



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-93/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

01/07/2002

Domaine(s) :

Risques professionnels

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☒

Objet :

Modification du taux mentionné à l'article R 461-8 du CSS dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie.

Liens :

Plan de classement :

260

Emetteurs :

DSM DRP

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☐ URCAM
☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux ☒ Chef de service
☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Le décret n°2002-543 du 18 avril 2002, publié au JO du 21 avril, abaisse la valeur du taux fixé à l'article R 461-8 du CSS de 66,66 % à 25%.

Mots clés :

CRRMP, TAUX IP, 4è ALINEA DE L'ARTICLE L. 461-1.

Le Médecin Conseil National

Professeur Hubert ALLEMAND

Le Directeur
des Risques Professionnels

Gilles EVRARD

CIRCULAIRE : 93/2002

Date : 01/07/2002

Objet : Modification du taux mentionné à l'article R 461-8 du CSS dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie.

Affaire suivie par : la Docteure Odile REGNIER - DSM - (01.42.79.33.27)
et Florence CORDENNER – DRP - (01.45.38.60.21)

1- INTRODUCTION

Le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles (MP) mis en place par la loi du 25 octobre 1919 était exclusivement fondé sur un système de tableaux. Les affections non désignées par un de ces tableaux, de même que celles qui y figuraient mais ne satisfaisaient pas aux conditions énoncées dans ces tableaux, n'ouvraient pas droit à indemnisation au titre des risques professionnels.

La loi du 27 janvier 1993 a institué une procédure complémentaire de reconnaissance du caractère professionnel des maladies.

Ce système complémentaire permet à des victimes dont la maladie n'est pas inscrite dans un tableau ou ne répond pas aux critères administratifs qui y figurent, de prétendre à une réparation au titre de la maladie professionnelle, sous réserve que l'origine professionnelle de l'affection soit établie au terme de l'instruction contradictoire de la demande. L'imputabilité de la maladie à l'activité n'étant pas présumée, la preuve de la relation causale doit être apportée par l'expertise médicale d'une instance particulière : le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Ainsi, la caisse primaire reconnaît (ou non) l'origine professionnelle de la maladie conformément à l'avis motivé du CRRMP.

Les conditions de reconnaissance diffèrent selon que :

- **La maladie est désignée dans les tableaux**

Le 3° alinéa de l'article L. 461-1 du Code dispose : « *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 maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime* ».

Le CRRMP se prononce sur le lien direct entre la maladie et le travail habituel de la victime. Les dénomination et description clinique et biologique de la pathologie telles qu'elles figurent dans les tableaux de maladies professionnelles sont opposables.

- **La maladie n'est pas désignée dans les tableaux**

Le 4° alinéa de l'article L. 461-1 dispose : « *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 L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé* ».

Le CRRMP se prononce sur le lien direct et essentiel entre la maladie et le travail habituel de la victime. Ces dossiers induisent une gestion complexe et délicate.

C'est l'article R. 461-8 qui fixe la valeur du « *pourcentage déterminé* » d'incapacité permanente qui conditionne l'application du dispositif du 4° alinéa. Cette valeur était fixée depuis l'origine à 66,66 %.

L'abaissement de la valeur de ce taux, préconisé à diverses reprises au cours des années récentes¹ en vue de faciliter l'accès des victimes à l'indemnisation de leurs préjudices, fait l'objet du décret n° 2002-543 du 18 avril 2002, publié au *Journal officiel* du 21 avril 2002.

Le nouvel article R. 461-8 fixe ce taux à 25 % d'incapacité permanente. Il prend effet le 23 avril 2002.

Des précisions relatives à la date d'entrée en vigueur et au champ d'application de cette disposition sont apportées en annexe, s'agissant notamment du traitement des demandes afférentes à des dossiers ne satisfaisant pas à l'exigence d'un taux de 66% mais atteignant 25%.

La modification réglementaire devrait générer une augmentation du volume des déclarations de MP au titre du 4° alinéa et une diversification des affections déclarées.

¹ Notamment par les rapports Levy-Rosenvald (1999) et Masse (2001).

Elle est susceptible d'avoir un impact important sur la gestion tant des services administratifs et médicaux chargés d'instruire le dossier que des CRRMP.

Le succès de la mise en œuvre de la réforme suppose :

- une attention particulière au bon fonctionnement des procédures internes et aux liaisons entre la caisse primaire et le service du contrôle médical ;
- le renforcement du professionnalisme des gestionnaires.

Un groupe de travail national piloté par la CNAMTS et associant des représentants des caisses primaires et régionales ainsi que des représentants d'échelons locaux et de directions régionales du service médical² s'est attaché à identifier les points sensibles de la gestion des maladies professionnelles dans le cadre du système complémentaire et à dégager des solutions opérationnelles. Celles-ci correspondent généralement à des rappels de recommandations qui figurent déjà dans la *Charte des AT/MP* ou dans des circulaires récentes de la CNAMTS.

2. RAPPELS D'ORDRE GENERAL

2.1. La gestion des risques professionnels est un métier

L'instruction d'une déclaration de maladie professionnelle est un acte de gestion lourd faisant intervenir différents partenaires internes ou externes à l'institution. La procédure d'instruction est présentée en annexe.

Le traitement d'un dossier dans le cadre du système complémentaire (la victime ne bénéficiant pas de la présomption légale, sa maladie ne relevant pas ou partiellement du système des tableaux) est d'autant plus complexe qu'il requiert des investigations, lesquelles permettront au comité régional de se prononcer.

L'avis du comité s'imposant, l'instruction nécessite la plus grande rigueur de la part des intervenants, fondée sur une parfaite connaissance de la réglementation.

Le "risque professionnel" doit être identifié comme un métier spécifique reconnu au sein des services de gestion. Une formation toute particulière sera assurée pour ces agents : elle aura pour objectif d'assurer un traitement uniforme des demandes et une gestion équitable des dossiers. Afin de promouvoir la professionnalisation des enquêtes, la CNAMTS élabore un programme de formation nationale, en concertation avec l'UCANSS et des centres régionaux de formation. Ce dispositif prévoit notamment un module exclusivement consacré aux maladies professionnelles. Le calendrier prévisionnel des travaux fixe le déploiement au dernier trimestre 2002.

L'abaissement du taux va permettre la reconnaissance de nouvelles pathologies (psychopathologies du travail...) : les enquêteurs devront être sensibilisés sur ce point.

² Ce groupe réunissait des représentants des CPAM de Bobigny et de Nancy, de la CRAM Rhône-Alpes, des DRSM de Toulouse, Lille, Paris et de la CNAMTS (DRP et DSM).

2.2. Le respect du contradictoire

Afin de garantir la pertinence et l'équité des décisions et d'éviter la multiplication des contestations dans ce domaine,³ le respect du contradictoire dans l'instruction des dossiers de reconnaissance des maladies professionnelles est indispensable.

La CPAM, agissant par délégation de service public, est chargée de procéder à l'établissement des faits le plus conforme possible à la réalité et de faire la juste application de la règle de droit. Dans cette tâche, elle est aidée non seulement des avis d'experts (service médical, service de prévention de la CRAM...) et des divers éléments recueillis par l'enquête administrative, mais aussi et surtout des déclarations, observations et moyens de droit déposés par la victime et par l'employeur. Pour ce faire, elle doit recueillir le maximum d'information sur les faits, et notamment sur ce qui fait éventuellement débat entre les "parties".

Une bonne lisibilité tant sur le fond que la forme est requise car, en application de l'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale, le dossier est communicable aux parties.

Enfin, le respect du contradictoire est de nature à faire reconnaître le professionnalisme et l'impartialité de tous ceux qui concourent à la mission de gestion des risques professionnels.

2.3. Le colloque médico-administratif

L'instruction requiert une démarche adaptée à chaque cas. Elle demande de la méthode et de l'intuition. Seule une instruction conjointe, avec la participation active des référents administratifs et médicaux concrétisée par le colloque médico-administratif⁴, peut permettre une prise de décision efficace.

Afin d'orienter l'instruction, un colloque médico-administratif s'impose dès réception de la demande. En effet, la réception des pièces faisant courir le délai d'instruction, aucun retard ne saurait être admis pour le début de l'instruction. L'article R.441-14 du Code de la sécurité sociale stipule expressément que le délai imparti au CRRMP pour donner son avis s'impute sur le délai d'instruction "normal" complété le cas échéant du délai complémentaire. Eu égard à la complexité du dossier à présenter au comité, les investigations doivent être entreprises dans les plus brefs délais.

Ce premier colloque, requis impérativement pour tout dossier de MP, revêt toute son importance dans le système complémentaire afin de déterminer la stratégie d'investigation la plus efficace et de cibler au plus vite le rôle des intervenants.

³ Cf. circulaire CNAMTS-DRP n° 18/2001 du 19 juin 2001

⁴ Cf. "Le colloque médico-administratif en AT/MP", *Charte des AT/MP*, février 2001 (fiche commune n°2 p. 193-196).

Il sera l'occasion :

- d'analyser la recevabilité des pièces et la qualité du certificat médical ;
- de caractériser l'affection ;
- d'orienter l'instruction médicale et administrative du dossier ;
- de préciser les objectifs de l'enquête et de les formaliser.

Autant qu'il est possible, on mènera en parallèle les investigations médicales et administratives, dont l'enquête administrative. Dans tous les cas, l'assuré sera convoqué par le service médical, sauf impossibilité majeure (pathologie grave...), et cela le plus rapidement possible.

Après examen médical de la victime et éventuellement recueil d'informations médicales complémentaires, un deuxième colloque médico-administratif permettra :

- de faire une première synthèse conjointe du dossier (la date de 1^{ère} constatation doit être fixée...) ;
- d'apporter les précisions nécessaires à l'enquête, si besoin ;
- d'orienter l'instruction du dossier vers un traitement soit au titre du 2^o alinéa, soit au titre du 3^o ou du 4^o alinéa.

3. RAPPEL DE LA PROCEDURE DE GESTION D'UN DOSSIER DANS LE CADRE DU SYSTEME COMPLEMENTAIRE

3.1. La réception des déclarations

A la différence de l'accident du travail, normalement déclaré par l'employeur, c'est à la victime qu'il appartient de déclarer la pathologie dont elle demande la reconnaissance du caractère professionnel. Pour être recevable, la déclaration de maladie professionnelle (DMP) doit être obligatoirement accompagnée par un certificat médical descriptif.

La démarche de déclaration peut être complexe pour l'assuré et le médecin traitant n'est pas toujours en mesure d'y apporter son concours. C'est pourquoi il est vivement recommandé de proposer aux personnes souhaitant déposer une demande de reconnaissance une aide à la déclaration (accueil physique ou téléphonique). Cette aide doit être apportée par un personnel spécialisé, maîtrisant parfaitement la réglementation des maladies professionnelles et en mesure d'informer et de questionner avec pertinence le demandeur.

Ce type d'aide aux formalités présente plusieurs avantages. D'une part, la démarche de déclaration est facilitée pour le demandeur et c'est aussi l'occasion de lui expliquer la logique de l'instruction qui va commencer. D'autre part, cet échange initial favorise une constitution plus rapide et plus fiable des éléments nécessaires à l'instruction du dossier et donc une prise de décision dans des délais plus courts.

3.2. La caractérisation et la stabilisation de l'affection

La caractérisation de la maladie

Le certificat médical doit indiquer « *la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées au tableau et constatées ainsi que les suites probables* » (article L.461-5 du CSS). Pour être reconnue d'origine professionnelle, une affection non désignée au tableau doit être caractérisée (art. L.461-1 4^ealinéa), faute de quoi un refus d'ordre médical doit être établi avec voie de recours à l'expertise médicale (art. L. 141-1).

Il revient au médecin conseil d'entrer en contact avec le médecin prescripteur, si nécessaire, pour clarifier la demande. Dans l'hypothèse où, après contact avec le médecin prescripteur, celui-ci n'a pas précisé au médecin conseil l'affection demandée au titre de la maladie professionnelle, le rejet d'ordre médical s'impose.

Si plusieurs affections sont mentionnées au certificat, chaque affection doit être traitée au titre du dispositif juridique dont elle relève (2^e ou 3^e ou bien 4^e alinéa de l'article L. 461-1). Dans le cadre de maladies non désignées au tableau, le taux d'incapacité sera évalué pour chaque affection.

Remarque : En cas de divergence sur les éléments cliniques entre la déclaration de maladie professionnelle et le certificat médical qui l'accompagne, le médecin-conseil doit statuer sur le diagnostic porté sur le certificat médical. Les éléments médicaux contenus dans la DMP ne sont que d'ordre déclaratif. Le colloque et le rapprochement avec le médecin prescripteur permettront d'éclaircir ce point.

La stabilisation de la maladie

La stabilisation d'une affection par le médecin conseil entraîne la cessation du versement des IJ par le service administratif. Deux situations peuvent se rencontrer :

- Si l'affection déclarée au titre de la maladie professionnelle ne s'accompagne pas d'autres affections, la stabilisation aura pour conséquence l'arrêt de toute indemnisation pour incapacité temporaire, l'article L.433-1 prévoyant que les indemnités journalières sont dues pendant toute la période qui précède la consolidation. Toutefois, des prestations seront dues, en cas d'incapacité permanente, à compter du lendemain de la date de la consolidation.

.../...

- Si l'assuré présente plusieurs affections concomitantes, il pourra éventuellement percevoir des indemnités journalières si l'arrêt de travail est médicalement justifié par une ou plusieurs affections relevant du risque maladie. Il appartiendra au médecin conseil de se prononcer sur la stabilisation de l'affection déclarée au titre de la maladie professionnelle et éventuellement de justifier sa position à l'égard de la poursuite des indemnités journalières au titre des autres affections.

L'évaluation du taux d'incapacité

L'évaluation du taux d'incapacité, dans le cadre de la transmission du dossier au CRRMP, doit être réalisée avec toute la rigueur nécessaire et en étant conscient du fait que si le caractère professionnel de la maladie est reconnu, l'indemnisation de l'incapacité permanente sera faite sur la base d'un taux d'IP nécessairement au moins égal à 25 %. Conformément à l'article L. 434-2, ce taux, *"déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle"*, est fixé selon le barème indicatif d'invalidité annexé au Livre IV du Code de la sécurité sociale.

Cette évaluation doit faire l'objet d'un rapport détaillé, écrit et motivé, dans la stricte application du secret médical.

Si le médecin conseil estime le taux inférieur à 25%, il en informe la CPAM qui notifie le rejet avec possibilité de recours devant le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Le rapport médical destiné au CRRMP

Le médecin conseil du service du contrôle médical en charge du dossier doit établir un rapport. Ce rapport doit à la fois caractériser médicalement l'affection, caractériser techniquement les expositions et fournir tous les éléments utiles concernant le passé pathologique de la victime ainsi que, le cas échéant, les facteurs extraprofessionnels pathogènes auxquels elle aura pu être exposée.

3.3. Les investigations à mener dans le cadre de l'instruction

L'enquête administrative

La réalisation d'une enquête administrative⁵ est strictement indispensable.

Les objectifs de l'enquête doivent avoir été fixés avec précision dans le cadre du premier colloque médico-administratif.

⁵ Cf. "Les critères de qualité d'une enquête AT/MP", *Charte des AT/MP*, février 2001, (fiche commune n°13, p.279-283).

Une enquête de qualité doit être ciblée et descriptive. Elle doit reconstituer la carrière de la victime, l'enquêteur pouvant entendre entre autres, l'assuré et/ou le (ou les) employeur(s).

L'enquêteur pourra, si nécessaire, rencontrer le médecin du travail pour s'informer sur les risques de l'entreprise. De plus, il communiquera les coordonnées de celui-ci au médecin conseil.

La démarche des enquêteurs doit être facilitée par la formalisation des objectifs de l'enquête : reconstitution de la carrière du salarié, qualification et quantification des expositions (durée, fréquences, les gestes et postures devant être décrits de façon précise), étant entendu que chaque dossier comporte des caractéristiques propres et doit être étudié sans schématisme réducteur.

Les éléments recueillis, notamment sur l'exposition au risque, doivent être restitués avec grande précision et clarté dans le rapport d'enquête. Toutefois, l'enquêteur ne doit formuler aucune appréciation sur le caractère professionnel ou non de l'affection.

Ce rapport sera transmis dans les plus brefs délais au service médical, les investigations médicales et administratives étant menées simultanément.

Le rôle du service de prévention de la CRAM

La CRAM peut être sollicitée par la CPAM, le rôle du service prévention étant d'aider à expliciter, à quantifier et à hiérarchiser l'importance de ces expositions. Ce dernier communique les éléments dont il dispose :

- sur les produits utilisés ou sur les risques afférents au poste de travail (art. R.441-12) ;
- sur les résultats des mesures de nuisances physiques ou chimiques effectuées par le passé ;
- par les avis des techniciens conseils ayant visité la ou les entreprises considérées ;
- en cas de besoin, une aide à la reconstitution de carrière pour les maladies d'apparition tardive, avec l'aide de la branche retraite.

Dans certains cas, la réalisation d'une enquête technique complémentaire sur le terrain par le service de prévention est nécessaire. L'expertise des ingénieurs conseils peut être précieuse pour l'enquêteur, ainsi que leur connaissance de l'entreprise.

A partir de 2003, le document unique⁶ explicitant l'évaluation des risques qui devra être réalisé par l'employeur sera une pièce importante à consulter par l'enquêteur de la CPAM.

⁶ Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001

Il est important de veiller au rôle respectif de chaque agent, la CRAM ne devant pas se substituer à la CPAM. Il est recommandé d'élaborer une procédure d'échanges formalisée entre le service prévention de la CRAM et le service enquête de la CPAM destinée à une répartition efficace des tâches basée sur les compétences.

3.4. La transmission du dossier au CRRMP

La décision de transmettre un dossier de maladie professionnelle au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles est prise lors d'un colloque médico-administratif. Une attention toute particulière des référents portera sur la recevabilité du dossier complet.

La CPAM réunit alors l'ensemble des pièces et transmet au comité un dossier complet comprenant, en application de l'article D.461-29 :

- la demande motivée de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, signée par la victime ou ses ayants droit ;
- le certificat médical détaillant les constatations du médecin ;
- l'avis motivé du ou des médecins du travail, portant sur la maladie et la réalité de l'exposition aux risques présents dans l'entreprise ou les entreprises (lorsqu'il fait défaut, le secrétariat du CRRMP peut prendre contact avec le MIRTMO pour obtenir les coordonnées du médecin du travail) ;
- le rapport circonstancié du ou des employeurs, décrivant les postes de travail successivement tenus, et permettant d'apprécier les risques d'exposition ;
- le cas échéant, les conclusions des enquêtes administratives et/ou techniques ;
- le rapport du service médical comportant nécessairement, dans le cas des maladies relevant du 4^{ème} alinéa de l'article L.461-1, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime.

La CPAM informe la victime et l'employeur de la saisine du comité (article D.461-30, 2^{ème} alinéa). Elle recourt, si nécessaire, au délai complémentaire. Elle en informe les parties en précisant le motif.

La communication des pièces au comité est effectuée le plus rapidement possible afin de permettre au CRRMP de rendre son avis dans de bonnes conditions. Le rapport établi par les services du contrôle médical et le rapport d'incapacité permanente ainsi que l'avis motivé du médecin du travail sont transmis sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » aux membres du CRRMP⁷. La CPAM mentionne, lors de la transmission, les contraintes de délais.

3.5. L'avis du CRRMP et la notification de la décision

Le secrétariat du comité adapte la périodicité des séances au flux des dossiers (lesquels risquent d'être plus nombreux et complexes avec la réforme). Il devra avertir la CPAM suffisamment tôt avant l'échéance des délais réglementaires dans les cas exceptionnels où le CRRMP ne pourrait pas rendre son avis dans les délais.

Dans le cadre de sa mission, le CRRMP entend obligatoirement l'ingénieur-conseil régional ou son représentant. Il est rappelé que *la présence de l'expert* de prévention n'est requise que durant la présentation des résultats de son *enquête* et non durant l'intégralité de la séance, certains éléments de discussion relevant du secret médical.

L'avis du CRRMP s'impose à la caisse. Les documents Cerfa n° S 6024, pour le 3^oalinéa, et n° S 6025, pour le 4^o alinéa (cf. circulaire DDRI/DENSM n°5/99 du 1^{er} mars 1999) doivent être utilisés. Ils permettent de transmettre aux caisses l'avis motivé du CRRMP quant au caractère professionnel d'une maladie. La motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties, hormis ceux qui ont un caractère confidentiel (pathologie non déclarée à titre professionnel, facteurs pathogènes extraprofessionnels...).

Une fois l'avis motivé rendu, la CPAM notifie⁸ dans les meilleurs délais sa décision aux parties, en reportant l'intégralité de l'avis motivé du CRRMP. Cet avis s'impose à l'organisme gestionnaire. En cas de contestation, le litige est porté devant le contentieux général de la sécurité sociale : le tribunal des affaires de sécurité sociale recueille, avant de délibérer, l'avis d'un CRRMP autre que celui qui s'est prononcé précédemment (article R.142-24-2).

⁷ Lettre du Médecin Conseil National du 4 novembre 1997, ENSM n°1871/97

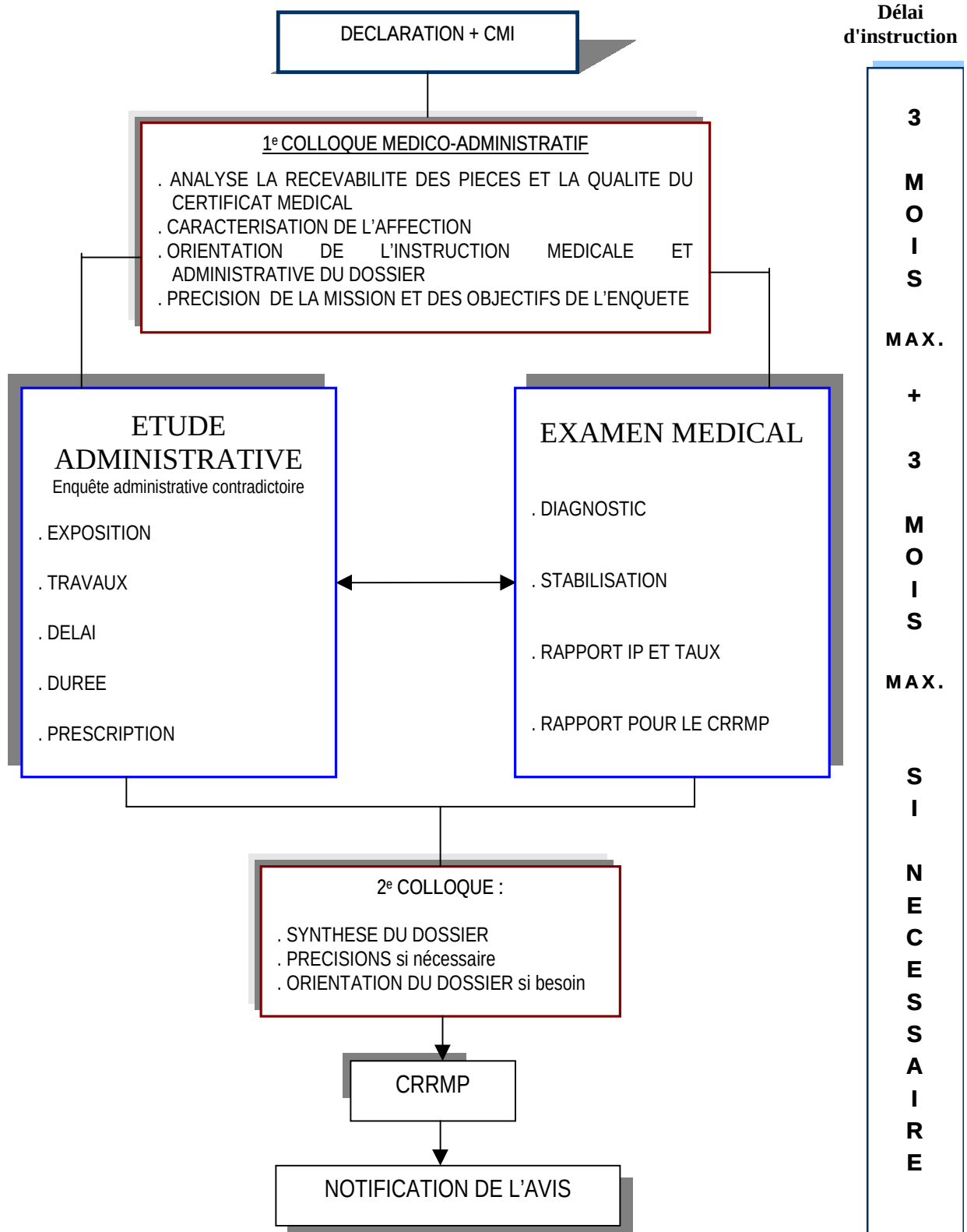
⁸ L'article D.461-30 prévoit que la décision est notifiée à la victime et à l'employeur. Lorsqu'elle fait grief, cette notification est effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La qualité de l'instruction et la pertinence des décisions rendues par l'organisme doivent être les moteurs et objectifs des personnels d'encadrement. Ils devront veiller à ce que les agents soient en nombre suffisant et bien formés pour gérer les demandes dans les délais impartis.

Professeur Hubert ALLEMAND

Gilles EVRARD

**LA PROCEDURE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE
dans le cadre du système complémentaire**



ANNEXE 2

***Précisions relatives
à la date d'entrée en vigueur et au champ d'application
du décret n° 2002 543 du 18 avril 2002***

	cas n° 1 Notification déjà effectuée	cas n° 2 Examen médical déjà réalisé	cas n° 3 Etat pas encore stabilisé
Situation du dossier à la date d'effet du décret (soit le 23 avril 2002)	Notification de rejet (au motif que le demandeur présentait une incapacité inférieure à 66,66 %) déjà effectuée. <i>(même cas si une décision de TCI ou de la CNIT-AT a confirmé le motif du rejet après le 23 avril 2002).</i>	Examen déjà réalisé par le service médical (incapacité inférieure à 66,66 %) mais notification de rejet pas encore effectuée.	Stabilisation de l'état de santé du demandeur non encore intervenue. Le service médical ne pouvait donc pas se prononcer sur le taux d'incapacité, par rapport au seuil de 66,66 %.
Conséquence sur le traitement du dossier à partir du 23 avril 2002	La victime peut présenter une nouvelle demande dans le cadre des nouvelles dispositions (25 %), avec production d'un certificat médical (qui peut être le même que lors de la demande initiale).	La notification de rejet prévue est abandonnée. Le service médical prend l'initiative de réexaminer la demande au regard des nouvelles dispositions (seuil de 25 %).	Dès que la consolidation sera intervenue, le service médical se prononcera, dans le cadre des nouvelles dispositions (25 %).