

Les maladies professionnelles

Votre patient est atteint d'une maladie qui pourrait être d'origine professionnelle ? Consultez toutes les informations nécessaires à l'accomplissement des formalités.

Les maladies professionnelles

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.

Une affection peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au code de la sécurité sociale. L'intéressé doit prouver son exposition au risque. Auquel cas, toute affection répondant aux conditions du tableau est présumée d'origine professionnelle. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales.

Chaque tableau comporte :

- la description de la maladie ;
- le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie ;
- les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause ;
- et, pour certaines affections, la durée d'exposition au risque.

Et les maladies "hors tableaux" ?

Lorsqu'une affection 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 (CRRMP), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité entre la maladie et le travail habituel de la victime. Cet avis s'impose à l'organisme de sécurité sociale.

Constitué par la caisse d'Assurance Maladie, le dossier comprend, notamment, un avis motivé du médecin du travail de l'entreprise de la victime et un rapport de l'employeur, permettant d'apprécier les conditions d'exposition de cette dernière au risque professionnel.

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.

Établir le certificat médical initial

Lorsque l'un de vos patients est potentiellement atteint d'une maladie professionnelle, votre certificat médical constitue un des documents de référence de toute la procédure.

Lorsqu'un patient vous consulte suite à une possible maladie professionnelle, vous devez établir un certificat médical initial (S6909a) précisant la date de première constatation médicale. C'est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin (certificat médical, examens complémentaires, lettre entre médecins, compte rendu de consultation...) même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

Dans la rubrique « Les renseignements médicaux » du formulaire, décrivez avec précision l'état de la victime et la nature de la maladie professionnelle. Cochez la case « soins jusqu'au » et indiquez la durée des soins.

En cas d'arrêt de travail

Si l'état du patient impose qu'il soit arrêté, mentionnez la date de fin de l'arrêt et les éventuelles sorties autorisées (de 9h à 11h et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux).

Vous pouvez autoriser des sorties sans restriction d'horaire si vous le justifiez par des éléments d'ordre médical, sur le volet de l'avis d'arrêt de travail destiné à sa caisse d'Assurance Maladie.

Le patient doit respecter ces heures de présence à son domicile pendant toute la durée de son arrêt de travail, y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

Pour séjourner en dehors de son département, il doit obtenir un accord préalable de sa caisse d'Assurance Maladie.

En pratique ?

Les volets 1 et 2 doivent être adressés à la caisse d'Assurance Maladie, le patient conservant le volet 3 qu'il présentera à chaque consultation.

En cas d'arrêt de travail, il adresse le volet 4 intitulé « Certificat d'arrêt de travail » à son employeur.

Veillez à remplir le certificat en respectant les cases et les lignes du formulaire, afin de faciliter son traitement informatique.

Les démarches de la caisse d'Assurance Maladie

À réception de la déclaration de maladie professionnelle de l'employeur, la caisse d'Assurance Maladie dispose de trois mois pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie. Si nécessaire, ce délai peut être porté à six mois. La caisse d'Assurance Maladie doit alors en informer le patient par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans le cas où une des conditions prévues au tableau n'est pas respectée, la caisse d'Assurance Maladie peut soumettre le dossier au comité régional de reconnaissance des

maladies professionnelles (CRRMP), dont l'avis motivé s'imposera à l'organisme de sécurité sociale.

Ce comité comprend :

- le médecin conseil régional ou son représentant ;
- le médecin inspecteur régional du travail et de l'emploi ou son représentant ;
- un professeur des universités - praticien hospitalier, ou un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle.

À l'issue du délai d'instruction, la caisse d'Assurance Maladie informera votre patient de sa décision par un avis dont vous recevrez copie, tout comme l'employeur.

En cas de refus, cet avis mentionnera les possibilités de recours.

En l'absence de réponse à l'issue du délai, il peut considérer que sa maladie a été reconnue comme professionnelle.

La prise en charge des soins

Une fois que sa caisse d'Assurance Maladie a reconnu le caractère professionnel de sa maladie, votre patient bénéficie d'une prise en charge à 100 % de tous les soins liés à sa maladie, sur la base et dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, à l'exception des prothèses dentaires et de certains dispositifs médicaux qui sont pris en charge à 150 % sur la base des tarifs de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels.

La "feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle"

Pour bénéficier de la prise en charge de ses soins sans avoir à faire l'avance de frais, votre patient doit vous présenter, à chaque consultation, la « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » que lui a remise sa caisse d'Assurance Maladie (formulaire S6201c).

Vous y indiquerez les actes effectués et leur date, le montant de vos honoraires et, le cas échéant, les indemnités horo-kilométriques (IK) et les dépassements exceptionnels (DE).

Apposez votre signature et votre cachet une seule fois au bas de cette feuille.

Vous appliquerez alors le tiers payant à votre patient. Vous serez remboursé directement par sa caisse d'Assurance Maladie.

À noter :

- Votre patient devra présenter cette « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » à tous les autres professionnels de santé qu'il consultera et, le cas échéant, à l'hôpital. Chacun d'entre eux y indiquera les soins dispensés.
- Cette feuille est valable pour toute la durée du traitement. Si elle est entièrement remplie avant la fin de son traitement, votre patient doit la renvoyer à sa caisse d'Assurance Maladie, qui lui en adressera une nouvelle. À la fin de son traitement ou à l'issue de la période de soins, il doit la renvoyer à sa caisse d'Assurance Maladie.

Les soins pris en charge

Tous les soins liés à la maladie professionnelle sont pris en charge à 100 %, sur la base et dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, à l'exception des prothèses dentaires et de certains dispositifs médicaux qui sont pris en charge à 150 % sur la base des tarifs de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels.

À noter :

- Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100 % et votre patient ne paie pas le forfait journalier.
- Les transports sanitaires sont intégralement pris en charge s'ils sont médicalement justifiés et, éventuellement, après entente préalable avec la caisse d'Assurance Maladie (cas de trajets importants ou fréquents).
- Les appareils de prothèse et d'orthopédie (fourniture, réparation et renouvellement inclus) sont pris en charge s'ils sont médicalement justifiés et liés à la nécessité du traitement et s'ils sont inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP).

Attention : les dépassements d'honoraires et les éventuels suppléments ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

- [codage](#)
- [Feuilles de soins](#)
- [Les affections de longue durée](#)



Nous adhérons aux [principes de la charte HONcode](#).
[Vérifiez ici](#).

[Professionnels de santé](#) > [Médecins](#) > [Exercer au quotidien](#) > [Formalités](#) > Les maladies professionnelles

Les maladies professionnelles



Dossier mis à jour le 3 mai 2011

Votre patient est atteint d'une maladie qui pourrait être d'origine professionnelle ? Consultez toutes les informations nécessaires à l'accomplissement des formalités.

Au sommaire du dossier

- [Les maladies professionnelles](#)
- [Établir le certificat médical initial](#)
- [La prise en charge des soins](#)
- Les indemnités en cas de maladie professionnelle
- [Consolidation, rechute et guérison](#)
- [Consolidation et reprise de l'activité](#)
- [Faire reconnaître une incapacité permanente](#)
- [Une rente pour les ayants droit](#)
- [Le suivi post professionnel : qui est concerné ?](#)

Les indemnités en cas de maladie professionnelle

Lorsqu'il est en arrêt en raison d'une maladie professionnelle, un salarié peut percevoir des indemnités journalières destinées à compenser sa perte de salaire. Leur montant est calculé à partir de son salaire brut et varie au fil du temps, selon la durée de l'arrêt.

Durant un arrêt de travail, votre patient peut percevoir des indemnités journalières destinées à compenser sa perte de salaire. Pour cela, son employeur doit remplir une « attestation de salaire - accident du travail ou maladie professionnelle » (formulaire S6202) qui permettra à la caisse d'Assurance Maladie de calculer, puis de verser d'éventuelles indemnités journalières à l'assuré. Elles lui seront versées sans délai de carence tous les quatorze jours, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail et jusqu'à la date de la consolidation ou la guérison. Le salaire du jour de l'accident reste à la charge de l'employeur.

Indemnités journalières : quel montant ?

Lorsqu'un salarié est mensualisé, son indemnité journalière est calculée à partir du salaire brut du mois précédant son arrêt de travail. Ce salaire, divisé par trente, déterminera le salaire journalier de base (pris en compte dans la limite de 0,834 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 294,83 euros au 1^{er} janvier 2011). Lorsqu'il exerce une activité de manière discontinue (saisonnier, intérimaire, VRP, ...), 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 votre travail, il sera égal à 60 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 176,90 euros (au 1^{er} janvier 2011) ;
- à partir du 29^e jour d'arrêt, il est porté à 80 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 235,86 euros (au 1^{er} janvier 2011) ;
- au-delà de trois mois d'arrêt, l'indemnité journalière peut être revalorisée à l'occasion d'augmentation générale des salaires.

Les indemnités journalières perçues au titre d'un accident du travail sont réduites de 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et de 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Depuis le 1er janvier 2010, elles sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur

montant (à déclarer en 2011).

À noter : lorsqu'un salarié est en arrêt de travail mais que la caisse d'Assurance Maladie n'a pas encore reconnu le caractère professionnel de son accident, 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 d'Assurance Maladie effectue une régularisation des indemnités journalières. Afin d'accélérer le traitement des dossiers, il est recommandé d'adresser l'attestation de salaire maladie en même temps que l'attestation de salaire accident du travail ou maladie professionnelle.

Consolidation, rechute et guérison : vos démarches

À l'issue de la période de soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail, vous devez établir **le certificat médical final** (S6909a), indiquant les conséquences de la maladie professionnelle :

- **le certificat médical final de guérison**, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions.
- **le certificat médical final de consolidation**, lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

Dans les deux cas, une rechute est toujours possible.

Pour plus de détails, vous pouvez consulter la charte des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Remplir le certificat médical final

1- Cochez la case « final » en haut du volet 1.

2- Remplissez le certificat médical final (formulaire S6909a). Votre patient adressera les deux premiers volets à sa caisse d'Assurance Maladie, et il conservera le volet 3.

3- En cas de reprise du travail, remplissez et remettez-lui également le volet 4 « Certificat d'arrêt de travail » en mentionnant la date de reprise du travail. Votre patient l'adressera à son employeur.

Après réception du certificat médical final de guérison ou de consolidation, et après avis du médecin conseil, la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui adressera, par lettre recommandée avec accusé de réception, une notification de la date de guérison ou de consolidation. Elle vous en informera également.

En cas de rechute

Après la guérison ou la consolidation, une rechute peut entraîner un traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail.

La rechute suppose un fait nouveau : soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion résultant de la maladie professionnelle.

Elle ne peut intervenir qu'après une guérison ou une consolidation.

En cas de rechute, établissez **un certificat médical de rechute**. Remplissez, pour cela, le formulaire S6909a et cochez la case « de rechute » en haut du volet 1. Indiquez précisément la nature de la maladie avec les symptômes constatés.

Dès réception du certificat médical de rechute, la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui adressera une « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ». Après avis du médecin conseil, elle adressera une notification de sa décision de prendre en charge ou non la rechute au titre de la maladie professionnelle.

À l'issue de la période de rechute, vous établissez un certificat médical final, fixant une date de guérison ou de consolidation.

Consolidation et reprise de l'activité professionnelle

En cas d'arrêt de travail lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle, vous devez aussi tôt que possible vous préoccuper des conditions dans lesquelles votre patient va pouvoir reprendre, ou pas, son activité professionnelle.

Les lésions sont évolutives, des soins restent nécessaires, et une reprise n'est pas envisageable pour l'instant ?

S'il vous semble que votre patient ne pourra pas reprendre le travail, conseillez-lui de prendre le plus tôt possible rendez-vous avec son médecin du travail pour une visite de pré-reprise. Cette démarche n'est pas obligatoire, mais permet au médecin du travail d'envisager les conditions du retour à l'emploi et surtout de prévenir, grâce à la mise en place de mesures adaptées, le risque de licenciement pour inaptitude.

Les lésions sont évolutives et des soins restent nécessaires, mais il est possible d'envisager une reprise sous conditions ?

Dans ce cas, vous pouvez prescrire la reprise d'un travail léger (formulaire S 6909). Votre patient peut bénéficier d'un aménagement de son activité, en termes de durée ou de pénibilité, avec maintien du versement de tout ou partie de ses indemnités journalières, sous réserve de l'accord du médecin conseil et de l'employeur.

Les lésions sont stables et un traitement « actif » n'est plus nécessaire ?

Vous devez alors établir la date de consolidation, autrement dit celle de fin des soins « actifs » (c'est-à-dire non susceptibles de modifier l'évolution des lésions) et établir, à l'aide du certificat médical (formulaire S 6909), la liste des séquelles que présente votre patient. Ce dernier devra passer, au plus tôt, une visite de reprise (à ne pas confondre avec une visite de pré-reprise décrite plus haut) avec son médecin du travail, qui évaluera s'il peut retrouver son poste de travail ou, au contraire, doit bénéficier d'un aménagement de son poste, voire d'un reclassement.

Si des soins « d'entretien » (à visée antalgique par exemple) s'avèrent nécessaires, vous devrez prescrire des soins post-consolidation (formulaire CNAMTS 649.03.01). Co-signé par le médecin conseil, ce protocole précise les soins directement imputables à l'accident du travail

ou à la maladie professionnelle, ainsi que la durée de traitement retenue. Pour ces soins, le patient continuera de bénéficier du tiers payant.

Faire reconnaître une incapacité permanente

Si, suite à une maladie professionnelle, les lésions de votre patient prennent un caractère permanent, le médecin conseil pourra évaluer une incapacité permanente. Votre patient peut alors percevoir le versement d'une rente ou d'un capital calculés à partir de son salaire.

Vous constatez que les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire ? Et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente ?

Après que vous ayez rédigé le certificat final de consolidation, votre patient sera convoqué par le service médical de sa caisse d'Assurance Maladie, pour y être examiné par un médecin conseil. Ce dernier rédigera un rapport détaillé proposant **un taux d'incapacité permanente**, établi en fonction d'un [barème indicatif d'invalidité en accidents du travail](#) du code de la sécurité sociale, consultable sur le site Legifrance (voir Sites utiles ci-contre).

Ce taux sera établi en fonction de :

- la nature de la maladie de votre patient ;
- son état général ;
- son âge ;
- ses aptitudes et qualifications professionnelles.

La caisse d'Assurance Maladie de votre patient l'informera, par lettre recommandée avec accusé de réception, de son taux d'incapacité permanente et du montant qui lui sera versé, sous forme d'indemnité en capital ou de rente d'incapacité permanente.

Un double de ce courrier sera adressé à la caisse régionale d'Assurance Maladie et à l'employeur. L'intéressé aura alors deux mois pour contester cette décision auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI).

L'indemnité en capital

Si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, la victime de maladie professionnelle a le droit à une indemnité en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon son taux d'incapacité.

L'indemnité sous forme de rente

Si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, la victime de maladie professionnelle recevra une rente qui est fonction de son salaire.

Des dispositions spécifiques en fonction du taux d'incapacité permanente

- **Si le taux est égal ou supérieur à 66,66 %** : votre patient, son conjoint et ses ayants droit peuvent être exonérés du ticket modérateur et bénéficier ainsi d'une prise en charge à 100 % pour tous leurs soins médicaux ou remboursements de médicaments (sauf pour ceux à vignette bleue qui sont remboursés à hauteur de 35 %).
- **Si le taux est égal ou supérieur à 80 %** : la rente est majorée de 40 % si votre patient se trouve dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour l'aider dans les gestes de la vie quotidienne.

Une rente pour les ayants droit

Si la maladie professionnelle entraîne le décès de l'assuré, les personnes qui étaient à sa charge (conjoint, concubin, partenaire pacsé, enfants, etc.) peuvent bénéficier d'une aide financière qui prend la forme d'une rente.

Pour plus de précisions concernant la rente des ayants droit selon les situations (conjoint, partenaire pacsé ou concubin) et pour les situations spécifiques (remariage, divorce, etc.), reportez-vous au [site des risques professionnels](#).

Le suivi post professionnel : qui est concerné ?

Facultatif, le suivi post professionnel s'adresse à toute personne, retraitée ou demandeur d'emploi, ayant été exposée dans son activité professionnelle à des risques particuliers. Sauf dérogation, la périodicité est de 2 ans pour ceux qui ont été exposés à des agents cancérogènes et de 5 ans pour ceux qui ont été exposés à un risque professionnel susceptible d'entraîner une affection mentionnée aux tableaux de maladies professionnelles n° 25, 44, 91 et 94 (silice et oxyde de fer).

Comment en faire bénéficier l'un de vos patients ?

Rédigez une demande de suivi que votre patient adressera à sa caisse d'Assurance Maladie avec son attestation d'exposition. Ce document précise l'identité du bénéficiaire, l'agent causal, l'emploi occupé lors de l'exposition au risque ainsi que la durée d'exposition au risque. Si sa demande est acceptée, le patient n'aura aucun frais à avancer et vous serez directement payé par l'Assurance Maladie, via le Fonds d'action sanitaire et sociale.