

Janvier 2016

FICHE DE PROCÉDURE

La demande de reconnaissance de maladie professionnelle des ouvriers des parcs et ateliers (OPA)



LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES DES OUVRIERS DES PARCS ET ATELIERS (OPA)

SOMMAIRE

A – LA PROCEDURE.....	4
A 1- L'AGENT DEMANDE LA RECONNAISSANCE DE SA MALADIE PROFESSIONNELLE.....	4
A 2 – L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE PAR LE SERVICE.....	4
A 3 – LA SAISINE DU COMITÉ RÉGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CRRMP).....	6
A-4 – LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATION.....	6
B – LES SPÉCIFICITÉS DE GESTION.....	6
B 1 – LES CONGÉS POUR MALADIE PROFESSIONNELLE.....	6
B 2 – LA PROLONGATION DU CONGÉ POUR MALADIE PROFESSIONNELLE.....	8
B 3 – LA GESTION DES INDEMNITÉS POUR MALADIE PROFESSIONNELLE.....	8
ANNEXES.....	11

CADRE JURIDIQUE :

Décret n°72-154 du 24 février 1972 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'État mensualisés ;

Arrêté du 27 août 1974 modalités d'application du d. 72-154 du 24-02-1972 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'état mensualisés, affiliés à un regime spécial de retraite ;

Code de la sécurité sociale.

PREAMBULE :

En dehors des avantages qui sont actuellement consentis aux ouvriers affiliés au régime spécial de retraite au titre du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État, les ouvriers mensualisés ne peuvent bénéficier que des dispositions prévues par les législations sur les assurances sociales et les accidents du travail du Code de la sécurité sociale.

A – LA PROCÉDURE

A1 – L'AGENT DEMANDE LA RECONNAISSANCE DE SA MALADIE PROFESSIONNELLE

L'agent – actif ou retraité – adresse au service de ressources humaines de proximité de son administration :

- **une demande écrite** de reconnaissance du lien entre sa maladie et le service ;
- **tous les éléments de preuve** permettant de démontrer la réalité de la pathologie dont il souffre ainsi que tous ceux permettant d'attester que cette dernière peut être rattachée à son travail habituel (exemples : pièces médicales, témoignages, expertises, résultats d'analyses médicales...) ;
- un **certificat médical initial** signé de son médecin traitant (ou d'un médecin expert spécialiste de la pathologie) avec mention de la date de première constatation de la maladie. Ce certificat médical, délivré par le médecin ou le service hospitalier, doit prendre la forme du formulaire de la sécurité sociale référencé Cerfa N° 11138*03 ;
- une demande de bénéfice d'un congé pour maladie professionnelle dans le cas où il est temporairement inapte à l'exercice de ses fonctions.

Une fois la demande de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie faite par un agent, la procédure d'instruction du dossier se poursuit jusqu'à son terme y compris en cas de décès de l'intéressé.

Par ailleurs, les ayants droit d'un OPA décédé des suites d'une maladie peuvent faire la demande de reconnaissance du caractère professionnel de cette dernière.

A2 – L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE PAR LE SERVICE

Lorsqu'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle est déposée par un OPA, la consultation de la commission de réforme dédiée n'est pas obligatoire. Seule la consultation de l'expert agréé l'est. Comme la décision de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie incombe au service, il dispose toutefois de la possibilité de consulter cette instance pour les cas complexes afin de se faciliter l'instruction du dossier.

Le service de ressources humaines de proximité informe l'*assistant de prévention* ou le *conseiller de prévention* (AP/CP) et le médecin de prévention de chaque déclaration de maladie professionnelle. L'administration en informe aussi le *Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail* (CHSCT) compétent. Celui-ci procède obligatoirement à une enquête en cas de maladie professionnelle grave¹ ou présentant un caractère répété².

Pour mémoire, cette enquête doit, d'une part, permettre d'identifier les facteurs susceptibles d'être à l'origine de la maladie et les conditions d'exposition de l'agent à ces derniers, mais également de préconiser des actions correctives et préventives. L'AP/CP et le médecin de prévention doivent être, le plus possible, associés à cette enquête.

Par ailleurs, en l'absence d'enquête menée par le CHSCT, l'administration doit s'appuyer sur l'AP/CP. Celui-ci, en lien avec la hiérarchie de l'agent, le médecin de prévention et, le cas échéant, l'inspecteur santé et sécurité au travail, procède au recueil des éléments permettant ce repérage des causes potentielles, la compréhension des conditions d'exposition de l'agent et la formulation

1 ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées.

2 à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

de mesures préventives.

Il incombe à l'administration de statuer sur le dossier aussi elle doit, pour le faire de la façon la plus éclairée possible, pouvoir recueillir le maximum d'éléments dont :

- **Le rapport d'enquête élaboré par le CHSCT ;**
Ce rapport fait la synthèse des informations recueillies auprès de l'agent et son encadrement direct. Il porte donc plus sur l'identification des facteurs de risques auxquels auraient été exposé l'agent et les orientations en matière de mesures préventives.
- **Le rapport d'analyse de l'AP/CP (en l'absence de rapport du CHSCT) ;**
- **Le rapport du médecin de prévention (remis sous pli confidentiel) ;**
Au carrefour des connaissances sur le dossier, le médecin de prévention est un acteur ressource essentiel pour la procédure. Il possède, non seulement les connaissances médicales et a accès aux antécédents médicaux de l'agent, mais aussi la connaissance des conditions d'exercice du service de l'intéressé. Sans se substituer au médecin agréé, il est donc le plus à même de faire le lien entre les symptômes médicaux et l'exposition professionnelle.
Le médecin de prévention établit obligatoirement, sous pli confidentiel, un rapport médical qui sera adressé au médecin de la commission de réforme.
- **Le rapport d'un médecin agréé, expert de la pathologie.**

L'administration peut se dispenser de faire procéder à une expertise ou à une contre-visite lorsque le certificat médical fourni par l'agent émane d'un praticien hospitalier d'un établissement hospitalier public ou d'un médecin appartenant au personnel enseignant et hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire, même si ces médecins ne sont pas agréés.

Il convient de distinguer 3 cas :

- Pathologie portée dans un tableau de maladie professionnelle du régime général de la sécurité sociale (TMP-RG) ET en remplissant toutes les conditions

Il existe alors une présomption d'imputabilité de la pathologie au travail. Sans autres éléments lui permettant de l'infirmier, le service opte pour la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie et sa prise en charge.

Toutefois, si l'administration prouve, par une expertise médicale ou tout autre moyen, que l'affection est liée à des antécédents médicaux ou résulte d'une cause étrangère au travail, la maladie n'a pas à être reconnue comme contractée en service du fait de l'exercice des fonctions.

- Pathologie portée dans un TMP-RG mais dont une ou plusieurs conditions ne sont pas remplies

Dans ce cas, **la présomption d'imputabilité de la pathologie au travail n'existe pas**. La preuve de la relation entre la maladie et les conditions d'exercice des fonctions doit être apportée par l'agent.

Pour sa part, si le service prouve, par une expertise médicale ou tout autre moyen, que l'affection est liée à des antécédents médicaux ou à une cause étrangère au travail, la maladie n'a pas à être reconnue comme contractée en service du fait de l'exercice des fonctions.

- Pathologie non portée dans les TMP-RG (articles L461-1 et R461-8 du Code de la sécurité sociale) :

**Pour que la maladie soit reconnue comme d'origine professionnelle, il faut dans ce cas :
– que l'agent prouve la relation entre la maladie et les conditions d'exercice des fonctions (car la présomption d'imputabilité n'existe pas) ;**

- ET que la maladie ait entraîné soit le décès de l'agent soit un taux d'incapacité permanente d'au moins 25%.

Si dans le 1^{er} cas l'administration prend directement sa décision, dans les deux suivants (maladie portée dans un TMP-RG mais dont une ou plusieurs conditions ne sont pas remplies ou maladie hors TMP-RG) elle saisit préalablement obligatoirement le *Comité Régional de reconnaissance des Maladies Professionnelles* (CRRMP).

A3 – LA SAISINE DU COMITÉ RÉGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CRRMP)

L'administration saisit obligatoirement le CRRMP sur la base d'un dossier qu'elle lui transmet.

Le dossier, constitué par le service, **doit comprendre** :

- **la demande motivée de reconnaissance signée par l'agent et un questionnaire type rempli par le médecin de son choix ;**
- **un avis motivé du médecin de prévention (rapport médical se prononçant sur la relation entre l'affection et l'exposition au risque) ;**
- **un rapport circonstancié de l'administration décrivant notamment chaque poste de travail de l'agent depuis son entrée dans le service et permettant d'apprécier les conditions de son exposition à un risque professionnel (enquêtes administratives effectuées par le service ou par son CHSCT);**
- **un rapport d'expertise établi par un médecin agréé.**

Le dossier est rapporté devant le CRRMP par le médecin agréé de l'administration (art. D461-36 Al. 1 du Code de la sécurité sociale).

Le CRRMP entend obligatoirement l'AP/CP (art. D461-36 Al. 3 du Code de la Sécurité sociale).

Le CRRMP rend un avis motivé dans les quatre mois à compter de sa saisine. Ce délai peut éventuellement être prolongé de deux mois supplémentaires en cas de nécessité d'examen ou enquête complémentaire (art. D461-35 du Code de la sécurité sociale).

A 4 – LA DÉCISION DE L'ADMINISTRATION

La décision de reconnaissance ou non d'une maladie professionnelle incombe toujours à l'administration. Cette décision fait toujours l'objet d'une notification à l'agent.

Cette notification est faite par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR).

En cas de décision de non prise en charge de la maladie, l'administration motive obligatoirement son refus à l'agent. Elle doit, par ailleurs, lui préciser que cette décision est susceptible de recours devant le *Tribunal des affaires de sécurité sociale* (TASS) dans un délai de 2 mois à compter de la notification.

B – LES SPÉCIFICITÉS DE GESTION

B 1 – LES CONGÉS POUR MALADIE PROFESSIONNELLE

L'agent en activité bénéficie, en cas de maladie professionnelle, d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès.

A l'issue de ce congé, l'agent produit à son administration un certificat médical qui peut être :

- **un certificat médical final de guérison** (avec retour à l'état antérieur).

Il y a reprise des fonctions et fin de la prise en charge par l'administration des dépenses liées à la

maladie mais, en cas de rechute, il existe la possibilité d'une nouvelle prise en charge, après examen et nouvelle instruction du dossier.

- **un certificat médical final de consolidation** (avec séquelles).

Il y a également reprise des fonctions et, en cas de rechute, il existe la possibilité d'une nouvelle prise en charge, après examen et nouvelle instruction du dossier par l'administration.

Par ailleurs, si les séquelles justifient un taux d'incapacité permanente, l'agent peut avoir droit à une **indemnité en capital** ou une **rente d'incapacité permanente**. Il en fait la demande au service qui saisit un expert agréé. Le taux d'invalidité étant fixé à la date de consolidation, plus l'expertise est réalisée rapidement, plus elle est adaptée à la réalité de l'état de santé de l'agent.

Le service doit interroger l'expert sur :

- la nature de l'invalidité
- son imputabilité au service
- son caractère de permanence
- le pourcentage intrinsèque de chaque infirmité à la date de consolidation
- l'aptitude de l'agent à reprendre ses fonctions

Important : plus les questions posées par l'administration sont précises et claires, meilleures sont les chances d'obtenir des réponses adaptées, pertinentes, complètes et de nature à faciliter l'instruction du dossier.

Si l'expert conclut à un taux d'incapacité permanente inférieur à 10 %, l'agent aura droit à une indemnité en capital.

Si l'expert conclut à un taux d'incapacité permanente supérieure ou égale à 10 %, l'agent aura droit à une rente d'incapacité permanente. Le service saisit alors la commission de fixation des rentes pour recueillir son avis sur :

- les droits de la victime ou de ses ayants droits à une rente pour maladie professionnelle
- le taux et le montant de la-dite rente

L'avis pris par la commission de fixation des rentes est porté à son procès-verbal et fait l'objet d'une décision ministérielle d'indemnisation qu'il appartiendra au service de prendre. Cette décision est notifiée à l'agent par LRAR et doit lui préciser qu'il peut la contester devant le TASS compétent dans un délai de 2 mois à compter de la date de notification.

Si l'agent demande une prolongation de son arrêt de travail (avec un certificat médical de prolongation à l'appui de sa demande), une nouvelle expertise doit être faite. Toutes les questions doivent alors être posées à l'expert :

L'agent doit-il :

- être maintenu en congé pour maladie professionnelle ?
- être déclaré guéri ?
- être déclaré consolidé et quelle est la date de consolidation ? Si oui, son état justifie-t-il un taux d'incapacité permanente et lequel ?
- être déclaré inapte à exercer ses fonctions ?
- ou bien déclaré inapte à toute fonction ?

il incombe au service de rendre ensuite une décision.

- **certificat médical d'inaptitude définitive à ses fonctions :**

L'agent est reconnu définitivement inapte à ses fonctions et non à toute fonction : un aménagement de poste est possible (cf. article 25 du décret n°65-382 du 21 mai 1965 modifié « *les ouvriers rendus inaptes à l'exercice de leur profession à la suite d'un accident du travail³ et donnant satisfaction dans un autre emploi conservent leur classement antérieur* ». Ainsi, l'agent peut être « reclassé » dans un autre emploi, tout en gardant sa qualification d'OPA.

3 Est également applicable aux maladies professionnelles.

– certificat médical d'inaptitude définitive à toutes fonctions :

Soit l'agent est en droit de faire valoir son droit à la retraite : une procédure de radiation des contrôles pourra alors être engagée, avec avis **obligatoire** de la commission de réforme des OPA.

Soit l'agent n'a pas encore atteint la limite d'âge de son emploi : une procédure de radiation des contrôles pourra alors être engagée, avec avis de la commission de réforme des OPA et il pourra être mis en retraite pour invalidité.

B2 – LA PROLONGATION DU CONGÉ POUR MALADIE PROFESSIONNELLE

En principe, lorsqu'une décision de reconnaissance d'une maladie professionnelle est prise par le service, celui-ci doit saisir un expert agréé de toute demande de prolongation du congé pour maladie professionnelle afin de :

- contrôler la pertinence de la prolongation de l'arrêt ;
- vérifier que les causes de la prolongation d'un arrêt sont toujours en relation avec la maladie reconnue imputable au service ;
- éventuellement prévoir la date de reprise d'activité de l'agent.

En effet, lorsqu'un OPA adresse un certificat médical de prolongation, le service doit immédiatement saisir un expert afin de le questionner sur la situation de l'agent :

- l'arrêt de travail relève-t-il bien de la maladie professionnelle ?
- y a-t-il une possibilité d'envisager une reprise à l'issue de l'arrêt en cours ?
- si l'agent peut reprendre :
 - est-il guéri ? consolidé ? a-t-il des séquelles ? Etc.
 - ou doit-on s'attendre à une prolongation ?
 - Est-on amené à envisager une reprise avec aménagement de poste ? Une inaptitude définitive à toute fonction ?

Ce suivi et ces expertises, au fur et à mesure des demandes de prolongation, permettent de suivre l'évolution de l'état de santé de l'agent et d'anticiper sur les mesures à venir.

B3 – LA GESTION DES INDEMNITÉS POUR MALADIE PROFESSIONNELLE

Le salaire est maintenu pendant les 3 premiers mois (salaire forfaitaire de base + primes mensuelles d'ancienneté et de rendement + heures supplémentaires sur la base des sommes versées au cours des 3 derniers mois ayant précédé l'arrêt de travail + les avantages familiaux et SFT...).

À partir du quatrième mois consécutif de congé pour maladie professionnelle, des indemnités journalières sont versées et sont égales à 80 % du salaire journalier de base. Ces indemnités journalières sont payées par l'administration au titre de la sécurité sociale.

Le salaire est maintenu pendant les trois premiers mois. À partir du quatrième mois consécutif de congé pour maladie professionnelle, des indemnités journalières sont versées et égales à 80 % du salaire journalier de base. Ces indemnités journalières sont payées par l'administration au titre de la sécurité sociale.

Salaire plein traitement :

- salaire de base
- prime d'ancienneté
- prime de rendement
- heures supplémentaires (sur la base moyenne des sommes versées à ce titre au cours des trois mois ayant précédé l'arrêt de travail)
- complément de prime de rendement
- prime de métier
- prime d'expérience
- prime de qualification
- indemnité de sujétion horaires

À partir du quatrième mois :

- salaire de base (80%)
- prime d'ancienneté (80%)
- prime de rendement (80%)
- heures supplémentaires (80%)
- complément de prime de rendement (80%)
- prime de métier (80%)
- prime d'expérience (80%)
- prime de qualification (80%)
- indemnité de sujétion horaires (80%)

En cas de rechute :

Les 28 premiers jours :

- salaire de base (60%)
- prime d'ancienneté (60%)
- prime de rendement (60%)
- heures supplémentaires (60%)
- complément de prime de rendement (60%)
- prime de métier (60%)
- prime d'expérience (60%)
- prime de qualification (60%)
- indemnité de sujétion horaires (60%)

À partir du 29e jour :

- salaire de base (80%)
- prime d'ancienneté (80%)
- prime de rendement (80%)
- heures supplémentaires (80%)
- complément de prime de rendement (80%)
- prime de métier (80%)
- prime d'expérience (80%)
- prime de qualification (80%)
- indemnité de sujétion horaires (80%)

Prise en charge des soins :

Cette prise en charge est assurée par le service. Les honoraires médicaux et frais pris en charge sont ceux directement entraînés par la maladie mais l'administration effectue dans tous les cas, à la fois la vérification matérielle des dépenses et l'examen de leur utilité.

La législation sur les maladies professionnelles prévoit la prise en charge intégrale des dépenses nécessaires au traitement dans la limite des tarifs de remboursement pratiqués par l'assurance maladie. Par ailleurs, en application de l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, le forfait hospitalier est pris en charge par l'administration en cas de maladie professionnelle.

Les dépassements d'honoraires (c'est-à-dire lorsque les prix pratiqués sont supérieurs aux tarifs conventionnés fixés pour chaque acte médical par la sécurité sociale) ne sont en revanche pas pris en charge ni les dépenses complémentaires.

Exemple : un supplément de chambre individuelle ne sera pas pris en charge par l'administration.

Si l'agent décède des suites de sa maladie professionnelle, la pension de réversion peut être majorée. Les frais funéraires sont pris en charge dans la limite des frais exposés et sans que leur montant puisse excéder le maximum fixé par la réglementation prévue en matière d'accident de travail. Les ayants droit peuvent également percevoir la rente d'ayant droit prévue à l'article L 434-7 du code de la sécurité sociale.

ANNEXES

Annexe 1 : Les tableaux de maladies professionnelles

Conformément à la loi du 25 octobre 1919, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales. Leur actualisation est assurée par la *commission spécialisée du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels* (CSPRP) dans le cadre d'un programme de travail annuel ou bi-annuel.

Ces tableaux respectent toujours la même forme et comportent trois colonnes :

- colonne 1 : **Désignation de la maladie**. Cette colonne peut comprendre des précisions sur l'agent nocif et des éléments relatifs au diagnostic ;
- colonne 2 : **Délai de prise en charge**. S'y trouve également portée, si nécessaire, la **durée d'exposition** ;
- colonne 3 : Liste indicative ou limitative de **travaux** susceptibles de provoquer la maladie.

Lien utile : www.inrs-mp.fr

ACTEURS OU INSTANCES	ROLES OU COMPETENCES	REFERENCES
Les médecins agréés	<p>Les médecins agréés sont des médecins généralistes ou spécialistes que l'administration désigne pour siéger aux comités médicaux ou qui sont chargés par elle ou par les comités médicaux et commissions de réforme d'effectuer les contre-visites et expertises.</p> <p>Le médecin agréé va procéder à l'expertise médicale de l'agent et donner un avis, à savoir si la maladie est une maladie professionnelle ou non.</p> <p>Le médecin agréé procède également à une expertise médicale lorsque l'agent demande une prolongation de son arrêt maladie.</p>	Articles 1, 2, 3 et 4 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.
Les médecins de prévention	Ils remettent obligatoirement un rapport écrit en cas de maladie contractée dans l'exercice des fonctions, de congé de maladie attribué d'office et en cas de réadaptation à l'emploi ou de reclassement dans un autre emploi.	Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.
Le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)	<p>Pour les maladies ne répondant pas aux critères des tableaux, il existe un système complémentaire de reconnaissance depuis 1993, le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), basé sur la démonstration d'un lien de causalité entre la pathologie et l'activité professionnelle (plus de présomption d'origine ou d'imputabilité).</p> <p>Il permet la prise en charge au cas par cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de pathologies inscrites aux tableaux mais ne répondant pas à tous les critères (durée d'exposition, délai de prise en charge, exposition professionnelle non décrite dans la liste limitative des travaux) • de maladies ne figurant pas aux tableaux mais dont le taux d'incapacité permanente (IP) pressentie est au moins égale à 25% ou ayant entraîné le décès du patient. 	

OPA : Procédure de demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle



