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1%	410,30 €
2%	666,88 €
3%	974,50 €
4%	1 538,07 €
5%	1 948,44 €
6%	2 409,90 €
7%	2 922,41 €
8%	3 486,62 €
9%	4 101,86 €

*\*Ce capital est versé en une seule fois, après expiration du délai de recours. Il est exonéré de la Contribution sociale généralisée (C.S.G.) et de la Contribution au remboursement de la dette sociale (C.R.D.S.) et n'est pas soumis à l'impôt sur le revenu.*

**Taux d'incapacité égal ou supérieur à 10 % : versement d'une rente**

Lorsque le taux est égal ou supérieur à 10 %, le salarié perçoit une rente. Elle est versée chaque trimestre si ce taux est compris entre 10 et 50 %, et chaque mois s'il est supérieur ou égal à 50 %. Dans les deux cas, elle est exonérée de la C.S.G. et de la C.R.D.S. et non soumise à l'impôt sur le revenu.

- **Si le taux est égal ou supérieur à 80 %** : la victime qui ne peut effectuer seule les actes de vie courante peut bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Cette prestation est modulée sur la base de forfaits fixés en fonction des besoins d'assistance de la victime.

**b) Le mode de calcul**

Le montant de la rente est calculé à partir du salaire des 12 mois précédant l'arrêt de travail. Il est égal au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de taux ne dépassant pas 50% et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50%.

Exemples :

- **en cas d'incapacité de 30%**, et pour un salaire de 18 000 euros : Taux de la rente =  $30 : 2 = 15\%$   
Montant annuel de la rente =  $18\ 000 \times 15\%$
- **en cas d'incapacité de 75%** : Taux de la rente =  $(50 : 2) + (25 \times 1,5) = 25 + 37,5 = 62,5\%$  Montant de la rente =  $18\ 000 \times 62,5\%$ .





**A noter** : le salaire annuel n'est pas toujours pris en compte dans son intégralité. Ainsi, s'il est supérieur au salaire minimum des rentes (soit 18 154,62 euros au 1<sup>er</sup> avril 2013), il sera retenu dans les proportions suivantes :

- jusqu'à deux fois le salaire minimum des rentes : il est compté intégralement.
- de deux à huit fois le salaire minimum des rentes : il est compté pour un tiers.
- au-delà de huit fois le salaire minimum des rentes : cette fraction est abandonnée

## **5 - Des dispositifs pour prévenir la désinsertion professionnelle**

### **a) Pendant l'arrêt de travail**

Le salarié peut accéder pendant son arrêt de travail à différents dispositifs d'aide au retour à l'emploi, sous réserve d'un avis médical favorable :

- il peut bénéficier d'une action d'accompagnement, d'une durée de 1 à 4 mois, destinée à élaborer un nouveau projet professionnel lui permettant d'envisager un autre métier dans son entreprise actuelle ou dans une autre.
- il peut effectuer un bilan de compétence afin de faire le point sur ses compétences, ses capacités et ses motivations avec pour objectif de définir un projet professionnel ou de formation.

### **b) Après l'arrêt de travail**

Après la période d'arrêt de travail, le salarié peut bénéficier d'une reprise à temps partiel ou d'un aménagement de son activité (en termes de rythme, de durée ou de charge). Prescrites par le médecin traitant, ces mesures sont soumises à l'accord du médecin conseil, puis mises en place par l'entreprise en lien avec la médecine du travail.

### **Sources :**

Site de la Sécurité Sociale : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

Santé et sécurité au travail : [www.inrs-mp.fr](http://www.inrs-mp.fr)

Code de la Sécurité Sociale : [www.legislation.gouv.fr](http://www.legislation.gouv.fr)