

Courrier Fédéral

Bulletin d'information du Secrétariat de la fnic-cgt

N°572
du 7 juillet 2017

DÉCLARER LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Imprimé par nos soins :
FNIC-CGT-263, rue de Paris
93514 Montreuil Cedex

♦ Tél. 01.55.82.68.88

♦ Fax. 01.55.82.69.15

<http://www.fnic-cgt.fr>

e-mail : contact@fnic-cgt.fr

Directeur de Publication :
Emmanuel LEPINE

ISSN : 0240 9259

N°CPPAP : 0318 S 06415

Bimestriel : 2,74 €



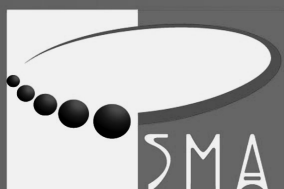
SOCIÉTÉ MÉRIC & ASSOCIÉS

**Pour comprendre,
anticiper, proposer**

**L'expert comptable
du CE**

**Pour bâtir
des alternatives**

www.mericassocies.com



PARIS 75013

58A, rue du Dessous des Berges

01 56 59 13 50

infoparis@mericassocies.com

VILLEURBANNE 69100

60, rue Racine

04 78 69 17 81

infoyon@mericassocies.com

◆ EDITO

MALADIE PROFESSIONNELLE ET ACCIDENT DE TRAVAIL, LA SOUFFRANCE AU NOM DU CAPITAL.

Nous avons choisi de faire du Courrier fédéral n°572 un dossier spécial sur la Santé au travail.

Il ne passe pas une journée sans que nous soyons confrontés au terrible constat, dans nos industries et services, de la souffrance physique et mentale des salariés. Une souffrance en constante augmentation, due uniquement à la recherche de rentabilité financière du monde capitaliste.

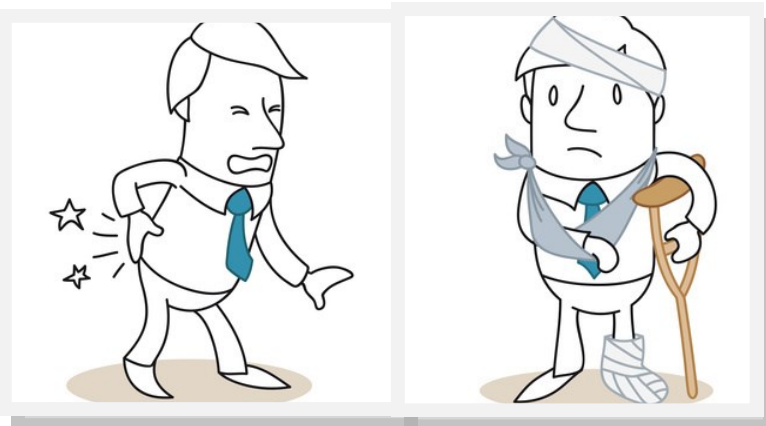
Peu importe que le prix à payer soit celui de la vie des salariés qui, malheureusement, la perdent en voulant la gagner.

Tout est bon, pour l'employeur, quand il s'agit de conditionner les esprits des salariés sur la chance qu'ils ont d'avoir un travail et, s'ils veulent le conserver, il ne faut pas de contestation, pas d'accident de travail, ni de maladie professionnelle.

Ce n'est pas ce qui compose le travail lui-même qui peut être tenu pour responsable de la détérioration de la santé et de la sécurité des salariés, mais bien ceux qui en établissent l'organisation et l'imposent sur leurs lieux d'exploitation.

Ce sont par exemple les horaires de travail atypiques, pour ne pas dire dangereux au vu de l'impact sur la vie des salariés : la récupération physique et physiologique n'est pas prise en compte, l'unique finalité est l'optimisation du temps de travail, et jamais l'altération de la santé des salariés n'est un souci pour le patronat.

Les accidents de travail et l'usure prématurée des organismes sont causés par la dégradation des conditions de travail, et la toujours plus forte pression des objectifs à atteindre, par l'absence d'investissements. Les moyens de production vétustes, le matériel non adapté, le manque de formation, la sous-traitance... conduisent à une perte de savoir-faire, à la résignation des salariés qui, pour atteindre les objectifs n'hésitent pas à utiliser jusqu'à l'extrême limite leur force de travail.



C'est bien connu, chaque employeur devant faire face à un accident du travail ou à une maladie professionnelle affirme que ce n'est pas son organisation du travail qui est responsable mais le manque d'attention et le non-respect des gestes et postures des salariés, ou le non-respect des « procédures ».

C'est dans l'optique d'apporter des réponses à nos camarades que nous avons écrit cette procédure de déclaration de maladie professionnelle afin de mettre toutes les chances du côté des salariés, qui auront face à eux un patron, une administration qui feront tout pour rejeter cette responsabilité sur eux.

Le seul responsable, qui a obligation de garantir la santé et la sécurité des salariés au travail, est bien l'EMPLOYEUR.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946 !

MÉDITER !

◆ PROCÉDURE DE DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Quelle procédure mettre en œuvre pour faire reconnaître sa maladie en maladie professionnelle.

Pour qu'une maladie soit reconnue « maladie professionnelle », le droit se fonde sur des critères **médicaux et administratifs** montrant que le salarié a bien travaillé dans les conditions requises pour cette reconnaissance.

IL S'AGIT D'UN VRAI PARCOURS DU COMBATTANT DONT IL NE FAUT RATER AUCUNE ÉTAPE, MAIS CELA N'EST PAS IMPOSSIBLE.

Pour faire face à la difficulté de se baser uniquement sur la notion de preuve, ou sur les seules constatations médicales, la Sécurité sociale a établi un certain nombre de **conditions médicales, techniques et administratives** qui doivent être remplies pour qu'une maladie puisse être légalement reconnue comme professionnelle et indemnisée comme telle.

Présomption d'origine

Toute affection qui répond à ces conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux est systématiquement présumée d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

Trois conditions dites « conditions principales » doivent être remplies pour qu'une maladie soit prise en charge au titre d'une maladie professionnelle indemnisable :

- La maladie doit être **inscrite sur un tableau**.

- L'intéressé doit avoir été **exposé au risque** : la **preuve** de cette exposition lui **incombe**.
- La maladie doit avoir été **constatée médicalement** : dans un certain délai, qui est prévu par les tableaux.

Le **point de départ de ce délai** se situe à la fin de l'exposition au risque.

Tout médecin est concerné par cette procédure.

Conformément au système prévu par les lois des :

↳ 25.10.1919 : qui étend aux **maladies d'origine professionnelle** la loi du 9-04-1898 sur les accidents du travail,

↳ 27.01.1993, permettant l'étude des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle, même si tous les critères ne sont pas réunis, ou que la maladie n'est pas inscrite dans les tableaux de référence,

une maladie peut être **reconnue maladie professionnelle** :

- a. Si elle figure sur l'un des **114 tableaux établis par la Sécurité sociale** (Loi 25/10/1919).
- b. Si elle ne figure pas sur l'un des tableaux en saisissant le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (Loi 27/01/1993).

La maladie est présente dans un des 114 tableaux

C'est la méthode la plus simple, si l'on respecte scrupuleusement la terminologie et l'orthographe des termes employés dans le tableau.

Du moment où un salarié est atteint d'une maladie répertoriée comme professionnelle dans l'un des **114 tableaux** et **qu'il remplit les conditions définies dans le tableau correspondant** :

- La responsabilité de l'employeur est automatiquement engagée,
- La victime n'a pas à prouver le lien entre la maladie et le travail : elle bénéficie de la présomption d'imputabilité.

Il peut être difficile de faire comprendre à son médecin traitant **l'obligation de respecter à la lettre les termes et l'orthographe qui sont dans le tableau en rapport à la maladie déclarée, mais c'est la condition unique et indispensable pour réussir cette étape.**

S'il est bien rédigé, **en remplissant toutes les conditions du tableau**, le certificat vous mettra en position de **présomption d'imputabilité** et ne nécessitera pas d'enquête complémentaire.

D'où l'importance d'utiliser la même terminologie que celle des tableaux, pour le médecin traitant.

I. LA STRUCTURE D'UN TABLEAU

Le tableau d'une maladie professionnelle **comporte 3 colonnes**.

La première colonne comporte :

- le nom de la maladie,
- les symptômes ou les lésions pathologiques.

La deuxième colonne mentionne :

- Le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la constatation de l'affectation et la date à laquelle le salarié a cessé d'être exposé au risque.

La troisième colonne indique :

- La liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie en question.

EXEMPLE : TABLEAU N° 57



Tableaux des maladies professionnelles

Guide d'accès et commentaires

Accueil

Liste des tableaux

Recherche par mots du tableau

Pathologie plan de classement

Maladies ou symptômes

Nuisances et agents

Travaux effectués

Choisir le régime

☒ Régime général

☐ Régime agricole

<< 70/116 >>



Régime général Tableau 57

Tableau équivalent dans l'autre régime

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

Date de création : décret du 2 novembre 1972

Dernière mise à jour : décret du 5 mai 2017

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Épaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
Rupture partielle ou transfixiante dze la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*)	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
- B - Coude		
Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination.
Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination.
Hygromas : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude.		Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude
- forme aiguë;	7 jours	
- forme chronique.	90 jours	
Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne confirmé par électroneuromyographie (EMG).	90 jours (sous réserve d'une durée d'exposition de 90 jours)	Travaux comportant habituellement des mouvements répétitifs et/ou des postures maintenues en flexion forcée. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.

- C - Poignet - Main et doigt		
Tendinite.	7 jours	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts.
Ténosynovite.	7 jours	
Syndrome du canal carpien.	30 jours	Travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main.
Syndrome de la loge de Guyon.	30 jours	
- D - Genou		
Compression du nerf sciatique poplité externe (SPE) (nerf fibulaire commun) au col du péroné (fibula) objectivée par ENMG	90 jours	Travaux comportant de manière habituelle une position prolongée en flexion forcée du genou, assis sur les talons ou accroupi.
Hygroma aigu du genou	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou.
Hygroma chronique du genou	90 jours	
Tendinite sous-quadricipitale objectivée par échographie Tendinopathie quadricipitale objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts en charge avec contraction répétées du quadriceps lors de la montée ou descente d'escalier, d'escabeau ou d'échelle.
Tendinite de la patte d'oie objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés du genou en flexion contre résistance.
Syndrome de la bandelette ilio-tibiale objectivée par échographie	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements rapides du genou en flexion extension lors des déplacements du corps.
- E - Cheville et pied		
Tendinopathie d'Achille objectivée par échographie (*) (*) l'IRM le cas échéant	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds.
(*) Ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM (**) Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.		

Mentions légales Tableau des maladies professionnelles. Guide d'accès et commentaires © INRS Contact / Accueil
Haut de page

II. COMPRENDRE LE FONCTIONNEMENT DES TABLEAUX

Sur les 3 conditions principales (voir page 4), la durée minimale d'exposition n'existe que pour quelques tableaux, voire pour quelques affections dans un même tableau.

La victime doit prouver qu'elle satisfait à chaque critère, mais du moment qu'elle s'est acquittée de cette obligation, elle bénéficie de la présomption d'imputabilité.

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
B – Coude Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination.
Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne confirmé par électroneuromyographie (EMG).	90 jours (sous réserve d'une durée d'exposition de 90 jours)	Travaux comportant habituellement des mouvements répétitifs et/ou des postures maintenues en flexion forcée. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.

III. MÉTHODE A SUIVRE

RESPECTER SCRUPULEUSEMENT L'ORDRE DE LA MÉTHODE QUE NOUS VOUS PROPOSONS.

PREMIÈRE ÉTAPE : CONSTITUTION DU DOSSIER

Commencer par regrouper les éléments de preuve en votre possession pour constituer votre dossier (le but est de démontrer que le salarié a été exposé au risque) :

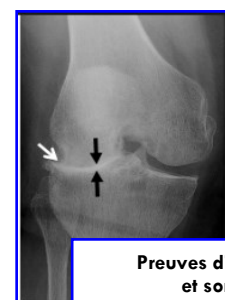
- Description du poste de travail occupé (fiche de poste et attestation de travail),
- Description factuelle de vos conditions de travail (à rédiger par la victime),
 - Contraintes physiques,
 - Contrainte temporelle (nombre de pièces par heure par exemple),
 - Description de l'organisation du travail (possibilité d'arrêt ou non),
- Imagerie médicale (Radio, Scanner, IRM, ...) et son compte rendu,
- Analyses médicales (de sang, de selle, d'urine, ...),
- Compte rendu d'hospitalisation suite à un accident/incident sur votre lieu de travail en lien avec l'affection,
- Témoignage de collègues, attestation CHSCT ou DP, voire extrait du registre d'infirmerie, s'il existe un service médical, en lien avec votre pathologie.

Certificat de travail à demander à l'employeur

Fiche de poste à demander à l'employeur

Attestation CHSCT sous responsabilité de ses membres

Témoignage sur Cerfa N° 11527*02



Preuves d'affection avec radio et son compte rendu

Il est préférable de remplir la demande de reconnaissance de maladie professionnelle avec votre médecin traitant. Le cas échéant, il pourrait contacter votre médecin du travail pour avoir plus de précision sur votre activité professionnelle.

Attention !

N'en dites pas trop, car le médecin qui vous suit dans l'entreprise n'est peut-être pas si impartial que cela, de plus, il sera vraisemblablement contacté par la CARSAT lors de l'étude de votre dossier.

UN MÉDECIN NE PEUT PAS REFUSER UNE CONSTATATION MÉDICALE (CODE DE LA DÉONTOLOGIE)

Attention, ne vous faites pas arrêter en maladie pour une affection d'origine professionnelle. Si l'arrêt est obligatoire, préférez une autre affection, si possible.

Si vous vous mettez en congé maladie pour des souffrances liées à vos conditions de travail, il vous sera difficile de revenir sur le caractère professionnel.

Votre employeur et les services de la CARSAT ne se gêneraient pas, lors de votre demande de reconnaissance de maladie professionnelle, d'en tirer des conclusions et d'affirmer que ce n'est pas en rapport avec vos conditions de travail, mais avec une défaillance de santé.



DEUXIÈME ÉTAPE : VALIDER LES CONDITIONS D'EXPOSITIONS.

Vérifier que la durée du travail effectuée est définie dans la colonne 2 du tableau « liste limitative (ou indicative) ».

Liste limitative / indicative

- **Liste limitative des travaux** : seuls les travaux effectués de façon normale et habituelle, mentionnés dans le tableau, seront pris en compte pour la reconnaissance en maladie professionnelle. Si votre patient a exercé un travail non mentionné, c'est le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) qui statuera.
- **Liste indicative des travaux** : un salarié exposé au risque mentionné par le tableau peut voir sa maladie reconnue, même si son activité professionnelle ne figure pas dans cette liste.

« De manière habituelle »

Cette expression recouvre aussi bien des notions de régularité d'exposition que de durées d'exposition.

Les preuves doivent apparaître dans :

- La déclaration détaillée de la victime,
- Le ou les témoignage (s) des collègue (s) de travail,
- Le certificat de travail,
- La ou les attestation (s) du CHSCT et ou des DP.

position et la première constatation médicale est dans la bonne fourchette.

Ne pas confondre avec le délai de prescription, ou temps pour faire valoir ses droits, qui est de 2 ans à partir de l'information de la victime par un certificat médical attestant d'un lien possible entre la maladie et le travail.

QUATRIÈME ÉTAPE : VÉRIFIER QUE VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE FIGURE BIEN DANS LA TROISIÈME COLONNE DU TABLEAU.

Votre métier ou votre activité doit figurer dans la troisième du tableau référentiel.

TROISIÈME ÉTAPE : LE DÉLAI DE PRISE EN CHARGE

Vérifier que le délai de prise en charge, lorsqu'il existe, est valable. C'est-à-dire que le temps maximal à ne pas dépasser entre la fin de l'ex-

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

Date de création : décret du 2 novembre 1972

Dernière mise à jour : décret du 5 mai 2017

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Épaule Rupture partielle ou transfixiante dze la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*)	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
(*) Ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM (**) Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.		

CINQUIÈME ÉTAPE : FAIRE CARACTÉRISER LA MALADIE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ, MÉDECIN TRAITANT, CHIRURGIEN, MÉDECIN DU TRAVAIL.

Après avoir regroupé les preuves ci-dessus, avoir vérifié les délais d'exposition et, le cas échéant, leur durée, et enfin que votre activité est bien couverte par les activités décrites dans la colonne 3,

transmettez votre dossier à votre médecin traitant pour qu'il puisse finaliser les Cerfa.

C'est-à-dire faites compléter les Cerfa N°11138*04 CM-PRE et N° 60-3950 :

- Constatation médicale datée et sur imprimé spécial, qui est un document officiel. Certificat médical initial (Cerfa N°11138*04 CM-PRE) + certificat médical manuscrit,
- Complétion du cerfa de demande de reconnaissance (cerfa N°60-3950),

avec le nom précis de la pathologie telle que définie dans la colonne « désignation des maladies » du tableau de référence.

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)
☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de reculte

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)
régime : ☐ général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :
numéro d'immatriculation :
nom de famille (de naissance, ou le cas échéant, de son épouse) :
prénoms :
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
code postal : ville : n° téléphone :
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence
(1) l'accès préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence
s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐ (voir notice ②)
date de l'accident ou de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle :
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non (2) ☐ (voir notice ②)
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur
nom, prénom ou dénomination sociale :
adresse :
n° téléphone :
courriel :
les renseignements médicaux
• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)
• conséquences
- soins (sans arrêt de travail) ☐ jusqu'au :
- arrêt de travail ☐ jusqu'au :
en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
et en chiffres :
sorties autorisées : oui ☐ à partir du : non ☐
(l'assuré(e) doit être présente) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ②
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non ☐ oui ☐ à partir du : (voir notice ②)
- prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ du : au :
(art. L. 433-1 du Code de la sécurité sociale. Voir notice ②)
- reprise de travail à temps complet le : (voir notice ②)
- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ②)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ②)
guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date :
guérison apparente avec possibilité de reculte ultérieure ☐ date :
consolidation avec séquelles ☐ date :
identification du praticien (nom et prénom) :
identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) :
identifiant : n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :
date : signature du praticien

CM-PRE S6999d

La loi 78-17 du 6-1-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quoiqu'en soit le cas, la base de données déclaratives est soumise à des contrôles financiers, d'analyse des dépenses et d'audit (art. 313-1, 441-1 et 441-4 du Code pénal, art. L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE
DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(articles L. 461-1, L. 461-5, R. 461-15, R. 461-2 et R. 461-28 du Code de la sécurité sociale)
LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS JOURS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS
SUIVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5^{ème} JOUR

Première demande : ☐ OUI ☐ NON ☐ si NON, date de la 1^{re} demande : Réservé CPAM

LA VICTIME
N° d'immatriculation :
À défaut, sexe :
Date de naissance :
Nom et prénom :
N° de carte d'identité :
Adresse : Nationalité : Française ☐ C.E.E. ☐ Autre ☐
Date d'embauche : Profession : Ancienneté dans le poste :
Qualification professionnelle :
LA NATURE DE LA MALADIE
Légitime (souligner), déclare être atteint(e) de (ou que la victime est atteinte de) :
Date de la 1^{re} constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail :
LE DERNIER EMPLOYEUR
Nom et prénom du raison sociale :
Adresse :
N° de téléphone :
Cos Huel :
ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
Adresse :
N° de téléphone :
Cos Huel :
N° SIRET de l'établissement :
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime :
LA DUREE DE L'EXPOSITION
Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)
Nom et adresse des employeurs du : au : Poste occupé :
(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

LES PIECES A JOINDRE
■ Certificat médical en double exemplaire
■ Attestation de salaire établie par le dernier employeur

LE DECLARANT (à compléter si le déclarant n'est pas la victime)
Nom et prénom :
Adresse :
Qualité :
Fait à : le : Signature :
DMP-LOAD 56100b

ATTENTION À L'ORTHOGRAPHE ET À LA TERMINOLOGIE !

Vous êtes arrivé au terme de la procédure de votre déclaration de maladie professionnelle et vous n'avez plus qu'à déposer votre dossier à votre caisse d'Assurance Maladie.

Après avoir fait tout ce travail digne du parcours du combattant vous disposez, après date et signature des Cerfa complétés par votre médecin traitant, de 15 jours pour le déposer.

Passé ce délai, vous n'aurez plus qu'à recommencer, alors en sortant de chez votre médecin, si vous faisiez un détour par la CPAM pour déposer votre dossier !

Conclusion :

1. Toute maladie qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives, c'est-à-dire :

- Nom de la maladie,
- Délai de prise en charge et durée d'exposition à l'agent concerné pour les tableaux qui le prévoient,
- Exercice d'un travail exposant le salarié au risque visé par le tableau.

Dans ce cas, la maladie est présumée d'origine professionnelle.

2. Si la maladie n'est pas inscrite dans un des 114 tableaux, la méthodologie est rigoureusement la même.

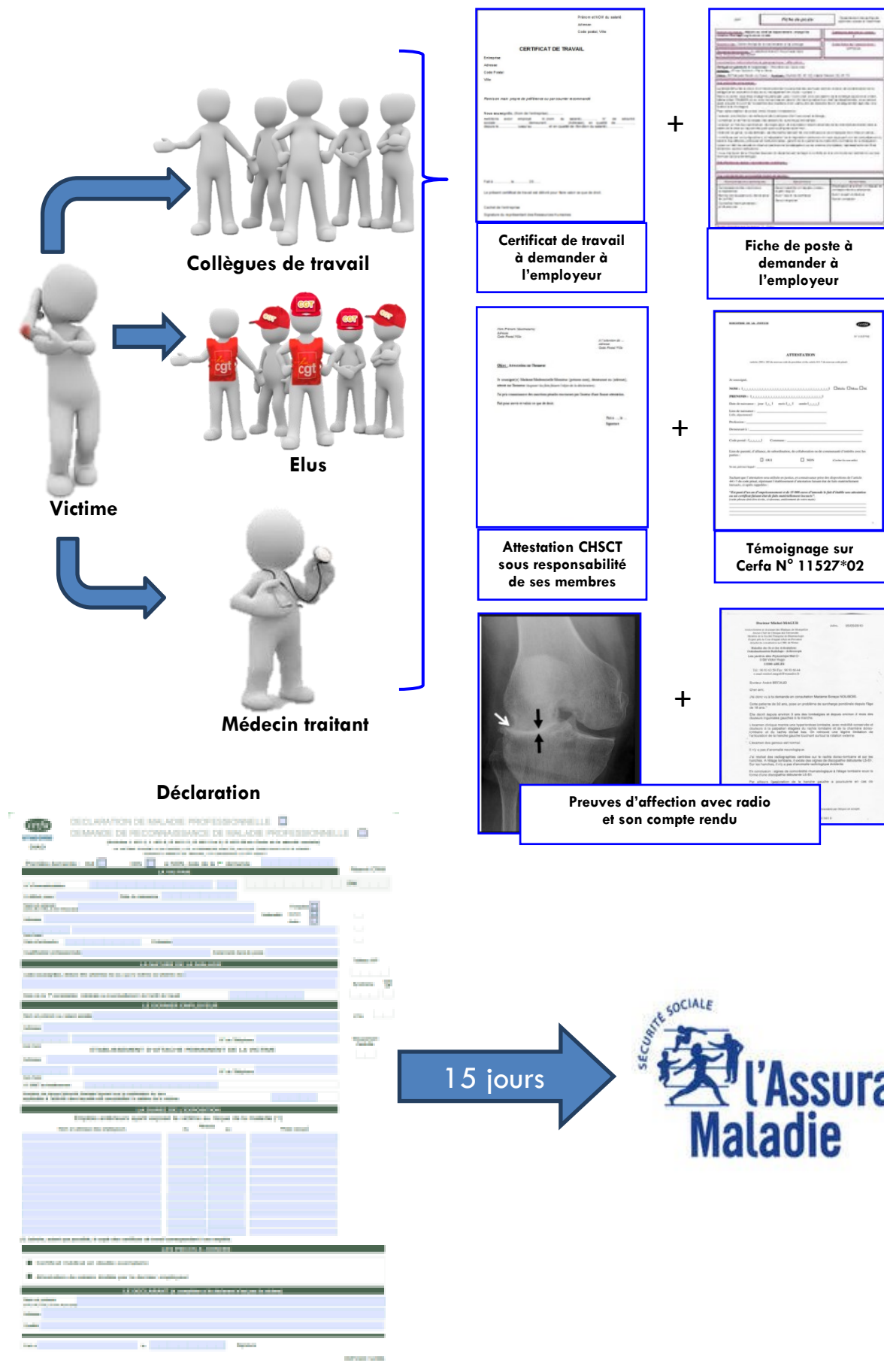
Cependant, deux restrictions, et pas les moindres, doivent être réunies. Il faut que celle-ci ait,

- soit entraîné la mort du travailleur,
- soit entraîné une incapacité permanente de 25 %.

3. Si la maladie est inscrite, mais que l'ensemble des critères ne sont pas réunis, la méthodologie va consister en un renforcement très important des éléments médicaux et administratifs pouvant permettre de mettre en avant que la pathologie est due à une tâche liée à l'activité professionnelle.

RÉSUMÉ

CONSTITUTION DU DOSSIER AVANT DE FAIRE REMPLIR LE CERFA DE DÉCLARATION PAR UN MÉDECIN.

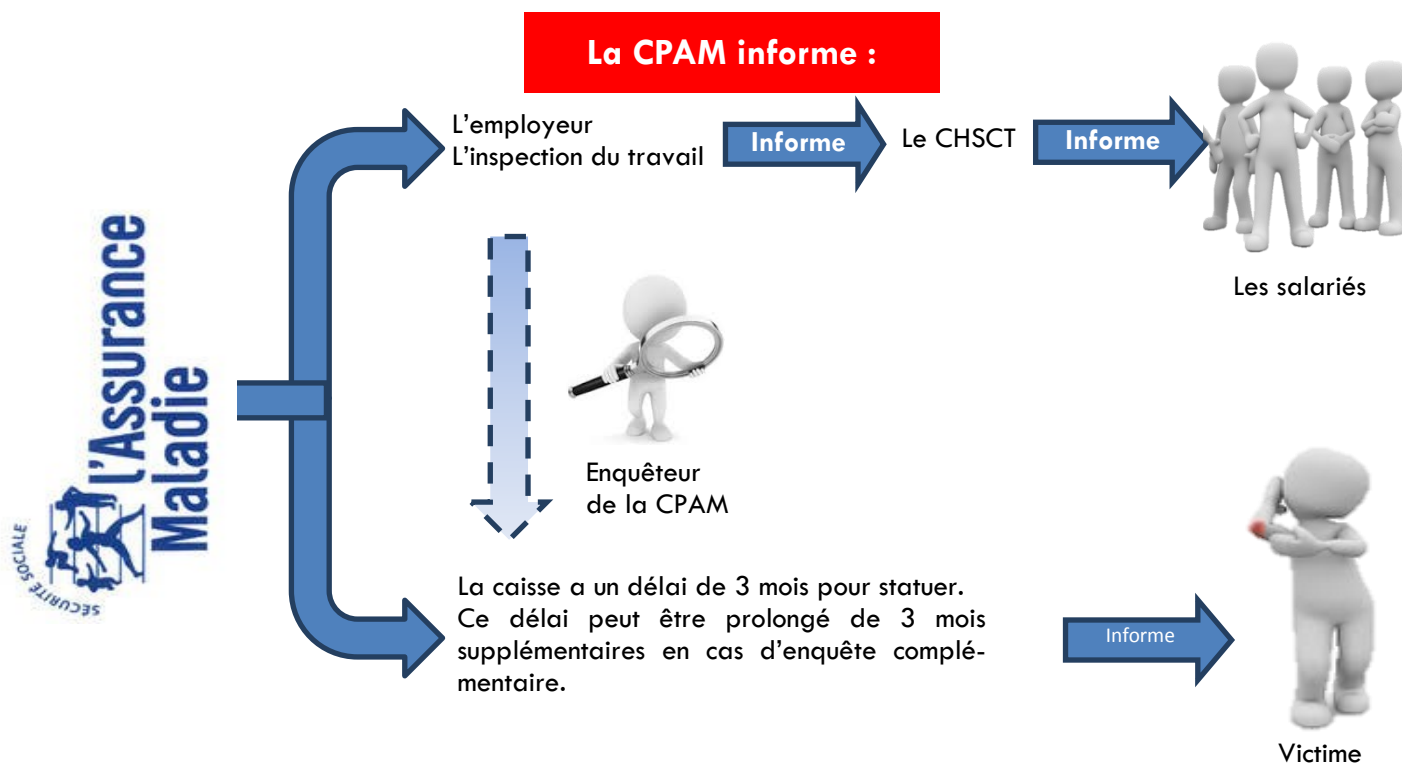


La CPAM ouvre systématiquement une enquête administrative et médicale dans le cadre d'une déclaration de maladie professionnelle.

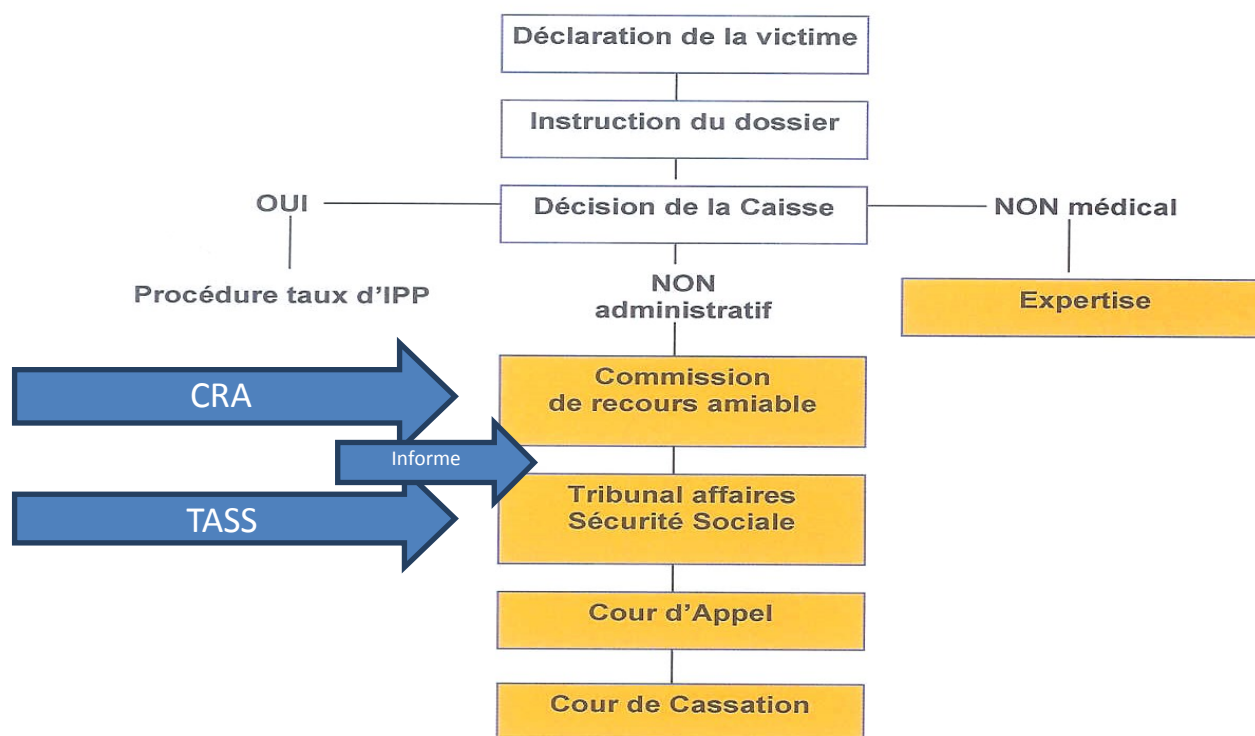
Un enquêteur peut être désigné pour rencontrer la victime, l'employeur, recueillir l'avis du médecin du travail, etc... Si des salariés d'une même entreprise travaillant sur un poste de travail

identique déclarent une maladie professionnelle au titre d'un même tableau, le dossier pourra être traité par questionnaires adressés à la victime et à l'employeur.

Ce n'est pas l'enquêteur qui prend la décision de reconnaissance, il transmet les informations recueillies au gestionnaire de la CPAM.



Procédure de reconnaissance



Après instruction du dossier (3 mois mini), la CPAM rend une décision

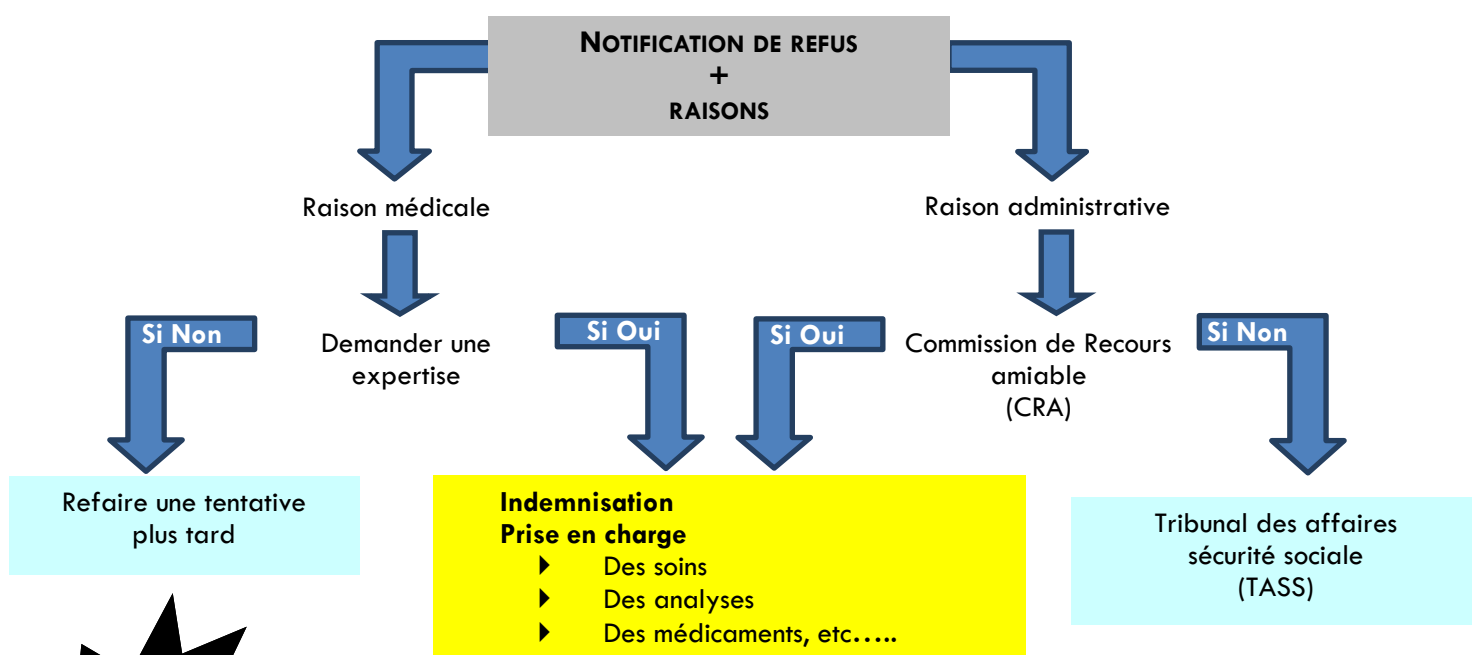
PREMIER CAS



- ↔ Indemnisation
- ↔ Prise en charge
 - Des soins
 - Des analyses
 - Des médicaments
 - Etc...



DEUXIÈME CAS



Bon à savoir

L'absence de réponse de la caisse au bout de 3 mois équivaut à un accord de la caisse. Toute décision de rejet de la maladie au titre des maladies professionnelles est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à la victime, et par lettre simple à l'employeur.

La déclaration en maladie professionnelle n'est pas toujours avantageuse

L'indemnisation en maladie professionnelle n'est possible que pour les salariés du secteur privé et de la fonction publique, la majorité des artisans et des professions indépendantes est exclue.

La **décision finale** de déclarer ou non une maladie professionnelle appartient au **patient**.

La **déclaration n'est pas toujours avantageuse** pour un salarié, en effet, il faut évaluer l'impact de la déclaration sur la reprise du travail.

Il faut savoir que la reconnaissance en maladie professionnelle est incompatible administrativement avec une demande ultérieure (pour le même problème de santé) d'**invalidité** dans le cadre de la maladie ordinaire.

Exemple d'une réparation de forme sévère de **troubles musculo-squelettiques**.

En cas de **licenciement** : la perte de salaire ne sera pas compensée.

L'attribution d'un **taux d'IPP** de 15 % (ce qui correspond à la moyenne nationale des TMS indemnisés avec séquelles) va entraîner l'allocation d'une rente annuelle qui s'élève à 7,5 % du salaire annuel brut.

Ainsi face à une forme sévère de TMS avec séquelles, il peut être préférable de demander une mise en invalidité après discussion avec le patient et le médecin conseil.

NOTRE EXPERTISE ACCOMPAGNE VOS NÉGOCIATIONS

60*

C'EST LE NOMBRE D'ANNÉES
D'EXPERTISE D'HUMANIS DANS
L'ACCOMPAGNEMENT
DES NÉGOCIATEURS

Qui a dit que vous étiez seul à vous engager pour la protection sociale des salariés ?

Les experts **Humanis** sont à vos côtés et vous conseillent dans la négociation et la mise en place d'accords d'entreprise et de branche en santé, prévoyance et épargne salariale. Acteur majeur de la négociation paritaire collective depuis 60 ans, le Groupe **Humanis** partage les mêmes valeurs et objectifs que vous : l'humain au cœur de la négociation pour le bien-être des salariés.

Contactez votre interlocuteur : **Catherine Jousse**
catherine.jousse@humanis.com

humanis.com

◆ PROCÉDURE DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL

En cas d'accident de travail (AT) ou de premiers soins.



QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ?

Selon l'article L.411-1 du Code de la Sécurité sociale « est considéré comme accident de travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu, par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou quelque lieu que ce soit, pour un employeur ou chef d'entreprise ».

Selon la jurisprudence, constitue un accident de travail un événement survenu à une date certaine par le fait ou à l'occasion du travail, dont il résulte une lésion corporelle ou un malaise, quelle que soit la date d'apparition de ceux-ci.

POURQUOI DÉCLARER UN ACCIDENT DE TRAVAIL (AT) ?

A. Sans déclaration, l'accident de travail (AT) est non reconnu comme tel par la Sécurité sociale, il se transforme donc automatiquement en un arrêt maladie.

Si l'accident n'est pas déclaré, les conséquences sont :

- ☐ Un transfert de la prise en charge, vers la caisse maladie au lieu de la caisse AT/MP. Pour mémoire, la caisse ATMP est financée quasi exclusivement par une cotisation patronale, à la différence de la caisse « maladie ».
- ☐ Le dossier est clos à la reprise du travail. Si incapacité de travail, pension jusqu'à 60 ans.
- ☐ Le remboursement des frais est celui de la Sécurité sociale.
- ☐ Les frais de soins (analyses, médicament, imagerie médicale ...) doivent être avancés par la victime.
- ☐ Un sérieux impact financier pour le salarié car les indemnités journalières sont celles de

la maladie et la compensation n'est effective que si elle est précisée dans la Convention collective à laquelle appartient le salarié. Sans cette compensation, la perte est de 50 % de la rémunération de base.

COMMENT EST CALCULÉE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL ?



Par exemple, pour deux enfants à charge : avec un salaire perçu de 2 000 € par mois les 3 mois précédant l'arrêt de travail, un salarié perçoit des IJ fixées à 32,87 € par jour (soit $2\,000 \times 3 / 91,25$ (coefficient sécu) = 65,75, puis $65,75 \times 50\% = 32,87$).

Par exemple, pour trois enfants à charge : avec un salaire perçu de 2 000 € par mois les 3 mois précédant l'arrêt de travail, un salarié perçoit des IJ fixées à 32,87 € par jour (soit $2\,000 \times 3 / 91,25 = 65,75$, puis $65,75 \times 50\% = 32,87$). À partir du 31^{ème} jour, le même salarié perçoit 43,83 € par jour (soit $2\,000 \times 3 / 91,25 = 65,75$, puis $65,75 \times (2/3) = 43,83$).

☐ L'accident de travail passe inaperçu : le risque demeure pour les autres car l'employeur ne mettra en œuvre aucune prévention.

☐ Ce sont les cotisations de l'Assurance Maladie, c'est-à-dire tous les salariés, qui serviront à réparer les dommages causés par l'employeur.

B. Quand l'accident de travail (AT) est reconnu par la Sécurité sociale :

- ☐ Les rechutes ou complications ultérieures sont prises en compte et traitées en AT. Elles peuvent donner lieu à rente à vie ou capital.
- ☐ L'accidenté n'a rien à déboursier tout au long du traitement. Prise en charge à 100 %. **Attention**, les dépassements d'honoraires ne peuvent être exigibles.

❑ Les indemnités journalières (IJ) sont plus importantes en AT qu'en arrêt maladie. Les 28 premiers jours elles sont de l'ordre de 60 % de votre rémunération et de 80 % à partir du 29^{ème} jour.

❑ L'employeur a l'obligation du maintien du salaire.

Par exemple, en cas d'arrêt d'un salarié ayant perçu 2 000 € brut le mois précédent, les indemnités journalières sont calculées ainsi : $2\,000 / 30,42 (\text{coefficient sécu}) \times 60\% = 39,44\text{ €}$ par jour. À partir du 29^{ème} jour d'arrêt, le montant serait le suivant : $2\,000 / 30,42 \times 80\% = 52,59\text{ €}$ par jour + compensation employeur, ce qui représente environ 100 % du salaire net.

❑ La réglementation pousse l'employeur à agir sur les causes de l'accident. Dans les faits il n'en est rien !

❑ Le taux de cotisation AT de l'employeur est calculé en fonction du nombre d'AT pris en compte par la Sécurité sociale.

❑ C'est la Caisse des AT, alimentée par les seules cotisations patronales qui doit payer, selon le principe casseurs/payeurs.

Plusieurs études, réalisées par la Sécu, indiquent que de très nombreux accidents de travail, voire de maladies professionnelles, pour ne pas être déclarés en tant que tels sont traités en maladie et donc imputés au régime général et non pas à la branche AT-MP. Ce qui est un vrai détournement de fonds orchestré par les employeurs, au préjudice de la branche Maladie. Et ce qui creuse un peu plus son déficit, et donne des arguments aux politiques contre notre système de protection sociale.

COMMENT DÉCLARER UN ACCIDENT DE TRAVAIL ?

L'accident de travail est celui qui intervient par le fait ou à l'occasion du travail y compris hors du temps et du lieu du travail (ex. : cantine, salle de repos, ...).

L'accident de travail peut également intervenir durant le trajet domicile-lieu de travail, dans certaines conditions.

L'accident de travail est un événement soudain et brutal qui cause un dommage à l'organisme.

❑ Rechercher immédiatement un ou plusieurs témoins.

❑ Signaler l'accident immédiatement à la hiérarchie ou à l'employeur. Selon l'article R441-2 de la Sécurité sociale. « la victime d'un acci-

dent est tenue d'effectuer la déclaration dans la journée ou l'accident s'est produit ou au plus tard dans les 24 heures ».

❑ Suivant la gravité :

► Se rendre, **accompagné d'un collègue de travail**, au poste de soins ou à l'infirmerie pour constat et premiers soins (s'il y a lieu).

► Se faire transporter au poste de soins pour constat et premiers soins. (si possible).

► Faire intervenir les services d'urgence, pompiers ou SAMU.

► Faire inscrire cet accident dans le registre d'accidents bénins (en cas d'appel aux services d'urgence, ce sont ces services qui établiront un rapport d'intervention). La victime doit être précise et factuelle, pas de tergiversations dans la description des circonstances de l'accident. Elle doit faire apparaître la soudaineté de l'événement et son imprévisibilité. Il est indispensable de signer le registre (si en état).

❑ Demander l'établissement du triptyque de déclaration d'accident (Cerfa N°11138*04 CM-PRE).

❑ Se rendre chez le médecin, sous 48 heures, pour faire établir un certificat médical indiquant, avec précision, la ou les lésions. Il faut qu'il y ait lésion pour que l'AT soit reconnu.

❑ Ne pas oublier de prévenir sa complémentaire santé, afin de garantir ses droits.

LA BRANCHE ACCIDENT DE TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE

L'accident de travail et la maladie professionnelle sont une branche à part entière de l'Assurance Maladie.

Dans le cas d'accidents de travail ou de maladies professionnelles, les employeurs voient leurs cotisations à cette caisse majorées. Ils peuvent être sommés d'effectuer les aménagements nécessaires pour éviter les récives ou les aggravations.

SEULS LES PATRONS COTISENT À CETTE CAISSE.

CONSTATS. Ils sont de plusieurs ordres :

De plus en plus d'accidents de travail ne sont pas pris en compte par la caisse AT-MP, aux motifs de défaillances dans la procédure de déclaration (soudaineté, imprévisibilité, absence de témoins ...).

Les accidents de travail et les maladies professionnelles sont presque systématiquement contestés par les employeurs. Cela peut être sur la procédure comme sur le doute émis sur la véracité de l'accident par la mise en cause des dires du salarié, et parfois même des témoins.

Tout est organisé par l'employeur pour ne pas déclarer l'accident de travail.

L'employeur n'hésite pas à mettre en place ce que nous pourrions appeler l'accord employeur/employé.

- Donner la possibilité au salarié victime d'un accident de travail de rester à la maison quelques jours en absences indemnisées ou lui proposer une petite prime à condition de ne pas déclarer ou ne pas « se mettre » en accident de travail.
- Donner la possibilité au salarié de venir travailler en poste dit « aménagé ». Ces postes n'apportent aucune évolution ou qualification au salarié et n'ont que la vertu de permettre de ne pas déclarer l'accident de travail.
- Et d'une manière générale, l'employeur peut instaurer des primes pour tout le personnel (une prime dite « de sécurité » par exemple) qui va dépendre du nombre d'accidents déclarés).

Cela va être de nature à inciter les collègues à peser sur la décision de la victime à déclarer son accident de travail, allant même jusqu'à l'autocensure, pour ne pas faire « tomber le tableau sécurité » et donc, ne pas faire supprimer la prime pour tout l'atelier, voire tout l'établissement.

Tous ces éléments ne servent que les intérêts de l'employeur, qui ne se soucie pas le moins du monde de l'état de santé du salarié.

Le salarié qui aura fait le choix d'entrer dans ce cercle infernal ne pourra plus faire reconnaître le préjudice de l'accident de travail en cas de récive, d'évolution, de séquelles...

Focus sur le « registre d'accidents bénins »

Ce registre est fondamental pour assurer le suivi des accidents dans l'entreprise, pour permettre la reconnaissance de ceux-ci et pour faire valoir ses droits plusieurs mois après un accident qui y a été enregistré.

Ce registre est à l'usage exclusif des salariés de l'établissement.

Il est remis par la CARSAT à l'entreprise en regard de plusieurs critères qui sont :

- ↳ le nombre de SST présents,
- ↳ le nombre de salariés,
- ↳ l'activité de l'entreprise,

La CARSAT peut à tout moment le retirer. Il est transmis en fin d'année à la CARSAT pour archivage.

Il peut être consulté à tout moment par les élus du CHSCT et les agents de la CARSAT.

Très souvent, les salariés ne font pas la distinction, bien aidés par les directions, entre le registre d'infirmerie, qui est en quelque sorte la main-courante de l'infirmerie, et ce registre CARSAT.

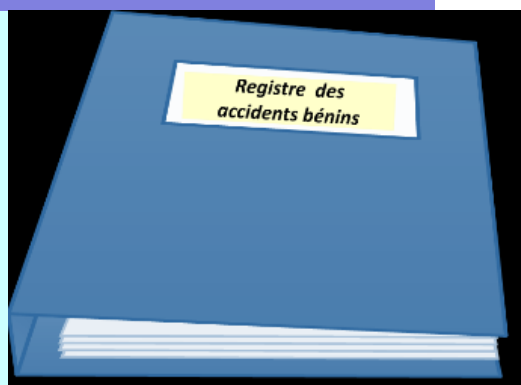
Le registre d'infirmerie sert à noter qui vient se faire soigner et pourquoi, il est donc ouvert à tous les salariés qui bossent dans l'entreprise, organiques et/ou sous-traitants.

Un sous-traitant qui se blesse dans l'entreprise se fera donc soigner dans le service de santé de celle-ci, mais devra prévenir son employeur dans les 24h et aller voir son médecin dans les 48h pour faire remplir le « tri-volet ou triptyque » nécessaire à la prise en charge de son AT.

En aucun cas le registre d'infirmerie ne permet de déclarer un AT ou d'en effectuer le suivi.

Il est évident que les salariés doivent déclarer tous les accidents de travail, qu'ils soient bénins ou importants. Ils devront alors affronter les pressions que leurs employeurs exerceront comme : appels téléphoniques répétitifs, menaces d'absence d'évolution de carrière, etc... Et en cas de pressions, le syndicat CGT a, bien entendu, un rôle à jouer pour garantir l'intérêt du salarié.

LA SANTÉ EST BIEN PLUS IMPORTANTE QUE LEUR PROFIT ET SURTOUT, ELLE N'A PAS DE PRIX.

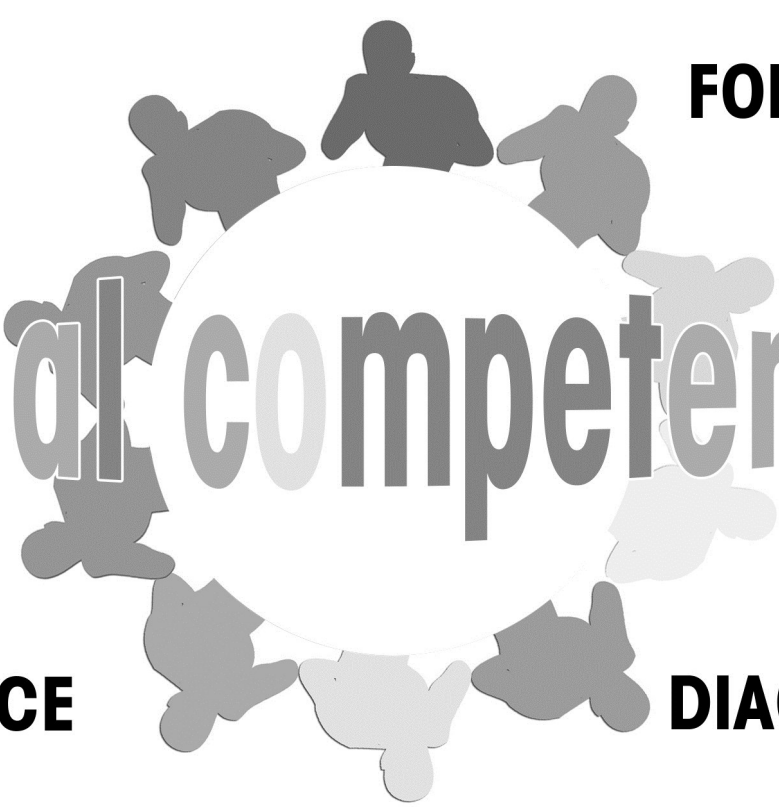




L'EXPERT-COMPTABLE DES COMITÉS D'ENTREPRISE

AUDIT

FORMATION



social competence

ASSISTANCE

DIAGNOSTIC

**CONSEIL EN GESTION
ET EN STRATÉGIE**

Fort d'un savoir faire auprès des comités d'entreprise, nous sommes compétents au regard des évolutions sociales, financières, juridiques et économiques constantes auxquelles les CE doivent faire face. Notre rôle de conseil, d'assistance et d'accompagnement vous permettra d'avoir toutes les cartes en main pour vous défendre.

DEPUIS PRÈS DE 30 ANS

SOFRAGECO

72 avenue Pasteur

93100 MONTREUIL

Tél. : 01-48-58-29-45

Fax : 01-48-58-79-94

sofrageco@sofrageco.eu

www.sofrageco.eu