

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
25/08/95

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins Chefs des Echelons Locaux
(pour attribution)

MME et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Réf. :
CABDIR n° 9/95

Plan de classement :
260

Objet :
ENQUETE NATIONALE SUR LES CONSEQUENCES D'UNE REFORME DE LA REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE EN ACCIDENT DU TRAVAIL ET EN MALADIE PROFESSIONNELLE.
UNE ENQUETE NATIONALE EST LANCEE POUR ESTIMER LES COUTS DES PROPOSITIONS DE REFORME DU RAPPORT DORION. ELLE NECESSITE UNE ETROITE COLLABORATION DES CAISSES ET DU SERVICE MEDICAL : 22 CPAM ET ELSM SONT CHARGES DU RECUEIL DE L'INFORMATION CONCERNANT LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, LE SERVICE MEDICAL ET L'ENSEMBLE DES CAISSES PRIMAIRES DE LA REGION ILE DE FRANCE SONT CHARGES DU RECUEIL CONCERNANT LES MALADIES PROFESSIONNELLES.

Pièces jointes : 0 2

Liens :
Com.circ CABDIR 5/95

Date d'effet : Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par : DRP/C.HALIMI - DRP/D.DUPRE - ENSM/Dr A.WEILL - ENSM/Dr D.LAPORTE

Téléphone : 45.38.60.16 - 45.38.60.30 - 42.79.35.06 - 42.79.32.94

@

Cabinet Du Directeur

Le Directeur

25/08/95

Origine :
CABDIR

à
MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
MM les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins Chefs des Echelons Locaux
(pour attribution)
Mme et MMES les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : CABDIR n° 9/95

Objet : Enquête nationale sur les conséquences d'une réforme de la réparation de l'incapacité permanente en accident du travail et en maladie professionnelle.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés lance une enquête sur les conséquences d'une réforme de la réparation de l'incapacité permanente en accident du travail et en maladie professionnelle.

L'objectif principal de l'enquête est d'estimer le coût des propositions de réforme du rapport DORION pour l'indemnisation de l'incapacité permanente des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

La date prévue du début de l'enquête a été fixée au 1er octobre 1995 sous réserve de l'accord de la CNIL que je vous communiquerai dès qu'il me sera transmis et vous permettra de lancer l'enquête.

En cas d'accord, l'enquête se déroulerait d'octobre 1995 à février 1996, la période d'inclusion des IPP dans le champ de l'enquête étant limitée au dernier trimestre 1995, le recueil et la saisie des informations pouvant se poursuivre jusqu'en février 1996.

Les procédures d'échantillonnage décrites dans le protocole permettent d'obtenir un échantillon représentatif d'IPP au niveau national pour les accidents du travail.

Coordonnée au plan national par l'Echelon National du Service Médical (ENSM) et la Direction des Risques Professionnels (DRP), l'enquête nécessite une participation active avec étroite collaboration des partenaires locaux :

- les Echelons Locaux du Service Médical (ELSM) concernés (et l'Echelon Régional du Service Médical d'Ile-de-France pour les Maladies Professionnelles) sont chargés de la constitution de l'échantillon, du recueil, de la saisie et de la validation des informations médicalisées qui permettront de mesurer la différence des taux d'IPP attribués selon le barème "AT/MP" et le barème droit commun,
- les Caisses concernées sont chargées du recueil, de la saisie et de la validation de l'information administrative concernant le chiffrage de la perte de gain imputable aux séquelles d'AT/MP notamment par l'analyse des réponses à un questionnaire remis à l'assuré lors de l'examen par le médecin conseil,
- les ELSM et les Caisses non directement concernés par l'enquête devront, dans les rares cas où l'assuré victime d'AT/MP réside temporairement dans un autre département que celui d'affiliation, participer au recueil de l'information sur demande de l'Echelon et/ou de la Caisse d'affiliation.

La Direction de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés vous remercie de contribuer au succès de cette enquête.

Le Directeur

Gérard RAMEIX

@NV

ENQUETE

SUR LES

CONSEQUENCES

D'UNE REFORME DE

LA REPARATION DE

L'INCAPACITE

PERMANENTE EN

ACCIDENT DU

TRAVAIL

SOMMAIRE

	Pages
<u>GUIDE METHODOLOGIQUE</u>	3 à 16
ANNEXE I Liste des 22 CPAM et ELSM concernés	17
ANNEXE II Registre de réception des demandes d'IPP	18
ANNEXE III Questionnaire papier Service Médical	19
ANNEXE IV Notice de remplissage du questionnaire papier Service Médical	20 à 23
ANNEXE V Table des valeurs du questionnaire papier Service Médical	24 à 27
ANNEXE VI Bordereau de transmission du Service Médical au Service Administratif	28
ANNEXE VII Rapport initial d'IPP	29 à 30
ANNEXE VIII Lettre et questionnaire assuré sur le préjudice professionnel	31 à 32
ANNEXE IX Questionnaire papier Service Administratif (fiche A)	33
ANNEXE X Notice de remplissage du questionnaire papier Service Administratif (fiche A)	34 à 35
ANNEXE XI Questionnaire papier Service Administratif (fiche B)	36 à 37
ANNEXE XII Notice de remplissage du questionnaire papier Service Administratif (fiche B)	38 à 39
ANNEXE XIII Lettre employeur	40
ANNEXE XIV Estimation des salaires	41
ANNEXE XV Présentation synthétique des opérations	42 à 43
ANNEXE XVI Le groupe de travail	44

1. PLACE DE L'ENQUETE DANS LE PROJET D'UNE REFORME DE LA REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE EN ACCIDENT DU TRAVAIL

1.1. Domaine d'intervention

Le 31 juillet 1991, un groupe de travail présidé par Monsieur Georges DORION a remis aux pouvoirs publics un rapport¹ sur la modernisation de la réparation des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (AT/MP).

Des propositions y sont faites notamment pour l'amélioration de la réparation de l'incapacité permanente avec une indemnisation séparée en deux types de préjudice. La réparation pourrait s'appuyer en effet sur une distinction entre préjudice fonctionnel et préjudice professionnel ; l'incapacité fonctionnelle traduisant l'altération anatomique ou physiologique de la capacité de travail et l'incapacité professionnelle traduisant la perte réelle de capacité de gain.

Ce système permettrait une indemnisation plus équitable des victimes d'AT/MP en respectant un objectif d'enveloppe constante.

Le Ministère demande dans une lettre du 5 mai 1994 référencée bureau AT N° 94-12 R SD/CE de tester diverses hypothèses. C'est dans ce but que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) réalise cette enquête.

1.2. Définition du problème

Dans le système réglementaire actuel, l'incapacité permanente réparée par la législation AT est exprimée par un taux fixé par le médecin conseil par référence au barème indicatif du Décret 82-1135 du 23 décembre 1982. Ce taux d'incapacité permanente global comprend le cas échéant un coefficient professionnel relativement limité qui permet des ajustements marginaux.

Jusqu'à 9 % inclus, l'incapacité permanente est réparée par une indemnisation en capital forfaitaire fixé selon le taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) et à partir de 10 % par une rente qui est calculée en fonction du salaire annuel de la victime et du taux d'incapacité permanente.

Dans le système à l'étude, les principales modifications résulteraient de l'utilisation du "barème de droit commun" pour la réparation du seul **préjudice fonctionnel** qui se ferait sur une base forfaitaire. L'allocation pour **préjudice professionnel** pourrait être fixée en pourcentage de la perte réelle de salaire, par exemple, en cas de licenciement directement consécutif aux séquelles de l'AT/MP.

Deux enquêtes médico-administratives sont simultanément mises en oeuvre ; l'une sur les accidents du travail qui fait l'objet de cette méthodologie et l'autre sur les maladies professionnelles.

Les objectifs de l'enquête sont :

objectifs généraux

¹ La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.
Rapport du groupe présidé par Monsieur Georges DORION, Inspecteur Général des Affaires Sociales.
Diffusion : La Documentation Française 29-31 Quai Voltaire 75340 Paris Cedex 07

Estimer les coûts des propositions de réforme du rapport DORION pour l'indemnisation de l'incapacité permanente pour les accidents du travail (AT).

objectifs spécifiques

Versant Médical

- Mesurer la différence des taux d'IPP attribués dans le barème "AT" et dans le "barème droit commun".
- Mesurer cette différence par tranches d'IPP attribuées dans le barème "AT" et pour les principales affections traumatiques.

Versant Administratif

- Mesurer la différence d'indemnisation du préjudice fonctionnel dans le système actuel et dans le système proposé par le projet de réforme.
- Mesurer le pourcentage des victimes AT présentant un préjudice professionnel avec la ventilation selon la nature du préjudice.
- Mesurer le coût de l'indemnisation du préjudice professionnel.

Pour répondre à ces objectifs, deux protocoles d'enquêtes sont nécessaires.

- Une Recherche d'Informations Médicalisées (RIM) sur les AT avec un échantillon représentatif d'IPP,
- Une Recherche d'Informations Administratives (RIA) sur le même échantillon.

1.3. Référentiel

1.3.1. Référentiel juridique

Code de la Sécurité Sociale Livre IV

Article L 434-1 :

- Indemnisation en capital d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.

Article L 434-2 :

- Indemnisation par une rente en cas d'incapacité permanente supérieure à un pourcentage déterminé.
- Détermination du pourcentage d'incapacité.
- Majoration pour tierce personne.

Article R 434-2 :

- Calcul du taux d'incapacité de référence.

Article R 434-28-29 :

- Salaire minimum.
- Détermination du salaire annuel sur lequel est calculé la rente.

Article R 434-35 :

- Barème indicatif d'invalidité (accident du travail).

-
- Envoi du rapport médical à la victime ou à son médecin traitant sur sa demande.

1.3.2 Référentiel médical

- Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun - le Concours Médical - 1993 -

2. MATERIEL ET METHODE DE LA RIM

2.1. Champ de l'étude

La population cible est l'ensemble des IPP > 0 % pour séquelles d'AT (hors MP) y compris accident de trajet fixées en première attribution par un médecin conseil du Régime Général.

L'individu statistique est l'IPP, le bénéfice de l'IPP n'étant attribué que pour un seul accident de travail. A un même assuré peut correspondre une ou plusieurs IPP attribuées au cours du trimestre.

2.2. Echantillon

La taille de la population (plus de 17 000 IPP > 0 % relevant du champ de l'étude, par trimestre en 1993) impose une enquête sur échantillon. La taille de l'échantillon retenue pour répondre aux objectifs fixés avec une précision satisfaisante est de 3000.

Pour constituer un échantillon représentatif, un sondage à 2 degrés est effectué :

- le tirage au sort au 1/6ème d'unités collectives (CPAM du lieu d'attribution de l'IPP) pour constituer l'échantillon des grappes, a désigné 22 CPAM et ELSM (cf. annexe I) au sein des 132,
- dans chaque CPAM et ELSM concerné, le recueil porte sur toutes les IPP entrant dans le champ de l'enquête durant le trimestre défini ci-dessous.

La date d'entrée dans le champ de l'enquête est définie par **la date de réception** de la demande de l'IPP formulée au service médical par le service AT de la CPAM qui gère le dossier. La période retenue va du 1er octobre 1995 au 31 décembre 1995 inclus.

Chaque demande parvenue durant la période précitée fait l'objet d'une inscription sur un registre de réception des demandes d'IPP (annexe II) tenu par le poste de recueil AT-IPP de l'unité fonctionnelle du service médical. La nécessité de **recenser toutes les demandes d'IPP** y compris celles valant 0 % quel que soit le risque est impérative pour la rigueur du sondage. Le registre permet une validation de l'exhaustivité du recueil. Il comprend toutes les demandes d'évaluation d'IPP incluses ou exclues de l'échantillon (y compris IPP pour Maladie Professionnelle, IPP = 0 %, IPP de révision).

Un rapport d'IPP "spontané" (par exemple le jour de la consolidation) qui n'a fait l'objet d'aucune demande doit être gardé dans l'attente d'une demande de la CPAM si celle-ci parvient au Service Médical au cours de la période définie.

Sont exclues de l'échantillon pour le traitement final mais comptabilisées et saisies par les questions 1 à 4 du questionnaire papier du service médical (annexe III).

- les IPP de révision à l'initiative de la Caisse,
- les IPP après consolidation d'une rechute,
- les IPP de demande d'aggravation de la part de la victime,
- les IPP évaluées mais pour lesquelles un litige est intervenu secondairement sur la consolidation (expertise L 141.1),
- les IPP = 0 % fixées après examen physique de l'assuré,
- les IPP pour Maladie Professionnelle.
- Sont également exclues du champ de l'enquête, les IPP pour lesquelles il existe une demande d'avis médical à l'étranger compte tenu des délais habituels de réponse par les organismes étrangers et des délais de traduction.

Sont incluses dans le champ de l'enquête, les IPP pour lesquelles un médecin conseil évaluateur procède à une enquête auprès d'un confrère pour établir son rapport et ses conclusions :

- examen médical hors circonscription (autres secteurs géographiques, autres CPAM),
- examen médical au domicile du malade,
- examen médical en établissement sanitaire, sur un lieu de détention pénitentiaire,
- avis demandé au chirurgien-dentiste conseil,
- avis de sapiteur.

2.3. Recueil de l'information

Toute demande d'évaluation d'IPP fait l'objet du remplissage d'un questionnaire papier du service médical (cf. annexe III) afin de pouvoir valider l'exhaustivité du recueil. Dans le cas où l'IPP est exclue de l'échantillon (par exemple IPP = 0 %), le recueil se limite aux trois variables d'identification (ELSM, poste de recueil AT-IPP et numéro séquentiel du questionnaire) et au motif d'exclusion (Q1 à Q4 du questionnaire papier Service Médical de l'annexe III).

La qualité des données recueillies et la fiabilité de l'enquête imposent un échantillonnage sans défaut, un suivi rigoureux de la procédure de l'évaluation comparée d'IPP et une codification sans erreur du questionnaire papier du service médical.

2.3.1. Le principe de la procédure de l'évaluation comparée de l'IPP selon 2 barèmes différents (droit commun et AT/MP)

L'objectif principal de la RIM est de connaître la différence des taux attribués dans le barème "AT" et dans le "barème droit commun".

Les séquelles traumatiques sont évaluées trois fois pour un même accidenté. Une première évaluation est réalisée après examen de la victime dans les conditions habituelles selon le barème "AT". C'est cette évaluation qui fournit le taux d'IPP pour l'attribution de la prestation réglementaire.

Une deuxième évaluation est faite sur pièces avec, pour référentiel, le "barème droit commun". Une troisième évaluation, également sur pièces, utilise comme référentiel le barème "AT". Nous sommes là en présence d'une procédure très particulière, le cas étudié étant en même temps son propre témoin. L'opportunité de la troisième évaluation (barème AT sur pièces) est justifiée par la nécessité de comparer des taux fixés dans des conditions d'observation identique. Cette situation est celle d'une série appariée.

Pour que l'évaluation comparée ait une réelle valeur, il faut que :

- l'évaluation soit réalisée par **trois médecins conseils différents**,
- le médecin conseil qui évalue en droit commun sur pièces n'ait pas connaissance des taux d'IPP fixés par ses confrères selon le barème "AT",
- le médecin conseil qui évalue en "AT" sur pièces n'ait pas connaissance des taux fixés par ses confrères,
- le médecin conseil qui évalue en droit commun connaisse parfaitement l'utilisation du "barème droit commun". Il ne s'agit pas nécessairement du médecin responsable du recours contre tiers,
- pendant le trimestre de l'enquête, les résultats des trois évaluations ne soient pas analysés dans l'échelon local afin de ne pas modifier le jugement des évaluateurs au cours de l'étude,
- le rapport d'IPP comporte l'ensemble des éléments indispensables :
 - * antécédent AT/MP avec taux d'IPP attribué(s),
 - * rappel du Certificat Médical Initial (CMI),
 - * élément d'interrogatoire de la victime,
 - * histoire de l'affection traumatique,

-
- * description précise des séquelles de la victime avec un compte rendu d'examen clinique adapté à chaque cas (l'étude de la mobilité articulaire se mesure à partir de la position zéro correspondant à une attitude de l'homme au garde-à-vous, bord interne des pieds se touchant, paumes de la main en dehors, pouce en avant),
 - * argumentation médicale du taux fixé.

Un modèle de rapport d'IPP comportant l'ensemble des parties nécessaires est joint en annexe VII.

En présence d'un état antérieur ou d'une pathologie intercurrente interfèrent sur l'évaluation et non détaillé sur le rapport d'IPP, un compte rendu des constatations médicales est joint pour les médecins conseils évaluant sur pièces.

2.3.2. Les différents temps de la démarche de l'évaluation comparée

Afin de respecter la procédure de l'évaluation comparée, les différents temps de la démarche doivent être les suivants :

- le rapport IPP barème "AT" est établi selon les modalités habituelles par un premier médecin conseil avec recueil complémentaire des données d'interrogatoire nécessaires pour l'enquête, notamment CSP et préjudice professionnel signalé par la victime,
- ce médecin conseil complète le questionnaire papier (cf. annexe III) à l'exception des questions 18 et 19 qui portent sur le taux d'IPP "barème droit commun" et "AT" sur pièces,
- une photocopie du rapport d'IPP (y compris les conclusions) **sur laquelle le taux d'IPP fixé en AT avec examen sur personne est irréversiblement masqué**, est transmise au deuxième médecin conseil chargé de l'évaluation en droit commun ; le questionnaire papier n'est pas communiqué à ce deuxième médecin conseil,
- le taux d'IPP "barème droit commun" est fixé par le deuxième médecin conseil,
- le deuxième médecin conseil transmet la photocopie du rapport d'IPP avec le taux qu'il a fixé, au secrétariat chargé de l'enquête,
- la question 18 du questionnaire papier est complétée par le secrétariat AT du service médical avec le taux "droit commun" transmis par le médecin évaluateur droit commun,
- de même, une photocopie du rapport d'IPP sur laquelle le taux d'IPP fixé en AT avec examen sur personne est irréversiblement masqué, est remise au troisième médecin conseil qui évalue sur pièces selon le barème "AT". Ce dernier transmet la photocopie du rapport d'IPP avec le taux "AT" qu'il fixe sur pièces au secrétariat chargé de l'enquête qui complète la question 19 du questionnaire papier.

2.4. La saisie des informations

La saisie des informations médicales anonymes du questionnaire papier (annexe III) s'effectue dans chaque ELSM sur un logiciel spécifique développé sous clipper par la Mission ESP/RIM de l'ENSM.

Le site du service médical chargé de la saisie sur chaque ELSM n'a pas à connaître l'identité des assurés concernés par l'enquête. Cette identité ne doit être connue que par le personnel du poste de recueil AT-IPP.

En cas d'information manquante ou incohérente, un dialogue doit s'instaurer entre le responsable de la saisie à l'ELSM et le responsable du poste de recueil AT-IPP concerné.

2.5. Constitution de la base nationale

- Au niveau de l'ELSM : constitution de la base locale,
- Validation des données locales par l'ELSM,
- Transmission de la base à l'ERSM,
- Validation des bases locales par l'ERSM,
- Concaténation des bases locales,
- Transmission à l'ENSM,
- Validation puis exploitation des résultats par l'ENSM.

3. ROLE DE L'ELSM POUR L'AIDE AU RECUEIL DE L'INFORMATION ADMINISTRATIVE PAR LA CPAM

3.1. Transmission à la CPAM des références des individus statistiques concernés

Sélectionnant les individus statistiques entrant dans le champ de l'enquête, l'ELSM en informe la CPAM en adressant les rapports d'IPP concernés par l'enquête avec le bordereau de transmission présenté dans l'annexe VI.

3.2. Questionnaire assuré

Le questionnaire administratif "assuré" et la lettre d'accompagnement (annexe VIII) avec enveloppe réponse " T " sont systématiquement remis à tout assuré par le Service Médical lors de l'évaluation d'une IPP "AT" entrant dans le champ de l'enquête. Ce questionnaire porte sur l'existence d'un éventuel préjudice professionnel et permet à la Caisse de faire son étude sur le chiffrage financier de la perte de gain.

En cas d'examen de la victime dans un établissement ou dans une autre Caisse que celle réglant la prestation, dans toute la mesure du possible, le questionnaire administratif "assuré" est adressé au médecin conseil qui procède à l'examen de l'assuré pour qu'il le remette à ce dernier.

Si, pour une quelconque raison, le questionnaire n'est pas remis en main propre à la victime, il convient à l'ELSM d'en informer la CPAM sur le bordereau de transmission. La CPAM prendra, dans ce cas, les mesures nécessaires pour faire parvenir le questionnaire "assuré" à la victime de l' AT.

3.3. Avis sur l'imputabilité d'une perte de salaire

Si l'imprimé de liaison avec le Médecin du Travail "reprise d'activité professionnelle d'une victime d'AT/MP" (Référence CERFA 6908) figure au dossier médical, les informations contenues dans ce document peuvent être utilisées dans le cadre de l'enquête.

Pour toute perte de salaire dont la réalité a été vérifiée par la CPAM, le service médical donne son avis sur l'imputabilité à l'A.T. dans le cadre d'un colloque comprenant le Responsable Administratif et le médecin conseil chargés de coordonner l'enquête.

4. MATERIEL ET METHODES DE LA RECHERCHE D'INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

4.1. Le champ de l'étude et l'échantillon

Le champ de l'étude et l'échantillon sont **définis au paragraphe 2, matériel et méthode de la RIM**, de la présente méthodologie. Chaque IPP entrant dans le champ de l'enquête est signalée au service administratif par le service médical, au moyen d'un **bordereau de transmission** accompagnant le rapport d'IPP (cf annexe VI).

4.2. Recueil de l'information

4.2.1. L'information relative au préjudice fonctionnel

Cette information est recueillie par le bordereau de transmission du service médical au service administratif et le rapport d'IPP correspondant. Elle constitue la presque totalité des renseignements demandés sur la Fiche A située en annexe IX et qui sont habituellement nécessaires au calcul de la rente ou à la détermination d'une indemnité en capital.

4.2.2. L'information relative au préjudice professionnel

Le préjudice professionnel est défini par la **perte de salaire**. Il peut s'agir d'une perte de salaire partielle (quel qu'en soit le montant) ou totale, par exemple, en cas de licenciement imputable aux séquelles de l'accident du travail.

Lorsque l'assuré signale dans sa réponse au questionnaire le concernant (cf. *questionnaire assuré* situé en annexe VIII), une reprise d'activité professionnelle, il y a lieu de vérifier si le salaire qu'il reçoit après l'accident du travail est inférieur au salaire dont il bénéficiait avant. Ceci y compris lorsqu'il y a eu changement d'employeur.

Les indications relatives aux modalités de calcul d'une éventuelle perte de salaire, et les précisions relatives à une perte totale d'emploi sont formulées au paragraphe 4.2.2.2.

La **décision de la CPAM**, concernant l'existence d'un préjudice professionnel, est établie en fonction des **critères suivants** :

-
- **vérification de la réalité de la perte de salaire** : attestation de licenciement pour inaptitude définitive, attestation du médecin du travail pour inaptitude partielle ou totale, estimation par l'employeur du nouveau revenu que la victime est supposée recevoir,
 - **relation de cause à effet existant entre la perte de gain et les séquelles de l'accident** : il y a lieu par exemple de distinguer le licenciement purement économique du licenciement pour inaptitude au poste de travail.
-

4.2.2.1. Le questionnaire assuré : réception du questionnaire - procédure de relance - gestion des non-réponses

Un questionnaire assuré accompagné d'une lettre (annexe VIII) et d'une enveloppe " T " est remis systématiquement par le médecin conseil à l'assuré lors de l'évaluation de l'IPP. L'organisation du circuit de transmission des questionnaires et lettres d'envoi entre la CPAM et l'ELSM est laissée à l'initiative locale. Plusieurs possibilités peuvent être envisagées :

- ① la CPAM adresse à l'ELSM un stock de documents avec des lettres mentionnant le nom et le numéro de téléphone du responsable administratif chargé de l'enquête ainsi que les enveloppes " T ". Dans ce cas, **le Service Médical indique dans la partie supérieure du questionnaire les coordonnées de l'assuré**,
- ② la CPAM joint lors du transfert du dossier de la victime d'AT pour l'évaluation du taux d'IPP une lettre accompagnée d'un questionnaire (annexe VIII) et d'une enveloppe " T ". **Dans ce cas, les coordonnées de l'assuré sur le questionnaire assuré sont renseignées par la CPAM**,
- ③ combinaison des deux méthodes précédentes avec stock à disposition du service médical ainsi que lettre, questionnaire assuré et enveloppe " T " qui accompagnent les demandes d'IPP dans la majorité des cas.

Il est impératif que les coordonnées de l'assuré soient dans tous les cas portées en haut du questionnaire assuré avant remise ; ceci permettra son identification certaine lors du retour à la caisse par l'assuré.

Si, pour une raison exceptionnelle, le questionnaire assuré n'a pas été remis à la victime par le service médical, il incombe au service administratif d'adresser ce questionnaire à l'assuré.

Le questionnaire assuré rempli doit être en possession du service administratif dans un **délai maximum de 2 semaines** à compter de la date de sa remise à l'assuré, - date mentionnée sur le bordereau de transmission du service médical au service administratif (annexe VI).

- **Procédure de relance**

La tenue d'un **échancier** s'avère nécessaire en vue de la mise en place de la procédure de relance. Dans le cas où l'assuré n'a pas renvoyé le questionnaire dans le **délai de quinze jours**, une **lettre de rappel** lui est systématiquement adressée par le service administratif.

-
- **Absence de réponse au questionnaire assuré** après relance
Si l'assuré n'a pas renvoyé le questionnaire dans un **délai de quinze jours à compter de la date de relance**, il y a lieu de renseigner la rubrique 11 de la fiche A suivant le **code 3 : non réponse au questionnaire assuré**.
 - **Réponse au questionnaire assuré : modalités d'assistance par la CPAM**
Les coordonnées du responsable du service AT ou de l'un de ses collaborateurs, qui figurent sur la lettre d'envoi accompagnant le questionnaire assuré doivent ainsi permettre à l'assuré d'obtenir tout renseignement complémentaire concernant l'ensemble des questions posées, ceci, par exemple au moyen d'un simple appel téléphonique.

Dans le cas où l'assuré nécessite une aide plus importante ou qu'il n'a pas répondu après relance, il appartient au service administratif de mettre en oeuvre les dispositions adéquates permettant de répondre à cette situation.

A titre d'exemples, l'aide apportée à l'assuré pour le remplissage de ce questionnaire peut se formaliser ainsi :

- proposition d'un rendez-vous pour un entretien à la CPAM avec le gestionnaire de son dossier, et précisions sur les pièces justificatives à apporter le jour convenu (bulletins de paie, attestation de l'employeur, certificat de licenciement...),
- dans l'hypothèse où l'assuré se trouve dans l'impossibilité de se rendre dans les locaux de la CPAM, proposition d'un entretien à son domicile ou à une adresse de sa convenance avec un inspecteur du service AT, un agent enquêteur, ou toute autre personne de la CPAM habilitée à se déplacer auprès des assurés sociaux, ou encore un(e) assistant(e) social(e) à condition toutefois que l'assuré soit déjà connu du service social.

4.2.2.2. Analyse du questionnaire assuré

Le service administratif de la CPAM procède à l'analyse des réponses faites au questionnaire assuré et des pièces justificatives correspondantes.

- l'assuré signale avoir repris une activité **sans perte de salaire**. Cette information doit être reportée à la question 11 (code 2) de la fiche A.
- l'assuré déclare avoir subi **une perte de salaire**. Cette perte de salaire est mentionnée dans les cas de reprise ou de non reprise d'une activité professionnelle. Cette information doit être reportée à la question 11 (code 1) de la fiche A.

DANS TOUS LES CAS, QUELLE QUE SOIT LA REPONSE DE L'ASSURE, le service administratif procède aussitôt au recueil auprès du (ou des) employeur(s) des données complémentaires relatives au chiffrage du salaire avant ET après AT. Le chiffrage de la perte de salaire, est ensuite établi à partir de la **différence** enregistrée. Pour ce chiffrage, la notion à prendre en compte est celle de **salaire mensuel moyen avant et après l'AT**. Pour ce faire, il s'est avéré nécessaire de déterminer les **modalités de calcul de ces deux critères de référence**, à savoir :

-
- le ***salaire mensuel moyen avant AT*** est déterminé par le salaire annuel servant de base au calcul de la rente (cf articles R 436-1 et R 434-30 du code de la Sécurité Sociale), c'est-à-dire par le montant des gains réalisés par la victime de l'AT au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail consécutif à l'accident, montant ramené à 1 mois par Caisse. Toutefois pour l'enquête, il convient de se référer au salaire réel ou fictif sans référence au salaire minimum des rentes. La connaissance du montant du salaire annuel avant AT, habituellement recherché par le service administratif pour le calcul de la rente (taux d'IPP égaux et supérieurs à 10%), est dans le cadre de l'enquête, indispensable quel que soit le taux d'IPP, **y compris pour les taux d'IPP entre 1 et 9 % inclus**.
 - le calcul du ***salaire mensuel moyen après la date de consolidation de l'AT*** nécessiterait l'appréciation du salaire de la victime sur une période d'un an, permettant ainsi de détecter par rapport au montant du salaire mensuel moyen *avant* AT, une baisse du salaire brut de base ou celle des accessoires y afférents (ex : primes).

Or, il s'avère que la période moyenne observée entre la date de consolidation, qui correspond généralement avec la date de reprise du travail, et la date de fixation du taux d'IPP, est relativement courte ce qui, compte tenu des délais impartis pour le bon déroulement de l'enquête, ne permet pas d'effectuer la comparaison sur la période évoquée ci-dessus.

L'existence d'un éventuel préjudice professionnel implique la connaissance du **salaire mensuel moyen perçu par la victime depuis la date de consolidation**, s'il s'agit d'un mois complet (hypothèse peu vraisemblable) ou du mois suivant la date de consolidation.

La simple prise en considération du bulletin de paie est insuffisante, puisque la période de référence n'est pas le reflet exact de la situation financière de l'assuré, en raison notamment des accessoires du salaire versés suivant une périodicité différente de celle du salaire de base (par exemple primes trimestrielles, semestrielles, ou annuelles qui ne seront pas signalées dans ledit bulletin de paie). Le bulletin de paie a certes été demandé à la victime, mais il constitue en fait une présomption qui devra faire l'objet d'une confirmation.

MODALITES DE CALCUL DU SALAIRE APRES AT :

En conséquence, le ***salaire mensuel moyen après AT*** devra être calculé à partir d'une **estimation faite par l'employeur** et relative au revenu que la victime est supposée recevoir pendant douze mois, compte tenu de ses capacités de travail à la **date de consolidation** (ou du mois suivant s'il s'agit d'un mois complet). Cette estimation doit tenir compte de l'ensemble des salaires et des éléments annexes y compris les avantages en nature et les pourboires. S'il y a eu changement d'employeur depuis l'accident, l'attestation sera demandée au nouvel employeur dont les coordonnées figurent sur le questionnaire assuré.

En cas de **perte totale** d'emploi imputable à l'accident, il y a pas lieu de faire établir une estimation de salaire par l'ex-employeur. Le salaire mensuel moyen après AT qui devra

être porté en ligne 4 de la fiche B sera égal à zéro franc dans ce cas de figure. Il convient néanmoins de signaler en cases 32 et 33 de la fiche B si la victime est inscrite à l'ANPE et si elle est indemnisée par les ASSEDIC ou en tant que stagiaire de formation ou de rééducation professionnelle (case 34) sans qu'il soit nécessaire de se renseigner sur le montant de l'indemnisation.

Toutefois, si à la suite d'une perte d'emploi, l'assuré exerce auprès d'un nouvel employeur, l'estimation de salaire s'impose.

Les modalités de recueil de l'estimation de salaire sont laissées à l'initiative du service administratif qui peut obtenir ce chiffrage soit par courrier, soit, par exemple en déléguant cette mission à un inspecteur AT ou à un enquêteur qui se rend chez l'employeur. Cette demande de renseignement doit être obligatoirement accompagnée d'une lettre informant l'employeur que cette estimation est nécessaire à la réalisation d'une enquête nationale.

L'attestation de salaire est un élément essentiel de réalisation de l'enquête. Il est nécessaire de tenir un échéancier permettant de relancer l'employeur dans un délai de dix jours à compter de la demande initiale. Passé ce délai, si l'employeur a été contacté une première fois par simple courrier, il faut effectuer une démarche personnalisée auprès de celui-ci par un enquêteur de la Caisse.

Le salaire mensuel moyen après AT est obtenu en divisant par 12 le montant de l'estimation donnée par l'employeur (déduction faite des frais professionnels). Ce **montant arrondi au " franc inférieur " (sans les centimes)** est reporté à la rubrique 4 de la Fiche B.

Dans tous les cas où il existe une perte de salaire , il y a lieu de se prononcer sur l'imputabilité de celle-ci à l'accident du travail ; cette décision est prise dans le cadre d'un colloque organisé entre le Responsable administratif et le Médecin conseil chargés de coordonner l'enquête et est mentionnée à la rubrique 36 de la Fiche B.

4.2.2.3. *Recueil des données Fiche B (cf annexe XI)*

La Fiche B est remplie dans tous les cas à l'exception d'une non-réponse de l'assuré au *questionnaire-assuré*.

Les ***salaires mensuels moyens avant et après AT (en francs) doivent être mentionnés dans tous les cas d'IPP, y compris dans les cas d'IPP inférieure à 10%*** et impliquent le recueil préalable par le service administratif des différents éléments de calcul en particulier montant du salaire annuel avant l'AT et montant du salaire annuel après l'AT (Cf 4.2.2.2. ci-dessus).

4.2.3. **La saisie des informations**

La Fiche-papier A et (sauf non-réponse de l'assuré) la Fiche-papier B sont enregistrées par les CPAM sur micro-ordinateur dans le cadre d'une grille de saisie développée par la CNAMTS - DRP sous le logiciel EPI INFO. La disquette et l'ensemble de la documentation y afférant

(installation et utilisation) seront diffusées courant septembre 1995 lors d'une réunion de présentation aux Caisses Primaires concernées.

Une double copie de sauvegarde de cette disquette devra être effectuée par la Caisse, sur une autre disquette et sur disque dur PC, puis actualisée régulièrement au fur et à mesure de la saisie des fiches.

A la fin de l'enquête, la disquette comportant l'ensemble des données saisies sera retournée après une double sauvegarde définitive par la caisse à la CNAMTS/Direction des Risques Professionnels (DRP à l'attention de M. Dupré) au plus tard pour le 29 février 1996.

Modalités pratiques d'utilisation des documents :

Un jeu de documents, sans annotation, sera remis aux Caisses lors de la réunion de présentation de la méthodologie qui se tiendra à la CNAMTS-DRP en septembre 1995.

LISTE DES 22 CPAM ET ELSM
CONCERNES PAR LE RECUEIL DE L’INFORMATION

N°	CPAM-ELSM
031	MOULINS
071	ANNONAY
171	LA ROCHELLE
221	SAINT-BRIEUC
241	PERIGUEUX
271	EVREUX
281	CHARTRES
342	MONTPELLIER
401	MONT-DE-MARSAN
461	CAHORS
501	SAINT-LO
511	REIMS
521	CHAUMONT
594	DUNKERQUE
596	MAUBEUGE
599	VALENCIENNES
601	BEAUVAIS
622	BOULOGNE
673	STRASBOURG
711	MACON
811	ALBI
911	EVRY

REGISTRE DE RECEPTION DES DEMANDES D’IPP

TENU PAR LE POSTE DE RECUEIL AT-IPP N° :__:__:__:

N° séquentiel de réception	Date de réception de la demande d'évaluation d'IPP	N° d'immatriculation	Nom de l'assuré	Dossier inclus*	Dossier exclu**

* cocher la case

** préciser en clair le motif : IPP=0%, consolidation après rechute,

ANNEXE III

REPLACER CETTE FEUILLE PAR LE DOCUMENT SOUS EXCEL 4

C:\PPAT\CONCEPTION\QPIPPAT.XLS

MICRO A. WEILL PIECE 1009

NOTICE DE REMPLISSAGE
DU QUESTIONNAIRE PAPIER
DU SERVICE MEDICAL

1. ELSM

A remplir selon la table 1.

2. POSTE DE RECUEIL

Chaque ELSM organise le circuit des pièces et du recueil des informations médicalisées selon un schéma qui lui est propre. Pour permettre une numérotation séquentielle des questionnaires de 1 à n à l’intérieur d’un même poste de recueil, il est nécessaire d’individualiser les postes où ces informations sont recueillies. Tel ELSM comporte un seul poste de recueil IPP, tel autre en comporte plusieurs. S’il y a un seul poste, il lui est attribué le numéro 1. S’il y en a plusieurs, la numérotation est attribuée séquentiellement de 1 à n.

La correspondance entre le numéro du poste de recueil et l’équipe responsable doit être connue de l’ELSM afin qu’un dialogue puisse s’entamer entre l’équipe de saisie et celle qui a recueilli les données en cas de difficultés de saisie sur le logiciel.

L’ENSM n’a pas à connaître l’identité des équipes correspondant aux postes de recueil.

3. NUMERO SEQUENTIEL DU QUESTIONNAIRE

Le numéro séquentiel de réception inscrit sur le registre tenu par le poste de recueil AT-IPP (annexe II) est reporté à cette rubrique.

4. INCLUSION-EXCLUSION DE L’ECHANTILLON

Indiquer si l’IPP est incluse dans le champ de l’enquête en fonction des critères précisés dans la méthodologie. Si c'est le cas, il faut compléter l'ensemble du questionnaire.

Si l'IPP est exclue du champ de l'enquête (IPP après rechute, IPP = 0%,...), il n'y a pas lieu de compléter les autres rubriques de la fiche de recueil.

A coder selon la table 4 de l'annexe V.

5. ANNEE DE NAISSANCE

Renseigner l'année de naissance de la victime d'A.T. Elle ne peut être inférieure à 1900 (assurés de 95 ans) ni supérieure à 1995 (il existe des "bébés mannequins" qui peuvent être victime d'un A.T.). Le logiciel prévoit que :

- année de naissance postérieure à 1979 (âge ≤ 16 ans) $\Rightarrow$ message d'alerte avec demande de confirmation,
- année de naissance antérieure à 1930 (âge ≥ 65 ans) $\Rightarrow$ message d'alerte avec demande de confirmation.

6. SEXE

Indiquer le sexe de l'assuré victime d'AT.

7. CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

Il s'agit de la CSP à la date de l'accident du travail.

A coder selon la table 7 de l'annexe V. (Classification du Bureau International du Travail à deux chiffres)

8. DATE DE L'ACCIDENT DE TRAVAIL

A coder sous le format JJ/MM/AA (jour/mois/année).

9. DATE DE CONSOLIDATION

A coder sous le format JJ/MM/AA.

Le logiciel n'accepte qu'une date de consolidation postérieure à la date de l'accident de travail.

10. D'IPP

DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE

A coder sous le format JJ/MM/AA

Le logiciel n'accepte qu'une date postérieure ou égale à la date de consolidation et comprise dans la période du 01.10.95 au 31.12.95 inclus.

11. DATE D'ETABLISSEMENT DU RAPPORT D'IPP PAR LE MEDECIN CONSEIL

A coder sous le format JJ/MM/AA.

Le logiciel n'accepte qu'une date postérieure ou égale à la date de consolidation.

12. PRINCIPALE AFFECTION TRAUMATIQUE INITIALE

A renseigner en clair et à coder selon le code INFOMED (les codes 905 à 909 correspondant à des séquelles de traumatismes multiples ne sont pas compatibles avec cette rubrique. Les codes 799 - 7995 et 7999 correspondant à l'absence de pathologie ou de diagnostic sont également incompatibles avec cette rubrique).

En cas d'affections traumatiques multiples, le médecin conseil renseigne l'affection traumatique initiale qui domine le tableau clinique.

13. PRINCIPALE AFFECTION A L'ORIGINE DE L'IPP

Le code à utiliser est le code INFOMED à l'exception des codes 799 - 7995 - 7999 - 905 - 906 - 908 - 909.

Le code 907 séquelles des traumatismes du système nerveux (syndrome subjectif) est utilisable.

Dans la plupart des cas, l'affection à l'origine de l'IPP est la même que l'affection traumatique initiale. Dans d'autres cas, elle peut être très différente.

exemples :

- IPP pour raideur de cheville consécutive à une fracture de cheville.
Nature de l'affection traumatique initiale : fracture de cheville (824).
Nature de la principale affection à l'origine de l'IPP : fracture de la cheville (824).
- IPP pour séquelles d'algoneurodystrophie compliquant une entorse de cheville.
Nature de l'affection traumatique initiale : entorse de cheville (845).
Nature de la principale affection à l'origine de l'IPP : algoneurodystrophie (733.7).
- IPP pour insuffisance respiratoire restrictive séquellaire d'une embolie pulmonaire dans les suites d'une entorse de la cheville opérée.
Nature de l'affection traumatique initiale : entorse de la cheville (845).
Nature de la principale affection à l'origine de l'IPP : embolie pulmonaire (415.1).

Rappel : l'objectif de ce codage volontairement simple des affections est de pouvoir analyser les différences de taux dans les deux barèmes avec des effectifs suffisants pour un nombre nécessairement limité d'affections.

14. TAUX D'IPP BAREME " AT " TRANSMIS AU SERVICE ADMINISTRATIF

Il s'agit du taux global transmis compris entre 1 et 100 % après examen de la victime. Le taux comprend un éventuel coefficient professionnel.

15. MAJORATION TIERCE PERSONNE

Cette rubrique ne concerne que les incapacités permanentes de 100 % pour lesquelles il peut être attribué une majoration tierce personne. Lorsque le taux est inférieur ou égal à 99 %, cette rubrique ne doit pas être complétée.

16. PREJUDICE PROFESSIONNEL SIGNALÉ PAR LA VICTIME

Il s'agit d'une donnée d'interrogatoire. Le médecin conseil n'a pas pour rôle d'obtenir les preuves matérielles des dires de l'assuré.
Coder selon la table 16.

**17. AVIS DU MEDECIN CONSEIL SUR L'IMPUTABILITE DU PREJUDICE PROFESSIONNEL
SIGNALE PAR LA VICTIME**

Le médecin conseil ne se prononce qu'à titre indicatif.

18. TAUX D'IPP BAREME DROIT COMMUN SUR PIECES

Il s'agit du taux indiqué par le médecin conseil évaluateur en droit commun après examen sur pièces. Il est compris entre 0 et 100 %.

19. TAUX D'IPP BAREME "AT" SUR PIECES

Il s'agit du taux indiqué par le médecin conseil évaluateur en AT sur pièces. Il est compris entre 0 % et 100 %.

TABLE DE VALEURS DU QUESTIONNAIRE PAPIER
SERVICE MEDICAL

1 ELSM

MOULINS	031
ANNONAY	071
LA ROCHELLE	171
SAINT-BRIEUC	221
PERIGUEUX	241
EVREUX	271
CHARTRES	281
MONTPELLIER	342
MONT-DE-MARSAN	401
CAHORS	461
SAINT-LO	501
REIMS	511
CHAUMONT	521
DUNKERQUE	594
MAUBEUGE	596
VALENCIENNES	599
BEAUVAIS	601
BOULOGNE	622
STRASBOURG	673
MACON	711
ALBI	811
EVRY	911

4 Inclusion - Exclusion de l’échantillon

- Inlus.....1
- Exclu
 - IPP = 0 %2
 - Examen médical à l’étranger.....3
 - IPP de révision (consolidation d’une rechute, initiative caisse, initiative assuré) ...4
 - IPP pour maladie professionnelle5
 - Autres motifs.....6

7 Catégorie socioprofessionnelle

REEMPLACER CETTE PAGE PAR LE DOCUMENT SOUS EXCEL 4

C:\IPPAT\CONCEPTION\CSP.XLS

MICRO A. WEILL - PIECE 1009

REEMPLACER CETTE PAGE PAR LE DOCUMENT SOUS EXCEL 4

C:\IPPAT\CONCEPTION\CSP.XLS

MICRO A. WEILL - PIECE 1009

16 Préjudice professionnel signalé par la victime

- La victime ne signale aucun préjudice professionnel **1**
- La victime signale un préjudice professionnel :
 - licenciement **2**
 - changement d’emploi avec une perte de salaire..... **3**
 - changement de poste dans la même entreprise avec une perte de salaire **4**
 - autres causes de perte de salaire..... **5**
- Il est impossible d’interpréter ou de comprendre la réponse de la victime..... **6**

ENQUETE NATIONALE SUR LES CONSEQUENCES
D'UNE REFORME DE LA REPARATION EN AT

BORDEREAU DE TRANSMISSION
DU SERVICE MEDICAL AU SERVICE ADMINISTRATIF

A l'attention de.....
.....

1. REFERENCE DU DOSSIER RETENU DANS LE CHAMP DE L’ENQUETE

N° de fiche

ELSM
CPAM

Poste de recueil
AT-IPP SM

N° séquentiel

N° immatriculation

Date accident de travail

Date de consolidation

2. COMMUNICATION A L’ASSURE DU QUESTIONNAIRE-ASSURE

Date de communication

Si le questionnaire n’a pas été remis à l’assuré, préciser le motif en clair :

.....

.....

.....

.....

.....

3. PREJUDICE PROFESSIONNEL SIGNALE PAR LA VICTIME

Coder selon la table 16 du

questionnaire papier de la RIM

Si licenciement, lettre de licenciement pour inaptitude au poste de travail vue par le médecin conseil

OUI

☐

NON

☐

- Page 30 -

le

Service ACCIDENTS du TRAVAIL

Dossier suivi par



:

Madame, Monsieur,

A la suite de votre accident du travail, vos lésions ayant été consolidées, **une indemnité en capital ou une rente doit vous être attribuée.**

Afin de compléter votre dossier, je vous serais obligé de bien vouloir répondre au questionnaire ci-joint et de me le faire parvenir par retour du courrier avec l’enveloppe ci-jointe.

Dans le cas où vous rencontreriez des difficultés pour remplir ce questionnaire, n’hésitez pas à me contacter.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l’assurance de ma considération distinguée.

Le responsable du service

P.J. : Questionnaire et enveloppe “ T ”

REEMPLACEMENT DE CETTE PAGE DOCUMENT A INCLURE

ONCEPTION\AT\QUESTASS.DOC

ANNEXE IX

QUESTIONNAIRE PAPIER SERVICE ADMINISTRATIF - FICHE A

RIA IPP - 1995

1 - Nom CPAM :

2 - Identifiant du questionnaire | | | | | | | | | |

L’ASSURE

3 - Date de l’accident du travail| | | | | | | |

4 - Nature de l’accident (travail = 1, trajet = 2)| |

5 - Date de consolidation| | | | | | | |

6 - Année de naissance1 9 | | |

7 - Sexe (M=1, F=2)| |

L’INDEMNISATION DU PREJUDICE FONCTIONNEL

8 - Taux IPP| | | |

9 - Montant annuel rente (en Francs)| | | | | | | |

10 - Majoration tierce personne (oui=1, non=2)| |

L’EXISTENCE D’UNE PERTE DE SALAIRE SIGNALÉE PAR L’ASSURE

à remplir suivant les réponses données dans le questionnaire assuré

11 - Existence d’une perte de salaire signalée par l’assuré ou non reprise d’activité professionnelle
(oui=1, non=2, non réponse au questionnaire assuré=3)| |

Si le code est 1 ou 2,, remplir la FICHE B

ANNEXE X

NOTICE DE REMPLISSAGE
FICHE A

2- IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE

Il figure sur les bordereaux transmis par l'ELSM à la CPAM, et se compose d'une série de $(3 * 3) = 9$ chiffres, dont la structure est la suivante :

- les trois premiers chiffres représentent le numéro de Caisse/ELSM,
- est ensuite mentionné le numéro attribué au poste de recueil des données établi par l'ELSM → ce chiffre varie de 1 à n en fonction du nombre de postes recensés, et il est de 1 s'il n'existe qu'un seul poste de recueil,
- les trois derniers chiffres constituent le numéro séquentiel du questionnaire dans le poste de recueil IPP du service médical.

3- DATE DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Format Jour/Mois/Année → JJ/MM/AA

5- DATE DE CONSOLIDATION

Format Jour/Mois/Année → JJ/MM/AA

Cette date est obligatoirement postérieure à la date de l'accident du travail.

6- ANNEE DE NAISSANCE

Elle est postérieure ou égale à 1900, et antérieure ou égale à 1995 (bébés mannequins).

8- TAUX IPP

Il s'agit du taux global qui sert au calcul de la prestation réglementaire. Il comprend le cas échéant le coefficient professionnel ; c'est le taux notifié à la victime (compris entre 1 et 100 %).

9- MONTANT ANNUEL DE LA RENTE

A compléter uniquement pour les taux égaux ou supérieurs à 10 %.

Il s'agit du montant hors majoration tierce personne.

10- MAJORATION TIERCE PERSONNE

Il convient de préciser si la rente est majorée pour recours à l'assistance d'une tierce personne.

11- EXISTENCE D'UNE PERTE DE SALAIRE SIGNALÉE PAR L'ASSURÉ

Il s'agit de reproduire ici la réponse faite par l'assuré sur ce point, sur le *questionnaire assuré*, qui peut être :

- non reprise d'activité professionnelle ou reprise mais avec perte de salaire (code 1),
- reprise d'activité sans perte de salaire (code 2)
- et dans les cas de non réponse de l'assuré au questionnaire, d'impossibilité d'interprétation ou de compréhension de la réponse par le service administratif (code 3).

Il est à noter que la réponse initiale et positive donnée par l'assuré peut être différente de la réponse qui figurera sur la Fiche B (Annexe XI) à la rubrique 36, et qui résultera de l'analyse du questionnaire assuré par le service administratif et de la décision prise sur ce point à l'issu d'un colloque CPAM/ELSM.

ANNEXE XI ET XII

EN REMPLACEMENT DE CETTE PAGE DOCUMENT A INCLURE

c:\CONCEPTION\AT\ANNE1112.DOC

ANNEXE XI ET XII

EN REMPLACEMENT DE CETTE PAGE DOCUMENT A INCLURE

c:\CONCEPTION\AT\ANNE1112.DOC

ANNEXE XI ET XII

EN REMPLACEMENT DE CETTE PAGE DOCUMENT A INCLURE

c:\CONCEPTION\AT\ANNE1112.DOC

ANNEXE XI ET XII

EN REMPLACEMENT DE CETTE PAGE DOCUMENT A INCLURE

c:\CONCEPTION\AT\ANNE1112.DOC

ANNEXE XIII

N/Réf.
Service
Assuré
Matricule
Adresse

Destinataire
(coordonnées de l'employeur)

Affaire suivie par M.
☎ :

Objet : ENQUETE NATIONALE IPP DE LA CNAMTS - ESTIMATION DES SALAIRES

M

L'assuré(e) cité(e) en références a été victime d'un accident du travail à la date du .

Une enquête nationale avec recueil de données anonymes commandée par le Ministère de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie est en cours de réalisation. Elle a pour objet de connaître notamment le nombre de victimes d'accident du travail présentant un préjudice professionnel, c'est-à-dire une perte de gains imputable à l'accident.

M. entre dans l'échantillon représentatif constitué à cette fin.

En conséquence, je vous serais très obligé de bien vouloir compléter le document ci-annexé, par lequel il vous est demandé d'estimer les revenus que l'intéressé(e) est supposé(e) recevoir pendant 12 mois à compter du et ce compte tenu de ses capacités de travail à ce jour.

Les renseignements qui vous sont demandés dans ce document constituant un support à l'enquête, je vous remercie par avance de l'aide que vous voudrez bien m'apporter dans la réalisation de cette étude et, vous prie d'agréer, M. , l'expression de mes sentiments distingués.

LE RESPONSABLE

P.J. : Document à compléter concernant l'estimation des salaires

SIMULATION FINANCIERE
ESTIMATION DES SALAIRES

Nom de la victime :

Accident du travail :

N.N.I

Période du au . (précision apportée par la CPAM)

Période de 12 mois	Salaire brut	Avantage en nature, pourboire, non compris dans le salaire brut	Indemnités, gratifications, primes soumises à cotisations non comprises dans le salaire brut	Frais professionnels oui k taux : non k
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				

PRESENTATION SYNTHETIQUE
DES OPERATIONS

Les différentes opérations réalisées par la CPAM et l'ELSM sont décrites ci-dessous dans l'ordre chronologique dans lequel elles doivent être réalisées.

1. La CPAM notifie la consolidation à l'assuré.
2. La CPAM demande au service médical d'évaluer l'IPP et lui transmet le questionnaire-assuré accompagné d'une enveloppe réponse préaffranchie.
3. L'ELSM inscrit la demande d'IPP sur le registre de réception tenu par chaque poste de recueil AT-IPP.
4. L'ELSM convoque l'assuré.
5. L'ELSM examine la victime d'AT et établit le rapport d'IPP selon la procédure habituelle :
 - remet à l'assuré le questionnaire-assuré avec une enveloppe réponse,
 - complète le questionnaire papier service médical hormis le taux "barème droit commun" et barème "AT" sur pièces.
6. L'ELSM adresse à la CPAM le rapport d'IPP avec le bordereau de transmission complété.
7. Le secrétariat chargé de l'enquête dans l'ELSM fait une photocopie du rapport d'IPP avec le taux masqué et le transmet au médecin conseil "droit commun". Ce dernier retourne le document avec le taux "droit commun" au secrétariat qui complète le questionnaire papier du service médical (question 18).
8. Le secrétariat chargé de l'enquête dans l'ELSM transmet de même une photocopie du rapport d'IPP avec le taux masqué au médecin-conseil "AT" sur pièces. Ce dernier retourne le document avec le taux "AT" sur pièces au secrétariat qui complète le questionnaire papier du service médical (question 19).

-
- 9.** La CPAM :
- procède au calcul des montants de l'indemnité en capital ou de la rente selon la procédure habituelle,
 - complète la fiche de recueil A à l'exception de la question 11.
- 10.** La CPAM échéance la réponse au questionnaire-assuré à 15 jours après la communication du questionnaire à l'assuré.
- 11.** La CPAM procède à une relance de l'assuré en l'absence de réponse à 15 jours.
- 12.** La CPAM analyse le questionnaire-assuré et complète la question 11 de la fiche A sur la perte de salaire signalée par la victime, ainsi que les questions de la fiche B à l'exception des questions 19, 35 et 36.
- 13.** Dans tous les cas, la CPAM demande à l'employeur l'estimation du nouveau salaire après AT.
- 14.** Un colloque des responsables de l'enquête ELSM-CPAM se réunit pour toute perte de salaire dont la réalité est vérifiée par la CPAM pour se prononcer sur l'imputabilité aux séquelles de l'AT (= préjudice professionnel).
- 15.** La CPAM complète les questions 19, 35 et 36 de la fiche B.
- 16.** L'ELSM saisit les données des questionnaires-papier anonymes sur un logiciel élaboré par l'ENSM.
- 17.** L'ELSM procède à la destruction du registre de réception des demandes d'IPP tenu par chaque poste de recueil AT-IPP.
- 18.** L'ELSM transmet les bases de données validées à l'ERSM.
- 19.** L'ERSM transmet les bases de données validées à l'ENSM.
- 20.** La CPAM saisit les données des fiches-papier anonymes A et B sur la grille de saisie EPI-INFO élaborée par la CNAMTS-DRP.
- 21.** La CPAM transmet la disquette comprenant les données de l'ensemble des cas à la CNAMTS-DRP.

NEXE XVI

GROUPE DE TRAVAIL

AITRE D'OUVRAGE

D. LAPORTE	CNAMTS - ENSM - Mission EMS
HALIMI	CNAMTS - DRP

NDUITE DE PROJET

NCEPTION		
efs de projet :	Dr A. WEILL	CNAMTS - ENSM - Mission ESP/RIM
	L. LEYGONIE	CNAMTS - DGR - DDCGR -
	D. DUPRE	CNAMTS - DRP

EC LA PARTICIPATION

UR LA CONCEPTION		
AMTS :	Dr P. FENDER	ENSM - Mission ESP/RIM
	Dr A. COLLIN	ENSM - Mission ESP/RIM
	A. GIRARD	DRP
	G. LOZAHIC	DGR - Division de la Réglementation
	M. CODA-VAILLANT	DGR - Assistante sociale
	B. MECHROUR	DRP
	M. CAREL	DRP
SM :	Dr BARIS	CLERMONT-FERRAND
	Dr CADI	PARIS
	Dr CAPDEVIELLE	TOULOUSE
	Dr GRAILLE	NANCY
	Dr GUERRIERO	ELSM CAHORS
	Dr MINEUR	ORLEANS
AM :	A. BOULOGNE	NANCY
	A. DESROCHES	ORLEANS

UR LES TESTS
SM et CPAM d'AVIGNON, NICE, SAINT-NAZAIRE.

ENQUETE

SUR LES

CONSEQUENCES

D'UNE REFORME DE

LA REPARATION DE

L'INCAPACITE

PERMANENTE EN

MALADIES

PROFESSIONNELLES

SOMMAIRE

	Pages
<u>GUIDE METHODOLOGIQUE</u>	3 à 17
ANNEXE I Liste des 8 CPAM concernées.....	18
ANNEXE II Registre de réception des demandes d'IPP	19
ANNEXE III Questionnaire papier Service Médical	20
ANNEXE IV Notice de remplissage du questionnaire papier Service Médical	21 à 24
ANNEXE V Table des valeurs du questionnaire papier Service Médical	25 à 28
ANNEXE VI Bordereau de transmission du Service Médical au Service Administratif.....	29
ANNEXE VII Rapport initial d'IPP.....	30 à 31
ANNEXE VIII Lettre et questionnaire assuré sur le préjudice professionnel	32 à 34
ANNEXE IX Questionnaire papier Service Administratif (fiche A)	35
ANNEXE X Notice de remplissage du questionnaire papier Service Administratif (fiche A)	36 à 37
ANNEXE XI Questionnaire papier Service Administratif (fiche B)	38 à 39
ANNEXE XII Notice de remplissage du questionnaire papier Service Administratif (fiche B)	40 à 41
ANNEXE XIII Lettre employeur	42
ANNEXE XIV Estimation des salaires.....	43
ANNEXE XV Présentation synthétique des opérations.....	44 à 46
ANNEXE XVI Le groupe de travail.....	47

1. PLACE DE L'ENQUETE DANS LE PROJET D'UNE REFORME DE LA REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE EN ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

1.1. Domaine d'intervention

Le 31 juillet 1991, un groupe de travail présidé par Monsieur Georges DORION a remis aux pouvoirs publics un rapport² sur la modernisation de la réparation des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (AT/MP).

Des propositions y sont faites notamment pour l'amélioration de la réparation de l'incapacité permanente avec une indemnisation séparée en deux types de préjudice. La réparation pourrait s'appuyer en effet sur une distinction entre préjudice fonctionnel et préjudice professionnel ; l'incapacité fonctionnelle traduisant l'altération anatomique ou physiologique de la capacité de travail et l'incapacité professionnelle traduisant la perte réelle de capacité de gain.

Ce système permettrait une indemnisation plus équitable des victimes d'AT/MP en respectant un objectif d'enveloppe constante.

Le Ministère demande dans une lettre du 5 mai 1994 référencée bureau AT N° 94-12 R SD/CE de tester diverses hypothèses. C'est dans ce but que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) réalise cette enquête.

1.2. Définition du problème

Dans le système réglementaire actuel, l'incapacité permanente réparée par la législation AT/MP est exprimée par un taux fixé par le médecin conseil par référence au barème indicatif du Décret 82-1135 du 23 décembre 1982. Ce taux d'incapacité permanente global comprend le cas échéant un coefficient professionnel relativement limité qui permet des ajustements marginaux.

Jusqu'à 9 % inclus, l'incapacité permanente est réparée par une indemnisation en capital forfaitaire fixé selon le taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) et à partir de 10 % par une rente qui est calculée en fonction du salaire annuel de la victime et du taux d'incapacité permanente.

Dans le système à l'étude, les principales modifications résulteraient de l'utilisation du "barème de droit commun" pour la réparation du seul **préjudice fonctionnel** qui se ferait sur une base forfaitaire. L'allocation pour **préjudice professionnel** pourrait être fixée en pourcentage de la perte réelle de salaire, par exemple, en cas de licenciement directement consécutif aux séquelles de l'AT/MP.

Deux enquêtes médico-administratives sont simultanément mises en oeuvre ; l'une sur les maladies professionnelles qui fait l'objet de cette méthodologie et l'autre sur les accidents du travail.

Les objectifs de l'enquête sont :

objectifs généraux

² La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.
Rapport du groupe présidé par Monsieur Georges DORION, Inspecteur Général des Affaires Sociales.
Diffusion : La Documentation Française 29-31 Quai Voltaire 75340 Paris Cedex 07

Estimer les coûts des propositions de réforme du rapport DORION pour l'indemnisation de l'incapacité permanente pour les maladies professionnelles (MP).

objectifs spécifiques

Versant Médical

- Evaluer les difficultés d'utilisation du "barème droit commun" pour l'indemnisation du préjudice fonctionnel des maladies professionnelles (MP).
- Mesurer la différence des taux d'IPP attribués dans le barème "AT/MP" et dans le "barème droit commun" lorsque ce dernier barème est utilisable.
- Mesurer cette différence par tranches d'IPP attribuées dans le barème "AT/MP" et pour quelques pathologies professionnelles.

Versant Administratif

- Mesurer la différence d'indemnisation du préjudice fonctionnel dans le système actuel et dans le système proposé par le projet de réforme.
- Mesurer le pourcentage des victimes MP présentant un préjudice professionnel avec la ventilation selon la nature du préjudice.
- Mesurer le coût de l'indemnisation du préjudice professionnel.

Pour répondre à ces objectifs, deux protocoles d'enquêtes sont nécessaires.

- Une Recherche d'Informations Médicalisées (RIM) sur les MP avec un échantillon d'IPP,
- Une Recherche d'Informations Administratives (RIA) sur le même échantillon.

1.3. Référentiel

1.3.1. Référentiel juridique

Code de la Sécurité Sociale Livre IV

Article L 434-1 :

- Indemnisation en capital d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.

Article L 434-2 :

- Indemnisation par une rente en cas d'incapacité permanente supérieure à un pourcentage déterminé.
- Détermination du pourcentage d'incapacité.
- Majoration pour tierce personne.

Article R 434-2 :

- Calcul du taux d'incapacité de référence.

Article R 434-28-29 :

- Salaire minimum.
- Détermination du salaire annuel sur lequel est calculé la rente.

Article R 434-35 :

- Barème indicatif d'invalidité (accident du travail).
- Envoi du rapport médical à la victime ou à son médecin traitant sur sa demande.

1.3.2 Référentiel médical

- Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun - le Concours Médical - 1993 -
- Lettre ministérielle du 8 juin 1989 prise en l'application de l'article L 434-2 du code de la Sécurité Sociale
 - Maladies Professionnelles
 - Barème indicatif d'invalidé.

2. MATERIEL ET METHODE DE LA RIM

2.1. Champ de l'étude

La population cible est l'ensemble des IPP ≥ 0 % pour séquelles de MP fixées en première attribution par un médecin conseil du Régime Général.

L'individu statistique est l'IPP, le bénéfice de l'IPP n'étant attribué que pour une seule maladie professionnelle. A un même assuré peut correspondre une ou plusieurs IPP attribuées au cours du trimestre.

2.2. Echantillon

L'échantillon est constitué de toutes les IPP de maladies professionnelles entrant dans le champ de l'enquête durant le trimestre défini ci-dessous à des assurés du régime général de la région Ile-de-France. La taille de l'échantillon attendu est d'environ 200 individus statistiques.

La date d'entrée dans le champ de l'enquête est définie par la date de réception de la demande de l'IPP transmise au Service Médical Régional Ile-de-France - Division des Maladies Professionnelles par chacun des 8 ELSM de la région Ile-de-France et faisant suite aux demandes formulées par les services AT/MP des CPAM correspondantes. La période retenue va du 1er octobre 1995 au 31 décembre 1995 inclus.

Chaque demande parvenue durant la période précitée au Service Médical Régional - Division des Maladies Professionnelles fait l'objet d'une inscription sur un registre de réception des demandes d'IPP (annexe II) tenu par ce service. Ce registre comprend toutes les demandes d'évaluation d'IPP (incluses ou exclues de l'échantillon) et permet une validation de l'exhaustivité du recueil.

Un rapport d'IPP "spontané" (par exemple le jour de la consolidation) qui n'a fait l'objet d'aucune demande doit être gardé dans l'attente d'une demande de la CPAM.

Sont exclues de l'échantillon pour le traitement final mais comptabilisées et saisies à la rubrique 4 du questionnaire papier du service médical (annexe III) :

- les IPP de révision à l'initiative de la Caisse,
- les IPP après consolidation d'une rechute,
- les IPP de demande d'aggravation de la part de la victime,
- les IPP évaluées mais pour lesquelles un litige est intervenu secondairement sur la consolidation (expertise L 141.1),
- les IPP relevant de l'article 68 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994,
- Sont également exclues du champ de l'enquête, les IPP pour lesquelles il existe une demande d'avis médical à l'étranger compte tenu des délais habituels de réponse par les organismes étrangers et des délais de traduction.

Sont incluses dans le champ de l'enquête, les IPP pour lesquelles un médecin conseil évaluateur procède à une enquête auprès d'un confrère pour établir son rapport et ses conclusions :

- examen médical hors région Ile-de-France,
- examen médical au domicile du malade,
- examen médical en établissement sanitaire, sur un lieu de détention pénitentiaire,
- avis de sapiteur.

Sont également incluses dans le champ de l'enquête, les IPP de maladies professionnelles reconnues au titre du 3ème et 4ème alinéas de l'article L. 461-1 du code de la Sécurité Sociale après avis du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles.

2.3. Recueil de l'information

Toute demande d'évaluation d'IPP fait l'objet du remplissage d'un questionnaire papier du service médical par la Division des Maladies Professionnelles (cf. annexe III) afin de pouvoir valider l'exhaustivité du

recueil. Dans le cas où l'IPP est exclue de l'échantillon (par exemple IPP de révision), le recueil se limite aux trois variables d'identification (CPAM de l'assuré, poste de recueil et numéro séquentiel du questionnaire) et au motif d'exclusion (Q1 à Q4 du questionnaire papier Service Médical de l'annexe III).

La qualité des données recueillies et la fiabilité de l'enquête imposent un échantillonnage sans défaut, un suivi rigoureux de la procédure de l'évaluation comparée d'IPP et une codification sans erreur du questionnaire papier du service médical.

2.3.1. Le principe de la procédure de l'évaluation comparée de l'IPP selon 2 barèmes différents (droit commun et AT/MP)

Les objectifs principaux de la RIM sont de connaître les difficultés d'évaluation d'une IPP en MP avec le "barème droit commun" et connaître la différence des taux attribués dans le barème "AT/MP" et dans le "barème droit commun" lorsque ce dernier est utilisable.

Les séquelles sont évaluées trois fois pour un même assuré ; une première évaluation est réalisée dans les conditions habituelles selon le barème "AT/MP" après examen de la victime. C'est cette évaluation qui fournit le taux d'IPP pour l'attribution de la prestation réglementaire. Une deuxième évaluation est faite sur pièces avec pour référentiel le "barème droit commun". Une troisième évaluation, également sur pièces utilise comme référentiel le barème "AT/MP". Nous sommes là en présence d'une procédure très particulière, le cas étudié étant en même temps son propre témoin. Cette situation est celle d'une série appariée. L'opportunité de la troisième évaluation (barème "AT/MP" sur pièces) est justifiée par la nécessité de comparer des taux fixés dans des conditions d'observation identique.

Pour que l'évaluation comparée ait une réelle valeur, il faut que :

- l'évaluation soit réalisée par **trois médecins conseils différents**,
- le médecin conseil qui évalue en droit commun sur pièces n'ait pas connaissance du taux d'IPP fixé par ses confrères selon le barème "AT/MP",
- le médecin conseil qui évalue en AT/MP sur pièces n'ait pas connaissance du taux fixé par ses confrères,
- le médecin conseil qui évalue en droit commun connaisse parfaitement l'utilisation du "barème droit commun". Il ne s'agit pas nécessairement du médecin responsable du recours contre tiers,
- pendant le trimestre de l'enquête, les résultats des trois évaluations ne soient pas analysés dans la Division des Maladies Professionnelles afin de ne pas modifier le jugement des évaluateurs au cours de l'étude,
- le rapport d'IPP comporte l'ensemble des éléments indispensables :
 - * antécédent AT/MP avec taux d'IPP attribué(s),
 - * rappel du Certificat Médical Initial (CMI),
 - * élément d'interrogatoire de la victime,
 - * histoire de la maladie,
 - * description précise des séquelles de la victime avec un compte rendu d'examen clinique adapté à chaque cas,
 - * argumentation médicale du taux fixé.

Un modèle de rapport d'IPP comportant l'ensemble des parties nécessaires est joint en annexe VII.

En présence d'un état antérieur ou d'une pathologie intercurrente interfèrent sur l'évaluation et non détaillé sur le rapport d'IPP, un compte rendu des constatations médicales sera joint aux médecins conseils évaluant sur pièces.

2.3.2. Les différents temps de la démarche de l'évaluation comparée

Afin de respecter la procédure de l'évaluation comparée, les différents temps de la démarche doivent être les suivants :

- le rapport IPP barème "AT/MP" est établi selon les modalités habituelles par un premier médecin conseil avec recueil complémentaire des données d'interrogatoire nécessaires pour l'enquête (préjudice professionnel signalé par la victime),
- ce médecin conseil complète le questionnaire papier (cf. annexe III) à l'exception des questions 19 et 20 qui portent sur le taux d'IPP "barème droit commun" et "AT/MP" sur pièces,
- une photocopie du rapport d'IPP (y compris les conclusions) **sur laquelle le taux d'IPP fixé selon le barème AT/MP après examen de la victime est irréversiblement masqué**, est transmise au deuxième médecin conseil chargé de l'évaluation en droit commun ; le questionnaire papier n'est pas communiqué à ce deuxième médecin conseil,

-
- le taux d'IPP "barème droit commun" est fixé par le deuxième médecin conseil,
 - le deuxième médecin conseil transmet la photocopie du rapport d'IPP sur laquelle il porte le taux "droit commun" qu'il a fixé, au secrétariat chargé de l'enquête,
 - la question 19 du questionnaire papier est complétée par le secrétariat du service médical avec le taux "droit commun" transmis par le médecin évaluateur droit commun.
 - de même une photocopie du rapport d'IPP sur laquelle le taux fixé selon le barème AT/MP après examen de la victime est irréversiblement masqué, est transmise au troisième médecin conseil qui évalue sur pièces selon le barème "AT/MP".
 - ce troisième médecin conseil transmet la photocopie du rapport d'IPP sur laquelle il porte le taux "AT/MP" sur pièces qu'il a fixé au secrétariat de l'enquête.
 - la question 20 du questionnaire papier est complétée par le secrétariat avec le taux "AT/MP" sur pièces.

2.4. La saisie des informations

La saisie des informations médicales anonymes du questionnaire papier (annexe III) s'effectue au Service Médical Régional - Division des Maladies Professionnelles sur un logiciel spécifique développé par la Mission ESP/RIM de l'ENSM.

La personne chargée de la saisie n'a pas à connaître l'identité des assurés concernés par l'enquête. Cette identité ne doit être connue que par le personnel du poste de recueil MP-IPP. En cas d'information manquante ou incohérente, un dialogue doit s'instaurer entre le responsable de la saisie et le responsable du poste de recueil MP-IPP concerné.

2.5. Constitution de la base nationale

- Au niveau de l'ERSM - Division des Maladies Professionnelles : constitution de la base locale,
- Validation des données locales par l'ERSM,
- Transmission de la base à l'ENSM,
- Validation puis exploitation des résultats par l'ENSM.

3. ROLE DE L'ERSM - DIVISION DES MALADIES PROFESSIONNELLES POUR L'AIDE AU RECUEIL DE L'INFORMATION ADMINISTRATIVE PAR LES 8 CPAM DE LA REGION ILE-DE-FRANCE

3.1. Transmission à chaque CPAM des références des individus statistiques concernés

L'ERSM Ile-de-France - Division des Maladies Professionnelles sélectionne les individus statistiques entrant dans le champ de l'enquête. Il en informe la CPAM concernée en lui adressant directement le bordereau de transmission présenté dans l'annexe VI dès que la victime a été examinée.

3.2. Questionnaire assuré

Le questionnaire administratif "assuré" et la lettre d'accompagnement (annexe VIII) avec enveloppe réponse "T" est systématiquement remis à tout assuré par le Service Médical lors d'une évaluation IPP sur personne. Ce questionnaire porte sur l'existence d'un éventuel préjudice professionnel et permet à la Caisse de faire son étude sur le chiffrage financier de la perte de gain. Sur ce questionnaire doit être indiqué la CPAM d'affiliation, le nom et n° de téléphone du responsable de l'enquête de la CPAM.

En cas d'examen de la victime dans un établissement ou dans une autre Caisse que celle réglant la prestation, dans toute la mesure du possible, le questionnaire administratif "assuré" est adressé au médecin conseil qui procède à l'examen de l'assuré pour qu'il le remette à ce dernier.

Si, pour une quelconque raison, le questionnaire n'est pas remis en main propre à la victime, il convient à l'ERSM d'en informer la CPAM concernée sur le bordereau de transmission. La CPAM prendra, dans ce cas, les mesures nécessaires pour faire parvenir le questionnaire "assuré" à la victime.

3.3. Avis sur l'imputabilité d'une perte de salaire

Si l'imprimé de liaison avec le Médecin du Travail "reprise d'activité professionnelle d'une victime d'AT/MP" (Référence CERFA 6908) figure au dossier médical, les informations contenues dans ce document peuvent être utilisées dans le cadre de l'enquête.

Pour toute perte de salaire dont la réalité a été vérifiée par la CPAM, l'ERSM - Division des Maladies Professionnelles donne son avis sur l'imputabilité aux séquelles de la MP dans le cadre d'un colloque comprenant le Responsable Administratif de la CPAM et le médecin conseil responsable de l'enquête à l'ERSM.

4. MATERIEL ET METHODES DE LA RECHERCHE D'INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

4.1. Le champ de l'étude et l'échantillon

Le champ de l'étude et l'échantillon sont **définis au paragraphe 2, matériel et méthode de la RIM**, de la présente méthodologie. Chaque IPP entrant dans le champ de l'enquête est signalée au service administratif par le service médical, au moyen d'un **bordereau de transmission** accompagnant le rapport d'IPP (Cf. annexe VI).

4.2. Recueil de l'information

4.2.1. L'information relative au préjudice fonctionnel

Cette information est recueillie par le bordereau de transmission du service médical au service administratif et le rapport d'IPP correspondant. Elle constitue la presque totalité des renseignements demandés sur la Fiche A située en annexe IX et qui sont habituellement nécessaires au calcul de la rente ou à la détermination d'une indemnité en capital.

4.2.2. L'information relative au préjudice professionnel

Le préjudice professionnel est défini par la **perte de salaire**. Il peut s'agir d'une perte de salaire partielle (quel qu'en soit le montant) ou totale par exemple, en cas de licenciement imputable aux séquelles de la maladie professionnelle.

Lorsque l'assuré signale dans sa réponse au questionnaire le concernant (cf. *questionnaire assuré* annexe VIII), une reprise d'activité professionnelle, il y a lieu de vérifier (y compris pour les IPP 0 %) si le salaire perçu après la date de consolidation de la maladie professionnelle est inférieur au salaire avant la maladie. Ceci y compris lorsqu'il y a eu changement d'employeur depuis la date de consolidation.

Les indications relatives aux modalités de calcul d'une éventuelle perte de salaire, et les précisions relatives à une perte totale d'emploi sont formulées au paragraphe 4.2.2.2.

La décision de la CPAM, concernant l’existence d’un préjudice professionnel, est établie en fonction des critères suivants : • vérification de la réalité de la perte de salaire : attestation de licenciement pour inaptitude définitive, attestation du médecin du travail pour inaptitude partielle ou totale, estimation par l’employeur du nouveau salaire que la victime est supposée recevoir, • relation de cause à effet existant entre la perte de gain et les séquelles de la maladie : il y a lieu par exemple de distinguer le licenciement purement économique du licenciement pour inaptitude au poste de travail.
--

4.2.2.1. Le questionnaire assuré : réception du questionnaire - procédure de relance - gestion des non-réponses

Un questionnaire assuré, accompagné d'une lettre (annexe VIII) et d'une enveloppe T est remis par le médecin conseil à l'assuré lors de l'évaluation de l'IPP.

Le circuit de transmission des questionnaires et lettres d'envoi entre la CPAM et l'ELSM est laissé à l'initiative locale. Plusieurs possibilités peuvent être envisagées :

1. la CPAM adresse à l'ELSM un stock de documents avec des lettres mentionnant le nom et le numéro de téléphone du responsable administratif chargé de l'enquête ainsi que des enveloppes “ T ”. Dans ce cas, **le service médical indique dans la partie supérieure du questionnaire assuré, les coordonnées de l'assuré.**
2. la CPAM joint lors du transfert du dossier de la victime de la MP, pour l'évaluation du taux d'IPP, une lettre accompagnée d'un questionnaire (annexe VIII) et d’une enveloppe “ T ”. **Dans ce cas, les coordonnées de l'assuré sur le questionnaire assuré sont renseignées par la CPAM.**
3. combinaison des deux méthodes précédentes, avec stock à disposition du service médical, ainsi que lettre, questionnaire assuré et enveloppe “ T ” accompagnant les demandes d'IPP dans la majorité des cas.

Il est impératif que les coordonnées de l’assuré soient dans tous les cas portées en haut du questionnaire assuré avant remise ; ceci permettra son identification certaine lors du retour à la caisse par l’assuré.

Les IPP 0 % n'entraînent pas de versement de prestations au titre de l'incapacité permanente. En revanche, la maladie en cause (qui peut par exemple obliger la victime à abandonner son travail en raison d'une affection faiblement invalidante qui disparaît dès que cesse l'exposition au risque) peut être à l'origine d'une perte de gains. Aussi, un questionnaire assuré (et une enveloppe T) doivent également être remis à la victime pour les IPP 0 % qui entrent dans le champ de l'enquête, avec une lettre d'accompagnement spécifique (annexe VIII bis).

Si, pour une raison exceptionnelle, le questionnaire n’a pas été remis à la victime par le service médical, il incombe au service administratif d’effectuer cette démarche.

Le questionnaire assuré rempli doit être en possession du service administratif dans un **délai maximum de 2 semaines** à compter de la date de sa remise à l'assuré, - date mentionnée sur le bordereau de transmission du service médical au service administratif (annexe VI) -.

- **Procédure de relance**

La tenue d'un **échancier** s'avère nécessaire en vue de la mise en place de la procédure de relance. Dans le cas où l'assuré n'a pas renvoyé le questionnaire dans le **délai des quinze jours**, une **lettre de rappel** lui est systématiquement adressée par le service administratif.

- **Absence de réponse au questionnaire assuré** après relance

Si l'assuré n'a pas renvoyé le questionnaire dans un **délai de quinze jours à compter de la date de relance**, il y a lieu de renseigner la rubrique 13 de la fiche A avec le **code 3 : non réponse au questionnaire assuré**.

- **Réponse au questionnaire assuré : modalités d'assistance** par la CPAM.

Les coordonnées du responsable du service AT-MP ou de l'un de ses collaborateurs, qui figurent sur la lettre d'envoi accompagnant le questionnaire assuré doivent ainsi permettre à l'assuré d'obtenir tout renseignement complémentaire concernant l'ensemble des questions posées, ceci, par exemple au moyen d'un simple appel téléphonique.

Dans le cas où l'assuré nécessite une aide plus importante ou n'a pas répondu après la relance, il appartient au service administratif de mettre en oeuvre les dispositions adéquates permettant de répondre à cette situation.

A titre d'exemples, l'aide apportée à l'assuré pour le remplissage de ce questionnaire peut se formaliser ainsi :

- proposition d'un rendez-vous pour un entretien à la CPAM avec le gestionnaire de son dossier, et précisions sur les pièces justificatives à apporter le jour convenu (bulletins de paie, attestation de l'employeur, certificat de licenciement...),
- dans l'hypothèse où l'assuré se trouve dans l'impossibilité de se rendre dans les locaux de la CPAM, propositions d'un entretien à son domicile ou à une adresse de sa convenance avec un inspecteur du service AT-MP, un agent enquêteur, ou toute autre personne de la CPAM habilitée à se déplacer auprès des assurés sociaux, ou encore un(e) assistant(e) social(e) à condition toutefois que l'assuré soit déjà connu du service social.

4.2.2.2. Analyse du questionnaire assuré

Le service administratif de la CPAM procède alors à l'analyse des réponses faites au questionnaire assuré et des pièces justificatives correspondantes.

- l'assuré signale avoir repris une activité **sans perte de salaire**. Cette information doit être reportée à la question 13 (code 2) de la fiche A.

-
- l'assuré déclare avoir subi **une perte de salaire**. Cette perte de salaire est mentionnée dans les cas de reprise ou de non reprise d'une activité professionnelle (pavés 2 et 3). Cette information doit être reportée à la question 13 (code 1) de la fiche A.

DANS TOUS LES CAS, QUELLE QUE SOIT LA REPONSE DE L'ASSURE, le service administratif procède aussitôt au recueil auprès du (ou des) employeur(s) des données complémentaires relatives au chiffrage du salaire avant ET après la maladie. Le chiffrage de la perte de salaire est ensuite établi à partir de la **différence** enregistrée. Pour ce chiffrage, la notion à prendre en compte est celle de **salaire mensuel moyen avant et après la maladie professionnelle**. Pour ce faire, il s'est avéré nécessaire de déterminer les **modalités de calcul de ces deux critères de référence**, à savoir :

- le **salaire mensuel moyen avant la maladie professionnelle** est déterminé par le salaire annuel servant de base au calcul de la rente, montant ramené à 1 mois par Caisse. Toutefois pour l'enquête, il convient de se référer au salaire réel ou fictif sans référence au salaire minimum des rentes. La connaissance du montant du salaire annuel avant la maladie professionnelle, habituellement recherché par le service administratif pour le calcul de la rente (taux d'IPP égaux ou supérieurs à 10%), est dans le cadre de l'enquête, indispensable quel que soit le taux d'IPP, **y compris pour les taux d'IPP entre 0% et 9% inclus**.
- le calcul du **salaire mensuel moyen après la date de consolidation de la maladie professionnelle** nécessiterait l'appréciation du salaire de la victime, sur une période d'un an, permettant ainsi de détecter par rapport au montant du salaire mensuel moyen *avant* la maladie professionnelle, une baisse du salaire brut de base et celle des accessoires y afférents.

Or, il s'avère que la période moyenne observée entre la date de consolidation, qui correspond généralement avec la date de reprise du travail, et la date de fixation du taux d'IPP, est relativement courte ce qui, compte tenu des délais impartis pour le bon déroulement de l'enquête, ne permet pas d'effectuer la comparaison sur la période évoquée ci-dessus.

L'existence d'un éventuel préjudice professionnel implique la connaissance du **salaire mensuel moyen perçu par la victime depuis la date de consolidation**, s'il s'agit d'un mois complet (hypothèse peu vraisemblable) ou du mois suivant la date de consolidation.

La simple prise en considération du bulletin de paie est insuffisante, puisque la période de référence n'est pas le reflet exact de la situation financière de l'assuré, en raison notamment des accessoires du salaire versés suivant une périodicité différente de celle du salaire de base (par exemple primes trimestrielles, semestrielles, ou annuelles qui ne seront pas signalées dans ledit bulletin de paie). En tout état de cause, le bulletin de paie constitue en fait une présomption qui devra faire l'objet d'une confirmation.

MODALITES DE CALCUL DU SALAIRE APRES LA MP :

En conséquence, le **salaire mensuel moyen après la date de consolidation** est calculé à partir d'une **estimation faite par l'employeur** et relative au revenu que la victime est supposée recevoir pendant douze mois, compte tenu de ses capacités de travail à la **date de consolidation** (ou du mois suivant s'il s'agit d'un mois complet). Cette estimation doit tenir compte de l'ensemble des salaires et des éléments annexes y compris les

avantages en nature et les pourboires. S'il y a eu changement d'employeur depuis la maladie professionnelle, l'attestation sera demandée au nouvel employeur dont les coordonnées figurent sur le questionnaire assuré.

En cas de **perte totale** d'emploi imputable à la maladie professionnelle, il y a pas lieu de faire établir une estimation de salaire par l'ex-employeur. Le salaire mensuel moyen après la date de consolidation porté en ligne 4 de la fiche B sera égal à zéro franc dans ce cas de figure.

Il convient néanmoins de signaler en cases 32 et 33 de la fiche B si la victime est inscrite à l'ANPE et si elle est indemnisée par les ASSEDIC ou en tant que stagiaire de formation ou de rééducation professionnelle (case 34) sans qu'il soit nécessaire de se renseigner sur le montant de l'indemnisation.

Toutefois, si à la suite d'une perte d'emploi, l'assuré exerce auprès d'un nouvel employeur, l'estimation de salaire s'impose.

Les modalités de recueil de l'estimation de salaire sont laissées à l'initiative du service administratif qui peut obtenir ce chiffrage soit par courrier, soit, par exemple, en déléguant cette mission à un inspecteur AT ou à un enquêteur qui se rendra chez l'employeur. Cette demande de renseignement doit être obligatoirement accompagnée d'une lettre informant l'employeur que cette estimation est nécessaire à la réalisation d'une enquête nationale.

L'attestation de salaire est un élément essentiel de réalisation de l'enquête. Il est nécessaire de tenir un échéancier permettant de relancer l'employeur dans un délai de dix jours à compter de la demande initiale. Passé ce délai, si l'employeur a été contacté une première fois par simple courrier, il faut effectuer une démarche personnalisée auprès de celui-ci par un enquêteur de la Caisse.

Le salaire mensuel moyen après la maladie professionnelle est ensuite obtenu en divisant par 12 le montant de l'estimation donnée par l'employeur (déduction faite des frais professionnels). Ce montant **arrondi au “ franc inférieur ” (sans les centimes)** est reporté à la rubrique 4 de la Fiche B (annexe XI).

Dans **tous les cas** où il existe une **perte partielle ou totale de salaire**, il y a lieu de se prononcer sur **l'imputabilité de celle-ci à la maladie professionnelle** ; cette décision est prise dans le cadre d'un **colloque** organisé entre le responsable administratif et le médecin conseil chargés de coordonner l'enquête et est mentionnée à la rubrique 36 de la Fiche B.

4.2.2.3. Recueil des données Fiche B (cf Annexe XI)

La Fiche B est remplie dans tous les cas à l'exception d'une non-réponse de l'assuré au questionnaire-assuré.

Les ***salaires mensuels moyens avant et après MP (en francs) doivent être mentionnés dans tous les cas d'IPP, y compris dans les cas d'IPP inférieure à 10%*** et impliquent le recueil préalable par le service administratif des différents éléments de calcul en particulier montant du salaire annuel avant la MP, et montant après la MP (Cf. 4.2.2.2.).

4.2.3. La saisie des informations

La Fiche-papier A et (sauf non-réponse de l'assuré) la Fiche-papier B sont enregistrées par les CPAM sur micro-ordinateur dans le cadre d'une grille de saisie développée par la CNAMTS -DRP sous le logiciel EPI INFO. La disquette et l'ensemble de la documentation y afférant (installation et utilisation) seront diffusés courant septembre 1995 lors d'une réunion de présentation aux Caisses Primaires concernées.

Une double copie de sauvegarde de cette disquette devra être effectuée par la Caisse, sur une autre disquette et sur disque dur PC, puis actualisée régulièrement au fur et à mesure de la saisie des fiches. A la fin de l'enquête, la disquette comportant l'ensemble des données saisies sera retournée, après une double sauvegarde définitive par la Caisse, à la CNAMTS/Direction des Risques Professionnels (DRP, à l'attention de Mr Dupré) au plus tard pour le 29 février 1996.

Modalités pratiques d'utilisation des documents :

Un jeu de documents, sans annotation, sera remis aux Caisses lors de la réunion de présentation de la méthodologie qui se tiendra à la CNAMTS -DRP en septembre 1995.

LISTE DES 8 CPAM

CONCERNEES PAR LE RECUEIL DE L’INFORMATION

N°	CPAM
751	PARIS
771	MELUN
781	VERSAILLES
911	EVRY
921	NANTERRE
931	BOBIGNY
941	CRETEIL
951	CERGY

ANNEXE II

ERSM Paris - Division des Maladies Professionnelles

REGISTRE DE RECEPTION DES DEMANDES D’IPP

TENU PAR LE POSTE DE RECUEIL MP N° :__:__:__:

N° séquentiel de réception	Date de réception de la demande d'évaluation d'IPP	N° d'immatriculation	Nom de l'assuré	CPAM d'affiliation	Dossier inclus*	Dossier exclu**

* cocher la case
** préciser en clair le motif : consolidation après rechute,

ANNEXE III (sous EXCEL)

REEMPLACER CETTE FEUILLE PAR LE DOCUMENT SOUS EXCEL 4

C:\PPMP\CONCEPTION\QPIPPMP.XLS

MICRO A. WEILL PIECE 1009

NOTICE DE REMPLISSAGE
DU QUESTIONNAIRE PAPIER
DU SERVICE MEDICAL

1. CPAM D'AFFILIATION

A remplir selon la table 1.

2. POSTE DE RECUEIL

L'ERSM - Division des Maladies Professionnelles organise le circuit des pièces et du recueil des informations médicalisées selon un schéma qui lui est propre. Pour permettre une numérotation séquentielle des questionnaires de 1 à n à l'intérieur d'un même poste de recueil, il est nécessaire d'individualiser les postes où ces informations sont recueillies. S'il y a un seul poste, il lui est attribué le numéro 1. S'il y en a plusieurs, la numérotation est attribuée séquentiellement de 1 à n.

La correspondance entre le numéro du poste de recueil et l'équipe responsable doit être connue de l'ERSM afin qu'un dialogue puisse s'entamer entre l'équipe de saisie et celle qui a recueilli les données en cas de difficultés de saisie sur le logiciel.

L'ENSM n'a pas à connaître l'identité des équipes correspondant aux postes de recueil.

3. NUMERO SEQUENTIEL DU QUESTIONNAIRE

Le numéro séquentiel de réception inscrit sur le registre tenu par le poste de recueil MP-IPP (annexe II) est reporté à cette rubrique.

4. INCLUSION-EXCLUSION DE L'ECHANTILLON

Indiquer si l'IPP est incluse dans le champ de l'enquête en fonction des critères précisés dans la méthodologie. Si c'est le cas, il faut compléter l'ensemble du questionnaire.
Si l'IPP est exclue du champ de l'enquête (IPP après rechute, ...), il n'y a pas lieu de compléter les autres rubriques de la fiche de recueil.

A coder selon la table 4 de l'annexe V.

5. ANNEE DE NAISSANCE

Renseigner l'année de naissance de la victime. Le logiciel prévoit que :

- année de naissance postérieure à 1979 (âge $\leq$ 16 ans) $\Rightarrow$ message d'alerte avec demande de confirmation,
- année de naissance antérieure à 1930 (âge $\geq$ 65 ans) $\Rightarrow$ message d'alerte avec demande de confirmation.

6. SEXE

Indiquer le sexe de l'assuré.

7. CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

Il s'agit de la CSP à la date de la maladie professionnelle.
A coder selon la table 7 de l'annexe V. (Classification du Bureau International du Travail à deux chiffres)

8. DATE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Renseigner la date de déclaration de la maladie professionnelle selon le CMI.
A coder sous le format JJ/MM/AA (jour/mois/année).

9. DATE DE CONSOLIDATION

A coder sous le format JJ/MM/AA.
Le logiciel n'accepte qu'une date de consolidation postérieure à la maladie professionnelle.

10. D'IPP

DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE

A coder sous le format JJ/MM/AA

Le logiciel n'accepte qu'une date postérieure ou égale à la date de consolidation et comprise dans la période du 01.10.95 au 31.12.95 inclus.

11. DATE D'ETABLISSEMENT DU RAPPORT D'IPP PAR LE MEDECIN CONSEIL

A coder sous le format JJ/MM/AA.

Le logiciel n'accepte qu'une date postérieure ou égale à la date de consolidation.

12. NATURE DE L'AFFECTION (MALADIE PROFESSIONNELLE DES TABLEAUX)

A renseigner en clair et à coder selon la codification des Maladies Professionnelles (circulaire CNAMTS du 21.11.94 - DGR 100/94 - ENSM 31/94).

13. NATURE DE L'AFFECTION MALADIE PROFESSIONNELLE HORS TABLEAUX

Le code à utiliser est le code INFOMED.

14. TAUX D'IPP BAREME " AT/MP " TRANSMIS AU SERVICE ADMINISTRATIF

Il s'agit du taux fonctionnel transmis compris entre 0 et 100 % (hors coefficient professionnel).

15. COEFFICIENT PROFESSIONNEL

Il s'agit du taux transmis pour le seul coefficient professionnel.

16. MAJORATION TIERCE PERSONNE

Cette rubrique ne concerne que les incapacités permanentes de 100 % pour lesquelles il peut être attribué une majoration tierce personne. Lorsque le taux est inférieur ou égal à 99 %, cette rubrique ne doit pas être complétée.

17. PREJUDICE PROFESSIONNEL SIGNALÉ PAR LA VICTIME

Il s'agit d'une donnée d'interrogatoire. Le médecin conseil n'a pas pour rôle d'obtenir les preuves matérielles des dires de l'assuré.

Coder selon la table 17.

18. AVIS DU MEDECIN CONSEIL SUR L'IMPUTABILITE DU PREJUDICE PROFESSIONNEL SIGNALÉ PAR LA VICTIME

Le médecin conseil ne se prononce qu'à titre indicatif.

19. TAUX D'IPP BAREME DROIT COMMUN SUR PIECES

Il s'agit du taux indiqué par le médecin conseil évaluateur sur pièces en droit commun. Il est compris entre 0 et 100 %. S'il est impossible d'évaluer selon le barème droit commun, coder 999.

20. TAUX D'IPP BAREME "AT/MP" SUR PIECES

Il s'agit du taux indiqué par le médecin conseil évaluateur sur pièces en AT/MP. Il est compris entre 0 et 100 %.

TABLE DE VALEURS DU QUESTIONNAIRE PAPIER

SERVICE MEDICAL

1 CPAM

N°	CPAM
751	PARIS
771	MELUN
781	VERSAILLES
911	EVRY
921	NANTERRE
931	BOBIGNY
941	CRETEIL
951	CERGY

4	Inclusion - Exclusion de l'échantillon	
•	Inclus....	1
•	Exclu	
	IPP relevant de l'article 68	2
	Examen médical à l'étranger.....	3
	IPP de révision (consolidation d'une rechute, initiative caisse, initiative assuré) ...	4
	Autres motifs.....	5

7 Catégorie socioprofessionnelle

ANNEXE V (SUITE)

REEMPLACER CETTE PAGE PAR LE DOCUMENT SOUS EXCEL 4

C:\IPPMP\CONCEPTION\CSP.XLS

MICRO A. WEILL PIECE 1009

ANNEXE V (SUITE)

REEMPLACER CETTE PAGE PAR LE DOCUMENT SOUS EXCEL 4

C:\IPPMP\CONCEPTION\CSP.XLS

MICRO A. WEILL PIECE 1009

17 Préjudice professionnel signalé par la victime

- La victime ne signale aucun préjudice professionnel **1**
- La victime signale un préjudice professionnel :
 - licenciement **2**
 - changement d’emploi avec une perte de salaire..... **3**
 - changement de poste dans la même entreprise avec une perte de salaire **4**
 - autres causes de perte de salaire..... **5**
- Il est impossible d’interpréter ou de comprendre la réponse de la victime..... **6**

BORDEREAU DE TRANSMISSION DE L'ERSM
- DIVISION DES MALADIES -
PROFESSIONNELLES AU SERVICE ADMINISTRATIF

A l'attention de
(Nom, adresse)
.....

1. REFERENCE DU DOSSIER RETENU DANS LE CHAMP DE L’ENQUETE

N° de fiche

CPAM

Poste de recueil
IPP ERSM

N° séquentiel

N° immatriculation

Date
professionnelle

maladie

Date de consolidation

Taux d'IPP

T

F

+

C

P

2. COMMUNICATION A L’ASSURE DU QUESTIONNAIRE-ASSURE

Date de communication

Si le questionnaire n’a pas été remis à l’assuré, préciser le motif en clair :
.....
.....
.....
.....
.....

3. PREJUDICE PROFESSIONNEL SIGNALE PAR LA VICTIME

Coder selon la table 17 du
questionnaire papier de la RIM

Si licenciement, lettre de licenciement pour inaptitude au poste de travail vue par le médecin conseil
OUI ☐ NON ☐

Le

Service

Dossier suivi par

☎ :

Madame, Monsieur,

A la suite de votre maladie professionnelle, vos lésions ayant été consolidées, **une indemnité en capital ou une rente doit vous être attribuée.**

Afin de compléter votre dossier, je vous serais obligé de bien vouloir répondre au présent questionnaire et de me le faire parvenir par retour du courrier avec l'enveloppe ci-jointe.

Dans le cas où vous rencontreriez des difficultés pour remplir ce questionnaire, n’hésitez pas à me contacter.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le responsable du service

P.J. : Questionnaire et enveloppe “ T ”

Le

Service

Dossier suivi par

☎ :

Madame, Monsieur,

A la suite de votre maladie professionnelle, vos lésions ont été consolidées.

Afin de compléter votre dossier, je vous serais obligé de bien vouloir répondre au présent questionnaire et de me le faire parvenir par retour du courrier avec l'enveloppe ci-jointe.

Dans le cas où vous rencontreriez des difficultés pour remplir ce questionnaire, n’hésitez pas à me contacter.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le responsable du service

P.J. : Questionnaire et enveloppe “ T ”

CETTE FEUILLE EST A REMPLACER PAR LE DOCUMENT

C:\RIMIPP\CONCEPTION\MP\QESASSMP.DOC

RIA IPP - 1995

1 - Nom CPAM :

2 - Identifiant du questionnaire

| | | | | | | | | | | | | |

L’ASSURE

3 - Date de la maladie professionnelle

| | | | | | | |

4 - Mode de reconnaissance de la maladie professionnelle (code 5-6-7 (cf. notice))

| |

5 - Maladie professionnelle (tableau ou code OMS)

| | | | | |

6 - Syndrome (pour les maladies tableau, mode de reconnaissance 5 ou 6)

| | | | |

7 - Date de consolidation

| | | | | | | |

8 - Année de naissance

1 9 | | |

9 - Sexe (M=1, F=2)

| |

L’INDEMNISATION DU PREJUDICE FONCTIONNEL

10 - Taux IPP

| | | | |

11 - Montant annuel rente (en Francs)

| | | | | | | |

12 - Majoration tierce personne (oui=1, non=2)

| |

L’EXISTENCE D’UNE PERTE DE SALAIRE SIGNALEE PAR L’ASSURE

à remplir suivant les réponses données dans le questionnaire assuré

13 - Existence d’une perte de salaire signalée par l’assuré ou non reprise d’une activité professionnelle
(oui=1, non=2, non réponse au questionnaire assuré=3)

| |

si le code est 1 ou 2, remplir la FICHE B

NOTICE DE REMPLISSAGE
FICHE A

2- IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE

Il figure sur les bordereaux transmis par l’ERSM à la CPAM, et se compose d’une série de (3 * 3) = 9 chiffres, dont la structure est la suivante :

- les trois premiers chiffres représentent le numéro de Caisse/ELSM,
- est ensuite mentionné le numéro attribué au poste de recueil des données établi par l’ERSM → ce chiffre varie de 1 à n en fonction du nombre de postes recensés, et il est de 1 s’il n’existe qu’un seul poste de recueil,
- les trois derniers chiffres constituent le numéro séquentiel du questionnaire.

3- DATE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Format Jour/Mois/Année → JJ/MM/AA

Il s'agit de la date de la première constatation médicale.

4- MODE DE RECONNAISSANCE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Code 5 :

Maladie reconnue au titre de l'article L461-1 (Loi n°93-121 du 27-1-93) deuxième alinéa "Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Code 6 : Nouveau mode de reconnaissance

Maladie reconnue au titre de l'article L461-1 troisième alinéa (Loi n°93-121 du 27-1-93). 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 telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladie professionnelle peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Code 7 :

Maladie reconnue au titre de l'article L461-1 quatrième alinéa (Loi n°93-121 du 27-1-93). Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

5- MALADIE PROFESSIONNELLE

Quatre cases correspondent au tableau de maladie (mode de reconnaissance 5 et 6 ci-dessus) ou au code OMS de la maladie (mode de reconnaissance 7).

6- SYNDROME

Pour les maladies relevant d’un tableau (mode de reconnaissance 5 et 6), il s’agit des 3 derniers caractères alphanumériques du code à 4+3=7 chiffres tableau + syndrome.

7- DATE DE CONSOLIDATION

Format Jour/Mois/Année → JJ/MM/AA
Cette date est obligatoirement postérieure à la date de la maladie professionnelle.

8- ANNEE DE NAISSANCE

Elle est postérieure ou égale à 1900, et antérieure ou égale à 1995 (bébés mannequins).

10- TAUX IPP

Il s'agit du taux global qui sert au calcul de la prestation réglementaire. Il comprend le cas échéant le coefficient professionnel. C'est le taux notifié à la victime (compris entre 0 et 100%).

11- MONTANT ANNUEL DE LA RENTE

A compléter uniquement pour les taux égaux ou supérieurs à 10%. Il s'agit du montant (sans les centimes) hors majoration tierce personne.

12- MAJORATION TIERCE PERSONNE

Il convient de préciser si la rente est majorée pour recours à l’assistance d’une tierce personne.

13- EXISTENCE D’UNE PERTE DE SALAIRE SIGNALEE PAR L’ASSURE

Il s’agit de reproduire ici la réponse faite par l’assuré sur ce point, sur le *questionnaire assuré*, qui peut être:

- non reprise d’activité professionnelle ou reprise mais avec perte de salaire (code 1),
- reprise d’activité sans perte de salaire (code 2)
- et dans les cas de non réponse de l’assuré au questionnaire, d’impossibilité d’interprétation ou de compréhension de la réponse par le service administratif (code 3).

Il est à noter que la réponse initiale et positive donnée par l’assuré peut être différente de la réponse qui figurera sur la Fiche B (Annexe XI) à la rubrique 36, et qui résultera de l’analyse du questionnaire assuré par le service administratif et de la décision prise sur ce point à l’issu d’un colloque CPAM/ERSM.

RIA IPP - 1995

1 - Nom CPAM :
2 - Identifiant du questionnaire

LE MONTANT DU SALAIRE
3 - Salaire mensuel moyen avant MP (en Francs)
4 - Salaire mensuel moyen après MP (en Francs)

SITUATION PROFESSIONNELLE A LA DATE DE LA MALADIE
5 - Le contrat de travail avant la maladie (cf. code 1 à 4) code 1=contrat à durée indéterminée
code 2=contrat à durée déterminée
code 3=intérimaire
code 4=autre
si autre, précisez :.....
6 - Poste à temps complet avant la maladie (oui=1, non=2)
7 - Horaire hebdomadaire de travail à la date de la MP

Y-A- T-IL EU UNE REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE
8 - Reprise d'une activité professionnelle (oui=1, non=2)
si oui (code 1) répondre directement aux questions 9 à 18, la **question 19** doit être renseignée dans le cadre du colloque
si non (code 2) répondre directement aux questions 20 à 34
Ensuite dans tous les cas, **répondre aux questions 35 et 36**

DANS LE CAS D'UNE REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE
9 - Nature du contrat de travail **actuel** (cf. code 1 à 4) code 1=contrat à durée indéterminée
code 2=contrat à durée déterminée
code 3=intérimaire
code 4=autre
si autre, précisez :.....
10 - Poste à temps complet depuis la maladie (oui=1, non=2)
11 - Horaire hebdomadaire de travail après la MP
précisez lorsqu'il y a lieu le(s) motif(s) de la perte de salaire :
Codez code 1, uniquement pour la ou les réponse(s) cochée(s) sur le questionnaire
12 - Changement d'employeur
13 - Changement de poste
14 - Diminution ou suppression de primes
15 - Diminution des horaires de travail
16 - Suppression des heures supplémentaires
17 - Abandon du travail posté ou de nuit
18 - Autre(s) : précisez :.....
19 - En cas de changement de catégorie socioprofessionnelle, nouvelle C.S.P

DANS LE CAS D'UNE NON REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE
indiquez la(les) cause(s) de la perte de salaire :
Codez code 1, uniquement pour la ou les réponse(s) cochée(s) sur le questionnaire

20 - fin de contrat à durée déterminée	☐	21 - fin de mission intérimaire	☐
22 - convenances personnelles	☐	23 - licenciement	☐
24 - maladie	☐	25 - maternité	☐
26 - rééducation professionnelle	☐	27 - formation professionnelle	☐
28 - préretraite	☐	29 - retraite	☐
30 - autre(s) ☐ : précisez			
.....			
31 - Licenciement signalé par la victime comme étant en rapport avec la MP (oui=1, non=2) ☐			

32 - Inscription à l'ANPE (oui=1, non=2)	☐
33 - Indemnisation par l'ASEDIC (oui=1, non=2)	☐
34 - Rémunération en tant que stagiaire de formation ou de rééducation professionnelle (oui=1, non=2)	☐

DECISION CPAM/ERSM APRES COLLOQUE

35 - Il y a une perte de salaire (oui=1, non=2)	☐
36 - La perte de salaire est imputable à la maladie professionnelle (oui=1, non=2)	☐

NOTICE DE REMPLISSAGE
FICHE B

3 ET 4 SALAIRES MENSUELS MOYENS : - AVANT MP - APRES MP

Ces deux questions doivent être renseignées en fonction des modalités de calcul de la perte de salaire, exposées au paragraphe 4.2.2.2 Analyse du *questionnaire assuré*. Elles concernent l’ensemble des victimes des maladies professionnelles, y compris celles dont les taux d’IPP sont inférieurs à 10%.

- Le *salaire mensuel moyen avant MP* (sans les centimes) est déterminé par le montant du salaire annuel servant de base au calcul de la rente, soit le montant des gains réalisés par la victime de la MP au cours des 12 mois civils précédant l’arrêt de travail consécutif à la maladie, et ramené à 1 mois (arrondi au “ franc inférieur ” sans les centimes). Il s'agit de se référer ici au salaire réel ou fictif sans référence au salaire minimum des rentes.
- Le *salaire mensuel moyen après MP* (sans les centimes) est établi à partir d’une estimation faite par l’employeur et relative au revenu que la victime est supposée recevoir pendant 12 mois, non inclus les frais professionnels, compte tenu de ses capacités de travail à la date de consolidation, estimation qui sera ensuite ramenée à 1 mois par la Caisse (arrondi au “ franc inférieur ” sans les centimes).

Si la victime a été licenciée, le salaire mensuel moyen après la maladie professionnelle reporté à la rubrique 4 est égal à zéro. Il n'est pas nécessaire dans ce cas de figure d'obtenir une attestation de la part de l'employeur.

5 A 34

- * Situation professionnelle à la date de la maladie professionnelle**
- * Y a-t-il eu une reprise d'activité professionnelle**
- * Dans le cas d'une reprise d'activité professionnelle**
- * Dans le cas d'une non reprise d'activité professionnelle**

Il s'agit de reproduire ici (à l'exception de la question 19), les réponses faites par la victime au questionnaire assuré y compris, si le salaire mensuel moyen après la maladie professionnelle vérifié par la Caisse auprès de l'employeur met en évidence un revenu égal ou supérieur au salaire mensuel moyen avant la maladie professionnelle.

Les questions 12 à 18 et 20 à 30 peuvent recevoir plusieurs réponses positives.

19 NOUVELLE C.S.P

A remplir lorsque la victime a signalé un changement d'employeur. Il convient de se reporter à la table de codification des catégories socioprofessionnelles située en Annexe V, afin de mentionner le cas échéant, la nouvelle catégorie socioprofessionnelle de la victime d’une MP ayant repris une activité professionnelle. Cette rubrique doit être remplie dans le cadre du colloque, l'information concernant la CSP avant la maladie professionnelle ayant été recueillie par le médecin conseil.

NOTICE DE REMPLISSAGE

FICHE B (suite)

35 ET 36 PERTE DE SALAIRE IMPUTABLE OU NON A LA MP

Le service administratif, après avoir procédé à l’analyse et à la vérification des réponses mentionnées sur le *questionnaire assuré*, est en mesure de confirmer ou d’infirmer l’existence d’une perte de salaire et donc d’un préjudice professionnel, les modalités de calcul de la perte de salaire étant définies au paragraphe 4.2.2.2. de la méthodologie.

- si le salaire mensuel moyen après la maladie professionnelle est inférieur au salaire mensuel moyen avant la maladie professionnelle, il y a perte de salaire, codez la case 35
- il reste alors à déterminer si la perte de salaire, ou la perte d'emploi est imputable à la maladie professionnelle.

La décision d'imputabilité est prise dans le cadre du colloque (case 36).

Il est à noter que cette décision, résultant d’une analyse et d’un colloque, et qui est mentionnée à cette rubrique 36 peut être différente de la réponse initiale et positive donnée par l’assuré sur ce point, et qui figure sur la Fiche A (Annexe IX) question 13.

Destinataire
(coordonnées de l'employeur)



Objet : ENQUETE NATIONALE IPP DE LA CNAMTS - ESTIMATION DES SALAIRES

L'assuré(e) cité(e) en références a été victime d'une maladie professionnelle constatée le .

Une enquête nationale avec recueil de données anonymes commandée par le Ministère de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie est actuellement en cours de réalisation.

Cette enquête a pour objet de connaître notamment le nombre de victimes de maladies professionnelles présentant un préjudice professionnel c'est-à-dire une perte de gains imputable à la maladie.

M. entre dans l'échantillon représentatif constitué à cette fin.

En conséquence, je vous serais très obligé de bien vouloir compléter le document ci-annexé, par lequel il vous est demandé d'estimer les revenus que l'intéressé(e) est supposé(e) recevoir pendant 12 mois à compter du _____ et ce compte tenu de ses capacités de travail à ce jour.

Les renseignements qui vous sont demandés dans ce document constituant un support à l'enquête, je vous remercie par avance de l'aide que vous voudrez bien m'apporter dans la réalisation de cette étude et, vous prie d'agréer, M., l'expression de mes sentiments distingués.

LE RESPONSABLE

PJ : Document à compléter concernant l'estimation des salaires

ANNEXE XIV

SIMULATION FINANCIERE

ESTIMATION DES SALAIRES

Nom et prénom de l'assuré :

Maladie professionnelle du :

Période du _____ au _____. (précision apportée par la CPAM)

Période de 12 mois	Salaire brut	Avantage en nature, pourboire, non compris dans le salaire brut	Indemnités, gratifications, primes soumises à cotisations non comprises dans le salaire brut	Frais professionnels oui k taux : non k
--------------------	--------------	---	--	--

du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				
du au				

La loi n° 78.17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

PRESENTATION SYNTHETIQUE
DES OPERATIONS

Les différentes opérations réalisées par les CPAM, les ELSM et l'ERSM - Division des Maladies Professionnelles sont décrites ci-dessous dans l'ordre chronologique dans lequel elles doivent être réalisées.

1. La CPAM notifie la consolidation de la maladie professionnelle à l'assuré.
2. La CPAM demande au service médical de l'ELSM d'évaluer l'IPP et lui transmet le questionnaire-assuré accompagné d'une enveloppe réponse.
3. L'ELSM transmet le dossier au Service Médical de la région Ile-de-France - Division des Maladies Professionnelles.
4. L'ERSM - Division Maladies Professionnelles inscrit la demande d'IPP sur le registre de réception tenu par chaque poste de recueil IPP.
5. L'ERSM - Division Maladies Professionnelles convoque l'assuré.
6. L'ERSM - Division Maladies Professionnelles examine la victime de MP et établit le rapport d'IPP selon la procédure habituelle :
 - remet à l'assuré le questionnaire-assuré avec une enveloppe réponse,
 - complète le questionnaire papier service médical hormis les taux "barème droit commun" sur pièces et le taux barème AT/MP sur pièces.
7. L'ERSM transmet directement le bordereau de transmission au responsable de la CPAM concernée.
8. La CPAM échéance la réponse au questionnaire-assuré à 15 jours après la communication du questionnaire à l'assuré.
9. La CPAM procède à une relance de l'assuré en l'absence de réponse à 15 jours.
10. L'ERSM transmet le rapport d'IPP au médecin conseil de l'ELSM.
11. L'ERSM fait deux photocopies du rapport d'IPP avec le taux masqué et les transmet séparément aux médecins conseils "droit commun" et "MP" sur pièces. Ces derniers retournent les documents avec les taux au secrétariat chargé de l'enquête qui complète le questionnaire papier service médical (questions 19 et 20).
12. L'ELSM transmet selon les modalités habituelles le rapport d'IPP ou les conclusions du rapport d'IPP à la CPAM.

13. La CPAM :

- procède au calcul des montants de l'indemnité en capital ou de la rente selon la procédure habituelle,
- complète la fiche de recueil A à l'exception de la question 13.

14. La CPAM analyse le questionnaire-assuré et complète la question 13 de la fiche A sur la perte de salaire signalée par la victime, ainsi que les questions de la fiche B à l'exception des questions 19, 35 et 36.

15. Dans tous les cas, la CPAM demande à l'employeur l'estimation du nouveau salaire après MP.

16. Un colloque des responsables de l'enquête ERSM-CPAM se réunit pour toute perte de salaire dont la réalité est vérifiée par la CPAM pour se prononcer sur l'imputabilité aux séquelles de l'MP (= préjudice professionnel).

17. La CPAM complète les questions 19, 35 et 36 de la fiche B.

-
- 18.** L'ERSM - Division des Maladies Professionnelles saisit les données des questionnaires-papier anonymes sur un logiciel élaboré par l'ENSM.
- 19.** L'ERSM - Division des Maladies Professionnelles procède à la destruction du registre de réception des demandes d'IPP tenu par chaque poste de recueil MP-IPP.
- 20.** L'ERSM - Division des Maladies Professionnelles transmet les bases de données validées à l'ENSM.
- 21.** La CPAM saisit les données des fiches-papier anonymes A et B sur la grille de saisie EPI-INFO élaborée par la CNAMTS-DRP.
- 22.** La CPAM transmet la disquette comprenant les données de l'ensemble des cas, à la CNAMTS-DRP.

**A
N
N
E
X
E

X
V
I**

GROUPE DE TRAVAIL

**MAITRE
D'OUVR
AGE**

*Dr D. LAPORTE
C. HALIMI*

*CNAMTS - ENSM - Mission EMS
CNAMTS - DRP*

**CONDUIT
E DE
PROJET**

CONCEPTION

*Chefs de projet :
Mission ESP/RIM*

DDCGR -

Dr A. WEILL

L. LEYGONIE

D.DUPRE

CNAMTS - ENSM -

CNAMTS - DGR -

CNAMTS - DRP

**AVEC LA
PARTICIPATI
ON**

POUR LA CONCEPTION

CNAMTS :

sociale

*ERSM :
FERRAND*

*Dr P. FENDER
Dr A. COLLIN
A. GIRARD
G. LOZAHIC
M. CODA-VAILLANT*

*Dr O. VANDENBERGHE
B. MECHROUR
M. CAREL*

Dr BARIS

*Dr CADI
Dr CAPDEVIELLE
Dr GRAILLE*

*ENSM - Mission ESP/RIM
ENSM- Mission ESP/RIM
DRP
DGR - Division de la Réglementatio
DGR - Assistante*

*ENSM - Mission EMS
DRP
DRP*

CLERMONT-

*PARIS
TOULOUSE
NANCY*

	<i>Dr GUERRIERO</i>	<i>ELSM CAHORS</i>
	<i>Dr MINEUR</i>	<i>ORLEANS</i>
CPAM :	<i>A. BOULOGNE</i>	<i>NANCY</i>
	<i>A. DESROCHES</i>	<i>ORLEANS</i>
POUR LES TESTS	<i>ELSM et CPAM d'AVIGNON, NICE, SAINT-NAZAIRE.</i>	
POUR L'ENQUETE MALADIE PROFESSIONNELLE		
CPAM :	<i>J.P. BOUCHER</i>	<i>PARIS</i>
	<i>F. MUILICHINI</i>	<i>VERSAILLES</i>
	<i>D. BOUQUET</i>	<i>EVRY</i>
	<i>A. HERBE</i>	<i>NANTERRE</i>
	<i>A. BAEHR</i>	<i>BOBIGNY</i>
	<i>A. VASQUEZ</i>	<i>CRETEIL</i>
	<i>M.J. ROUSSEAU</i>	<i>CERGY</i>
	<i>D. RASCLE</i>	<i>CERGY</i>
ERSM :	<i>Dr C. GOULFIER</i>	<i>PARIS</i>
	<i>Dr J. LENALBAULT</i>	<i>PARIS</i>
	<i>M. MARTINEZ</i>	<i>PARIS</i>