

[Textes] Procédure de reconnaissance des affections psychiques au titre des maladies professionnelles : des améliorations mais trop de lacunes

Réf. : Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des CRRMP ([N° Lexbase : L5227K84](#))

N3294BWW



par **Christophe Willmann**, Professeur à l'Université de Rouen et Directeur scientifique de l'Encyclopédie "Droit de la protection sociale"

le 23 Juin 2016

D'après les travaux statistiques, les affections psychiques liées au travail (dépression, anxiété généralisée, états de stress post-traumatiques), en 2014, ont été reconnus dans 315 cas (contre 223 cas en 2013 et seulement 55 en 2010) (1). Cette marginalité statistique des prises en charge des affections psychiques (rapportés à toutes les autres prises en charge de maladies professionnelles) ne devrait pas signifier une marginalisation de la question. Au contraire : les enjeux humains, médicaux, RH (ressources humaines) sont considérables ; les enjeux institutionnels, juridiques et contentieux, tout aussi sensibles. En un mot : les maladies générées par les conditions de travail (environnement professionnel délétère, comportements agressifs avec violences verbales, humiliations, brimades, sanctions injustifiées de la part de la hiérarchie, de collègues de travail), non reconnues par les tableaux des maladies professionnelles, ne sont pas prises en charge à ce titre. La loi du 27 janvier 1993 (loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, portant diverses mesures d'ordre social [N° Lexbase : L4101A9R](#)) a institué un système complémentaire permettant la reconnaissance de pathologies exclues de la présomption d'origine, c'est-à-dire, hors tableaux. En 2012, des progrès avaient été enregistrés : une meilleure prise en compte des affections d'origine psychique avait été proposée par les recommandations du groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail ; ainsi que par la lettre ministérielle de mars 2012 (suppression de l'exigence d'une stabilisation préalable à l'examen par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)). En 2015 et en 2016, le législateur et le pouvoir réglementaire ont également apporté leur pierre à l'édifice. Le décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 constitue la mesure d'application de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015, relative au dialogue social et à l'emploi ([N° Lexbase : L2618KG3](#), art. 27) (CSS, art. L. 461-1 [N° Lexbase : L5735KGI](#)) (2). Il aménage la reconnaissance de pathologies psychiques comme maladies professionnelles par une procédure spécifique devant les caisses primaires d'assurance maladie et les CRRMP. Mais la prise en compte de ces pathologies reste définie, fixée et encadrée par le régime dit complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (CSS, art. L. 461-1, al. 3 et al. 4), et non l'inscription dans un des tableaux des maladies professionnelles. L'appel de la doctrine (3), à une meilleure prise en charge par les caisses des affections psychiques liées au travail, n'a donc pas été entendu pour l'instant.

I - Prise en charge des maladies psychiques en tant que maladie professionnelle : les avancées du décret du 7 juin 2016

Il existe deux procédures de reconnaissance d'une maladie professionnelle, en dehors des hypothèses habituelles

(inscription dans un tableau) :

- la première, indexée au tableau des maladies professionnelles, dite "*alinéa 3*". Si 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, la maladie peut malgré tout être reconnue d'origine professionnelle. Elle doit être directement causée par le travail habituel de la victime (CSS, art. L. 461-1, al. 3) ;

- la seconde, décorrélée d'un tableau, dans la mesure où la pathologie dont le salarié souffre n'est même pas reconnue par l'un des tableaux des maladies professionnelles (procédure dite de "*alinéa 4*"). Mais il faut que la maladie soit directement et essentiellement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente minimum de 25 % (CSS, art. L. 461-1, al. 4). Les maladies liées aux risques psychosociaux n'étant pas prises en charge par l'un des tableaux, le seul mode de reconnaissance est celui visé par l'"*alinéa 4*" (CSS, art. L. 461-1, al. 4).

A - Procédures de l'"alinéa 4" (hors tableau)

La loi du 27 janvier 1993, complétée par des mesures réglementaires (décrets du 27 mars 1993, n° 93-683, modifiant le Code de la Sécurité sociale (partie décret) et relatif à la création des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles [N° Lexbase : L1446KMI](#) et n° 93-692, relatif à certaines procédures de reconnaissance des maladies professionnelles et modifiant le Code de la Sécurité sociale [N° Lexbase : L1447KMK](#)), a mis en place une procédure de reconnaissance complémentaire. Peut être reconnue en tant que maladie d'origine professionnelle, la maladie, non mentionnée par un tableau de maladies professionnelles, doit remplir deux conditions : être essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime (CSS, art. L. 461-1 al. 4) ; être à l'origine du décès de la victime ou d'une incapacité permanente d'un taux d'au moins 25 %.

Rôle du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). La procédure de reconnaissance hors tableaux instaurée par la loi du 27 janvier 1993 (CSS, art. L. 461-1) est soumise à la consultation du CRRMP. La caisse primaire ne peut se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie qu'après saisine de ce comité ; l'avis du CRRMP s'impose à l'organisme de Sécurité sociale.

Le CRRMP a pour mission de mettre en évidence l'existence d'un lien, soit direct, soit direct et essentiel, entre le travail habituel de la victime et l'affection qu'elle présente. Sa mission ne consiste pas à identifier la pathologie mais à la mettre en lien avec un risque professionnel. Le CRRMP n'est pas habilité à redresser ou préciser un diagnostic : il ne peut qu'émettre un avis sur le lien de causalité entre la maladie telle qu'elle est déclarée et le travail (4).

Le CRRMP est chargé d'établir :

- au titre de l'"*alinéa 3*", le lien direct entre le travail habituel de la victime et la maladie qui figure au tableau de maladies professionnelles, lorsqu'une ou plusieurs conditions de ce tableau tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition, ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies. Le CRRMP s'assure que l'activité professionnelle de la victime l'a bien exposée au risque dans le tableau de référence, et que la chronologie des expositions et des symptômes est compatible avec une étiologie professionnelle ;

- au titre de l'"*alinéa 4*", le lien direct et essentiel entre le travail habituel de la victime et la maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'elle entraîne le décès de la victime ou une incapacité permanente prévisible d'au moins 25 % à la date de la demande. Le CRRMP doit s'assurer que des éléments scientifiques solides permettent de confirmer que l'exposition professionnelle est bien à l'origine de la maladie, mais doit également rechercher s'il n'existe pas d'autres causes (personnelles ou environnementales).

Fondement juridique. Le fondement juridique de la prise en charge des affections psychiques est multiple : des

dispositions législatives générales (loi n° 93-121 du 27 janvier 1993) réduite à une disposition (CSS, art. L. 461-1) ; des dispositions réglementaires générales (décrets du 27 mars 1993, n° 93-683 et n° 93-692 ; décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 ; CSS, art. R. 461-1 [N° Lexbase : L7327ADQ](#) à R. 461-8 ; D. 461-1 [N° Lexbase : L9564ADL](#) à D. 461-38) ; des mesures réglementaires (Circ. CNAM, n° 1/2014 du 27 janvier 2014, diffusion du Guide pour les CRRMP [N° Lexbase : L7658K87](#)) et enfin, un guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (un premier guide a été réalisé en 1994, actualisé en 2009. La dernière version date de 2013). Ce guide doit être exploité et valorisé, pour les informations très précieuses qu'il livre sur la réalité du traitement juridique, administratif et institutionnel des affections psychiques par les Caisses et par les CRRMP. Leur utilité paraît, à cet égard, plus grande, que l'exploitation des données législatives et réglementaires (not., décret du 7 juin 2016).

B - Nouveautés procédurales introduites par le décret du 7 juin 2016

Décision de la Caisse. Pour permettre à la caisse primaire d'assurance maladie de statuer sur le caractère professionnel d'une maladie (quelle qu'elle soit), le décret du 7 juin 2016 a prévu que la Caisse dispose d'un *dossier complet*, à savoir une déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial et le résultat des examens médicaux complémentaires prescrits par les tableaux de maladies professionnelles. La caisse dispose d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a reçu le dossier complet comprenant la déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial et le résultat des examens médicaux complémentaires prescrits par les tableaux de maladies professionnelles pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie (CSS, art. R. 441-10 [N° Lexbase : L5271K8Q](#), réd. décret du 7 juin 2016). En l'absence de décision de la caisse dans ce délai, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

Procédures de l'"alinéa 3" et de l'"alinéa 4" : dossier constitué par la caisse pour le CRRMP. Le dossier de maladie professionnelle constitué par la caisse primaire pour le CRRMP doit comporter un certain nombre de documents (CSS, art. R. 441-13 [N° Lexbase : L5270K8P](#)) : la déclaration d'accident ; les divers certificats médicaux détenus par la caisse ; les constats faits par la caisse primaire ; les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ; les éléments communiqués par la caisse régionale.

Le décret a supprimé l'attestation de salaire ; le sixième élément figurant dans le dossier constitué par la caisse primaire, à savoir, le rapport de l'expert technique ; il a précisé que le dossier comprend divers certificats médicaux, spécifiquement "*détenus par la caisse*".

En outre, initialement, le pouvoir réglementaire (CSS, art. D. 461-29 [N° Lexbase : L5276K8W](#), réd. décret n° 97-950 du 15 octobre 1997, relatif au fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles et modifiant le Code de la Sécurité sociale [N° Lexbase : L7657K84](#)) avait fixé plus précisément le contenu de ce dossier constitué par la caisse primaire. Ce dossier doit comprendre :

- une **demande** motivée de reconnaissance signée par la victime (ou ses ayants droit) "*intégrant le certificat médical initial*" (nouveau) et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime (modifié par le décret du 7 juin 2016) ;

- un **avis** motivé du **médecin du travail** de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises (sans changement). Le guide des CRRMP (préc.) a souligné l'importance de l'apport du médecin du travail. La caisse doit interroger le médecin du travail (sa réponse est couverte par le secret médical). Spécialement, comme le souligne le Guide des CRRMP (préc.) "*la qualité des différents éléments du dossier, en particulier les rapports des agents enquêteurs et des médecins du travail, est essentielle. En effet, la physiopathologie des troubles dépressifs et anxieux est complexe et multifactorielle. Ainsi, les seuls éléments déclaratifs semblent le plus souvent insuffisants et il est souhaitable de pouvoir disposer d'éléments complémentaires*" ;

- un **rapport** circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail détenu

par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel (sans changement) ;

- les conclusions des **enquêtes** conduites par les caisses compétentes (sans changement) (5) ;

- le rapport établi par les services du **contrôle médical** de la caisse primaire d'assurance maladie qui comporte le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime (modifié par le décret du 7 juin 2016).

Le décret du 7 juin 2016 a modifié le contenu du dossier constitué par la caisse (nouvelle rédaction de l'article D. 461-29 du Code de la Sécurité sociale). Le dossier comprend :

- une demande motivée de reconnaissance signée par la victime (ou ses ayants droit) "*intégrant le certificat médical initial*" (nouveau) (6) (modèle fixé par arrêté) ;

- le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui comporte le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime. Désormais, en application du décret du 7 juin 2016, le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse comporte le taux d'incapacité permanente de la victime et non plus le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime.

Le CRRMP rend un avis motivé permettant à l'organisme de Sécurité sociale de statuer sur l'origine professionnelle de la maladie présentée par la victime, sur la base d'un dossier constitué par l'organisme de Sécurité sociale qui reçoit les déclarations : on comprend donc toute l'importance de ce dossier.

Composition de la CRRMP. Jusqu'à présent (depuis 2012), le comité régional comprenait le médecin conseil régional (mentionné à l'art. R. 315-3 du Code de la Sécurité sociale **N° Lexbase : L9458IGE**) ou un médecin conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter ; le médecin inspecteur régional du travail (mentionné à l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale) ou le médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter ; enfin, un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans par le directeur général de l'agence régionale de santé (CSS, art. D. 461-27 **N° Lexbase : L5277K8X**).

Désormais, en application du décret du 7 juin 2016 (CSS, art. D. 461-27), les CRRMP sont composées :

- du médecin conseil régional ou un médecin-conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter (sans changement) ;

- le médecin inspecteur régional du travail ou le médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter (sans changement) ;

- enfin, un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle nommé pour quatre ans et inscrit sur une liste établie par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (sans changement). Pour les pathologies psychiques, le professeur des universités-praticien hospitalier ou le praticien hospitalier particulièrement qualifié en pathologie professionnelle peut être remplacé par un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie (nouveau).

Cette disposition du décret du 7 juin 2016 est importante, car elle montre que le pouvoir réglementaire a entendu améliorer la prise en charge des affections psychiques en perfectionnant le fonctionnement des CRRMP, puisqu'un membre expert (professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie) peut désormais siéger.

Communication à la victime (et ses ayants droit). Jusqu'à présent, l'avis motivé du médecin du travail et le rapport établi par les services du contrôle médical, mentionnés dans le dossier constitué par la caisse primaire (CSS, art. D 461-29, 2° et 5°) n'étaient communicables à la victime (ses ayants droit) et son employeur que par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime (ou, à défaut, par ses ayants droit). Ce praticien prend connaissance du contenu de ces documents et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime (ou, à défaut, de ses ayants droit) que dans le respect des règles de déontologie.

Ce régime de la communication à la victime est modifié par le décret du 7 juin 2016, puisque désormais, l'avis motivé du médecin du travail et le rapport établi par les services du contrôle médical sont communicables de plein droit à la victime (et ses ayants droit). Disparaît donc le régime de la communication à la victime (ses ayants droit) et son employeur par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime (ou, à défaut, par ses ayants droit). Bref, désormais, le secret médical est levé vis-à-vis de la victime (ou de ses ayants droit) puisque ces documents deviennent accessibles de plein droit, sans l'intervention d'un médecin.

En revanche, est maintenue la solution antérieure (CSS, art. D. 461-29, rédaction initiale, sans changement) de communication de l'avis motivé du médecin du travail et du rapport établi par les services du contrôle médical à **l'employeur** : cette communication se fait par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime (ou, à défaut, par ses ayants droit). Ce praticien prend connaissance du contenu de ces documents et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime ou, à défaut, de ses ayants droit, que dans le respect des règles de déontologie.

Avis rendu par les CRRMP (procédure dite de l'"alinéa 3"). Désormais, en application du décret du 7 juin 2016 (CSS, art. D 461-27), lorsqu'il est saisi dans le cadre de l'"alinéa 3" (CSS, art. L. 461-1, al. 3), le comité régional peut régulièrement rendre son avis en présence de deux de ses membres. En cas de désaccord, le dossier est à nouveau soumis pour avis à l'ensemble des membres du comité.

Enfin, pour les pathologies psychiques, le médecin conseil ou le comité fait appel, chaque fois qu'il l'estime utile, à l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en psychiatrie (CSS, art. D. 461-27 réd. décret du 7 juin 2016).

Date de la première constatation médicale (procédure dite de l'"alinéa 3"). Enfin, à partir de la date à laquelle un travailleur a cessé d'être exposé à l'action des agents nocifs inscrits aux tableaux des maladies professionnelles, la maladie n'est prise en charge que si la première constatation médicale intervient pendant le délai fixé à chaque tableau (délai de prise en charge). En application du décret du 7 juin 2016 (CSS, art. D. 461-1-1 [N° Lexbase : L5267K8L](#), réd. décret du 7 juin 2016), la date de la première constatation médicale est désormais clairement définie : c'est la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit établi. La date est fixée par le médecin conseil.

En amont de l'intervention des CRRMP, le médecin conseil indique à la caisse la date de première constatation médicale, c'est-à-dire la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées médicalement (certificat médical attestant des premiers symptômes, examens complémentaires, lettres entre médecins, compte rendu de consultations, ...), même si le diagnostic de certitude n'est posé qu'ultérieurement. Le guide des CRRMP (préc.) souligne que l'appréciation de la date de première constatation médicale est particulièrement importante dans la mesure où elle influe sur l'orientation vers le CRRMP (et donc sur la perte du bénéfice de la présomption d'origine) et sur la recherche des expositions et sur la nature de la discussion en CRRMP.

II - Prise en charge des risques psycho sociaux, en tant que maladie professionnelle : encore trop de difficultés

A - Insuffisance de la prise en charge des risques psycho-sociaux, par et avec un tableau

La loi n° 2015-994 du 17 août 2015 (art. 27 ; CSS, art. L. 461-1, al. 4) (25) a aménagé par décret la reconnaissance de pathologies psychiques comme maladie professionnelle par une procédure spécifique devant les caisses et les CRRMP. Mais le législateur n'est pas allé plus loin qu'un simple aménagement du droit existant. La prise en compte des affections psychologiques reste définie et régie par le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (les procédures dites de l'"alinéa 3" et de l'"alinéa 4", *supra*), et non l'inscription dans un tableau des maladies professionnelles.

En ce sens, le groupe de travail (mandaté par la Commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail), en 2014, n'avait pas été convaincu par l'utilité/nécessité de créer un tableau de maladies professionnelles spécifique. L'explication avancée tenait à la difficulté de réunir pour les pathologies liées aux risques psychosociaux des critères permettant la prise en charge par présomption d'origine (la liste des travaux notamment).

B - Insuffisance de la prise en charge des risques psycho-sociaux, hors tableau

Puisque les maladies liées/causées par les risques psychosociaux ne sont pas prises en charge par un tableau des maladies professionnelles, la seule ressource, pour une prise en charge, reste la procédure dite de l'"alinéa 4" (CSS, art. L. 461-1, al. 4). En effet, la procédure dite de l'"alinéa 3" est fonction d'un tableau, pour lesquels certaines conditions ne sont pas remplies. Tel n'est pas le cas, par définition, des affections psychiques, pour lesquelles aucun tableau n'existe.

1 - Seuil d'incapacité permanente de 25 % trop élevé

La procédure visée par l'"alinéa 4" reconnaît la possibilité de prise en charge d'une maladie, même non inscrite dans un tableau, sous réserve de remplir deux conditions : spécialement, la maladie doit avoir entraîné, soit le décès de la personne, soit une incapacité permanente de plus de 25 %.

Par une lettre-réseau du 12 avril 2012 (lettre-réseau LR/DRP, n° 17/2012), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a suggéré de supprimer la référence à l'attribution d'une incapacité permanente évaluée au moins à 25 %. Jusqu'à présent, la Cour de cassation et les cours d'appel avaient une analyse restrictive, imposant un strict respect du seuil de 25 % (7). L'objectif initial était d'éviter des saisines intempestives des CRRMP et d'entraîner un engorgement du système judiciaire.

Cet objectif n'est clairement pas adapté à la situation des pathologies psychiques. En 2012, la CNAMTS (lettre-réseau du 12 avril 2012) a admis qu'au moment de la consolidation de la maladie du salarié, le médecin-conseil fixe le taux d'incapacité permanente définitif qui peut éventuellement être inférieur à 25 %.

Mais ce taux de 25 % d'incapacité permanente pose difficulté, comme l'a souligné la doctrine (8). Le taux de 50 % (et plus) est reconnu aux états dépressifs qualifiés de "*grande dépression mélancolique avec anxiété pantophobique*". Les états dépressifs avec asthénie ne donnent lieu à un classement qu'à hauteur de 10 à 20 % de taux d'incapacité. En d'autres termes, les classifications des taux d'incapacité ne connaissant que ces deux pathologies, ne permettent donc pas de rendre compte des autres états pathologiques liés aux conditions de travail. Au final, le taux de 25 % sera rarement accordé. Or, l'attribution de ce taux d'incapacité de 25 % est capitale, car ce taux conditionne l'accès du dossier à la CRRMP.

2 - Inégalité de traitement selon les CRRMP

Chaque comité régional a pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la CNAMTS (CSS, art. D. 461-26 [N° Lexbase : L9589ADI](#)). Le comité régional compétent est celui du lieu où demeure la victime.

La doctrine a montré, statistiques à l'appui, l'écart important observé entre les CRRMP, selon la localisation de la

CRRMP et selon le type de maladie (9). Les écarts ont été constatés également entre les caisses, selon leur localisation. La situation n'est évidemment pas du tout satisfaisante, car elle lie le taux voire l'existence même d'une prise en charge d'une affection psychique, aux pratiques d'une CRRMP ou d'une caisse.

3 - Caractère limitatif des pathologies

Le guide des CRRMP (préc.) ne vise que les troubles psychiques graves susceptibles d'être liés au travail : dépression, anxiété généralisée, états de stress post traumatiques. En effet, les études épidémiologiques montrent que la prévalence de ces trois troubles est élevée dans les situations de violence psychologique au travail. Réciproquement, le guide des CRRMP (préc.) a suivi les recommandations du groupe de travail du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (préc.), en excluant le "burn out" (qui n'a pas de définition médicale consensuelle) ; le "mobbing" (harcèlement psychologique systématique d'une personne sur son lieu de travail) ; le harcèlement (qui n'a qu'une définition juridique) ; les troubles addictifs (mais ils peuvent être considérés comme des complications des troubles retenus) ; enfin, les tentatives de suicide (en tant que complications des troubles retenus ou être prises en compte au titre des accidents du travail).

De même, le harcèlement n'est pas considéré comme une pathologie par le guide des CRRMP (préc.), mais intervient seulement comme élément circonstancié. En effet, le caractère nuisible du travail pour la santé mentale peut éventuellement avoir été préalablement qualifié de harcèlement par des tribunaux. Ces qualifications constituent un élément à prendre en compte mais elles ne doivent ni être l'unique argument positif ou négatif à retenir par les CRRMP, ni être systématiquement attendues pour rendre leur avis.

De même, le guide des CRRMP (préc.) recommande :

- de ne pas prendre en compte les troubles de l'adaptation, même s'ils sont fréquents dans le contexte professionnel. En effet, compte tenu de leur faible gravité, ces demandes sont peu susceptibles d'être transmises pour avis aux CRRMP ;

- ne doivent pas non plus être prises en compte au titre des maladies professionnelles, les pathologies qui résultent d'un évènement clairement identifié. Dans ce cas, ces pathologies relèvent de la réglementation applicable aux accidents du travail.

(1) Direction des risques professionnels, [Rapport de gestion 2014 de l'assurance maladie des risques professionnels](#), LSQ, n° 16884 du 30 juillet 2015 ; v. aussi les données statistiques dans nos obs., Lexbase, éd. sociale, n° 630, 2015 ([N° Lexbase : N9613BUL](#)).

(2) Travaux parlementaires : Ch. Sirugue, [Rapport Assemblée nationale n° 2792](#), 21 mai 2015 ; C. Procaccia, [Rapport Sénat n° 501](#), 10 juin 2015 ; C. Procaccia, [Rapport Sénat n° 575](#) et Ch. Sirugue, [Rapport Assemblée nationale n° 2918](#), 30 juin 2015 ; Ch. Sirugue, [Rapport Assemblée nationale n° 2932](#), 1er juillet 2015 ; C. Procaccia, [Rapport Sénat n° 633](#), 15 juillet 2015.

(3) M. Keim-Bagot, *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel*, Dalloz, coll. Nouvelle bibliothèque de thèse, vol. 148, 2015, n° 141-174 ; v. aussi G. Dorion, *La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles*, La doc. fr., collection des rapports officiels, 1991 ; M. Laroque, *La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, rapport au Premier ministre*, n° 2004-032, mars 2004 ; J. Joossen, *Analyse des recours après décision du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles Nord-Pas-de-Calais-Picardie*, thèse médecine, 31 octobre 2013, Université Lille II ; S. Quinton-Fantoni, *Le véritable rôle du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (avantages et limites du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles)*, RDSS, 2008, p. 555.

(4) [Guide pour les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n°](#)

93-121 du 27 janvier 1993, Version consolidée 2013, préc.

(5) Selon le guide des CRRMP (préc.), les informations doivent être suffisantes et de bonne qualité compte tenu de la nécessité d'établir un lien entre la maladie et l'exposition objectivée. Sans préjudice de l'enquête sur le poste actuel ou le dernier poste, il convient d'enquêter également sur les affectations antérieures du demandeur si la maladie le justifie (durée nécessaire, dose cumulée, etc.). L'enquête doit en outre mentionner l'avis de la victime, de l'employeur, et la synthèse de l'agent enquêteur.

(6) A été supprimée la mention "*et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime*".

(7) CA Douai, 31 mai 2012, n° 11/00188 ([N° Lexbase : A7652IP4](#)) ; Cass. civ. 2, 21 juin 2012, n° 11-13.992, F-P+B ([N° Lexbase : A4917IPS](#)), JCP éd. S, 2012, n° 1425, note D. Asquinazi-Bailleux

(8) M. Keim-Bagot, *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel*, Dalloz, 2015, préc., n° 171.

(9) M. Keim-Bagot, *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel*, Dalloz, 2015, préc., n° 165-167.

© *Reproduction interdite, sauf autorisation écrite préalable*