

**Mise à jour
Janvier 2010**

NOTE JURIDIQUE

- SECURITE SOCIALE -

OBJET : La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le régime général

Base juridique

Articles L411-1 et suivants du code de la sécurité sociale

Articles R412-1 et suivants du code de la sécurité sociale

Articles D412-1 et suivants du code de la sécurité sociale

SOMMAIRE

PARTIE 1 : LA RECONNAISSANCE DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL ET DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

I. Compétence du régime général

II. Conditions d'ouverture des droits

2.1. Les bénéficiaires

2.1.1. Les salariés

2.1.2. Extensions légales

2.1.3. L'assurance volontaire

2.2. Les risques couverts

2.2.1. Les accidents du travail

2.2.1.1. Un événement soudain à l'origine d'une lésion

2.2.1.2. Un événement en relation avec le travail

1/ Accident au temps et au lieu de travail

2/ Accident en dehors du temps et du lieu du travail

2.2.1.3. La preuve de l'accident du travail

2.2.2. Les accidents de trajet

III. Procédure d'ouverture des droits, les formalités à accomplir

3.1. Les formalités à accomplir en cas d'accident du travail ou d'accident de trajet

3.1.1 Formalités à la charge du salarié

3.1.2 Formalités à la charge du médecin

3.1.3. Formalités à la charge de l'employeur

3.1.3.1. La déclaration de l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie

1/ Cas général

2/ Cas particulier : le registre des accidents bénins

3.1.3.2. La délivrance au salarié de la feuille d'accident du travail

3.1.3.3. Les sanctions en cas de non-respect par l'employeur de ses

obligations

1/ Sanction pénale

2/ Sanction civile et administrative

3.2. Les formalités à accomplir en cas de maladie professionnelle

3.2.1. Formalités à la charge du salarié

3.2.2. Formalités à la charge du médecin

3.3. Instruction du dossier de reconnaissance d'accident du travail et d'accident de trajet par la caisse primaire d'assurance maladie

3.3.1. Enquête de la caisse

3.3.2. Information et rôle de la victime, de ses ayants-droits et de l'employeur

3.3.3. La décision de la Caisse primaire d'assurance maladie et les recours possibles

3.4. Instruction du dossier de reconnaissance de maladie professionnelle par la caisse primaire d'assurance maladie

3.4.1. Enquête par la CPAM

3.4.2. Décision de la caisse primaire

3.4.3. La procédure devant le comité régional de reconnaissance des maladies

professionnelles (CRRMP)

3.4.3.1. Cas de saisine du CRRMP

3.4.3.2. Contenu du dossier

3.4.3.3. Instruction par le CRRMP

PARTIE 2 : LES PRESTATIONS EN NATURE PRISES EN CHARGE AU TITRE DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

I. Les prestations versées pendant l'enquête

II. Les prestations en nature prises en charges

III. Modalités de prise en charge

- 1/ Taux de prise en charge
- 2/ Mécanisme du tiers payant

PARTIE 3 : LA REPARATION DE L'INCAPACITE PROVISOIRE : LES INDEMNITES JOURNALIERES

I. Principe

II. Période indemnisée

- 1/ Principe
- 2/ Mi-temps thérapeutique
- 3/ Période de formation
- 4/ Période allant de la déclaration d'inaptitude au reclassement ou au licenciement du salarié

III. Montant de l'indemnité journalière

- 1/ Quelles périodes prend-t-on en compte pour déterminer le salaire journalier de base ?
- 2/ Quels revenus prend-t-on en compte pour le calcul du salaire de base ?
- 3/ Revalorisation

IV. Obligations à la charge du salarié victime

PARTIE 4 : LA REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE : LE CAPITALES ET LA RENTE

I. Procédure d'attribution et de liquidation

- 1.1. Délais d'action en réparation
- 1.2. Fixation d'une date de consolidation de l'état de la victime
- 1.3. Appréciation de l'incapacité permanente de travail
- 1.4. Montant de l'indemnité
 - 1.4.1. Indemnité en capital
 - 1.4.2. rente
 - 1.4.2.1.« salaire annuel utile »
 - 1.4.2.2.« taux utile de la rente »
 - 1.4.2.3.formule de calcul de la rente
 - 1.4.3. Majoration pour tierce personne
 - 1.4.4. majoration pour faute inexcusable
- 1.5. Notification de la décision
- 1.6. Paiement
 - 1.6.1. Compétence
 - 1.6.1.1.Principe
 - 1.6.1.2.Accidents successifs

- 1.6.2. Paiement du capital
- 1.6.3. Paiement des rentes
 - 1.6.3.1. Début du paiement
 - 1.6.3.2. Périodicité du paiement
 - 1.6.3.3. Avances sur rente
 - 1.6.3.4. Revalorisation
 - 1.6.3.5. Fin du paiement
- 1.6.4. Astreinte
- 1.6.5. Indus
- 1.6.6. Saisie

II. Demande de conversion d'une rente en capital

- 2.1. Interdiction et cas particuliers
- 2.2. Montant rachetable
 - 2.2.1. En cas de rachat au profit du titulaire de la rente
 - 2.2.2. En cas de rachat en vue de constituer une rente viagère réversible sur la tête du conjoint
- 2.3. Procédure de demande et d'attribution
- 2.4. Date d'effet
- 2.5. Droits et obligations

III. Accidents successifs

- 3.1. Accidents successifs – règles générales
- 3.2. Accidents successifs chacun entraînant une incapacité inférieure à 10% et dont la somme atteint ou dépasse 10%
 - 3.2.1. Droit d'option
 - 3.2.2. Calcul de la rente optionnelle
 - 3.2.3. Rachat de la rente optionnelle

IV. Révision

- 4.1. Cas d'ouverture
- 4.2. Délai
- 4.3. Demande
 - 4.3.1. Initiative de l'assuré
 - 4.3.2. Initiative de la caisse
- 4.4. Examen et décision
- 4.5. Conséquences sur l'indemnité
 - 4.5.1. Indemnité en capital
 - 4.5.2. Rente
 - 4.5.3. Rente partiellement remplacée en capital
- 4.6. Prescription

V. Cumuls et avantages accessoires

- 5.1. Salaire
- 5.2. Pension de vieillesse
- 5.3. Pension d'invalidité
 - 5.3.1. Titulaires de rentes allouées au titre de l'accident du travail susceptibles d'ouvrir droit à pension d'invalidité

5.3.2. Titulaires d'une pension d'invalidité

5.4. Avantages annexes

VI. Contentieux

6.1. Expertise médicale

6.2. Contentieux technique

6.3. Contentieux général

Annexes

Annexe 1. Schéma de la procédure d'attribution de la rente ou du capital

Annexe 2. Règles particulières de prise en compte du salaire annuel de la victime

PARTIE 1 : LA RECONNAISSANCE DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL ET DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

I. Compétence du régime général

Le présent développement concerne les assurés du régime général de la sécurité sociale.

Toutefois, un certain nombre de régimes disposant d'une organisation spéciale de sécurité sociale, relèvent du régime général pour tout ou partie de leurs risques :

- le personnel auxiliaire de la SNCF,
- les agents EDF-GDF, pour les prestations en espèces,
- les agents de l'Etat non titulaires,
- les agents des collectivités territoriales non titulaires et personnels titulaires à temps non complet
- les agents temporaires ou auxiliaires,
- les clercs et employés de notaire, pour les accidents du travail
- les agents contractuels de la Poste et de France Télécom,
- les agents temporaires et les agents non cadres de la RATP

ainsi que d'autres bénéficiaires mentionnés au livre IV du Code de la sécurité sociale.

Les accidents survenus aux salariés agricoles étaient, avant la loi du 25 avril 1972, à la charge des exploitants qui pouvaient s'assurer contre ce risque.

Depuis 1973, les employeurs doivent obligatoirement s'assurer. Les prestations sont calquées sur celles du régime général et la gestion du risque est confiée exclusivement aux caisses de mutualité sociale agricole¹.

II. Conditions d'ouverture des droits

2.1. Les bénéficiaires

2.1.1. Les salariés :

Sont concernés par la législation des accidents du travail prévue par le code de la sécurité sociale les salariés, ou toute personne travaillant à quelque titre ou en quelques lieux que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'entreprise².

Trois critères principaux doivent donc être cumulativement remplis :

- un lien de subordination
- une rémunération
- une prestation de travail (ou un contrat de travail)

Ainsi, peuvent dans certains cas, bénéficier de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles :

- des aides bénévoles³ lorsque la relation implique une subordination et une rémunération même en nature,
- de travailleurs dissimulés ou travailleurs au " noir " ⁴,

¹ Articles L722-31 et suivants du Code rural

² Article L 411-1 du Code de la sécurité sociale

³ Chambre sociale de la Cour de cassation, 28 novembre 1974

- des salariés de groupements d'employeurs⁵,
- les salariés en contrat d'apprentissage⁶,
- les représentants du personnel pour les activités entrant dans les limites de leurs fonctions, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise⁷

En revanche, la législation des accidents du travail et maladies professionnelles ne s'applique pas, par exemple,

- aux employeurs,
- à la personne se rendant à un entretien d'embauche⁸,
- lorsque le contrat liant deux personnes ne peut recevoir la qualification de contrat de travail (contrat d'entreprise par exemple)⁹

2.1.2. Extensions légales :

L'application de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévue par le code de la sécurité sociale a été en outre étendue à d'autres catégories de travailleurs, notamment :

- les travailleurs à domicile¹⁰,
- les voyageurs et représentants de commerce⁹,
- les employés d'hôtels, cafés et restaurants⁹,
- les assistantes maternelles⁹,
- les dirigeants ou gérants de certaines sociétés⁹,
- les journalistes⁹,
- les artistes⁹
- les travailleurs temporaires¹¹,
- les salariés d'un groupement d'employeur ou d'une association intermédiaire¹²,
- les salariés détachés temporairement à l'étranger par son employeur et qui demeure soumis à la législation française¹³,
- les étudiants et élèves des établissements techniques et des établissements secondaires ou supérieurs pour les accidents survenus au cours de l'enseignement ou de stages¹⁴,
- les personnes effectuant des stages de rééducation professionnelle de réadaptation fonctionnelle¹⁵,
- les bénéficiaires du RSA et les demandeurs d'emploi dans certains cas¹⁶,
- les détenus¹⁷,
- les agents de l'Etat et des collectivités territoriales non titulaires,
- les agents des collectivités territoriales travaillant à temps partiel,
- certains personnels de la SNCF, de GDF, de la Poste, de France Telecom et de la RATP,

⁴ Chambre sociale de la Cour de cassation, 28 novembre 1958

⁵ Article L 412-9 du Code de la sécurité sociale

⁶ Chambre sociale de la Cour de cassation, 10 janvier 1980

⁷ Chambre sociale de la Cour de Cassation, 25 mai 1981

⁸ Chambre sociale de la Cour de cassation, 26 novembre 1992

⁹ Chambre sociale de la Cour de cassation, chambre sociale de la Cour de cassation, 14 janvier 1993

¹⁰ Article L 412-2 du Code de la sécurité sociale

⁹ Article L 412-2 du Code de la sécurité sociale

¹¹ Article L 412-3 du Code de la sécurité sociale

¹² Article L 412-9 du Code de la sécurité sociale

¹³ Article L 761-1 du Code de la sécurité sociale

¹⁴ Article L 412-8 du Code de la sécurité sociale

¹⁵ Article L 412-8 du Code de la sécurité sociale

¹⁶ Article L 412-8 du Code de la sécurité sociale

¹⁷ Article L 412-8 du Code de la sécurité sociale

2.1.3. L'assurance volontaire¹⁸ :

Les personnes et organismes n'étant pas couverts par la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles du Code de la sécurité sociale, ont la possibilité de s'assurer contre ces risques.

A titre individuel, il s'agit notamment des artisans, des commerçants, des professions libérales et industrielles, des mères de famille, des salariés exerçant à titre indépendant ou bénévole pour un particulier.

A titre collectif, il s'agit des œuvres et organismes d'intérêt général qui peuvent assurer leurs bénévoles pour le risque « accidents du travail et maladies professionnelles ».

La demande est à faire auprès de la caisse primaire d'assurance maladie¹⁹. Les assurés volontaires bénéficient de l'ensemble des prestations prévues par le Code de la sécurité sociale à l'exception des indemnités journalières²⁰.

2.2. Les risques couverts

Il s'agit des accidents de travail au sens strict, des accidents de travail appelés « accidents de trajet » et des maladies professionnelles.

Attention ! La loi comporte très peu de disposition définissant ces risques. Par conséquent, les solutions présentées ci-dessous sont le fruit de la jurisprudence et sont donc susceptibles d'évolutions.

2.2.1. Les accidents du travail :

Est considéré comme un accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salarié ou travaillant, à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'entreprise²¹.

Plusieurs conditions doivent donc être remplies pour permettre la qualification d'accident du travail.

2.2.1.1. Un événement soudain à l'origine d'une lésion :

L'accident du travail est un événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail dont il est résulté une lésion corporelle de l'organisme²².

L'événement comme la lésion doivent présenter un caractère soudain (c'est-à-dire avoir une date certaine), ce qui différencie l'accident du travail de la maladie professionnelle qui se caractérise par une évolution lente et progressive. Une maladie peut par conséquent constituer un accident du travail lorsqu'elle peut être rattachée à un événement certain (par exemple, l'affection provoquée par une explosion).

La lésion peut être une atteinte corporelle ou un trouble psychologique (par exemple, une dépression consécutive à un entretien d'évaluation²³).

¹⁸ Articles L 743-1 et L 743-2 du Code de la sécurité sociale

¹⁹ Articles R 743-1 et R 743-4 du Code de la sécurité sociale

²⁰ Articles R 743-3 et R 743-5 du Code de la sécurité sociale

²¹ Article L 411-1 du Code de la sécurité sociale

²² Chambre sociale de la Cour de cassation, 2 avril 2003

Le délai d'apparition de la lésion n'importe pas²⁴, elle sera prise en charge au titre des accidents du travail dès lors qu'elle est la conséquence directe et exclusive de l'accident, ou qu'elle en constitue l'aggravation spontanée (c'est-à-dire qu'aucun fait extérieur ne la justifie).

2.2.1.2. Un événement en relation avec le travail :

Est un accident du travail, tout accident survenu à un travailleur alors qu'il est soumis à l'autorité ou la surveillance de son employeur²⁵, que cette autorité soit de droit ou de fait.

On présume le lien de subordination entre la victime et son employeur, et donc le caractère professionnel de l'accident, dès lors que l'accident a lieu au temps et au lieu du travail ; cela signifie que le salarié n'a pas à prouver que l'accident dont il est victime est un accident du travail.

1/ Accident au temps et au lieu de travail :

Tout fait accidentel dommageable survenu dans l'entreprise pendant les heures de travail est présumé avoir un caractère professionnel.

Les horaires de travail et les lieux de travail sont entendus largement. Sont notamment compris dedans le temps passé à se préparer avant, après le travail et les interruptions de courte durée (temps passé au parking²⁶, dans un vestiaire²⁷, dans une cafétéria ou une cantine²⁸ situés dans l'enceinte de l'entreprise, courte pause dans la cour de l'entreprise²⁹).

La présomption peut être renversée si l'employeur, ou la caisse de sécurité sociale, rapporte la preuve que le salarié s'est soustrait à l'autorité de son supérieur ou que l'accident a une origine totalement étrangère au travail.

Cas particulier de l'agression et du suicide sur le lieu de travail :

Le lien avec le travail est particulièrement étudié et les solutions sont très variables d'une situation à l'autre.

Pour les agressions, la présomption cesse s'il est démontré que le salarié s'est volontairement soustrait à l'autorité de son employeur.

Pour le suicide, ou sa tentative, celui-ci est pris en charge dès lors qu'il résulte des conditions de travail et non de difficultés personnelles et privés sans lien avec l'activité professionnelle du salarié.

2/ Accident en dehors du temps et du lieu du travail :

- L'accident hors du lieu de travail pendant le temps de travail (notamment pour les personnes travaillant à domicile, les voyageurs et représentants de commerce, les chauffeurs-livreurs) n'est pas considéré comme un accident de travail :

- o s'il découle d'un acte de la vie courante,
- o ayant une cause étrangère au travail,
- o lorsque le salarié jouit alors d'une pleine indépendance
- o et obéit uniquement à des préoccupations personnelles.

²³ IIème chambre civile de la Cour de cassation, 1^{er} juillet 2003.

²⁴ Chambre sociale de la Cour de cassation, 2 avril 2003

²⁵ Chambres réunies de la Cour de cassation, 28 juin 1962

²⁶ Chambre sociale de la Cour de cassation, 14 mars 1996

²⁷ Chambre sociale de la Cour de cassation, 20 novembre 1980

²⁸ Chambre sociale de la Cour de cassation, 3 juin 1970

²⁹ Chambre sociale de la Cour de cassation, 12 octobre 1967

- Cas du salarié en mission : il bénéficie d'une présomption plus importante. En effet, le salarié effectuant une mission a droit à la protection prévue par le Code de la sécurité sociale pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur, peu important que l'accident survienne à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf si l'employeur ou la Caisse rapporte la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel³⁰.

- Cas du salarié sous astreinte : l'événement survenu à un salarié sous astreinte n'est pas considéré comme un accident du travail dès lors que, bien que demeurant à la disposition de son employeur, il est libre d'utiliser son temps à sa guise³¹. Le salarié bénéficie de la présomption d'imputabilité « classique » de l'accident du travail

2.2.1.3. La preuve de l'accident du travail :

Le salarié, ou ses ayants droit, doit prouver :

- l'apparition d'une lésion
- résultant d'un événement intervenu au temps et au lieu du travail.

Il bénéficie alors de la présomption d'imputabilité d'accident du travail³².

Cette présomption joue quelque soit la date d'apparition de la lésion³³.

L'événement soudain n'a pas à être prouvé, il se déduit de l'apparition de la lésion au temps et au lieu du travail³⁴.

La seule allégation de la victime ne suffit pas, elle doit confirmer ses dires par d'autres témoignages ou éléments objectifs³⁵.

L'employeur ou la caisse peuvent renverser la présomption en prouvant que :

- la lésion a une cause complètement étrangère au travail³⁶ (notamment un état pathologique préexistant³⁷),
- l'accident a eu lieu alors que le salarié s'était soustrait à l'autorité de son supérieur (la faute ou l'insubordination ne suffisent pas³⁸).

Si l'accident n'a pas eu lieu sur le lieu du travail et/ou pendant les horaires de travail, le salarié devra prouver non seulement l'existence d'un événement soudain ayant causé une lésion mais également le rattachement de cette lésion au travail.

2.2.2 Les accidents de trajet³⁹ :

Est considéré comme un accident de trajet, l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

³⁰ Chambre sociale de la Cour de cassation, 19 juillet 2001

³¹ Chambre sociale de la Cour de cassation, 21 janvier 1971

³² Article L 411-1 du Code de la sécurité sociale

³³ Chambre sociale de la Cour de cassation, 2 avril 2003

³⁴ Chambres réunies de la Cour de cassation, 7 avril 1921

³⁵ Chambre sociale de la Cour de cassation, 8 juin 1978

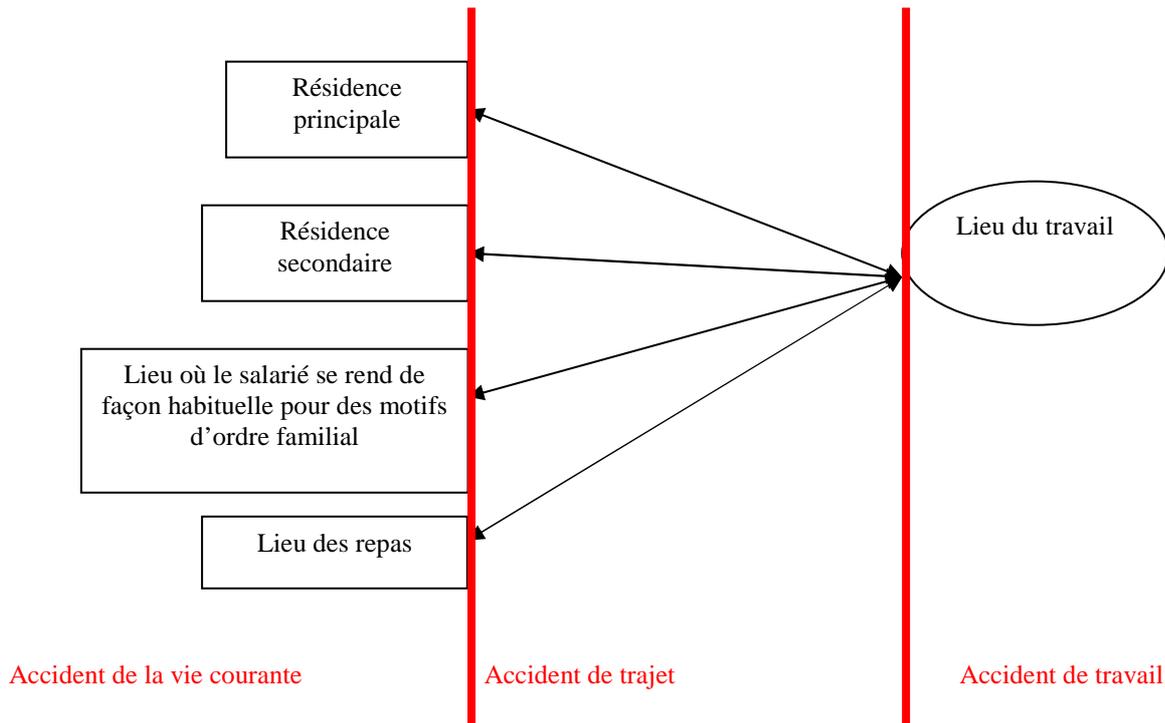
³⁶ Chambre sociale de la Cour de cassation, 5 février 1976 (le doute profite à la victime : chambre sociale de la Cour de cassation, 1^{er} juillet 1999)

³⁷ IIème chambre civile de la Cour de cassation, 23 novembre 2006

³⁸ Chambre sociale de la Cour de Cassation, 18 janvier 1996

³⁹ Article L411-2 du code de la sécurité sociale

- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.



2.2.2.1. Les composantes du trajet :

1/ La résidence du salarié:

La résidence principale du salarié est son domicile, le lieu où il a son principal établissement peu important sa nature (il peut s'agir notamment d'un hôtel⁴⁰) et que le salarié soit propriétaire, locataire, occupant...

Le trajet ne commence ou ne cesse que lorsque le salarié a franchi les limites de sa résidence et des dépendances qui la constituent⁴¹. Lorsque le salarié réside dans une maison privée, le trajet commence à la voie publique, lorsqu'il réside dans un immeuble collectif, le trajet commence dès les parties collectives de l'immeuble.

La résidence secondaire du salarié, pour être prise en compte, doit présenter un caractère de stabilité, c'est-à-dire que le salarié doit y résider régulièrement et fréquemment. L'éloignement de la résidence secondaire par rapport au lieu de travail n'importe pas⁴² et le salarié peut disposer de plusieurs résidences secondaires⁴³.

2/ Les lieux où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial :

Il s'agit des lieux de séjour d'ordre familial assimilé à une résidence principale ou secondaire⁴⁴. L'appréciation de ces lieux varie beaucoup d'une affaire à une autre.

⁴⁰ Chambre criminel de la Cour de cassation, 2 novembre 1971

⁴¹ IIème chambre civile de la Cour de cassation, 9 décembre 2003

⁴² Chambre sociale de la Cour de cassation, 28 juin 1989

⁴³ Chambre sociale de la Cour de cassation, 28 juin 1978

⁴⁴ Assemblée plénière de la Cour de cassation, 29 février 1968

3/ Le lieu de travail :

Il s'agit du lieu d'exécution du travail ainsi que l'ensemble des dépendances de l'entreprise sur lesquelles l'employeur dispose de son pouvoir d'autorité.

Par exemple, l'accident survenu sur le parking de l'entreprise n'est pas un accident de trajet mais un accident de travail⁴⁵.

Le salarié doit, en outre, se rendre sur son lieu de travail en vue d'accomplir sa prestation de travail. Cela n'est pas le cas par exemple du salarié qui se rend sur son lieu de travail pour récupérer un portefeuille oublié⁴⁶ pour recevoir son salaire⁴⁷ ou encore pour participer à une grève⁴⁸.

La protection particulière des salariés en mission (voir supra) conduit à considérer tout accident survenu dans le temps de la mission comme un accident du travail⁴⁹.

4/ Le lieu de repas

Est entendu comme le lieu de repas, le lieu où le salarié prend habituellement ses repas, mais il n'est pas indispensable que le repas soit pris systématiquement au même endroit⁵⁰. Le lieu de repas est entendu largement, il peut s'agir d'une cantine, d'un restaurant, d'un jardin public⁵¹, d'une charcuterie ou un traiteur⁵².

Les repas concernés sont ceux pris pendant le temps de travail, pas ceux pris avant ou après la journée de travail.

2.2.2.2. Les caractères du parcours :

1/ L'itinéraire protégé :

L'accident sera considéré comme un accident de trajet dès lors que l'itinéraire utilisé est « normal », c'est-à-dire qu'il se déroule en un lieu normal et en un temps normal. On parle alors d'itinéraire protégé.

La condition de lieu « normal » est réalisée dès lors que le salarié est sur le parcours entre son domicile et son travail. Ce trajet n'a pas à être habituel et peut se faire par tout moyen : voiture, train, autobus ou marche à pied. Ce trajet n'a pas non plus à être le plus direct possible notamment lorsque le salarié voulait éviter un itinéraire encombré⁵³.

La condition de temps « normal » s'évalue au regard des horaires de l'entreprise, de la distance à parcourir et du moyen de transport utilisé. Le trajet ne doit ainsi pas se dérouler avec une avance ou un retard excessif⁵⁴ par rapport à l'horaire normal dès lors que ce décalage n'est pas justifié par l'activité professionnelle⁵⁵ ou encore par les conditions de circulation⁵⁶.

⁴⁵ Assemblée plénière de la Cour de cassation, 3 juillet 1987

⁴⁶ Chambre sociale de la Cour de cassation, 28 juin 1989

⁴⁷ Chambre sociale de la Cour de cassation, 17 mai 1983

⁴⁸ Chambre sociale de la Cour de cassation, 8 janvier 1954

⁴⁹ IIème chambre civile de la Cour de cassation, 12 mai 2003

⁵⁰ Chambre sociale de la Cours de cassation, 9 mars 1977

⁵¹ Chambre sociale de la Cour de cassation, 8 novembre 1977

⁵² Chambre sociale de la Cours de cassation, 9 mars 1977

⁵³ Chambre sociale de la Cour de cassation, 3 décembre 1991

⁵⁴ Chambre sociale de la Cour de cassation, 17 novembre 1987

⁵⁵ Chambre sociale de la Cour de cassation, 31 mai 1972

⁵⁶ Chambre sociale de la Cour de cassation, 30 novembre 1977

2/ Les détours ou interruptions de trajet :

Les détours ou interruptions du trajet excluent la qualification d'accident de trajet. sauf s'ils sont justifiés :

- par une obligation légale (obligation de porter secours à personne en péril)
- par l'activité professionnelle⁵⁷ (ex : détour motivé par la nécessité d'aller chercher une robe destinée à une cérémonie professionnelle⁵⁸)
- ou par les nécessités de la vie courante⁵⁹ : activités domestiques⁶⁰, démarches administratives⁶¹, vie familiale⁶², ...

Le détour survenu en raison d'un covoiturage entre plusieurs salariés est toujours admis

Attention ! S'agissant des interruptions de trajet justifiées, l'accident qui se produit avant et après l'interruption de trajet est un accident de trajet mais pas celui qui se produit au cours de l'interruption justifiée⁶³ (ex : c'est bon pour l'accident survenu en se rendant à la boulangerie mais pas pour celui intervenu dans la boulangerie)

2.2.2.3. La preuve de l'accident de trajet :

Le salarié doit dans tous les cas prouver la matérialité des faits. Ainsi, la preuve que l'accident a eu lieu au temps et au lieu du travail appartient à la victime ou à ses ayants droit⁶⁴. Elle doit être apportée autrement que par de simples affirmations (notamment par des témoignages, certificats médicaux ou un procès verbal de la force publique en cas d'accident de la circulation)⁶⁵.

Le salarié bénéficie d'une présomption d'imputabilité lorsque l'accident survient dans le temps et sur l'itinéraire normal du trajet⁶⁶ (c'est-à-dire lors de l'itinéraire protégé évoqué plus haut).

Si l'accident n'est pas survenu sur un itinéraire protégé, le salarié ou ses ayant droit, devra prouver le lien de causalité entre l'accident et l'accomplissement du trajet aller ou retour vers le travail.

2.2.3 Les maladies professionnelles⁶⁷ :

Il n'existe pas de définition légale générale de la maladie professionnelle. Ainsi, les maladies sont qualifiées de professionnelles dans trois types de situation :

- la reconnaissance fondée sur la présomption d'origine professionnelle de toute maladie, désignée dans un tableau officiel annexé au code de la sécurité sociale, et contractée dans les conditions mentionnées dans ces tableaux⁶⁸

⁵⁷ Article L411-2 2° du code de la sécurité sociale

⁵⁸ Chambre sociale de la Cour de cassation, 3 juin 1970

⁵⁹ Article L411-2 2° du code de la sécurité sociale

⁶⁰ Ex : aller acheter du pain. Chambre sociale de la Cour de cassation, 17 octobre 1974

⁶¹ Ex : aller dans une caisse de sécurité sociale retirer des prestations. Chambre sociale de la Cour de cassation, 16 mai 1961

⁶² Ex : conduire son enfant à l'école avant de se rendre au travail. Chambre sociale de la Cour de cassation, 13 octobre 1994

⁶³ Assemblée plénière de la Cour de cassation, 19 juin 1963

⁶⁴ La qualité d'ayant droit permet de bénéficier de certaines prestations non à titre personnel, mais du fait de liens particuliers avec un assuré social. Il s'agit ici du conjoint survivant et des orphelins de la victime.

⁶⁵ Chambre sociale de la Cour de cassation, 16 mars 1995

⁶⁶ Chambre sociale de la Cour de cassation, 22 mars 1978

⁶⁷ Article L411-2 du code de la sécurité sociale

⁶⁸ Article L461-1 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

- la reconnaissance dite « hors tableau », instituée par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993 pour les maladies ne figurant dans aucun tableau⁶⁹
- la reconnaissance d'une maladie désignée dans un tableau mais dont la victime ne remplit pas une ou plusieurs conditions⁷⁰.

2.2.3.1. Les maladies inscrites aux tableaux des maladies professionnelles :

1/ Contenu des tableaux :

La liste des maladies professionnelles indemnisées est annexée au livre IV du code de la sécurité sociale, il y a 98 tableaux qui couvrent près de 300 maladies.

Les maladies professionnelles sont classées en 3 catégories⁷¹ :

- les maladies qui présentent des manifestations morbides d'intoxication, aiguës ou chroniques, pour les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action d'agents nocifs (exemple : le saturnisme pour les travailleurs exposés au plomb). La liste des travaux dangereux n'est dans ce cas donnée qu'à titre indicatif, elle n'est pas limitative.
- les maladies dues à des infections microbiennes (exemple : le tétanos). La liste des travaux concernés est ici limitative.
- Les maladies causées par une ambiance ou à une attitude entraînée par le travail. La liste des travaux dangereux est là-aussi limitative.

Pour chaque maladie, il est indiqué dans le tableau :

- la désignation de la maladie ou des affections provoquées par la maladie,
- la liste des travaux susceptibles de les provoquer,
- le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai pendant lequel la maladie demeure susceptible d'apparaître alors que l'exposition au risque a pris fin (on parle de « délai d'incubation »). La première constatation médicale de la maladie doit être faite pendant ce délai.

Les tableaux peuvent être révisés et complétés par décret, après avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels⁷². Les modifications sont applicables aux victimes dont la maladie a été constatée médicalement entre le 31 décembre 1946 et la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau⁷³, elles peuvent donc avoir une application rétroactive. Toutefois, les prestations ou rentes accordées au titre de la législation sur les maladies professionnelles, ne pourront l'être avant l'entrée en vigueur du tableau modifié.

2/ Charge de la preuve :

Pour que sa maladie puisse être reconnue d'origine professionnelle, le salarié doit établir :

- qu'il est atteint d'une des maladies apparaissant dans l'un des tableaux,
- qu'il a exercé une des activités inscrites dans le tableau comme susceptibles de provoquer la maladie, (ou une autre activité lorsque la liste n'est pas limitative)
- que sa maladie a été constatée médicalement pendant le délai d'incubation prévu par le tableau.

Lorsque ces trois faits sont établis, le lien de causalité entre la maladie et le travail du salarié est présumé, la maladie est présumée d'origine professionnelle.

⁶⁹ Article L461-1 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

⁷⁰ Article L461-1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

⁷¹ Article L461-2 du code de la sécurité sociale

⁷² Article L461-2 du code de la sécurité sociale

⁷³ Article L461-2 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

L'employeur ou la caisse de sécurité sociale peuvent renverser cette présomption en apportant la preuve d'une cause étrangère ou l'évolution normale d'une prédisposition morbide⁷⁴.

2.2.3.2. Les maladies inscrites aux tableaux des maladies professionnelles, mais pour lesquelles toutes les conditions ne sont pas remplies et les maladies « hors tableau »

1/ Maladies concernées :

Une procédure de reconnaissance individuelle de maladie professionnelle a été mise en place en 1993⁷⁵ permettant la reconnaissance du caractère professionnelle d'une maladie hors le cas évoqué ci-dessus. Cette procédure s'applique :

- à la victime atteinte d'une maladie inscrite dans l'un des tableaux, mais qui ne remplit pas la condition d'activité ou de délai⁷⁶, dès lors qu'il est établi que cette maladie a été causée par son travail habituel.

- à la victime atteinte d'une maladie qui ne figure pas aux tableaux des maladies professionnelles, lorsque cette maladie a été causée essentiellement et directement par le travail habituel de la victime et qu'elle a pour conséquence un taux d'incapacité d'au moins 25% ou le décès⁷⁷.

2/ Procédure de reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie :

La caisse de sécurité sociale reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles⁷⁸. Cet avis s'impose à la caisse de sécurité sociale⁷⁹. **Voir infra n°3.4.**

III. Procédure d'ouverture des droits :

3.1. Les formalités à accomplir en cas d'accident du travail ou d'accident de trajet

3.1.1 Formalités à la charge du salarié :

La victime d'un accident du travail ou d'un accident de trajet doit, dans la journée où l'accident s'est produit, ou au plus tard dans les 24 heures, sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer l'employeur ou l'un de ses préposés⁸⁰.

Cette déclaration peut se faire à l'employeur ou son préposé sur le lieu de l'accident ou par lettre recommandée avec accusé de réception⁸¹.

⁷⁴ Chambre sociale de la Cour de cassation, 21 juillet 1986

⁷⁵ Loi n°93-121 du 27 janvier 1993

⁷⁶ Article L461-1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

⁷⁷ Articles L461-1 alinéa 3 et R461-8 du code de la sécurité sociale

⁷⁸ Article L461-1 dernier alinéa du code de la sécurité sociale

⁷⁹ Article L461-1 dernier alinéa du code de la sécurité sociale

⁸⁰ Articles L441-1 et R441-2 du code de la sécurité sociale

⁸¹ Article R441-2 du code de la sécurité sociale

Toutefois, le non respect du délai imposé à la victime pour avertir son employeur n'est pas sanctionné et ne prive pas le salarié de ses droits au regard de la législation sur les accidents du travail⁸², ni de la présomption d'imputabilité⁸³.

En effet, la déclaration de l'accident du travail peut également intervenir auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de la victime jusqu'à l'expiration de la 2^{ème} année qui suit l'accident⁸⁴.

Il a été admis que ce délai de 2 ans ne commençait à courir qu'à partir du moment où la victime avait eu connaissance du lien de causalité entre sa pathologie et le fait générateur⁸⁵.

Lorsque le salarié a déclaré l'accident auprès de sa caisse, celle-ci adresse un double de la déclaration de l'accident du travail par la victime à l'employeur et au médecin du travail⁸⁶. L'employeur a alors la possibilité d'émettre des réserves motivées⁸⁷.

3.1.2 Formalités à la charge du médecin :

Le praticien établit, en double exemplaire, un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues⁸⁸. Ces certificats doivent, en outre, mentionner toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions⁸⁹.

Le médecin adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime⁹⁰.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical indiquant les conséquences définitives, si elles n'avaient pu être antérieurement constatées, est établi en double exemplaire. L'un des certificats est adressé par les soins du praticien à la caisse primaire, le second est remis à la victime, ainsi que toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat⁹¹.

3.1.3. Formalités à la charge de l'employeur :

3.1.3.1. La déclaration de l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie :

1/ Cas général :

L'employeur ou l'un de ses préposés doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime⁹². Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans les 48 heures, sans compter les dimanches et jours fériés⁹³, à compter de la connaissance par l'employeur ou l'un de ses préposés de l'accident⁹⁴.

⁸² Chambre sociale de la Cour de cassation, 15 novembre 1955

⁸³ Chambre sociale de la Cour de cassation, 12 octobre 1989

⁸⁴ Article L441-2 du code de la sécurité sociale

⁸⁵ Cas d'une vaccination : IIème chambre civile de la Cour de cassation, 22 mars 2005

⁸⁶ Article R441-11 dernier alinéa du code de la sécurité sociale

⁸⁷ Article R441-11 Modifié par [Décret n°2009-938 du 29 juillet 2009 - art. 1](#)

⁸⁸ Article L441-6 du code de la sécurité sociale

⁸⁹ Article R 441-7 du code de la sécurité sociale

⁹⁰ Article L441-6 du code de la sécurité sociale

⁹¹ Article L441-6 du code de la sécurité sociale

⁹² Article L441-2 du code de la sécurité sociale

⁹³ Article R441-3 alinéa 1^{er} du code de la sécurité sociale

⁹⁴ Article R441-3 alinéa 2 du code de la sécurité sociale et IIème chambre civile de la Cour de cassation, 4 novembre 2003

La déclaration d'accident du travail peut être assortie de réserves motivées de la part de l'employeur⁹⁵.

L'employeur adresse à la caisse primaire en même temps que la déclaration d'accident ou au moment de l'arrêt de travail si celui-ci est postérieur, une attestation indiquant⁹⁶ :

- la période de travail,
- le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les paies,
- le montant et la date des paies à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité journalière.

En cas de contestation, il appartient à l'employeur de prouver qu'il a respecté ses obligations⁹⁷.

Si le manquement de l'employeur à son obligation d'information a entraîné, pour le salarié, la privation du bénéfice des prestations prévues par la législation sur les accidents du travail, ce dernier peut prétendre, sur le terrain du droit commun, à la réparation du préjudice que lui a causé la faute de son employeur⁹⁸. Ce droit à réparation existe au profit du salarié alors même qu'il n'a pas fait usage dans le délai légal de la faculté qui lui est offerte d'effectuer lui-même la déclaration à la caisse⁹⁹.

2/ Cas particulier : le registre des accidents bénins :

La caisse régionale d'assurance maladie peut autoriser un employeur, lorsque son établissement remplit certaines conditions¹⁰⁰, à remplacer la déclaration des accidents n'entraînant ni arrêt de travail, ni soin médical par une inscription sur un registre ouvert à cet effet¹⁰¹.

L'employeur inscrit alors dans le registre, dans les 48 heures sans compter le dimanche et les jours fériés, les accidents du travail de son personnel n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes de sécurité sociale¹⁰².

Il est indiqué sur le registre le nom de la victime, la date, le lieu et les circonstances de l'accident, la nature et le siège des lésions assortis du visa du donneur de soins ainsi que les autres éléments devant figurer sur la déclaration d'accident du travail¹⁰³.

La victime signe le registre en face des indications portées par l'employeur¹⁰⁴.

L'employeur envoie le registre à la fin de chaque année civile, par lettre recommandée avec accusé de réception, à la caisse régionale d'assurance maladie.

Si un accident ayant fait l'objet d'une simple inscription sur un registre entraîne ultérieurement un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire dont relève la victime dans les 48 heures suivant la survenance de cette circonstance nouvelle¹⁰⁵.

3.1.3.2. La délivrance au salarié de la feuille d'accident du travail :

⁹⁵ Article R441-11 modifié par le [Décret n°2009-938 du 29 juillet 2009 - art. 1](#)

⁹⁶ Article R441-4 du code de la sécurité sociale

⁹⁷ Chambre sociale de la Cour de cassation, 25 avril 1979

⁹⁸ Chambre sociale de la Cour de cassation, 1^{er} décembre 1971

⁹⁹ Chambre sociale de la Cour de cassation, 15 novembre 2001

¹⁰⁰ Article D441-1 du code de la sécurité sociale

¹⁰¹ Article L441-4 du code de la sécurité sociale

¹⁰² Article D441-3 alinéa 1^{er} du code de la sécurité sociale

¹⁰³ Article D441-3 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

¹⁰⁴ Article D441-3 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

¹⁰⁵ Articles L441-4 et R441-5 du code de la sécurité sociale

L'employeur est tenu de délivrer au salarié une feuille d'accident nécessaire à l'indemnisation au titre de la législation sur les accidents du travail¹⁰⁶.

Cette feuille, délivrée pour l'ensemble du traitement rendu nécessaire par l'accident, désigne la caisse primaire d'assurance maladie chargée du service des prestations. Elle ne peut mentionner, en revanche, le nom et l'adresse d'un praticien, d'un pharmacien, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque¹⁰⁷.

3.1.3.3. Les sanctions en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations:

1/ Sanction pénale :

En cas de non respect de ses obligations, l'employeur encourt une contravention de 4^{ème} classe (ou de 5^{ème} classe en cas de récidive dans l'année)¹⁰⁸.

2/ Sanction civile et administrative :

La caisse primaire d'assurance maladie peut poursuivre les employeurs ou leurs préposés qui n'ont pas remplis les obligations évoqués ci-dessus, pour obtenir le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident¹⁰⁹.

Remarque : la caisse peut également poursuivre l'employeur pour obtenir le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion d'un accident de travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle lorsqu'il concerne une personne étrangère travaillant ou ayant travaillé sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail en France.

3.2. Les formalités à accomplir en cas de maladie professionnelle :

3.2.1. Formalités à la charge du salarié :

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée, doit être déclarée par la victime à la caisse primaire dans les 15 jours qui suivent la cessation du travail, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse¹¹⁰.

En cas de modification d'un tableau de maladies professionnelles, cette déclaration doit être faite dans un délai de trois mois à compter de l'entrée en vigueur du nouveau tableau¹¹¹.

Toutefois, l'absence de déclaration du salarié ne le prive pas de son droit à réparation : il peut le faire valoir dans un délai de 2 ans partant du jour de la cessation de travail¹¹². Ce délai ne commence à courir que si le salarié a été informé par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle¹¹³.

L'attestation d'emploi est remise par l'employeur à la victime qui l'annexe à sa déclaration.

3.2.2. Formalités à la charge du médecin :

¹⁰⁶ Article L441-5 du code de la sécurité sociale

¹⁰⁷ Article R441-8 du code de la sécurité sociale

¹⁰⁸ Article R471-3 du code de la sécurité sociale

¹⁰⁹ Article L471-1 du code de la sécurité sociale

¹¹⁰ Article L461-5 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

¹¹¹ Article L461-5 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

¹¹² Articles L461-5 et L431-2 du code de la sécurité sociale et chambre sociale de la Cour de cassation, 14 janvier 1993

¹¹³ Article L461-1 du code de la sécurité sociale

Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables¹¹⁴.

Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration¹¹⁵.

3.3. Instruction du dossier de reconnaissance d'accident du travail et d'accident de trajet par la caisse primaire d'assurance maladie :

3.3.1. Enquête de la caisse :

La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de faire procéder aux constatations nécessaires dès qu'elle a connaissance d'un accident du travail¹¹⁶ ; elle dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration d'accident et du certificat médical initial pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident¹¹⁷.

Pour cela, elle peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant sur l'état de la victime et notamment sur une question d'ordre médical touchant au caractère professionnel de la lésion ou de la maladie ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à une expertise médicale¹¹⁸.

En cas de décès de la victime, la caisse doit, si les ayants droit de la victime le sollicitent ou avec leur accord si elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité, demander au tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident s'est produit de faire procéder à l'autopsie. Si les ayants droit de la victime s'opposent à ce qu'il soit procédé à l'autopsie demandée par la caisse, il leur incombe d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès¹¹⁹.

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre¹²⁰ ;

- 1°) la déclaration d'accident et l'attestation de salaire ;
- 2°) les divers certificats médicaux ;
- 3°) les constats faits par la caisse primaire ;
- 4°) les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- 5°) les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 6°) éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

3.3.2. Information et rôle de la victime, de ses ayant-droits et de l'employeur :

Hors les cas de reconnaissance implicite, et en l'absence de réserves de l'employeur, la caisse primaire assure l'information de la victime, de ses ayants droit et de l'employeur, préalablement à sa décision, sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de leur faire grief, la procédure doit être contradictoire.

¹¹⁴ Article L461-5 du code de la sécurité sociale

¹¹⁵ Article L461-5 du code de la sécurité sociale

¹¹⁶ Article L441-3 du code de la sécurité sociale

¹¹⁷ Article R441-10 du code de la sécurité sociale

¹¹⁸ Article R442-1 du code de la sécurité sociale

¹¹⁹ Article L442-4 du code de la sécurité sociale

¹²⁰ Article R441-13 du code de la sécurité sociale

En cas de réserves de la part de l'employeur ou si elle l'estime nécessaire, la caisse, envoie avant décision à l'employeur et à la victime un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie ou procède à une enquête auprès des intéressés. Une enquête est obligatoire en cas de décès¹²¹.

Après la déclaration de l'accident ou de la maladie, la victime ou ses ayants droit et l'employeur peuvent faire connaître leurs observations et toutes informations complémentaires ou en faire part directement à l'enquêteur de la caisse primaire.

En cas d'enquête effectuée par la caisse primaire sur l'agent causal d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'employeur doit, sur demande, lui communiquer les renseignements nécessaires permettant d'identifier le ou les risques ainsi que les produits auxquels le salarié a pu être exposé à l'exclusion de toute formule, dosage, ou processus de fabrication d'un produit.

Pour les besoins de l'enquête, la caisse régionale communique à la caisse primaire, sur la demande de celle-ci, les éléments dont elle dispose sur les produits utilisés ou sur les risques afférents au poste de travail ou à l'atelier considéré à l'exclusion de toute formule, dosage ou processus de fabrication d'un produit¹²².

3.3.3. La décision de la Caisse primaire d'assurance maladie et les recours possibles :

En l'absence de décision de la caisse dans les 30 jours, le caractère professionnel de l'accident est reconnu¹²³.

Toutefois, lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur avant l'expiration de ce délai par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A l'expiration d'un nouveau délai **qui ne peut excéder deux mois** en matière d'accidents du travail à compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu¹²⁴.

La forme de la communication faite à la victime ou ses ayants-droit et à l'employeur diffère selon que la décision leur fait ou non grief¹²⁵.

a) En cas de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident du travail ou de trajet, d'une nouvelle lésion ou rechute

La décision faisant grief à l'employeur, il y a lieu désormais de lui adresser une notification par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception avec indication des voies et délais de recours.

A l'inverse, cette décision de reconnaissance ne faisant pas grief à la victime ou à ses ayants droit, une notification lui est adressée en lettre simple avec indication des voies et délais de recours.

Ces modifications emportent les conséquences suivantes :

- l'employeur a la faculté de contester dans un délai de deux mois les décisions de reconnaissance.
- dans l'hypothèse où l'employeur exerce un recours, la décision issue de ce recours n'a aucun effet sur la décision de reconnaissance prise à l'égard de l'assuré : il n'y a pas lieu de l'appeler en la cause dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise en vertu du principe de l'indépendance des parties.

¹²¹ Article R441-11 du code de la sécurité sociale

¹²² Article R441-12 du code de la sécurité sociale

¹²³ Article R241-10 du code de la sécurité sociale

¹²⁴ Article R441-14 du code de la sécurité sociale

¹²⁵ Article R441-14 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

- le délai expiré, la décision de reconnaissance est définitive pour l'employeur ; il ne pourra donc pas contester cette décision au-delà de deux mois, même en cas de contestation de son taux de cotisation.

b) En cas de refus de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident du travail ou de trajet, d'une nouvelle lésion ou rechute

La décision faisant grief à la victime ou à ses ayants droit, il y a lieu de lui adresser une notification par tout moyen permettant de déterminer la date de réception avec mention des délais et voies de recours.

A l'inverse, cette décision de refus ne faisant pas grief à l'employeur, une notification lui est adressée en lettre simple avec mention des voies et délais de recours.

Ces modifications emportent les conséquences suivantes :

- dans l'hypothèse d'un recours de l'assuré, il n'y a pas lieu d'appeler en la cause l'employeur dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise conformément au principe de l'indépendance des parties.

- la prise en charge pouvant intervenir suite à ce recours ne sera pas opposable à l'employeur et les dépenses ne seront pas imputables à son compte.

3.4. Instruction du dossier de reconnaissance de maladie professionnelle par la caisse primaire d'assurance maladie :

3.4.1. Enquête par la CPAM :

L'instruction du dossier est réalisée par la caisse primaire dès réception de la déclaration de maladie professionnelle, accompagnée d'un certificat médical. La caisse envoie à l'employeur et au médecin du travail un double de cette déclaration. L'employeur peut alors émettre des réserves motivées¹²⁶.

La victime ou ses ayants-droits et l'employeur peuvent alors faire connaître leurs observations et toutes observations complémentaires ou en faire part directement à l'enquêteur de la caisse primaire¹²⁷.

En outre, en cas d'enquête effectuée par la caisse primaire sur l'agent causal de la maladie professionnelle, l'employeur doit, sur demande, lui communiquer les renseignements nécessaires permettant d'identifier le ou les risques ainsi que les produits auxquels le salarié a pu être exposé à l'exclusion de toute formule, dosage, ou processus de fabrication d'un produit¹²⁸.

3.4.2. Décision de la caisse primaire :

La caisse dispose d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de maladie professionnelle et du certificat médical initial pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie¹²⁹.

Toutefois, lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur avant l'expiration de ce délai par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A l'expiration d'un nouveau délai **qui ne peut excéder trois mois**

¹²⁶ Article R441-11 du code de la sécurité sociale

¹²⁷ Article R441-12 du code de la sécurité sociale

¹²⁸ Article R441-12 du code de la sécurité sociale

¹²⁹ Article R241-10 du code de la sécurité sociale

à compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de la maladie est reconnu¹³⁰.

A l'issue de l'instruction, la caisse rendra une décision¹³¹ :

- de reconnaissance d'une maladie professionnelle dans le cadre des tableaux
- de refus d'ordre administratif, un recours devant la commission de recours amiable puis devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dans un délai de 2 mois est alors possible
- de refus d'ordre médical, pour désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil sur la pathologie décrite sur le certificat médical initial. Un recours est possible contre cette décision par une expertise médicale dans un délai de 2 ans à compter de la décision.
- de transfert du dossier au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

La forme de la communication faite à la victime ou ses ayants-droit et à l'employeur diffère selon que la décision leur fait ou non grief¹³².

a) En cas de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, d'une nouvelle lésion ou rechute

La décision faisant grief à l'employeur, il y a lieu désormais de lui adresser une notification par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception avec indication des voies et délais de recours.

A l'inverse, cette décision de reconnaissance ne faisant pas grief à la victime ou à ses ayants droit, une notification lui est adressée en lettre simple avec indication des voies et délais de recours.

Ces modifications emportent les conséquences suivantes :

- l'employeur a la faculté de contester dans un délai de deux mois les décisions de reconnaissance.
- dans l'hypothèse où l'employeur exerce un recours, la décision issue de ce recours n'a aucun effet sur la décision de reconnaissance prise à l'égard de l'assuré : il n'y a pas lieu de l'appeler en la cause dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise en vertu du principe de l'indépendance des parties.
- le délai expiré, la décision de reconnaissance est définitive pour l'employeur ; il ne pourra donc pas contester cette décision au-delà de deux mois, même en cas de contestation de son taux de cotisation.

b) En cas de refus de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, d'une nouvelle lésion ou rechute

La décision faisant grief à la victime ou à ses ayants droit, il y a lieu de lui adresser une notification par tout moyen permettant de déterminer la date de réception avec mention des délais et voies de recours.

A l'inverse, cette décision de refus ne faisant pas grief à l'employeur, une notification lui est adressée en lettre simple avec mention des voies et délais de recours.

Ces modifications emportent les conséquences suivantes :

- dans l'hypothèse d'un recours de l'assuré, il n'y a pas lieu d'appeler en la cause l'employeur dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise conformément au principe de l'indépendance des parties.
- la prise en charge pouvant intervenir suite à ce recours ne sera pas opposable à l'employeur et les dépenses ne seront pas imputables à son compte.

¹³⁰ Article R441-14 du code de la sécurité sociale

¹³¹ Circulaire CABDIR 9/93 « Nouveaux modes de reconnaissance des maladies professionnelles » du 2 novembre 1993

¹³² Article R441-14 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

3.4.3. La procédure devant le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)¹³³ :

3.4.3.1. Cas de saisine du CRRMP :

Le CRRMP peut être saisi dans quatre cas (la victime ou ses ayant-droits et l'employeur en sont informés¹³⁴) :

- la victime, ou ses ayant-droits, a saisi directement la caisse pour obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie car la maladie est désignée dans un tableau, mais 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 caisse saisit alors le comité.

- les ayant-droits de la victime ont saisi directement la caisse pour obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie alors que la maladie n'est pas désignée dans un tableau de maladies professionnelles bien qu'ils estiment que le décès a été essentiellement et directement causé par son travail. La caisse saisit alors le comité.

- la maladie est inscrite au tableau mais la caisse a refusé la prise en charge car les symptômes présentés par le salarié ne correspondent pas exactement à la description de ceux mentionnés au tableau. Si la victime a un taux d'incapacité au moins égal à 25%, la caisse doit saisir le comité.

- la victime a saisi la caisse pour obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie alors que la maladie n'est pas désignée dans un tableau mais qu'elle estime que la maladie a été causée essentiellement et directement par son travail habituel et que cette maladie a entraîné une incapacité permanente d'au moins 25%. La caisse doit alors statuer sur la stabilisation de l'état de la victime et évaluer le taux d'incapacité du malade afin de vérifier qu'il est supérieur ou égal à 25% :

- si l'affection du malade n'est pas stabilisée et son évolution impossible à diagnostiquer, un refus d'ordre médical est adressé au malade qui peut le contester au moyen d'une expertise médicale dans un délai de 2 ans à compter de la décision.
- si le taux d'incapacité est inférieur à 25%, il n'y a pas de transmission du dossier au CRRMP. La victime peut contester ce taux devant le tribunal du contentieux de l'incapacité dans un délai de 2 mois à compter de la notification.
- si le taux d'incapacité est au moins égal à 25%, le dossier est transmis au CRRMP.

3.4.3.2. Contenu du dossier :

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre¹³⁵ :

- 1° Une demande motivée de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime dont les modèles sont fixés par arrêté ;
- 2° Un avis motivé du médecin du travail de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises ;

¹³³ Articles D461-26 et suivants du code de la sécurité sociale et circulaire CABDIR 9/93 « Nouveaux modes de reconnaissance des maladies professionnelles » du 2 novembre 1993

¹³⁴ Article D461-30 du code de la sécurité sociale

¹³⁵ Article D461-29 du code de la sécurité sociale

3° Un rapport circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel ;

4° Le cas échéant les conclusions des enquêtes conduites par les caisses compétentes, dans les conditions du présent livre ;

5° Le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui comporte, le cas échéant, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime.

L'avis motivé du médecin du travail et le rapport circonstancié de l'employeur sont rédigés sur papier libre et doivent être adressés à la caisse dans le délai d'un mois qui suit la demande.

Ces délais doivent être rappelés aux intéressés et, s'ils ne sont pas respectés, ne doivent pas entraver l'examen du dossier qui est alors adressé au Comité.

Le dossier peut à **leur demande** être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires. Il ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

L'avis motivé du médecin du travail et le rapport établi par les services du contrôle médical mentionnés aux 2° et 5° ne sont communicables à la victime, ses ayants droit et son employeur que par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime ou, à défaut, par ses ayants droit. Ce praticien prend connaissance du contenu de ces documents et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime ou, à défaut, de ses ayants droit, que dans le respect des règles de déontologie.

Seules les conclusions administratives auxquelles ces documents ont pu aboutir sont communicables de plein droit à la victime, ses ayants droit et son employeur.

La victime, ses ayants droit et son employeur peuvent déposer des observations qui sont annexées au dossier.

3.4.3.3. Instruction par le CRRMP¹³⁶ :

Le comité dispose de 4 mois à compter de sa saisine pour rendre son avis et de 2 mois supplémentaires lorsque des examens ou des enquêtes complémentaires s'avèrent nécessaires. En effet, une consultation médicale spécialisée ou des examens complémentaires médicaux peuvent notamment être demandés par le Comité.

L'ensemble du dossier est rapporté devant le comité par le médecin-conseil qui a examiné la victime ou statué sur son taux d'IPP.

L'avis motivé du comité est rendu à la C.P.A.M, à laquelle il s'impose.

La C.P.A.M. notifie immédiatement à la victime ou ses ayants droit la décision qui est également adressée à l'employeur. Ladite notification lorsqu'elle fait grief est effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et comporte la mention des voies de recours.

Le refus de reconnaissance par le CRRMP du caractère professionnel de la maladie peut être contesté devant la commission de recours amiable de la caisse puis devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dans un délai de 2 mois à compter de la notification (le TASS devra recueillir l'avis d'un comité autre que celui qui s'est prononcé précédemment ; il désignera alors le comité d'une des régions les plus proches).

¹³⁶ Circulaire CABDIR 9/93 « Nouveaux modes de reconnaissance des maladies professionnelles » du 2 novembre 1993
25/64

**PARTIE 2 : LES PRESTATIONS EN NATURE PRISES EN
CHARGE AU TITRE DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE
PROFESSIONNELLE**

I. Les prestations versées pendant l'enquête :

Les prestations de l'assurance maladie sont servies à titre provisionnel tant que la caisse n'a pas notifié la décision à la victime ou à l'employeur et, le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente¹³⁷.

Dans le cas où le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie est admis par la caisse, celle-ci met immédiatement en paiement les sommes dues. Eventuellement, dans ce cas ou si le caractère professionnel est reconnu par la juridiction compétente, le montant des prestations provisionnelles déjà reçues par la victime entre en compte dans le montant de celles qui sont dues au titre des accidents du travail¹³⁸.

II. Les prestations en nature prises en charges :

La reconnaissance d'un accident du travail, d'un accident de trajet et d'une maladie professionnelle permet au salarié victime de bénéficier d'une prise en charge par la sécurité sociale des frais et dépenses liés à l'accident ou à la maladie.

Les prestations en nature couvrent¹³⁹ :

- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires,
- les frais liés à l'accident afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) (aides techniques) et aux prothèses dentaires inscrites sur la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP),
- les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier,
- et, d'une façon générale, les frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime.

III. Modalités de prise en charge :

1/ Taux de prise en charge¹⁴⁰ :

La reconnaissance d'accident du travail ou de maladie professionnelle exonère la victime du paiement du ticket modérateur et du forfait hospitalier pour les frais en liens avec l'accident ou la maladie. Le taux de prise en charge est donc égal à 100% du tarif applicable¹⁴¹.

Toutefois, depuis le 3 février 2009, les tarifs des aides techniques et prothèses dentaires sont multipliés par un coefficient de 1,5¹⁴² (c'est-à-dire augmentés de moitié), dans la limite des frais réellement engagés lorsque leur prix n'est pas imposé administrativement¹⁴³.

En outre, la personne couverte au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est totalement exonérée de la participation de 18€ qui reste à la charge des assurés pour les actes médicaux lourds dont le coefficient est supérieur à 50 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 91€.

Toutefois, une participation forfaitaire d'un euro est due pour chaque consultation ou acte isolé réalisé par un médecin de ville ou exerçant dans un établissement de santé, et pour tout acte de biologie médicale ; cette participation est de 4€ maximum par jour lorsque plusieurs actes ou

¹³⁷ Article R441-15 du code de la sécurité sociale

¹³⁸ Article R441-15 du code de la sécurité sociale

¹³⁹ Article L431-1 du code de la sécurité sociale

¹⁴⁰ Articles L322-3, 1° et 3° et R322-8 du code de la sécurité sociale

¹⁴¹ Article L432-3 du code de la sécurité sociale

¹⁴² Article 1^{er} de l'arrêté du 3 février 2009

¹⁴³ Article L432-3 du code de la sécurité sociale

consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée. La participation de chaque bénéficiaire de soins est plafonnée à 50€ par an¹⁴⁴.

En outre, les victimes d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle doivent également supporter une franchise de 0,5€ sur les médicaments et les actes effectués par un auxiliaire médical et de 2€ pour les frais de transport sanitaire. Le montant de la franchise est plafonné à 50€ par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés et à 2€ maximum par jour sur les actes paramédicaux et 4€ par jour pour les transports sanitaires¹⁴⁵.

2/ Mécanisme du tiers payant :

La victime d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle n'a pas à faire d'avance de frais pour les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques, ceux-ci sont directement payés par la caisse au médecin et au pharmacien.

La personne n'a donc rien à payer sauf en cas de dépassement d'honoraires¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Articles L322-2, II et D322-4 du code de la sécurité sociale

¹⁴⁵ Articles L322-2, III et D322-5 du code de la sécurité sociale

¹⁴⁶ Articles L432-1 et L432-3 du code de la sécurité sociale

**PARTIE 3 : LA REPARATION DE L'INCAPACITE
PROVISOIRE : LES INDEMNITES JOURNALIERES**

I. Principe :

La victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle occasionnant un arrêt de travail, a droit à des indemnités journalières, pour compenser sa perte de revenus, à partir du lendemain de l'arrêt de travail, sans délai de carence, et pendant toute la durée de son incapacité de travail ainsi qu'en cas de rechute ou d'aggravation.

II. Période indemnisée :

1/ Principe

La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur¹⁴⁷.

Ensuite, une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation¹⁴⁸.

2/ Mi-temps thérapeutique¹⁴⁹

L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

Le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

Attention ! Il s'agit d'une simple possibilité pour la caisse.

3/ Période de formation¹⁵⁰

L'indemnité journalière peut également être maintenue, après avis du médecin-conseil, lorsque la victime demande à accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, à des actions de formation professionnelle continue ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante. La caisse informe l'employeur et le médecin du travail de sa décision de maintenir l'indemnité.

4/ Période allant de la déclaration d'inaptitude au reclassement ou au licenciement du salarié¹⁵¹

L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai d'un mois suivant l'examen médical de reprise lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière.

¹⁴⁷ Article L433-1 alinéa 1^{er} du code de la sécurité sociale

¹⁴⁸ Article L433-1 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

¹⁴⁹ Article L433-1 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

¹⁵⁰ Article L433-1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

¹⁵¹ Article L433-1 alinéa 5 du code de la sécurité sociale

III. Montant de l'indemnité journalière :

Le montant de l'indemnité journalière correspond à :

- 60% du salaire journalier de la victime pendant les 28 premiers jours d'arrêt de travail¹⁵²,
- 80% à partir du 29^{ème} jour d'arrêt de travail consécutif à l'accident¹⁵³

L'indemnité journalière ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime défini comme le salaire de référence diminué de la part salariale des cotisations de sécurité sociale d'origine légale ou conventionnelle ainsi que la CSG¹⁵⁴.

Le salaire journalier de base est plafonné à 0,834% du plafond annuel de sécurité sociale¹⁵⁵.

1/ Quelles périodes prend-t-on en compte pour déterminer le salaire journalier de base ?

Le salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est égal à¹⁵⁶ :

- 1/30 du montant de la ou des deux dernières payes antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé mensuellement ou deux fois par mois ;
- 1/28 du montant des deux ou des quatre dernières payes antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ;
- 1/30 du montant des payes afférentes au mois antérieur à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé journalièrement ou à intervalles réguliers, au début ou à la fin d'un travail ;
- 1/90 du montant du salaire des trois mois antérieurs à la date d'arrêt du travail, si ce salaire n'est pas réglé au moins une fois par mois, mais l'est au moins une fois par trimestre ;
- 1/360 du montant du salaire des douze mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail, lorsque l'activité de l'entreprise n'est pas continue ou présente un caractère saisonnier ou lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue.

Lorsque le salarié n'a pas travaillé de façon continue pendant la période de référence, le salaire est calculé comme si le salarié avait travaillé pendant toute la période si¹⁵⁷ :

- la victime travaillait, au sens de la législation sur les accidents du travail, depuis moins d'un mois, de vingt-huit jours, de trois mois ou de douze mois au moment de l'arrêt de travail ;
- la victime n'avait pas accompli les périodes de travail mentionnées à l'article précédent en raison de maladie, longue maladie, accident, maternité, chômage total ou partiel constaté par le service administratif qualifié, fermeture de l'établissement à la disposition duquel l'intéressé est demeuré, congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, services militaires ou appel sous les drapeaux ;
- la victime, bénéficiaire de l'indemnité de changement d'emploi, s'est trouvée effectivement sans emploi au cours de la période à considérer ;
- la victime avait changé d'emploi au cours de la période à considérer. Dans ce cas, le salaire de base est déterminé à partir du salaire afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail. Toutefois, si le salaire de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global

¹⁵² Article R433-1 du code de la sécurité sociale, avec un montant maximum de 173.23 € par jour depuis le 1er janvier 2010

¹⁵³ Article L433-2 et R433-3 du code de la sécurité sociale, avec un montant maximum de 230.98 € par jour depuis le 1er janvier 2010

¹⁵⁴ Arrêté du 3 août 1993

¹⁵⁵ Article R433-2 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2010, le nouveau plafond de la Sécurité sociale s'élève à 2.885 € par mois

¹⁵⁶ Article R433-4 du code de la sécurité sociale

¹⁵⁷ Article R433-6 du code de la sécurité sociale

des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que doit être calculée l'indemnité journalière ;

- la victime bénéficiait d'une allocation chômage.

2/ Quels revenus prend-t-on en compte pour le calcul du salaire de base ?

Le salaire servant de base de calcul des indemnités journalières comprends :

- l'ensemble des salaires et de ses éléments annexes afférents à la période de référence à prendre en considération
- les avantages en nature et des pourboires, s'il y a lieu
- déductions faites des frais professionnels et des frais d'atelier et non comprises les prestations familiales légales, les cotisations patronales de sécurité sociale et les cotisations patronales à des régimes de retraites ou de prévoyance complémentaire¹⁵⁸.

Attention ! En cas de rechute, l'indemnité journalière est calculée sur le salaire que percevait la victime immédiatement avant l'arrêt de travail consécutif à la rechute. Toutefois, elle ne peut en aucun cas être inférieure à celle perçue lors de l'arrêt de travail initial, compte tenu, éventuellement, de la revalorisation effectuée¹⁵⁹. En outre, si la victime perçoit déjà une rente pour l'accident pour lequel il y a rechute, l'indemnité journalière est réduite du montant journalier (1/360^{ème}) de la rente¹⁶⁰.

3/ Revalorisation

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà de trois mois, le montant de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision¹⁶¹.

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière peut ainsi être majoré¹⁶² :

- par application des coefficients de majoration fixés par arrêté ministériel
- ou en se référant au salaire normal prévu pour la catégorie professionnelle du salarié par la convention collective applicable à la profession à laquelle appartient la victime
- en répercussion des augmentations du SMIC lorsque la victime perçoit un salaire égal à celui-ci¹⁶³

Lorsque l'intéressé peut bénéficier de la revalorisation à plusieurs titres, il n'y a pas de cumul, seul le mode de calcul le plus avantageux s'applique.

C'est à la victime qu'il appartient de demander à la caisse primaire qui sert l'indemnité journalière la révision de son montant en produisant les justifications utiles. Toutefois, la caisse doit, si elle estime qu'une victime est susceptible de bénéficier d'une révision dont elle néglige de faire la demande, l'inviter à lui fournir les justifications utiles¹⁶⁴.

La révision prend effet :

- le 1^{er} jour du 4^{ème} mois d'arrêt de travail
- ou la date d'effet du coefficient de majoration, de la majoration conventionnelle ou de l'augmentation du SMIC.

¹⁵⁸ Article R436-1 du code de la sécurité sociale

¹⁵⁹ Article R433-7 du code de la sécurité sociale

¹⁶⁰ Article R443-2 du code de la sécurité sociale

¹⁶¹ Article L433-2 du code de la sécurité sociale

¹⁶² Article R433-10 du code de la sécurité sociale

¹⁶³ Chambre sociale de la Cour de cassation, 28 juin 1978

¹⁶⁴ Article R433-11 du code de la sécurité sociale

IV. Obligations à la charge du salarié victime¹⁶⁵ :

Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

- 1° D'observer les prescriptions du praticien ;
- 2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical;
- 3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ;
- 4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues. Une telle décision pourra être contestée dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision devant la commission de recours amiable de la Caisse puis devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

Dans ce cas, le TASS contrôlera l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré.

A noter :

Les indemnités journalières sont soumises:

- à la CSG (contribution sociale généralisée) au taux de 6,2 %,
- à la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale) au taux de 0,5 %.
- et à l'impôt sur le revenu à hauteur de 50% de leur montant¹⁶⁶, à compter du 1er janvier 2010

¹⁶⁵ Article L323-6 du code de la sécurité sociale

¹⁶⁶ Articles 80 quinquies et 81 8° du code général des impôts modifiés par la [LOI n°2009-1673 du 30 décembre 2009 - art. 85 \(V\)](#)

PARTIE 4 : LA REPARATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE : LE CAPITALE ET LA RENTE

I. PROCEDURE D'ATTRIBUTION ET DE LIQUIDATION

Après la consolidation de l'état de santé de la victime d'un accident du travail, si cette dernière reste atteinte d'une incapacité permanente consécutive à son accident de travail, elle peut percevoir une indemnité calculée en fonction de son taux d'incapacité.

La victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à 10 % a droit à une indemnité en capital¹⁶⁷. Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 10%, la victime a droit à une rente¹⁶⁸.

La procédure d'attribution de ces prestations est décrite ci-dessous.

1.1. Délai d'action en réparation

Les droits de la victime aux prestations d'incapacité permanente (rente ou capital) se prescrivent par deux ans à dater du jour de l'accident ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière¹⁶⁹. La victime peut donc demander à ouvrir droit à une telle réparation dans ce délai de deux ans.

1.2. Fixation d'une date de consolidation de l'état de la victime

Pour percevoir une indemnité au titre de l'incapacité permanente de travail, c'est-à-dire un capital ou une rente alloué(e) au titre d'un accident de travail, l'état de l'assuré doit être « consolidé ».

La consolidation correspond au moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles.

Le médecin traitant établit au moment de la consolidation, en cas d'incapacité permanente, un certificat médical indiquant les conséquences définitives de la lésion. Il en adresse un exemplaire à la caisse primaire d'assurance maladie et un autre à la victime¹⁷⁰.

Dès réception du certificat médical, la caisse primaire fixe, après avis du médecin conseil, la date de la consolidation de la blessure (ou la date de la guérison, mais dans ce cas, il n'y aura pas de rente, sauf en cas de rechute)¹⁷¹.

¹⁶⁷ Articles L434-1 alinéa 1 et R434-1 du code de la sécurité sociale

¹⁶⁸ Articles L434-2 alinéa 2 et R434-1 du code de la sécurité sociale

¹⁶⁹ Article L.431-2 du code de la sécurité sociale

¹⁷⁰ Article L.441-6 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

¹⁷¹ Article R.433-17 du code de la sécurité sociale

Dans le cas où le certificat n'est pas fourni à la caisse, celle-ci, après avis du médecin conseil, notifie à la victime par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception la date qu'elle entend retenir comme date de la consolidation de la blessure (ou de guérison). Elle fait connaître également cette intention au médecin traitant.

Si un certificat médical adressé par le médecin traitant de la victime ne lui parvient pas dans un délai de dix jours à compter de la notification à la victime, la date, ainsi notifiée, devient définitive. La notification de la décision de la caisse primaire est adressée à la victime sous pli recommandé avec demande d'avis de réception.

1.3. Appréciation de l'incapacité permanente de travail

Dès qu'il apparaît que l'accident de travail dont a été victime un assuré a entraîné, entraîne ou paraît devoir entraîner une incapacité permanente de travail, la caisse prend l'avis du service du contrôle médical¹⁷².

Lorsque le service du contrôle médical estime que l'incapacité permanente présentée par la victime est susceptible de rendre celle-ci inapte à l'exercice de sa profession ou à la demande de la victime ou de son médecin traitant et si cette victime relève de la médecine du travail, ce service propose à la caisse de recueillir l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant ladite victime à son employeur¹⁷³.

Dès que les observations du médecin du travail lui parviennent ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de la date à laquelle le médecin a été saisi, le médecin conseil exprime son avis dans un rapport¹⁷⁴.

Au vu des renseignements recueillis, la caisse primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente et le taux de celle-ci¹⁷⁵.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité¹⁷⁶.

Ce barème a pour but de fournir les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail. Il n'a qu'une valeur indicative¹⁷⁷. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème¹⁷⁸.

• Nature de l'infirmité

Cet élément est la donnée de base à laquelle on apporte les correctifs, en plus ou en moins, résultant des autres éléments. Cette donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Le barème sert à cette évaluation.

¹⁷² Article R434-31 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

¹⁷³ Article R434-31 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

¹⁷⁴ Article R434-31 alinéa 5 du code de la sécurité sociale

¹⁷⁵ Article R434-32 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

¹⁷⁶ Articles L434-2 alinéa 1 et R434-32 alinéa 2 du code de la sécurité sociale. Le barème est téléchargeable sous format PDF sur le site de l'UCANSS à l'adresse suivante :

http://www.ucanss.fr/services/textes_documents/bareme_invalidite/bareme_invalidite_index.html

¹⁷⁷ Cour de cassation chambre sociale 9 décembre 1981

¹⁷⁸ Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail)

- **Etat général**

Le médecin chargé de l'évaluation adapte le taux résultant de la nature de l'infirmité en fonction de l'état de santé général du sujet.

- **Age**

Le taux théorique affecté à l'infirmité peut être majoré en raison des obstacles que les conséquences de l'âge organique apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel.

- **Facultés physiques et mentales**

Le taux moyen du barème peut être majoré si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal.

- **Aptitudes et qualification professionnelles**

La notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle de se reclasser ou de réapprendre un métier compatible avec son état de santé.

Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin-conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail.

La possibilité pour l'assuré de continuer à occuper son poste de travail, au besoin en se réadaptant, ou à l'inverse, l'obligation d'un changement d'emploi ou de profession et les facultés que peut avoir la victime de se reclasser ou de réapprendre un métier, doivent être précisées, comme celles concernant l'aptitude médicale aux divers permis de conduire.

La décision relative à l'incapacité permanente doit dorénavant¹⁷⁹ être notifiée, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception avec mention des voies et délais de recours, à la victime et à l'employeur.

Cela emporte les conséquences suivantes :

a) pour l'employeur

- l'employeur a la faculté de contester dans un délai de deux mois la décision de la caisse.
- dans l'hypothèse où il exerce ce recours, la décision issue de ce recours n'a aucun effet sur le taux d'IP fixé à la victime : il n'y a pas lieu de l'appeler en la cause dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise en vertu du principe de l'indépendance des parties.
- le délai expiré, la décision d'attribution est définitive pour l'employeur ; il ne pourra donc pas contester cette décision au-delà de deux mois, même en cas de contestation de son taux de cotisation.

b) pour la victime

¹⁷⁹ Article R434-2 du code de la sécurité sociale modifié à compter du 1^{er} janvier 2010 par le [décret n°2009-938 du 29 juillet 2009 - art. 1](#)

- dans l'hypothèse d'un recours de l'assuré, il n'y a pas lieu d'appeler en la cause l'employeur dans ce contentieux, la décision initiale lui reste acquise conformément au principe de l'indépendance des parties.

- la nouvelle fixation du taux pouvant intervenir suite à ce recours ne sera pas opposable à l'employeur et les dépenses ne seront pas imputables à son compte.

1.4. Montant de l'indemnité

La caisse primaire se prononce par ailleurs sur le montant dû à la victime¹⁸⁰.

1.4.1. Indemnité en capital

Le montant de l'indemnité en capital est fonction du taux d'incapacité de la victime et fixé selon un barème forfaitaire dont les montants sont revalorisés chaque année¹⁸¹.

A titre indicatif, au 1^{er} avril 2009, les montants retenus pour l'attribution d'une indemnité en capital étaient les suivants :

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital au 1^{er} avril 2009
1%	385,10 €
2%	625,90 €
3%	914,62 €
4%	1443,45 €
5%	1828,69 €
6%	2261,78 €
7%	2742,79 €
8%	3272,31 €
9%	3849,74 €

1.4.2. Rente

Le montant de la rente à laquelle a droit la victime est égal au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50% et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50% (ce qui favorise les victimes lourdement atteintes)¹⁸² :

1.4.2.1. « Salaire annuel utile »

Pour calculer le montant de la rente, on se base sur un salaire annuel déterminé de la manière suivante :

a) Détermination du salaire annuel de la victime

¹⁸⁰ Article R434-32 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

¹⁸¹ Articles L434-1 alinéa 2 et D434-1 du code de la sécurité sociale

¹⁸² Articles L434-2 alinéa 2, R434-1 et R434-2 du code de la sécurité sociale

Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 10% sont calculées d'après le salaire annuel de la victime¹⁸³.

Le salaire servant de base au calcul des rentes s'entend de la rémunération effective totale reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les douze mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident¹⁸⁴.

Sont pris en compte :

- **les salaires et éléments annexes de celui-ci afférents à la période à considérer**¹⁸⁵ :
 - compte tenu, s'il y a lieu des avantages en nature et des pourboires,
 - déduction faite des frais professionnels et des frais d'atelier,
 - et non comprises les prestations familiales légales ni les cotisations patronales de sécurité sociale ni les cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaires.
- **les revenus non salariaux** : dans la mesure où ils ont supporté une cotisation d'assurance volontaire¹⁸⁶.

La rémunération de base fait l'objet d'un **abattement en raison des frais professionnels** qui y sont incorporés, lorsque le travailleur bénéficie, en matière d'impôts sur les traitements et salaires, d'une réduction propre, en plus du taux général de réduction pour frais professionnels. Le taux d'abattement de la rémunération est égal au taux de cette réduction supplémentaire¹⁸⁷.

Le salaire annuel de la victime est déterminé selon des règles particulières décrites en annexe de la présente note, lorsque :

- la victime n'a pas perçu de rémunération sur la totalité d'une période de douze mois précédant l'arrêt de travail consécutif à l'accident ;
- la victime a moins de 18 ans ;
- la victime est au chômage.

b) Salaire retenu pour le calcul de la rente lorsque le salaire annuel de la victime est inférieur à un minimum

La rente accordée à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à 10% ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum (17.038,66 € au 1^{er} avril 2009)¹⁸⁸.

c) Salaire retenu pour le calcul de la rente lorsque le salaire annuel de la victime est supérieur au salaire minimum

Si le salaire annuel de la victime est supérieur au salaire minimum, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive¹⁸⁹ :

¹⁸³ Article L434-15 alinéas 1 et 2 et article R434-25 du code de la sécurité sociale

¹⁸⁴ Article R.434-29 du code de la sécurité sociale

¹⁸⁵ Article R436-1 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

¹⁸⁶ Article R436-1 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

¹⁸⁷ Article R436-1 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

¹⁸⁸ Articles L434-16 alinéa 1, R434-26 et R.434-27 du code de la sécurité sociale.

¹⁸⁹ Articles L434-16 et R434-28 du code de la sécurité sociale.

- Si le salaire annuel sur lequel est calculée la rente des victimes d'accident du travail est supérieur au salaire minimum, il n'entre intégralement en compte pour le calcul de la rente que s'il ne dépasse pas le double de ce salaire minimum ;
- Si le salaire annuel dépasse le double du salaire minimum, l'excédent n'est compté que pour un tiers (soit 34 077,32€ au 1^{er} avril 2009);
- Il n'est pas tenu compte de la fraction excédant huit fois le montant du salaire minimum (soit 136.309,28 € au 1^{er} avril 2009).

Exemples :

(Le montant du salaire minimum retenu dans les exemples ci-dessous est celui fixé au 1^{er} janvier 2009)

*Pour un salaire annuel moyen de 10 000€, c'est à dire inférieur salaire minimum :
On retient le salaire minimum de 17.038,66 €.*

Pour un salaire annuel moyen de 40 000€, c'est à dire supérieur au double du salaire minimum :

Le salaire est intégralement pris en compte jusqu'à 34.077,32€,

On ne prend en compte que le tiers au delà de 34.077,32€.

Le montant du salaire utile est donc de $34.077,32 + \frac{1}{3} (40\ 000 - 34.077,32) = 36.051,55$ euros

Pour un salaire annuel moyen de 150 000€, c'est à dire supérieur à huit fois le salaire minimum :

Le salaire est intégralement pris en compte jusqu'à 34.077,32€,

Il n'est pris en compte que pour le tiers au delà de 34.077,32€,

Pour la partie supérieure à 134 959,76 € le salaire n'est pas pris en compte.

Le montant du salaire utile est donc de $34.077,32 + \frac{1}{3} (136.309,28 - 34.077,32) = 68\ 154,64$ €

1.4.2.2. « Taux utile» de la rente

En vue du calcul du montant de la rente, le taux d'incapacité est préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50% et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50%¹⁹⁰.

Exemple :

Une personne s'est vue reconnaître un taux d'incapacité de 30%.

Le taux d'incapacité est réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse pas 50%. Dans le cas présent on obtient : $30\% / 2 = 15\%$.

Le taux de la rente sera ainsi de 15%.

Le montant de la rente sera alors égal à : $\text{salaire annuel} \times 15\%$

Une personne s'est vue reconnaître un taux d'incapacité de 80%.

¹⁹⁰ Articles L434-2 alinéa 2, R434-1 et R434-2 du code de la sécurité sociale

Le taux d'incapacité est réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse pas 50%. Dans le cas présent on obtient : $50\% / 2 = 25\%$.

Le taux d'incapacité est augmenté de moitié pour la partie qui excède 50%. Dans notre exemple on obtient : $30\% \times 1,5 = 45\%$.

Le taux de la rente sera ainsi de : $25\% + 45\% = 70\%$

Le montant de la rente sera alors égal à : $\text{salaire annuel} \times 70\%$.

1.4.2.3. Formule de calcul de la rente

Le montant de la rente est obtenu en multipliant le salaire de base par le taux d'incapacité utiles pour le calcul.

Exemple :

Une personne s'est vue reconnaître un taux d'incapacité de 30%.

Le taux d'incapacité est réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse pas 50%. Dans le cas présent on obtient : $30\% / 2 = 15\%$. Le taux de la rente sera ainsi de 15%.

Le montant du salaire annuel moyen est égal à 10 000€ c'est à dire inférieur salaire minimum : on retient le salaire minimum de 17 038,66€.

Le montant de la rente sera alors égal à $17\,038,66 \times 15\% = 2.555,78 \text{ €}$.

1.4.3. Majoration pour tierce personne

Dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 80% et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré¹⁹¹.

Seul l'assuré qui est dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour **l'ensemble** des actes ordinaires de la vie (et pas seulement pour certains d'entre eux) peut prétendre à cette majoration¹⁹².

En conséquence, la Cour de cassation a pu décider que :

- cette majoration est versée à une personne contrainte de demeurer dans un fauteuil roulant jour et nuit¹⁹³ ;
- elle n'est pas versée à une personne qui peut se lever, se coucher et aller aux toilettes sans l'aide d'une tierce personne¹⁹⁴ ; ni à celle qui, bien qu'elle soit incapable de s'habiller ou de se déshabiller seule peut, notamment, conduire et se nourrir seule¹⁹⁵.

La majoration est fixée à 40 % de la rente¹⁹⁶. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum fixé par arrêté et revalorisé chaque année¹⁹⁷.

¹⁹¹ Articles L434-2 alinéa 3 et R434-3 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

¹⁹² Cour de cassation, chambre sociale, 12 juillet 2001 ; Cour de cassation chambre sociale 21 janvier 1985

¹⁹³ Cour de cassation, chambre sociale, 12 juillet 2001, n°00-11.469P

¹⁹⁴ Cour de cassation, chambre sociale, 9 décembre 1999, n°99-11.631

¹⁹⁵ Cour de cassation, chambre sociale, 22 mars 1979

¹⁹⁶ Article R434-3 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

¹⁹⁷ Article L434-2 alinéa 3 et R434-3 alinéas 1 et 2 du code de la sécurité sociale. *Au 01/04/09, le montant de cette majoration est égal à 1 029,10 € par mois.*

A noter : en cas d'hospitalisation de l'assuré, la majoration pour aide d'une tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel il a été hospitalisé ; au-delà de cette période, son service est suspendu¹⁹⁸.

Exemple :

La victime d'un accident du travail titulaire d'une rente majorée pour tierce personne est hospitalisé le 15 mai. La majoration continuera d'être versée jusqu'au 30 juin. Le service de la majoration sera suspendu au 1^{er} juillet.

1.4.4. Majoration pour faute inexcusable¹⁹⁹

Le calcul de la majoration de rente, à la suite d'une faute inexcusable, est effectué en tenant compte du taux d'incapacité correspondant à l'accident en cause, comme s'il avait été indemnisé isolément²⁰⁰.

1.5. Notification de la décision

La décision motivée est immédiatement notifiée par la caisse à la victime par lettre recommandée avec demande d'avis de réception²⁰¹.

La notification adressée à la victime l'invite à faire connaître à la caisse, dans un délai de 10 jours, à l'aide d'un formulaire, si elle demande l'envoi, soit à elle-même, soit au médecin que la victime désigne à cet effet, d'une **copie du rapport médical** du médecin conseil²⁰².

La caisse procède à cet envoi dès réception de la demande, en indiquant que la victime, ses ayants droit ou le médecin désigné à cet effet peuvent, dans un délai de 15 jours suivant la réception du rapport, prendre connaissance au service du contrôle médical de la caisse des **autres pièces médicales**²⁰³.

1.6. Paiement

1.6.1. Compétence

1.6.1.1. Principe

Le paiement des indemnités en capital et des arrérages des rentes d'accidents du travail est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie²⁰⁴.

¹⁹⁸ Article R434-34 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

¹⁹⁹ *Vous pouvez consulter la note juridique sur la faute inexcusable*

²⁰⁰ Lettre ministérielle DSS/2C du 10 mars 2005

²⁰¹ Article R434-32 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

²⁰² Article R434-32 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

²⁰³ Article R434-32 alinéa 5 du code de la sécurité sociale

²⁰⁴ Article R434-19 du code de la sécurité sociale

1.6.1.2. Accidents successifs

En cas d'accidents du travail successifs, dès que la caisse primaire a connaissance du ou des accidents du travail entraînant une incapacité permanente de travail dont l'intéressé a été victime antérieurement, elle demande à la caisse primaire qui assure la gestion de la rente afférente à chacun desdits accidents de se dessaisir à son profit du dossier de la rente²⁰⁵.

1.6.2. Paiement du capital

L'indemnité en capital est versée lorsque la décision est devenue définitive²⁰⁶.

1.6.3. Paiement des rentes

1.6.3.1. Début du paiement

Les arrérages des rentes allouées au titre de l'accident du travail courent du lendemain de la date de consolidation de la blessure²⁰⁷.

1.6.3.2. Périodicité du paiement

Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 10% mais inférieure à 50% sont payables par trimestre et à terme échu²⁰⁸.

Lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 50%, la rente est versée mensuellement par la caisse primaire, sous réserve de son paiement soit par lettre chèque, soit par virement sur un compte bancaire ou d'épargne ouvert au nom du titulaire ou de son représentant dûment mandaté²⁰⁹.

1.6.3.3. Avances sur rente

La caisse peut consentir une avance sur le premier arrérage de la rente²¹⁰.

A noter : en cas de contestations autres que celles portant sur le caractère professionnel de l'accident, la caisse régionale d'assurance maladie peut accorder des avances sur rentes payables dans les mêmes conditions. Ces avances viennent en déduction du montant de la rente qui serait reconnue être due. Elles ne peuvent être inférieures à la rente proposée par la caisse²¹¹.

1.6.3.4. Revalorisation

Les rentes font l'objet d'une revalorisation au 1^{er} avril de chaque année²¹².

1.6.3.5. Fin du paiement

²⁰⁵ Article R434-20 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²⁰⁶ Article L434-1 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

²⁰⁷ Article R434-33 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²⁰⁸ Article R434-34 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²⁰⁹ Article R434-34 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

²¹⁰ Article R434-33 alinéas 2 et 3 du code de la sécurité sociale

²¹¹ Article R434-33 alinéas 2 et 3 du code de la sécurité sociale

²¹² Article L434-17 du code de la sécurité sociale.

Les rentes sont versées jusqu'au décès de la victime.

1.6.4. Astreintes

Tout retard injustifié apporté au paiement de l'indemnité en capital ou des rentes ouvre droit à une astreinte prononcée par la juridiction compétente (le tribunal aux affaires de sécurité sociale)²¹³. L'astreinte est versée à partir du huitième jour de l'échéance de l'indemnité en capital ou de la rente. Elle est quotidienne et égale à 1% du montant des sommes non payées²¹⁴.

1.6.5. Indus

Une prescription de **deux ans** est applicable, **à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire**, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration²¹⁵.

1.6.6. Saisie

L'indemnité en capital comme les rentes servies sont incessibles et insaisissables²¹⁶. Le caractère incessible et insaisissable des rentes est justifié par la nature alimentaire des rentes d'accident du travail²¹⁷.

²¹³ Article L.436-1 alinéa 1 du code de la Sécurité sociale

²¹⁴ Article R436-5 du code de la sécurité sociale

²¹⁵ Article L431-2 du code de la sécurité sociale

²¹⁶ Articles L434-1 alinéa 3 et L434-18 du code de la sécurité sociale

²¹⁷ Cour de cassation, assemblée plénière, 3 mars 1948

II. DEMANDE DE CONVERSION D'UNE RENTE EN CAPITAL

Le titulaire d'une rente peut demander, dès l'ouverture du droit, qu'une partie de la rente allouée en cas d'accident du travail soit remplacée en partie par un capital²¹⁸.

2.1. Interdictions et cas particuliers

Cette conversion en capital n'est pas possible dans certains cas particuliers²¹⁹ :

- s'il s'agit d'une rente viagère réversible sur la tête du conjoint : nouveau mariage, séparation de corps, divorce, nouveau veuvage ;
- pour les travailleurs étrangers victimes d'accidents qui cessent de résider sur le territoire français reçoivent pour toute indemnité un capital égal à un multiple du montant annuel de leur rente ;
- pour les ayants droit étrangers cessant de résider sur le territoire français.

Pour certaines catégories d'assurés, le rachat ou les conversions de rente ne peuvent intervenir qu'à certaines conditions :

- pour les détenus, elle ne peut intervenir qu'après la libération définitive du détenu, victime d'un accident du travail²²⁰ ;
- pour les pupilles de l'éducation surveillée, elle ne peut intervenir qu'à compter du jour où la victime a perdu la qualité de pupille de l'éducation surveillée²²¹.

2.2. Montant rachetable

2.2.1. En cas de rachat au profit du titulaire de la rente

Quels que soient le montant de la rente et le taux d'incapacité, le titulaire peut demander que lui soit attribué en espèces²²² :

- **si la rente est calculée sur un taux d'incapacité supérieur à 10% sans dépasser 50%** : le quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente ;
- **si la rente est calculée sur un taux d'incapacité est supérieur à 50%** : le quart au plus du capital correspondant à la fraction de rente allouée jusqu'à 50%.

Les conversions sont effectuées suivant un tarif arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale d'après le taux d'incapacité permanente fixé à la date de la demande²²³.

²¹⁸ Article L434-3 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²¹⁹ Article L434-3 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²²⁰ Article L434-4 du code de la sécurité sociale

²²¹ Article L434-5 du code de la sécurité sociale

²²² Article R.434-5 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²²³ Article R.434-5 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

2.2.2. En cas de rachat en vue de constituer une rente viagère réversible sur la tête du conjoint²²⁴

- **Si la rente est calculée sur un taux d'incapacité supérieur à 10% sans dépasser 50% :** le titulaire peut demander que le capital représentatif de la rente ou ce capital réduit du quart au plus, comme il vient d'être dit, serve à constituer sur sa tête une rente viagère réversible pour moitié au plus sur la tête de son conjoint.
- **Si le taux d'incapacité est supérieur à 50% :** cette transformation ne peut être demandée que pour la portion de rente correspondant au taux d'incapacité de 50%. La rente viagère est diminuée de façon qu'il ne résulte de la réversibilité aucune augmentation de charge pour la caisse.

Les conversions sont effectuées suivant un tarif arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale d'après le taux d'incapacité permanente fixé à la date de la demande²²⁵.

2.3. Procédure de demande et d'attribution

L'intéressé doit demander à sa caisse primaire d'assurance maladie le formulaire S6102 de : « *demande de conversion d'une rente d'incapacité permanente en capital, ou en rente réversible, sur la tête du conjoint* »²²⁶.

Le titulaire de la rente doit ensuite adresser la demande de conversion à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du paiement de la rente par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception²²⁷.

La caisse notifie sa décision par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande²²⁸.

Si le titulaire de la rente a demandé à la fois la conversion en capital du quart de la rente et le bénéfice de la conversion en rente réversible, les deux décisions prises par la caisse font l'objet de notifications distinctes²²⁹.

En l'absence de notification de décision de la caisse dans le délai de deux mois, la demande est réputée acceptée²³⁰.

2.4. Date d'effet

La conversion prend effet à la date de la demande de la rente. A cette date, les arrérages de la rente ou fraction de rente convertie cessent d'être dus²³¹.

En cas de constitution d'une rente réversible, la nouvelle rente a pour point de départ le lendemain de la date de cessation du paiement de la rente ou fraction de rente convertie²³².

²²⁴ Article R.434-5 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

²²⁵ Article R.434-5 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

²²⁶ Ce formulaire est disponible sur le site <http://www.ameli.fr> en cliquant sur « Formulaires »

²²⁷ Article R434-6 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²²⁸ Article R434-6 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

²²⁹ Article R434-6 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

²³⁰ Article R434-6 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

²³¹ Article R434-7 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²³² Article R434-7 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

2.5. Droits et obligations

Sauf en ce qui concerne la transformation de la rente en capital ou en rente réversible, opération qui a un caractère irrévocable, les droits et obligations de la victime après la conversion s'exercent dans les mêmes conditions qu'auparavant²³³.

²³³ Article R434-8 du code de la sécurité sociale

III. ACCIDENTS SUCCESSIFS

Un assuré peut se trouver être victime d'au moins deux accidents de travail successifs.

Des règles particulières sont applicables en cas d'accidents successifs chacun entraînant une incapacité inférieure à 10% et dont la somme atteint ou dépasse 10%.

3.1. Accidents successifs – règles générales

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux d'incapacité (préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50% et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50%) pour le calcul de la rente afférente au dernier accident²³⁴.

Le taux d'incapacité est en effet fixé, en cas d'accidents successifs, en considération du taux global d'incapacité atteint par l'intéressé et non accident par accident. Ce mode de calcul s'applique pour les accidents déclarés depuis le 1^{er} janvier 2000 ou lorsque, à compter de cette date, une modification est constatée dans l'état de la victime et qu'elle bénéficie d'une nouvelle réparation²³⁵.

Exemple :

Une personne est victime de trois accidents du travail successifs :

A la suite d'un premier accident de travail « A », un taux d'incapacité de 15% lui est reconnu, donnant lieu à l'attribution d'une rente.

Un second accident « B » survient par la suite à l'occasion duquel on lui attribue un taux de 30% pour les séquelles de ce nouvel accident. Une seconde rente est calculée.

A la suite d'un 3^{ème} accident « C », il lui est reconnu un taux de 20% pour les séquelles de ce dernier accident. A cette occasion, une troisième rente est calculée.

Pour le calcul de la première rente, le taux utile pour le calcul de la rente est de : $15\%/2 = 7,5\%$.

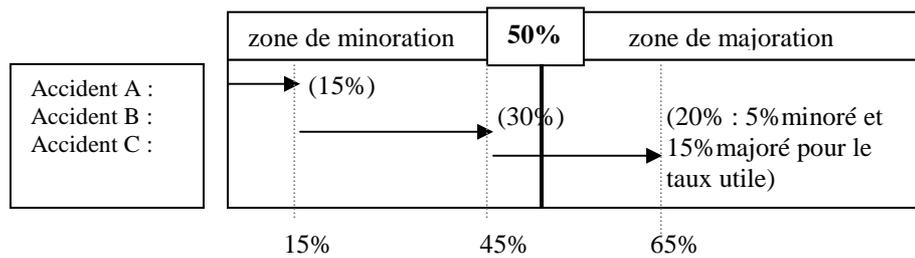
Pour le calcul de la seconde rente, le taux d'incapacité qui sert de point de départ est de 15%. Le taux utile pris en compte pour le calcul de la rente est de $30\%/2=15\%$.

Pour le calcul de la troisième rente, le taux d'incapacité qui sert de point de départ est de $15\%+30\%=45\%$ et le taux utile pris en compte pour le calcul de la rente après application de la réduction sur la partie du taux inférieure à 50% et de l'augmentation de ce taux sur la partie supérieur est de $(5\%/2) + (15\% \times 1,5) = 25\%$.

²³⁴ Article L434-2 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

²³⁵ Article R.434-2-1 du code de la sécurité sociale, Circulaire ministérielle DSS/2C 2002249 du 24 avril 20002, Circulaire CNATMTS n°72/2003 du 26 mai 2003

Le taux global d'incapacité permanente attribué à la victime sera successivement de 15%, 45% et 65%.



3.2. Accidents successifs chacun entraînant une incapacité inférieure à 10% et dont la somme atteint ou dépasse 10%

En cas d'accidents successifs ayant entraînés une incapacité reconnue inférieure à 10% et par la suite le versement de plusieurs indemnités en capital, la somme de ces taux d'incapacité peut ouvrir droit à une rente dite « optionnelle » lorsque cette somme atteint ou dépasse 10%.

3.2.1. Droit d'option

Lorsqu'à la date de consolidation d'un nouvel accident susceptible de donner lieu à une indemnité en capital, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure au taux de 10 %, la victime est informée par la caisse de son droit à bénéficier²³⁶ :

- **soit d'une rente, dite « optionnelle », qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées ;**
- **soit d'une indemnité en capital pour l'indemnisation de cet accident.**

La notification de ce droit d'option est adressée par la caisse par lettre recommandée avec avis de réception et mentionne²³⁷ :

- le taux d'incapacité permanente et le montant de l'indemnité en capital correspondant ;
- le choix entre l'indemnité en capital et une rente ainsi que le taux et le montant de cette rente ;
- le délai de deux mois pour contester le taux d'incapacité ;
- le délai de deux mois pour opter pour le versement d'une rente ;
- le versement à titre définitif, de l'indemnité en capital à défaut d'une réponse de la victime dans les deux mois.

L'assuré dispose ainsi d'un délai de deux mois à compter de la date de notification de cette information pour choisir entre ces deux possibilités. Le choix effectué est définitif²³⁸. En l'absence d'option de la victime dans le délai de deux mois, la caisse verse, au titre du nouvel accident, une indemnité en capital²³⁹.

3.2.2. Calcul de la rente optionnelle

²³⁶ Articles L434-2 alinéa 4 et R434-4 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²³⁷ Circulaire CNAMTS n°72-2003 du 26 mai 2003 relative à la mise en œuvre de la réforme des accidents successifs

²³⁸ Article R434-4 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

²³⁹ Article R434-4 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

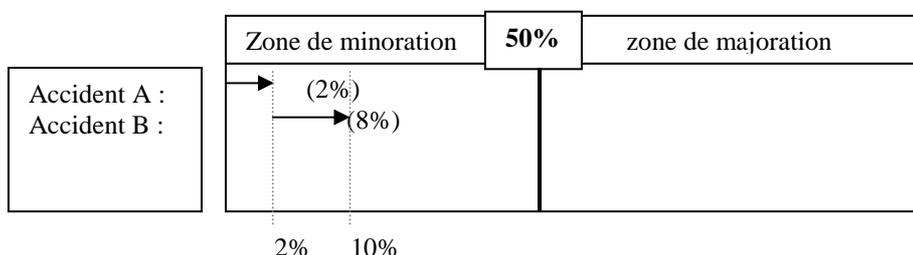
Les règles applicables sont les suivantes :

- ✓ **Salaire utile au calcul** : lorsque la victime opte pour une rente, celle-ci est calculée sur le salaire annuel perçu au moment de l'accident ouvrant droit à l'option²⁴⁰ ;
- ✓ **Taux d'incapacité utile** :
 - Le point de départ de l'augmentation ou de la réduction, pour le calcul du taux utile de la rente optionnelle est le point atteint par la victime lors de son dernier accident de travail²⁴¹ ;

Exemple :

Une personne est victime de deux accidents successifs, « A » et « B », donnant lieu, pour les séquelles de chacun d'entre eux à la reconnaissance d'un taux d'incapacité de 2%, puis 8%.

Le point de départ est le taux d'incapacité de 2%.



- Si le dernier accident de moins de 10% susceptible d'ouvrir droit à option se situe entièrement dans la « zone de minoration » (c'est-à-dire jusqu'à 50%), le taux utile de la rente optionnelle pris en compte par la caisse d'assurance maladie sera égal à la moitié de la somme des taux d'incapacité de moins de 10% ;
- Si le dernier accident « de moins de 10% » susceptible d'ouvrir droit à option se situe au moins partiellement dans la « zone de majoration » (c'est-à-dire au-delà de 50%), le taux utile de la rente optionnelle sera égal à la somme des taux d'incapacité de moins de 10% majorée de moitié.

Exemple 1:

Une personne est victime de quatre accidents successifs, « A », « B », « C », et « D », donnant lieu, pour les séquelles de chacun d'entre eux à la reconnaissance d'un taux d'incapacité de 2%, 8% 30% puis 20%.

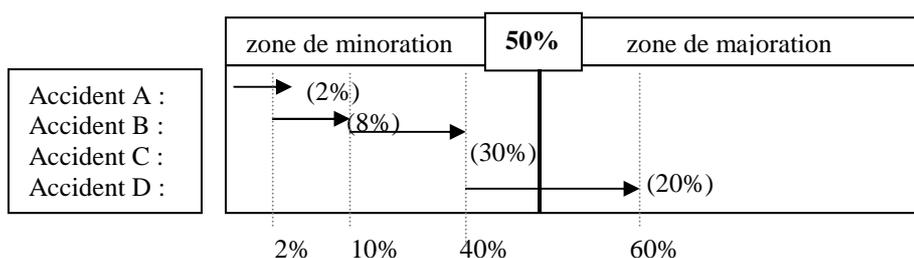
Les deux premiers accidents cumulés permettent à la victime d'atteindre un taux d'incapacité de 10%. Celle-ci peut donc bénéficier du droit d'option.

Si la victime opte pour une indemnité en capital au titre du second accident, elle se verra verser une indemnité en capital correspondant au taux de 8%.

Si la victime opte pour une rente, le taux utile servant au calcul de la rente sera de $(2\%+8\%)/2=5\%$.

²⁴⁰ Article R434-4 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

²⁴¹ Circulaire ministérielle DSS/2C n°2002-249 du 24 avril 2002



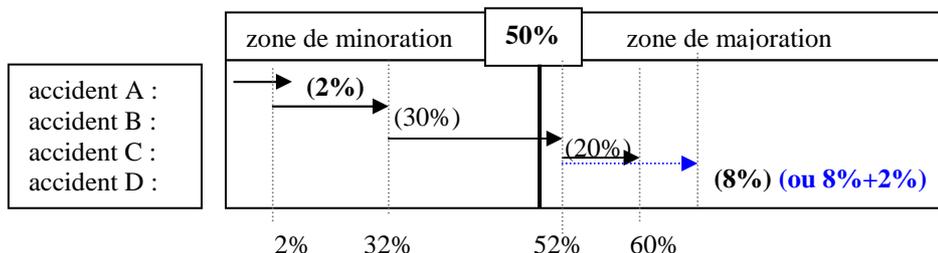
Exemple 2:

A noter : L'opération aurait été la même si entre les accidents ouvrant droit à une indemnité en capital s'intercalaient des accidents ouvrant droit à une rente :

Une personne est victime de quatre accidents successifs, « A », « B », « C », et « D », donnant lieu, pour les séquelles de chacun d'entre eux à la reconnaissance d'un taux d'incapacité de 2%, 30%, 20% puis 8%.

Les accidents « A » et « D » donnent un taux d'incapacité égal à 10%. La victime peut choisir pour l'accident « D » entre :

- une indemnité en capital correspondant au taux de 8% ;
- et une rente calculée sur la base d'un taux utile de 15% (10% X 1,5). En effet, en cas d'option pour la rente : pour le calcul du taux utile, on prend comme point de départ le point atteint par la victime lors de son dernier accident de travail, soit, le taux d'incapacité de 52%. On se trouve alors dans la zone de majoration. En conséquence, pour le taux utile de la rente optionnelle, on majore de moitié la somme de 8%+2%. On obtient le taux utile de : 10% X 1,5 = 15%.

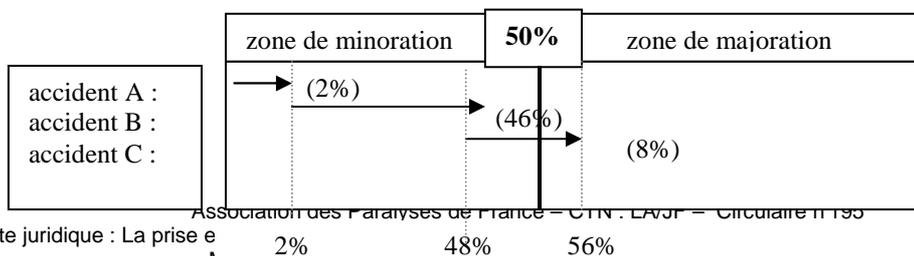


Exemple 3:

Le nouvel accident au taux inférieur de 10% porte le taux global d'incapacité permanente au delà de 50% avec « A » = 2%, « B » = 46% et « C » = 8%.

Si la victime choisit la rente pour l'accident « C », pour le calcul du taux utile, on prend comme point de départ le taux de 48%.

Selon la circulaire ministérielle, le taux utile aurait été calculé de la manière suivante : $2/2 + (6+2) \times 1,5$ soit 13%. En pratique, la CNAMTS, à partir du moment où le dernier accident se situe « au moins partiellement dans la zone de majoration », calcule le taux utile de la rente en additionnant les taux d'incapacité de moins de 10% et en majorant cette somme de moitié : $(8\%+2\%) \times 1,5 = 15\%$.



- ✓ **Récupération** : lors du versement de la rente optionnelle, une partie des indemnités en capital déjà attribuées est récupérée sur le montant annuel de la rente. En effet, les arrérages annuels de la rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié du montant de la ou des indemnités en capital déjà versées²⁴². En pratique, cette récupération est étalée sur les premiers versements, ce qui entraîne une diminution du montant des premiers versements de la rente.

- ✓ **Faute inexcusable** : lorsqu'une indemnité en capital a été remplacée par une rente et que l'accident qui a donné lieu à cette indemnisation fait l'objet d'une reconnaissance en faute inexcusable, la majoration induite par la reconnaissance de la faute sera celle de l'indemnité en capital concernée et non celle de la rente optionnelle²⁴³.

3.2.3. Rachat de la rente optionnelle

Cette rente ne peut pas faire l'objet d'un rachat²⁴⁴.

²⁴² Article R434-4 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

²⁴³ Circulaire ministérielle DSS/2C n°2002-249 du 24 avril 2002

²⁴⁴ Article R434-4 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

IV. REVISION

La rente allouée par la caisse d'assurance maladie peut être révisée en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état d'incapacité de travail de l'assuré concerné.

4.1. Cas d'ouverture

La rente allouée à la victime d'un accident du travail peut faire l'objet d'une révision en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état d'incapacité de la victime constatée postérieurement à la date de la guérison apparente ou de la consolidation.

Toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de consolidation de la blessure ou de guérison apparente, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations²⁴⁵.

4.2. Délai

Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment pendant la période de **deux ans** qui suit la date de consolidation de la blessure ou de guérison apparente²⁴⁶.

Après l'expiration de ce délai, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles dont la durée ne peut être inférieure à **un an**.

Les intervalles peuvent être **diminués de commun accord** entre l'assuré et la caisse.

4.3. Demande

4.3.1. Initiative de l'assuré

La demande tendant à une nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est présentée²⁴⁷ :

- soit au moyen d'une déclaration faite à la caisse primaire d'assurance maladie ;
- soit au moyen d'une lettre recommandée adressée à la caisse.

Les justifications nécessaires doivent être fournies à l'appui de la demande.

²⁴⁵ Article L.443-1 du code de la sécurité sociale

²⁴⁶ Article L.443-1 alinéa 1 et 2 et R.443-1 du code de la sécurité sociale

²⁴⁷ Article R.443-4 du code de la sécurité sociale

4.3.2. Initiative de la caisse

L'initiative de la révision peut provenir de la caisse à la suite des examens de contrôle pratiqués par le médecin-conseil de la caisse, lesquels ont lieu à des intervalles de trois mois au cours des deux premières années et d'un an après expiration de ce délai. La victime est informée au moins six jours à l'avance, par lettre recommandée, du jour, de l'heure et du lieu de l'examen de contrôle. Dans le cas où la victime ne peut, en raison de son état, se rendre au lieu indiqué pour cet examen, elle doit en avvertir immédiatement la caisse primaire²⁴⁸.

4.4. Examen et décision

L'appréciation d'une modification dans l'état de la victime est effectuée à la date de la demande en révision²⁴⁹.

Chaque nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité fait l'objet d'une décision de la caisse primaire, après avis de son médecin conseil dans les mêmes conditions que pour la fixation de la rente initiale (toutefois, lorsqu'il y a réduction du montant de la rente ou suppression de celle-ci, le nouveau montant ou la cessation de paiement ont pour point de départ la première échéance suivant la date de la décision)²⁵⁰.

4.5. Conséquences sur l'indemnité

Les conséquences de cette modification diffèrent selon la prestation initialement versée :

4.5.1. Indemnité en capital

L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail peut déjà avoir été versée. Par la suite, il peut arriver qu'un nouveau taux d'incapacité permanente soit fixé supérieur au taux précédemment notifié à la victime²⁵¹. Dans ce cas :

- **Si le nouveau taux d'incapacité reste inférieur à 10% :**

La victime reçoit une indemnité en capital correspondant à ce nouveau taux, diminuée d'une somme égale à l'indemnité correspondant, à la date de la révision, à l'ancien taux ;

- **Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10% :**

- Principe général :

La victime reçoit une rente dont les arrérages annuels sont diminués de 30% au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée²⁵².

²⁴⁸ Article R.443-5 du code de la sécurité sociale

²⁴⁹ Cour de cassation chambre sociale, 5 juin 1980

²⁵⁰ Article R.443-4 du code de la sécurité sociale

²⁵¹ Articles L434-1 alinéa 2 et R434-1-1 du code de la sécurité sociale

²⁵² Article R.434-1-1 du code de la sécurité sociale

Exemple :

Il survient un accident A (incapacité de 3%) puis un accident B (6%).

Par la suite, l'incapacité de B s'aggrave et passe de 6% à 14%.

Cette aggravation entraîne l'attribution d'une rente au taux utile de $14\%/2 = 7\%$ au titre de l'accident B ainsi que la récupération du montant de l'indemnité en capital précédemment versée.

- Lorsque la victime bénéficie de plusieurs indemnités en capital : en cas d'aggravation de la victime, lorsque la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à 10%, le droit d'option entre la rente dite « optionnelle » et le capital est ouvert (*sur ce droit d'option : c.f. 3.2.*)²⁵³.

Exemple :

Il survient un accident A (incapacité de 6%) ayant donné lieu à une indemnité en capital.

Par la suite survient un accident B (incapacité de 3%) ayant donné lieu également à une indemnité en capital.

Ensuite, l'incapacité de B passe de 3% à 5%.

L'aggravation de l'incapacité de B conduit à proposer une rente optionnelle dont le taux utile est de $(6\%+5\%/2)=5,5\%$, avec récupération de la moitié du montant de l'indemnité en capital.

4.5.2. Rente

La modification de l'état de santé de la victime (aggravation, rechute ou amélioration) peut entraîner une modification du taux utile de la rente et par la suite du montant de la rente.

- **Si le nouveau taux d'incapacité est inférieur à 10% :**
 - si la victime est bénéficiaire d'une rente ordinaire :
Lorsqu'un nouveau taux d'incapacité permanente inférieur à 10% est fixé pour une personne bénéficiaire d'une rente, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital²⁵⁴.
 - si la victime est bénéficiaire d'une rente dite « optionnelle » :
Dans le cas où à la suite d'accidents successifs portant le taux d'incapacité permanente à 10% ou plus, une rente optionnelle a été obtenue par la victime, en cas d'amélioration du taux global d'incapacité passant en dessous du seuil de 10%, la rente qui avait été servie est remplacée par une indemnité en capital correspondant au nouveau taux global²⁵⁵.

Exemple :

Un accident « A » donne lieu à une incapacité permanente de 20%.

Un second accident « B » donne lieu à un taux d'incapacité permanente de 9%.

²⁵³ Article R.443-7 alinéas 2 et 3 du code de la sécurité sociale

²⁵⁴ Article R.434-1-3 du code de la sécurité sociale

²⁵⁵ Article R.443-7 dernier alinéa du code de la sécurité sociale et circulaire ministérielle DSS/2C du 24 avril 2002

A la suite de ce second accident, la victime choisit une rente correspondant au taux global de 11%, calculée à partir d'un taux utile de 5,5%.

Si l'état de la victime s'améliore et que le taux de l'accident « B » est réduit à 7% ramenant le taux global de l'incapacité permanente à 9%, la rente versée à la suite de l'accident initial « B » sera remplacée par une indemnité en capital correspondant au taux d'incapacité permanente de 9%.

• **Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10% :**

- si la victime est bénéficiaire d'une rente ordinaire :

La rente est recalculée sur la base d'un nouveau taux utile.

- si la victime est bénéficiaire d'une rente « optionnelle » :

Dans l'hypothèse où la victime bénéficiait d'une rente optionnelle et que l'une des incapacités ayant ouvert droit à cette rente s'aggrave jusqu'à atteindre ou dépasser 10%, la rente optionnelle fait l'objet d'une révision avec prise en compte du nouveau taux d'incapacité permanente dans le calcul du taux utile de la nouvelle rente.

Exemple :

Il survient un accident A (incapacité de 8%) ayant donné lieu à une indemnité en capital.

Par la suite survient un accident B (incapacité de 3%).

L'assuré opte pour une rente au taux utile de $(8\%+3\%)/2 = 5,5\%$.

En cas d'aggravation de l'incapacité de l'accident A qui passe de 8% à 10%, l'aggravation entraîne le re-calcul d'une rente optionnelle, au taux utile de $(10\%+3\%)/2=6,5\%$.

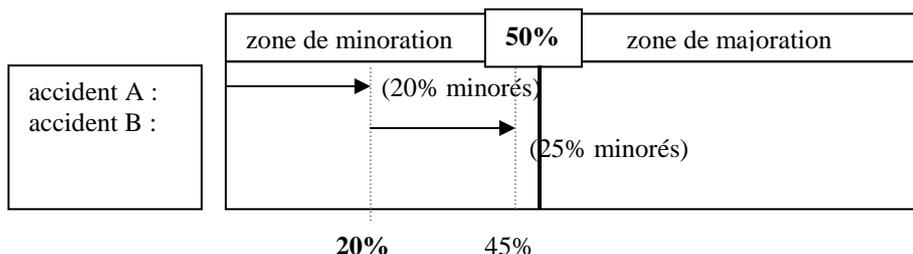
- si la victime est bénéficiaire de plusieurs rentes :

En cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs rentes, la caisse procède au nouveau calcul de la seule rente affectée par l'amélioration ou l'aggravation ; il n'y a pas de re-calcul des autres rentes²⁵⁶.

Par ailleurs, pour la détermination de la partie du taux de l'accident considéré inférieure ou supérieure à 50 %, on retient comme point de départ pour fixer le taux utile servant au calcul de la nouvelle rente, la somme des taux d'incapacité permanente déjà antérieurement reconnus au moment du calcul initial de cette rente.

Exemple :

Une personne est victime d'un accident « A » avec incapacité de 20%. Le taux utile de la rente est égal à 10%. Survient par la suite un accident « B » avec incapacité de 25% avec un taux utile de la rente égal à 12,5%.

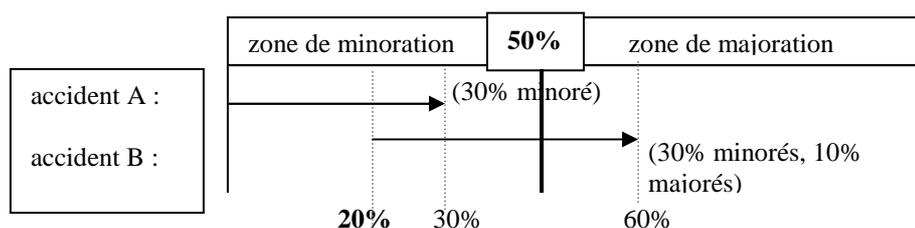


²⁵⁶ Article R.443-7 alinéa 1 du code de la sécurité sociale ; Circulaire ministérielle DSS/2C du 24 avril 2002 ; Circulaire CNAMTS n°72-2003 du 26 mai 2003 relative à la mise en œuvre de la réforme des accidents successifs

Après révision en aggravation de l'incapacité de « A », le taux passe de 20% à 30%. Pour « A », nouveau taux utile de la rente « A » est de $30\% / 2 = 15\%$. Cette révision n'entraîne pas de recalcul de la rente « B ». Pour cette rente « B », le point de départ est toujours le taux d'incapacité de A tel qu'il était lors du calcul initial de B (soit 20%).

Après révision en aggravation de l'incapacité de « B », le taux passe de 25% à 40%. Le point de départ est toujours le même (20%) mais le nouveau taux utile de la rente « B » est de $(50\% - 20\%) / 2 + (10\% \times 1,5)$ soit 30%.

Le point de départ pour un nouvel accident « C » sera : 70%



4.5.3. Rente partiellement remplacée en capital

Lorsque la rente versée à la victime d'un accident du travail a été partiellement remplacée par un capital et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé pour la même personne, il est tenu compte du capital précédemment versé dans les conditions suivantes²⁵⁷ :

- **Si le nouveau taux d'incapacité est inférieur à 10% :**
la rente est remplacée par l'indemnité en capital.
- **Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10% :**
le montant de la rente due à la victime et correspondant à ce taux est diminué du montant de la fraction de la rente correspondant à l'ancien taux et qui a été précédemment remplacée par un capital.

4.6. Prescription

Les droits de la victime aux prestations et indemnités de l'assurance accident du travail se prescrivent par deux ans à dater de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime, sous réserve, en cas de contestation, de l'avis émis par l'expert ou de la date de cessation du paiement de l'indemnité journalière allouée en raison de la rechute²⁵⁸.

²⁵⁷ Article R434-1-2 du code de la sécurité sociale

²⁵⁸ Article L431-2 du code de la sécurité sociale

V. CUMULS & AVANTAGES ACCESSOIRES

La rente allouée au titre d'un accident du travail est cumulable avec d'autres revenus :

5.1. Salaire

Le cumul de la rente et du salaire est possible sans aucune limitation²⁵⁹.

5.2. Pension de vieillesse

La rente peut également se cumuler avec des prestations d'assurance vieillesse²⁶⁰.

5.3. Pension d'invalidité

5.3.1. Titulaires de rentes allouées au titre de l'accident du travail susceptibles d'ouvrir droit à pension d'invalidité

- Lorsque la personne se trouve dans un état d'invalidité qui relève de l'assurance invalidité et que cet état d'invalidité est susceptible d'ouvrir droit à une pension d'invalidité du régime général :

Dans ce cas, **la rente accordée à la victime d'un accident du travail, dans le cas où elle est inférieure à la pension d'invalidité, est portée au montant de cette dernière**²⁶¹.

Ceci n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité.

- Lorsque l'état d'invalidité de l'assuré titulaire d'une rente allouée au titre d'un accident du travail, subit à la suite de maladie ou d'accident une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de la législation sur les accidents du travail :

Dans cette hypothèse, **l'assuré peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité si le degré total d'incapacité est au moins égal aux 2/3**²⁶².

Dans ce cas, **la pension d'invalidité est liquidée indépendamment de la rente d'accident.**

Le montant minimum prévu pour la pension d'invalidité est applicable au total de la rente d'accident et de la pension d'assurance invalidité. Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle²⁶³.

²⁵⁹ Lettre ministérielle 3 décembre 1947

²⁶⁰ Réponse ministérielle Journal Officiel de l'Assemblée Nationale 22 août 1964

²⁶¹ Article L434-2 alinéa 5 du code de la sécurité sociale

²⁶² Article L.371-4 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²⁶³ Article L.371-4 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

5.3.2. Titulaires d'une pension d'invalidité

Certaines personnes déjà titulaires d'une pension d'invalidité du régime général peuvent se voir attribuer une rente allouée au titre d'un accident du travail. En effet, les rentes allouées en raison de l'accident du travail se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite.

Toutefois, dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladies résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, ce cumul est limité à 80% du salaire perçu, au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime²⁶⁴.

En aucun cas, l'ensemble des indemnités allouées ne peut être inférieur au montant de la rente qui aurait été servie au titre de l'accident du travail²⁶⁵.

5.4. Avantages annexes

L'indemnité en capital comme la rente sont exonérées de C.S.G. et de C.R.D.S.

Elles ne sont pas imposables²⁶⁶.

Lorsque l'incapacité permanente est supérieure ou égale à 66,66%, la victime bénéficie pour elle-même et ses ayants-droit éventuels d'une exonération du ticket modérateur c'est à dire d'une prise en charge à 100% pour tous les soins et traitements sauf pour les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35%²⁶⁷.

²⁶⁴ Article L434-6 alinéa 1 et R434-9 du code de la sécurité sociale

²⁶⁵ Article L434-6 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

²⁶⁶ Article 81 8° du code général des impôts

²⁶⁷ Article R322-4 du code de la sécurité sociale

VI. CONTENTIEUX

Les décisions notifiées à l'assuré peuvent être contestées selon différentes voies de recours en fonction de l'objet du litige :

6.1. Expertise médicale

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état de la victime, notamment à la date de consolidation en cas d'accident, donnent lieu à la procédure de l'expertise médicale²⁶⁸.

L'expertise est pratiquée soit à la demande de la victime d'un accident du travail soit sur l'initiative de la caisse primaire ou de la caisse régionale d'assurance maladie²⁶⁹.

La victime qui requiert une expertise présente une demande écrite précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au guichet de la caisse.

L'expertise doit être demandée dans le délai d'un mois à compter de la décision contestée²⁷⁰.

Les honoraires et frais de déplacement du médecin expert et du médecin traitant sont à la charge de la caisse primaire ou de la caisse régionale d'assurance maladie ou de la caisse de mutualité sociale agricole. Toutefois, la caisse peut demander à la juridiction compétente de mettre à la charge du malade ou de la victime tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à sa requête lorsque sa contestation est manifestement abusive²⁷¹.

6.2. Contentieux technique

Les contestations portant sur l'état d'incapacité permanente de travail et en particulier au taux de cette incapacité relèvent de la compétence du tribunal du contentieux de l'incapacité²⁷². Le recours doit être présenté dans le délai de deux mois à compter de la date de la notification de cette décision²⁷³.

Ces réclamations peuvent, sur demande de l'intéressé, être soumises au préalable à la commission de recours amiable de la caisse d'assurance maladie. Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation.

En cas de recours amiable, le délai de deux mois fixé pour la saisine du tribunal du contentieux de l'incapacité est interrompu. Il court à nouveau à compter soit du jour de la notification à l'intéressé de la décision de la commission de recours amiable, soit à l'expiration du délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par la caisse²⁷⁴.

²⁶⁸ Article L.141-1 du code de la sécurité sociale

²⁶⁹ Article R.141-2 du code de la sécurité sociale

²⁷⁰ Article R.141-2 du code de la sécurité sociale ; circulaire CNAMTS n°9-2007 du 20 février 2007

²⁷¹ Article R.141-7 du code de la sécurité sociale

²⁷² Articles L.143-et L.143-2 du code de la Sécurité sociale

²⁷³ Article R.143-7 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

²⁷⁴ Article R.143-7 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

Lorsque la décision de la commission de recours amiable n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par la caisse, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir le tribunal du contentieux de l'incapacité²⁷⁵.

6.3. Contentieux général

Les contestations portant sur des points autres que l'état d'incapacité permanente de travail (salaire annuel de référence par exemple), relèvent en premier lieu de la compétence de la commission de recours amiable. Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation.

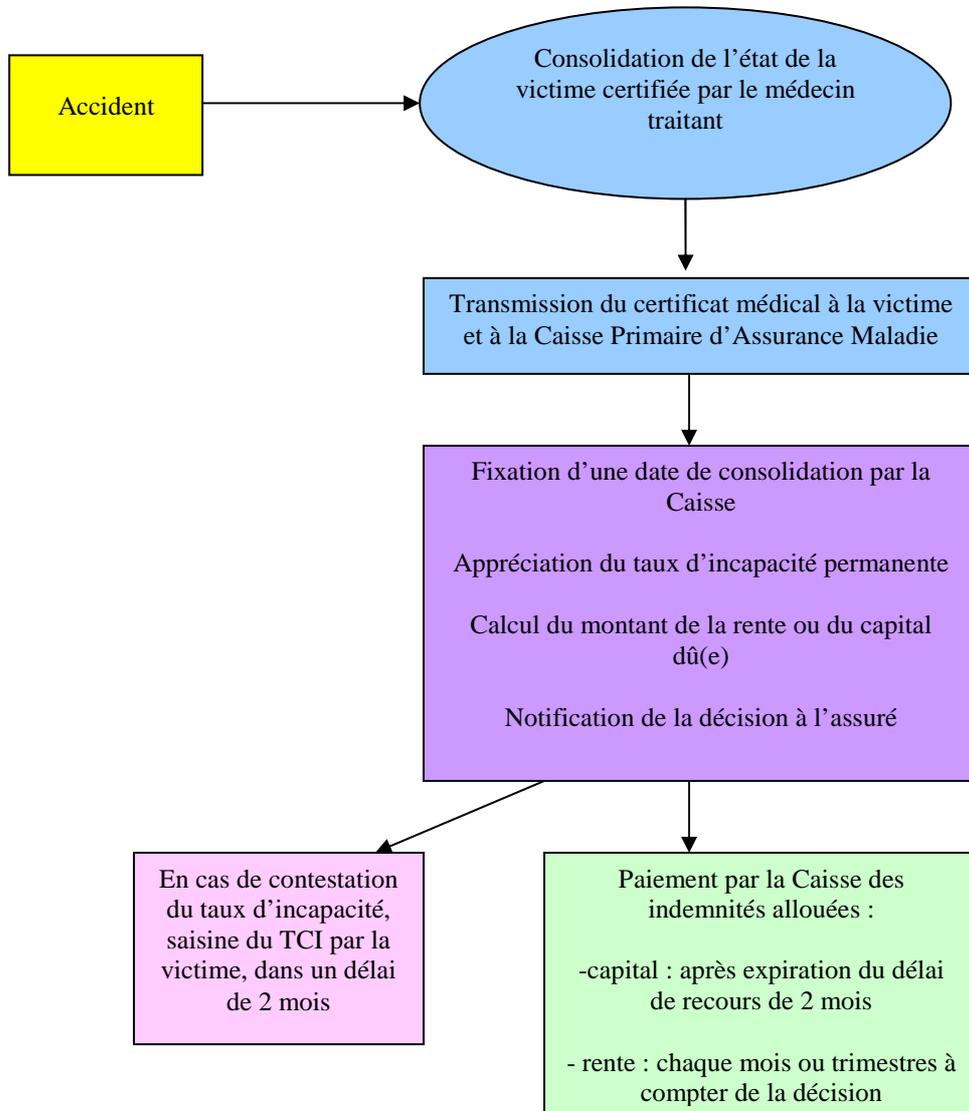
Par la suite, le tribunal des affaires de sécurité sociale peut être saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par la caisse²⁷⁶.

*

²⁷⁵ Article R.143-1 du code de la sécurité sociale

²⁷⁶ Article R.142-18 du code de la sécurité sociale

SCHEMA DE LA PROCEDURE D'ATTRIBUTION DE LA RENTE OU DU CAPITAL



REGLES PARTICULIERES DE PRISE EN COMPTE DU SALAIRE ANNUEL DE LA VICTIME

1- ABSENCE DE REMUNERATION SUR LA TOTALITE DE LA PERIODE DE 12 MOIS

L'intéressé peut ne pas avoir reçu de rémunération sur la totalité d'une période de 12 mois précédant l'arrêt de travail consécutif à l'accident. Le salaire servant de base au calcul des rentes est alors déterminé de la manière suivante²⁷⁷ :

☞ **Si la victime appartenait depuis moins de 12 mois à la catégorie professionnelle dans laquelle elle est classée au moment de l'arrêt de travail consécutif à l'accident :**

Le salaire annuel est calculé en additionnant :

- la rémunération effective afférente à la durée de l'emploi dans cette catégorie ;
- celle que la victime aurait pu recevoir pendant le temps nécessaire pour compléter les 12 mois.

Toutefois, si la somme ainsi obtenue est inférieure au montant total des rémunérations perçues par la victime dans ses divers emplois, c'est sur ce dernier montant que sont calculées les rentes.

☞ **Si pendant la période de 12 mois, la victime a interrompu son travail pour l'une des causes suivantes :**

- maladie, longue maladie ;
- accident ;
- maternité ;
- chômage total ou partiel constaté par le service administratif qualifié ;
- fermeture de l'établissement à la disposition duquel l'intéressé est demeuré ;
- congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées ;
- services militaires ou appel sous les drapeaux ;
- absence effective d'emploi pour les victimes bénéficiaire de l'indemnité de changement d'emploi ;
- changement d'emploi ;
- perception d'un revenu de remplacement au titre du chômage,

Il est alors fait état du salaire moyen qui eût correspondu à ces interruptions de travail.

☞ **Si la victime travaillait dans une entreprise fonctionnant normalement pendant une partie de l'année seulement ou effectuant normalement un nombre d'heures inférieur à la durée légale du travail :**

²⁷⁷ Article R.434-29 du code de la sécurité sociale

Le salaire annuel est alors calculé en ajoutant à la rémunération afférente à la période d'activité de l'entreprise les gains que le travailleur a réalisés par ailleurs dans le reste de l'année ;

☞ **Si, par suite d'un ralentissement accidentel de l'activité économique, le travailleur n'a effectué qu'un nombre d'heures de travail inférieur à la durée légale du travail :**

Le salaire annuel est porté à ce qu'il aurait été, compte tenu du nombre légal d'heures de travail ;

☞ **Si l'état d'incapacité permanente de travail apparaît pour la première fois après une rechute ou une aggravation, la période de 12 mois à prendre en considération est celle qui précède :**

- soit l'arrêt de travail causé par la rechute ou, si l'aggravation n'a pas entraîné d'arrêt de travail, la date de constatation de l'incapacité permanente ;
- soit l'arrêt de travail consécutif à l'accident, selon le mode de calcul le plus favorable à la victime.

Ce salaire est revalorisé chaque année si, entre la date de l'arrêt de travail et la date de consolidation, un ou plusieurs arrêts de revalorisation sont intervenus²⁷⁸.

2- RENTES DUES AUX TRAVAILLEURS AGES DE MOINS DE 18 ANS

Le salaire servant de base au calcul des rentes dues au travailleur âgé de moins de dix-huit ans ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi de la profession en fonction duquel ont été fixés, par voie d'abattements, les taux minima de rémunération des jeunes travailleurs âgés de moins de dix-huit ans²⁷⁹.

A défaut de cette référence, le salaire de base de la rente ne peut être inférieur au salaire le plus bas des travailleurs adultes de la même catégorie occupés dans l'établissement ou, à défaut, dans un établissement voisin similaire²⁸⁰.

3- CHOMAGE

Pour les travailleurs privés d'emploi bénéficiaires des revenus de remplacement et pour les bénéficiaires de l'allocation spéciale ou de l'allocation de préretraite progressive, victimes d'accidents du travail à l'occasion ou par le fait de tâches d'intérêt général qu'ils accomplissent : le salaire servant de base au calcul des prestations est égal pour les rentes au salaire minimum retenu pour les victimes d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à 10%²⁸¹.

*

²⁷⁸ Article R.434-29 du code de la sécurité sociale

²⁷⁹ Article R436-2 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²⁸⁰ Article R436-2 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

²⁸¹ Articles R436-4-1 alinéa 1, R.412-11 et L.434-16 du code de la sécurité sociale