

Les maladies professionnelles (MP)

1. Les textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS) :

- Articles [L. 461-1](#) et suivants : dispositions concernant les maladies professionnelles.
- Article [L.413-13](#) relatif aux collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation.
- Article [L.431-2](#) relatif au délai de prescription des droits aux prestations AT/MP.
- Article [L. 441-5](#) relative à la « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ».
- Articles [R.441-8](#) et [R.441-9](#).
- Articles [R. 461-1](#) et suivants : dispositions concernant les maladies professionnelles.
- Article [L.161-31](#) relatif à la carte Vitale.
- Article [L.176-1](#) relatif au reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des AT-MP.
- Article [R. 174-4](#) : carte Vitale et demande de prise en charge.

Circulaire n° 122 du 15 novembre 1985 relative aux délais de transmission des informations de séjour en cas de demande de prise en charge (règle du délai de 45 jours).

Circulaire DSS/2A/DHOS/F3 n°2006-290 du 3 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du ticket modérateur forfaitaire dans les établissements de santé.

A noter : les dispositions des articles L.461-5 et R.461-5 sont reprises dans les articles L.751-7 et L.752-24, R.751-19 et R.751-30 du code rural.

2. Définition des maladies professionnelles

Conformément à l'article [L.461-1](#) du code de la sécurité sociale (CSS) : "*est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles [annexé au code de la sécurité sociale] et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau*". Les tableaux des maladies professionnelles sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales et sont accessibles sur le site de l'institut national de recherche et de sécurité (www.INRS.fr)

Si l'une ou plusieurs des conditions précitées ne sont pas remplies, la maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut toutefois être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut également être reconnue d'origine professionnelle, une maladie non désignée dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25% (article [R.461-8](#) du CSS).

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse d'assurance maladie reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (dernier alinéa de l'article [L.461-1](#) du CSS).

Le délai dont dispose le CRRMP pour donner son avis s'impute sur les délais réglementaires d'instruction ([R.441-14](#) du CSS).

3. Déclaration de maladie professionnelle

3.1. Qui déclare ?

Personnes concernées.

Toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, bénéficie de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP), et ce, dès son embauche.

L'assurance volontaire accorde aux personnes non couvertes par le système protecteur de la législation professionnelle la possibilité de s'assurer volontairement contre le risque des AT-MP.

Il appartient à la victime de déclarer la maladie professionnelle à la caisse primaire, même si elle a déjà transmis une lettre d'avis d'interruption de travail. Elle dispose à cet effet, conformément aux articles [L.461-5](#) et [R.461-5](#) du CSS, d'un délai de 15 jours à compter de la cessation du travail liée à la maladie déclarée, ou de 3 mois à compter de la date d'entrée en vigueur d'un nouveau tableau lorsque la maladie a été antérieurement constatée médicalement.

Ces délais n'étant pas assortis de sanctions, la victime dispose en fait du délai de prescription de 2 ans, prévu à l'article [L.431-2](#) du CSS, à compter notamment de la date à laquelle la victime a été informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle, cette date étant assimilée à la date de l'accident mentionnée à l'article [L.431-2](#) du CSS. (Voir en ce sens la Charte des AT/MP Fiche « Maladie professionnelle : Définitions, formalités, procédure »)

Le médecin (traitant, hospitalier, du travail...), constatant une maladie professionnelle, établit et remet au patient un "**certificat médical initial**" que la victime devra joindre à la "déclaration de maladie professionnelle" (imprimé national S6100), accompagnée de l'attestation de salaire le cas échéant et du certificat médical, qu'elle transmet à la caisse de sécurité sociale dont elle dépend.

Une suspicion de maladie professionnelle suffit pour enclencher les démarches. Il convient alors de rédiger un certificat médical, sans avoir à certifier son origine professionnelle. Les médecins hospitaliers ont un rôle capital dans ce dépistage. La non déclaration des maladies professionnelles qui auraient pu être reconnues a pour conséquence la non prise en charge des soins par la branche AT/MP. Ils le sont par la branche "maladie" et les patients ne bénéficient pas forcément d'une prise en charge à 100% de leurs frais d'hospitalisation ou de soins externes (cf. infra).

3.2. Instruction du dossier

La CPAM dispose d'un délai de 3 mois pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel ou non de la maladie, lequel délai est renouvelable une fois si un examen ou une enquête complémentaire est nécessaire (art [R.441-14](#) du CSS)

L'absence de réponse de la caisse à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais de 3 mois vaut reconnaissance implicite du caractère professionnel de la maladie.

A la réception de la déclaration de maladie professionnelle, la caisse remet systématiquement à la victime une "feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle" (référence S.6201) nécessaire à la prise en charge des soins. La feuille est valable pour la durée du traitement consécutif à la maladie, sous réserve que celle-ci soit reconnue.

Tableau des différentes dates importantes en maladies professionnelles.

Date de la première constatation médicale de la maladie	Date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle	Date de réception de la demande par la CPAM (DMP + certificat médical descriptif)	Date de fin de l'exposition au risque	Date d'entrée en vigueur des nouveaux tableaux (le lendemain de la publication au JO)
<p>Cette date sert :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ à vérifier les conditions relatives : <ul style="list-style-type: none"> ▪ au délai de prise en charge (art. L. 461-2, 5^e al.) : la 1^{re} constatation médicale doit intervenir dans le délai de prise en charge qui court à compter de la fin de l'exposition au risque. ▪ à la durée d'exposition au risque : cette condition, lorsqu'elle existe, doit être remplie lors de la 1^{re} constatation médicale de la maladie. ♦ à déterminer : <ul style="list-style-type: none"> ▪ le régime de prise en charge de la MP (art. D. 461-24 lorsqu'il s'agit d'une pneumoconiose). ▪ les règles d'imputation au compte spécial (*). 	<p>Cette date est assimilée à la date de l'accident (art. L. 461-1, 1^{er} al. et constitue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ la date administrative de la MP, ♦ le point de départ de l'indemnisation au titre du risque professionnel, ♦ un des points de départ de la prescription au sens de l'article L. 431-2, ♦ éventuellement la date de consolidation de la maladie (exemples : tableau 42 si l'audiométrie est antérieure, pathologies non évolutives ou non susceptibles d'amélioration,...). 	<p>Cette date constitue le point de départ du délai d'instruction (art. R. 441-10, circ. CNAMTS DRP n° 18/09 ENSM n° 21/99 du 20/05/1999).</p> <p>NB : les examens complémentaires prévus aux tableaux peuvent être adressés postérieurement, cependant les délais courent dès réception de la DMP et du CM descriptif.</p>	<p>Cette date constitue le point de départ du délai de prise en charge.</p> <p>Elle sert également à déterminer les règles d'imputation au compte employeur (*).</p>	<p>Cette date :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ constitue le point de départ de l'indemnisation lorsque la première constatation médicale est antérieure à celle-ci (art. L. 461-2, 4^e al. - Circ. CNAMTS DRP n° 19/00 ENSM n° 22/00 du 21/04/2000) ; ♦ sert également à déterminer les règles d'imputation au compte spécial (*).

(*) Application de l'art. 2 de l'arrêté du 16/10/1995 - cf. fiche "Tarification : le compte spécial des maladies professionnelles".

Source Charte des AT/MP Fiche « Dates importantes en MP »

4. La prise en charge des soins

Les victimes sont prises en charge à 100% pour les soins médicaux nécessaires et liés au traitement de la maladie professionnelle.

Cette prise en charge vaut à compter de la date du certificat faisant le lien entre la pathologie et une activité professionnelle, en pratique, la date du certificat médical initial.

En cas de non reconnaissance, les frais sont pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie selon les modalités habituelles.

Les victimes sont donc dispensées de la totalité des frais d'hospitalisation, y compris du forfait journalier hospitalier, et de consultations et soins externes. Elles ne sont pas non plus redevables du ticket modérateur forfaitaire (18 €) prévu par l'article [R.322-8](#) du CSS (cf. circulaire du 3 juillet 2006), pour les actes supérieurs à 91 €.

En revanche, les dispositions relatives à la participation forfaitaire de 1 € à la franchise annuelle (article [L.322-2](#) du CSS) leur sont applicables.

Les modalités de prise en charge par régime.

La plus grande partie des salariés est couverte par la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale.

Toutefois, à la différence des autres risques, le risque MP n'est pas pris en charge par tous les régimes de sécurité sociale.

REGIMES PRENANT EN CHARGE LE RISQUE "MP"	
01. Régime général.	Les salariés sont garantis par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont ils relèvent. Tout séjour lié à une maladie professionnelle doit faire l'objet d'une demande de prise en charge. Toutefois, certaines entreprises gèrent directement le risque MP ; dans ce cas, les frais de séjour leur sont facturés.
02. Mutualité sociale agricole.	
04. SNCF	Risque MP géré par la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (www.cprpsncf.fr/Maladies-professionnelles.367)
05. RATP	Risque MP géré par la Caisse de coordination aux assurances

	sociales de la RATP (www.unrs.fr/pages/commun/article.php?id_article=116)
06. IEG	Risque MP géré par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (www.cnieg.fr/index.php?id=9)
10. Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire	Le risque MP n'est pas garanti par ces régimes mais par le régime général.
12. Personnel de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris	
13. Personnel de la Caisse autonome nationale de Sécurité Sociale des mines.	
16. Régime du Port autonome de Bordeaux	

REGIMES NE PRENANT PAS EN CHARGE LE RISQUE MP	
03. Régime social des indépendants.	Les adhérents doivent donc souscrire une assurance privée.
06. Caisse générale de prévoyance des marins.	Le débiteur est déterminé par la caisse ; il peut être soit l'employeur soit la caisse.
07. Caisse autonome nationale de la Sécurité Sociale des mines.	La gestion du risque est assurée : - soit par l'employeur, pour les agents des entreprises nationalisées (houillères) ; - soit par les sociétés de secours minières dans les autres cas (potasse, fer, ardoisières...).
08. Caisse nationale militaire de Sécurité Sociale.	Les MP sont prises en charge : - soit par la Direction du Service de Santé des Armées pour les militaires de carrière ; - soit par la Caisse nationale militaire de Sécurité Sociale en tant qu'employeur.
09. Personnel de la Banque de France	Le risque MP est géré par l'employeur
14. Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale.	Le risque est géré par l'employeur
17. Caisse des Français à l'étranger.	Adhésion possible pour le risque MP.
90. Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC).	La CAVIMAC ne gère pas le risque MP. Aucune couverture n'est prévue Les dépenses afférentes sont donc prises en charge sur la base des remboursements "assurance maladie"
91 à 99. Sections Locales Interministérielles (SLI).	Les SLI ne gèrent pas le risque MP. Le risque est pris en charge soit directement par l'employeur, soit par la CPAM du domicile

5. Conditions de prise en charge des soins hospitaliers

Lorsque la maladie professionnelle pour laquelle un malade est admis à l'hôpital (ou reçu en consultations externes) **a été déclarée**, le malade le signale au service des admissions et doit lui présenter sa "feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle".

L'établissement doit ensuite adresser les informations de séjour correspondantes à sa caisse pivot, le passage en tarification à l'activité n'ayant pas supprimé cette obligation. Les informations de séjours doivent être renseignées avec soin et les retours de la caisse traités sans délais. Ces informations de séjour sont actuellement le seul moyen pour l'assurance maladie d'imputer sur le risque AT-MP les dépenses prises en charge à ce titre.

Lorsque la pathologie n'a pas encore été déclarée mais que le malade signale qu'elle est susceptible d'être d'origine professionnelle, le service d'admission doit demander au service de soins d'établir un certificat médical initial. Le service d'admission adresse ensuite une demande de prise en charge des soins hospitaliers au titre de l'assurance AT/MP, à la caisse gestionnaire dont relève la

victime via la caisse pivot, en joignant le certificat médical initial. Il en est de même lorsque l'origine professionnelle de la maladie est détectée au cours de l'hospitalisation, par le service dans lequel le malade est soigné.

Lorsque la maladie professionnelle est reconnue, l'établissement doit transmettre les informations de séjour correspondantes. A noter que la caisse pivot dispose d'un délai de 50 jours (45 jours + 5 jours à compter de la réception des demandes de prise en charge) pour faire parvenir aux hôpitaux les réponses des organismes gestionnaires. Au delà de ce délai, la prise en charge est considérée comme acquise, conformément au principe des accords tacites (cf. circulaire ministérielle n°122 du 15/11/1985).

Dans tous les cas, les services administratifs doivent recueillir avec exactitude l'état civil de la victime, son numéro d'immatriculation, la désignation de l'employeur et "toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler" (cf. article [R.441-9](#) du CSS).

Dans certains cas, des soins doivent être poursuivis après la consolidation. Les soins médicaux peuvent alors être pris en charge sous réserve qu'ils soient médicalement justifiés, définis et prescrits par le médecin traitant. Celui-ci doit établir un protocole de soins en concertation avec le médecin conseil de la caisse dont dépend la victime. En cas d'accord sur le protocole de soins, la caisse adresse à l'assuré une notification de l'accord de prise en charge des soins, pour la durée prévue par le protocole de soins.

Il peut aussi apparaître, après guérison ou consolidation, une aggravation ou une rechute nécessitant de nouveaux soins. Dans ce cas, l'assuré doit faire établir un certificat de rechute ou d'aggravation qu'il remet à sa caisse. **Celle-ci lui délivre une nouvelle "feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle" lui permettant d'être pris en charge à 100%.**