

Suicide imputable au travail. La cour d'appel de Rennes confirme le lien direct et certain entre suicide et travail : il ressortait d'un certain nombre de faits et de pièces que depuis la restructuration de l'entreprise et l'arrivée de salariés plus jeunes, plus diplômés, rompus aux techniques informatiques, régnait une insécurité socio-économique tenant à un manque de communication et d'explications dans l'entreprise, aggravant l'inquiétude et le stress de la victime. Après une pression due au travail, la victime a été contrainte d'amener du travail à la maison, d'emporter son ordinateur professionnel, de solliciter sa famille pour un complément de formation informatique. C'est à la suite de ces circonstances et de cette dégradation des conditions de travail que la victime a soudainement mis fin à ses jours alors qu'elle n'avait jamais présenté d'état antérieur. **Cour d'appel de Rennes, 26 avril 2017 (groupement d'Ille-et-Vilaine-Côtes d'Armor).** <>

Remboursement d'indemnités journalières indues après consolidation. Le conseil des Prud'hommes de Valence a fait droit à la demande de l'assuré de ramener à 10 %, le montant mensuel des remboursements d'indemnités journalières

VOS DROITS ///

Avis d'un CRRMP non signé

Lorsqu'un assuré déclare une maladie professionnelle auprès de la Cpm, son dossier peut être transmis à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour avis. Une décision prise par la caisse primaire sur un avis non signé par les trois membres du CRRMP est-elle contestable ? La Cour de cassation a pris position dernièrement (Civ 2e, 19 janvier 2017, n°15-16900). Pour la Haute cour, aucun texte ne pose la condition d'une signature par les trois médecins composant le comité. Un avis non signé ne doit donc pas être considéré comme irrégulier.

Accessibilité dans les lieux publics

Un décret du 30 mars 2017 a posé une date butoir pour la création du « registre public d'accessibilité » : à compter du 30 septembre 2017, les établissements recevant du public (ERP) et les services de transports en commun devront rendre possible la consultation, sur place ou sur internet, d'un registre faisant état des différents moyens mis en œuvre en terme d'accessibilité. Le registre devra notamment contenir l'attestation d'accessibilité ou les dérogations obtenues en préfecture, le calendrier des travaux programmés ou encore le document d'aide à l'accueil des personnes handicapées remis au personnel en contact avec le public.

En savoir plus :

www.guide-de-l-accessibilite.org

MALADIES PROFESSIONNELLES

Reconnaissance des troubles musculo-

De plus en plus d'embuches sont créées par les pouvoirs publics pour limiter les conséquences financières de l'explosion des TMS. Comment fonctionne aujourd'hui leur reconnaissance ?

Les troubles musculo-squelettiques liés à l'activité professionnelle occupent en France la première place des maladies professionnelles avec plus de 75 % des déclarations de maladie professionnelle. Ces affections provoquées par certains gestes et postures se caractérisent comme des pathologies de l'hyper sollicitation. Elles se manifestent par des douleurs et touchent les muscles, les tendons les nerfs... Elles peuvent concerner l'épaule, le coude, le poignet, mais aussi le genou, les chevilles ou les pieds. Les victimes peuvent demander leur reconnaissance dans le tableau numéro 57 créé en 1972. Pour tenter de freiner l'explosion des demandes, le gouvernement a réformé à partir de 2011, le tableau 57 en imposant aux victimes des nouveaux critères



© Halfpoint - Fotolia.com

Reconnaissance des TMS : comment faut-il s'y prendre ?

très sélectifs, difficiles à prouver. On voit de plus en plus de caisses refuser quasi systématiquement de reconnaître ces pathologies. Certaines victimes hésitent alors à déclarer leurs affections ne sachant pas comment s'y prendre.

Reconnaissance par présomption

La reconnaissance des TMS suppose la réunion de trois conditions pré-

vue dans le tableau 57 : la désignation de la pathologie, le délai de prise en charge et la liste limitatives des travaux. Dès lors que ces 3 conditions sont remplies, le salarié est présumé victime d'une TMS : il n'aura pas à prouver le lien entre son affection et son travail. La première condition, décrite dans la colonne gauche du tableau 57, exige que la pathologie soit désignée

perçues à tort postérieurement à sa consolidation du 15 avril 2015 (son accident ayant eu lieu en septembre 2012), au lieu et place d'un premier prélèvement de l'employeur en avril 2016 de 478 € et de 378 €, le mois suivant. **Conseil des Prud'hommes de Valence, 14 avril 2017 (groupement de la Drôme-Ardèche).** <>

AAH Restrictions substantielles et durables. Le tribunal du contentieux de l'incapacité a fait droit à la demande d'allocation aux adultes handicapés estimant après expertise que la victime présentait diverses pathologies dont le taux d'incapacité se situe entre 50 et 79 % avec des restrictions substantielles et durables à l'emploi. **Tribunal du contentieux de l'incapacité de Montpellier, 4 avril 2017 (groupement Grand-sud).** <>

Faute inexcusable pour un mésothéliome. Le Tass de Lyon reconnaît la faute inexcusable de l'employeur qui n'avait pas pris les mesures de prévention et de protection qui s'imposaient alors que la victime travaillait dans un environnement poussiéreux comportant de l'amiante. **Tass de Lyon du 16 février 2017 (groupement du Rhône).** <>

41 %

Au cours de l'année 2016, presque un actif en poste sur deux a eu un arrêt de travail (41 %) selon une enquête Ifop sur 1 291 personnes. Si la plupart se sont arrêtés pour de bonnes raisons, 1 actif sur 5 reconnaît qu'il aurait pu aller travailler et met en avant des problématiques comme un conflit avec sa hiérarchie ou le non-respect du droit du travail (RTT ou congé posé non respectés, heures supplémentaires non payées...).

squelettiques

et objectivée par des examens. Elle doit correspondre à une définition médicale bien précise. Il est conseillé de s'adresser à un médecin spécialiste. Il est également essentiel que le certificat médical initial recopie mot pour mot la définition du tableau. Si l'on prend l'exemple d'une pathologie de l'épaule, le médecin devra bien préciser si l'on est en présence d'une tendinopathie aiguë ou chronique et ajouter qu'elle est non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs. A défaut de donner les précisions qu'impose le tableau, il y a un risque très important que la caisse refuse de reconnaître la pathologie ou ordonne une expertise. De la même manière, certaines pathologies devront en plus être confirmées par un examen, comme l'IRM. À défaut de produire cet examen, la demande sera rejetée. La **deuxième condition** (colonne du milieu du tableau) exige que la

pathologie soit constatée dans un délai à compter de la cessation d'exposition au risque, en principe à partir du dernier jour travaillé. Ce délai est de 30 jours par exemple pour une tendinopathie aiguë, 6 mois pour une tendinopathie chronique, un an pour la rupture de la coiffe des rotateurs. Enfin, la **troisième condition** impose

La reconnaissance des TMS exige 3 conditions : désignation de la pathologie, délai de prise en charge et liste limitative des travaux.

que la victime ait pratiqué une liste limitative de travaux pour rentrer dans les critères. Si l'on prend l'exemple de la tendinopathie aiguë de l'épaule, il faudra prouver que la victime réalisait des mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps avec un angle supérieur à 60° et ce au moins pendant 3h30 par jour! La situation se complique quand une des conditions n'est pas remplie. Dans ce

cas, la victime sera examinée par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui donnera un avis à la suite duquel la caisse devra prendre sa décision. Lorsque la caisse décide de rejeter la reconnaissance de l'affection, elle doit notifier à la victime sa décision en mentionnant les délais et voies

de recours. Pour un motif médical, la caisse devra ouvrir à la victime la voie de l'expertise. Pour un motif en lien avec la liste limitative des travaux, la victime devra saisir la commission de recours amiable dans un délai de deux mois et, en cas de nouveau rejet, le tribunal des affaires de sécurité sociale. Au cas de décision de rejet, la caisse saisit le CRRMP pour avis. La victime retrouve une seconde chance, mais elle

ne bénéficiera plus de la présomption, ce qui veut dire qu'elle devra prouver par tous moyens l'origine professionnelle de sa pathologie. Si son affection n'est pas désignée dans le tableau, elle devra justifier en outre d'un taux d'incapacité de 25 % et prouver le lien entre son affection et ses conditions de travail. Pour tenter de rapporter cette preuve, les victimes auront tout intérêt à constituer un dossier solide et étayé rappelant le parcours professionnel, les postes occupés, produire des attestations de collègues et joindre des preuves médicales confirmant le lien entre la pathologie et l'activité de la victime. <>

À SAVOIR...

Lorsque l'affection est reconnue, la victime a droit aux indemnités journalières jusqu'à la consolidation (ou guérison) et à une indemnité en capital si son taux est inférieur à 10% ou une rente si elle présente des séquelles supérieures ou égales à 10%. En cas de faute inexcusable commise par l'employeur, la victime pourra demander la majoration maximum de sa rente et une indemnisation plus complète de ses préjudices. Faites-vous accompagner par la FNATH!

Hausse des tarifs médicaux

Conformément à la dernière convention médicale, lorsqu'un médecin traitant oriente vers un spécialiste, dans le cadre de l'Optam (Option pratique tarifaire maîtrisée), la consultation passe de 28 à 30 euros au 1er juillet 2017. Pour un neurologue, il en coûte 39 au lieu de 37 euros. Rappel : chez le généraliste, le tarif est déjà passé à 25 euros en mai 2017. Cet automne, de nouveaux tarifs apparaîtront pour des prises en charge complexes (contraception et prévention...). En outre, pour que les médecins reçoivent rapidement les patients en ville, leurs tarifs seront majorés de 15 euros, dès janvier 2018...

<http://convention2016.ameli.fr/> <>

Unedic

Depuis le 1er juillet 2017, les allocations chômage sont revalorisées de 0,65 %. Ainsi, l'allocation minimale chômage passe à 28,86 euros par jour (au lieu de 28,67 euros). <>

VOS DROITS ///

AT-MP et faute inexcusable: 2 nouveaux préjudices potentiels

Dans le cadre de la faute inexcusable, la 2e chambre civile de la Cour de cassation a eu à statuer dans un arrêt du 2 mars 2017, au sujet de deux nouveaux préjudices réparables en théorie, mais plus difficilement en réalité : le préjudice d'établissement et le préjudice permanent exceptionnel. La Cour n'a pas souhaité caractériser l'existence d'un préjudice d'établissement distinct du déficit fonctionnel permanent permettant d'allouer une indemnité à ce titre. Quant au préjudice permanent exceptionnel, la cour d'appel, qui avait accordé une indemnisation au titre du préjudice permanent exceptionnel invoquant le fait que ce préjudice peut être reconnu lorsque le salarié ne peut plus poursuivre un engagement religieux, politique ou associatif, n'a pas été suivie par la cour de Cassation qui a refusé de distinguer ce poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent.

Démission et attestation

L'employeur doit remettre à son salarié l'attestation Pôle emploi à la fin de son contrat de travail, même en cas de démission, peu importe que le droit au versement des allocations chômage ne soit pas immédiatement ouvert. C'est ce qu'a affirmé la Cour de cassation dans un arrêt du 15 mars 2017, accordant ainsi au salarié lésé le droit d'obtenir des dommages et intérêts pour non remise d'un tel document. Le manquement de l'employeur doit toutefois avoir causé un préjudice certain pour l'obtention d'une telle indemnisation.

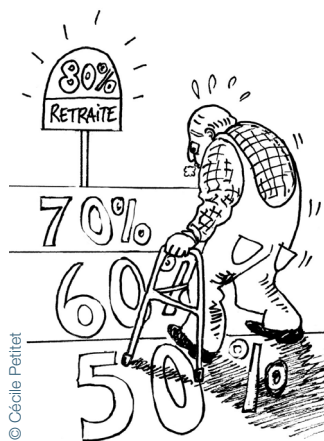
RETRAITE ANTICIPÉE

Une nouvelle commission

A compter du 1er septembre 2017, une commission spéciale rattachée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) pourra étudier les dossiers des personnes handicapées ne remplissant pas toutes les conditions.

Pour partir à la retraite anticipée, en tant que travailleur handicapé, il faut avoir réuni une durée d'assurance minimum et totalisé une certaine durée cotisée avec un taux d'incapacité d'au moins 50 % ou justifier de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) pour les périodes situées avant 2016. Mais toutes les personnes handicapées n'ont pas forcément validé le taux de handicap durant toute leur carrière. Pour ne pas les pénaliser, un décret récent prévoit la mise en place, dès septembre prochain, d'une commission auprès de laquelle il sera possible de déposer son dossier incomplet. Mais les conditions restent très restrictives car l'assuré devra néanmoins avoir validé 70 % de la durée d'assurance demandée au cours de laquelle il aura eu

un taux d'incapacité d'au moins 50 %. Dans tous les cas, la commission ne peut valider une fraction supérieure à 30 % de la durée d'assurance requise. En



© Cécile Petitot

outre, seul l'assuré justifiant d'un taux d'incapacité de 80 % au moment de sa demande de retraite pourra accéder à ce nouveau système.

Toutes les pièces

C'est une commission pluridisciplinaire qui sera compétente pour

examiner la demande de l'assuré. Elle sera saisie par la caisse de retraite, à condition qu'il en fasse la demande. La commission comprend notamment 3 médecins conseillers désignés par la CNAMTS, la MSA et le RSI, ainsi qu'un membre de l'équipe pluridisciplinaire des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ayant des compétences médicales. L'assuré doit joindre à son dossier toutes les pièces permettant de justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 80 % au moment de sa demande de liquidation de sa pension, ainsi que son dossier médical. Le dossier peut aussi être complété de documents à caractère administratif. L'assuré doit en outre préciser la ou les périodes sur lesquelles il demande une attestation administrative de son handicap. <>