

ACCIDENTS DU TRAVAIL, DU TRAJET ET MALADIE PROFESSIONNELLE

LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PROTECTION

LES SALARIÉS ET ASSIMILÉS

Les principaux bénéficiaires de la protection au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont les salariés c'est-à-dire les personnes titulaires d'un contrat de travail et affiliés au régime général de Sécurité sociale.

Article L. 311-2 du Code de la Sécurité sociale

Cet article dispose en effet que « sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat. »

Ainsi du moment qu'une personne travaille sous la subordination d'une autre, qu'elle a l'obligation de se conformer à ses directives et d'être sanctionnée pour ses éventuels manquements alors celle-ci est réputée titulaire d'un contrat de travail. A ce titre, il importe peu, pour être couvert, que la personne en question soit de nationalité française ou européenne. Un étranger, du moment qu'il travaille sur le sol français bénéficie automatiquement de la protection au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles. Il n'y a aucune condition de régularité du séjour ou encore de régularité du travail. Un travailleur non déclaré est tout aussi protégé qu'un travailleur déclaré. De plus, un étranger ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion ou de reconduite à la frontière s'il est titulaire d'une rente accident de travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 %.

Conseil d'État du 29 avril 1998 - Préfet de la Loire c/ Benmira

Toutefois, lorsque le salarié est embauché de manière irrégulière (irrégularité de séjour et/ou défaut de déclaration), la caisse primaire d'assurance maladie peut demander le remboursement des sommes qu'elle a versées au titre de l'accident du travail.

Article L. 471-1 dernier alinéa du Code de la Sécurité sociale

L'article L. 311-3 du Code de la Sécurité sociale dispose, quant à lui, que certains travailleurs sont aussi bénéficiaires de cette législation protectrice même s'ils disposent d'une partie ou de la totalité de leur outillage et même s'ils sont rémunérés en tout ou partie à l'aide de pourboires. Il s'agit :

- des travailleurs à domicile ;
- des voyageurs et représentants de commerce (VRP) ;
- des employés d'hôtels, cafés et restaurants ;
- des sous-agents et mandataires d'assurances ;
- des gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels ;
- des conducteurs de voitures publiques, non propriétaires de leur voiture ;
- des porteurs de bagages occupés dans les gares s'ils sont liés, à cet effet, par un contrat avec l'exploitation ou avec un concessionnaire ;

- des ouvreuses de théâtres, cinémas, et autres établissements de spectacles, ainsi que les employés qui sont dans les mêmes établissements chargés de la tenue des vestiaires et qui vendent aux spectateurs des objets de nature diverse ;
- des personnes assurant habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfants ;
- des gérants de sociétés à responsabilité limitée et de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée à condition qu'ils ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social ;
- des présidents du conseil d'administration, les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ;
- des membres des sociétés coopératives ouvrières de production ainsi que les gérants, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives lorsqu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions et qu'ils n'occupent pas d'emploi salarié dans la même société ;
- des délégués à la sécurité des ouvriers des carrières exerçant leurs fonctions dans des entreprises ne relevant pas du régime spécial de la Sécurité sociale dans les mines ;
- des artistes du spectacle et des mannequins ;
- des vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse ;
- des avocats salariés, ainsi que les avocats porteurs de parts sociales ou d'actions d'une société d'exercice libéral constituée pour l'exercice de leur profession sauf pour les risques gérés par la Caisse nationale des barreaux français ;
- des vendeurs à domicile, non immatriculés au registre du commerce ou au régime spécial des agents commerciaux ;
- des délégués à la sécurité des ouvriers mineurs pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur service ;
- des salariés en préretraite progressive lorsqu'ils exercent, hors du temps de travail rémunéré, des activités de tutorat figurant dans un avenant au contrat de travail ;
- des membres des conseils d'administration des caisses d'épargne ordinaires ;
- des membres de la commission supérieure des caisses d'épargne ;
- des salariés désignés, en application de l'article L. 990-8 du Code du travail, pour siéger dans une commission, un conseil ou un comité administratifs ou paritaires, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions ;
- des personnes mentionnées à l'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus en dehors de l'exécution du contrat d'engagement maritime ;
- du conseiller du salarié, désigné par la loi n° 91-72 du 18 janvier 1991, pour tout accident susceptible d'intervenir dans le cadre de sa mission ;
- des salariés bénéficiaires d'un congé de représentation pour les accidents survenus à l'occasion de leur mission ou pendant le trajet d'aller et retour entre leur lieu de travail et les instances aux travaux desquelles elles participent ;
- des détenus exécutant un travail pénal ou un travail d'intérêt général pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail.

Articles L. 311-3 et L. 412-8 du Code de la Sécurité sociale

ETUDIANTS, ÉLÈVES, STAGIAIRES

Les étudiants des établissements d'enseignement technique sont couverts au titre de la législation sur les accidents du travail pour les accidents survenus au cours de leur enseignement théorique mais aussi pour ceux intervenus lors des stages pratiques inhérents à ce type de formation. Tous les établissements ne sont pas concernés par cette protection. En effet, cette protection est uniquement ouverte aux établissements publics ou privés placés sous le contrôle du ministre de l'éducation nationale. On trouve ainsi dans cette catégorie :

- les sections d'éducation spécialisée des collèges et écoles nationales de perfectionnement ;
- les classes préprofessionnelles de niveau, classes préparatoires à l'apprentissage et autres classes des lycées d'enseignement professionnel ;
- les lycées techniques : classes de seconde spécifique, de seconde spéciale, enseignements technologiques spécialisés de la classe de seconde, classes de première et terminale préparant au brevet et au baccalauréat de technicien, sections préparant au brevet de technicien supérieur, autres classes technologiques postérieures au baccalauréat, sections techniques des lycées polyvalents ;
- les sections assurant des formations complémentaires d'initiative locale ;
- les instituts universitaires de technologie, écoles et instituts nationaux délivrant un diplôme d'ingénieur : écoles nationales d'ingénieurs, écoles nationales supérieures d'ingénieurs, instituts nationaux de sciences appliquées et instituts nationaux polytechniques, université technologique de Compiègne, conservatoire national des arts et métiers et ses centres associés ;
- les classes et établissements secondaires ou supérieurs assurant un enseignement sanctionné par les diplômes auxquels préparent les établissements ou classes mentionnés ci-dessus.

Article L. 412-8 du Code de la Sécurité sociale

Les élèves des établissements d'enseignement secondaire ou d'enseignement spécialisé et les étudiants autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus sont aussi couverts pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou en laboratoires ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études. Il s'agit des élèves et étudiants des classes ou établissements ci-après :

- classes du 1^{er} cycle et du second cycle des établissements publics ou privés régulièrement déclarés de l'enseignement secondaire ;
- classes ou établissements publics ou privés régulièrement déclarés de l'enseignement supérieur ou de l'enseignement spécialisé placé sous le contrôle pédagogique de l'État ou des collectivités territoriales ;
- classes ou établissements publics ou privés d'enseignement professionnel pour handicapés : instituts médico-professionnels, institut national des jeunes sourds, institut national des jeunes aveugles ;
- classes ou établissements publics ou privés régulièrement déclarés, préparatoires à un diplôme d'activités physiques et sportives.

Article D. 412-4 du Code de la Sécurité sociale

Le Code de la Sécurité sociale nous donne aussi la définition de ce qu'il convient d'appeler un « atelier » ou un « laboratoire ». Il s'agit de « tout lieu dans lequel est dispensé un enseignement pratique qui expose les élèves et étudiants à des risques d'accident du fait de l'utilisation, de la manipulation ou du contact de matériels, matériaux ou substances nécessaires à l'enseignement » ainsi que « les stages pratiques qui se déroulent sur les mêmes lieux que l'enseignement ».

Article D. 412-5 du Code de la Sécurité sociale

Pour être éligible à la protection au titre des accidents du travail, ces stages doivent faire l'objet d'une convention tripartite et ne doivent pas donner lieu au versement d'une rémunération.

Articles D. 412-5-1 et D. 412-6 du Code de la Sécurité sociale

A l'inverse, la pratique de disciplines physiques ou sportives n'est assimilée à un travail en atelier ou en laboratoire que lorsqu'elle s'intègre dans un enseignement sanctionné par un diplôme spécifique à ces disciplines. C'est le cas par exemple des STAPS (Sciences et techniques des activités physiques et sportives) permettant de devenir professeur d'éducation physique et sportive.

Article D. 412-5 du Code de la Sécurité sociale

Les visites d'information et les périodes d'observation ne relèvent pas, quant à elles, de la législation sur les accidents du travail.

Décret n° 2003-812 du 26 août 2003 - JO du 29 août

Concernant les stagiaires, il y a lieu d'en distinguer plusieurs catégories.

Les stagiaires de la formation professionnelle

Les stagiaires de la formation professionnelle sont protégés au titre de la législation sur les accidents du travail. Il s'agit :

- des personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions du livre IX du Code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;
- des stagiaires de la formation professionnelle continue pour les accidents survenus lors d'une formation effectuée en partie en dehors du temps de travail ;

Article L. 412-8 du Code de la Sécurité sociale

Ces stagiaires, s'ils ne peuvent regagner leur domicile le soir du fait de l'emplacement de la formation, par exemple une formation de trois jours sur Paris alors que le salarié travaille habituellement à Perpignan, sont considérés comme être en mission. Du fait de cette mission, le salarié est protégé au titre de la législation sur les accidents du travail pendant le temps proprement dit de la formation mais aussi pendant les périodes accessoires lorsqu'elles résultent d'un acte de la vie courante.

Exemples

Est considéré comme un accident du travail, l'hémorragie cérébrale d'un salarié en mission intervenue dans sa chambre d'hôtel après sa journée de travail. En effet, le fait, pour le salarié de se trouver dans sa chambre d'hôtel est un acte de la vie courante lors d'une mission.

Cass. soc. 19 juillet 2001, n° 99-21.536

Le salarié effectuant une mission a droit à la protection prévue par l'article L. 411-1 du 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 la possibilité pour l'employeur ou la caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif strictement personnel.

Cass. soc. 12 décembre 2002, n° 01-20.516

Il existe aussi d'autres stagiaires dans cette catégorie tels que :

- le salarié qui suit, à son initiative, une action de formation dans le cadre de la formation professionnelle continue au cours d'un congé parental ou d'une activité à temps partiel ;
- les salariés accomplissant un stage de formation dans les conditions prévues par les articles du Code du travail (les représentants du personnel au CHSCT, les nouveaux membres titulaires du CE, les organisations syndicales), pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;
- les bénéficiaires de l'allocation de revenu minimum d'insertion (ainsi que les membres du foyer de ce bénéficiaire) pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions d'insertion professionnelle ou les activités d'intérêt collectif organisées par des personnes morales de droit public ou de droit privé, s'ils ne bénéficient pas, à un autre titre, d'une protection contre les accidents du travail. La personne morale organisatrice doit tenir un registre mentionnant les assurés concernés ;
- les bénéficiaires d'allocations pour un congé de reclassement pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;
- les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- les pupilles de l'éducation surveillée, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé.

Article L. 412-8 du Code de la Sécurité sociale

Les stagiaires école

Le dispositif des stages en entreprises, réformé en 2006, modifie parallèlement la couverture accident du travail. Ce dispositif s'applique désormais :

- aux étudiants ou élèves des établissements d'enseignement technique ;
- aux élèves des établissements d'enseignement secondaire ou enseignement spécialisé et aux étudiants autres que ceux des établissements d'enseignement technique ;
- aux étudiants qui effectuent dans un organisme public ou privé, un stage d'initiation, de formation ou de complément de formation professionnelle ne faisant pas l'objet d'un contrat de travail et n'entrant pas dans le cadre de la formation professionnelle continue (définie par le livre 9 du Code du travail) à condition qu'une convention tripartite ait été conclue.

Article L. 412-8 du Code de la Sécurité sociale

Il convient de distinguer les stages dont la gratification est inférieure ou égale au seuil d'exonération de ceux dont la gratification excède ce seuil.

Stages dont la gratification est inférieure ou égale au seuil exonéré

Pour rappel l'employeur qui fait appel à un stagiaire doit lui verser une gratification minimale dès lors que le stage a une durée totale supérieure à deux mois consécutifs. Cette gratification est exonérée de cotisations sociales dans une certaine limite fixée actuellement à 12,5 % du plafond horaire multiplié par le nombre d'heures effectuées. Dans ce cas, la cotisation « accident du travail » est prise en charge par l'établissement d'enseignement signataire de la convention prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006. Toutefois, pour les élèves et étudiants des établissements publics relevant du ministre chargé de l'éducation nationale, le versement des cotisations incombe au recteur. Les formalités d'affiliation et de déclaration incombent à l'établissement d'enseignement. A l'inverse, lorsque l'accident survient par le fait ou à l'occasion du stage, l'obligation de déclarer l'accident du travail incombe à l'employeur (ou à l'organisme ou à l'établissement de santé) dans lequel est effectué le stage. L'entreprise ou l'établissement de santé doit adresser sans délai, à l'établissement d'enseignement ou à l'unité de recherche dont relève l'élève ou l'étudiant, copie de la déclaration d'accident du travail envoyée à la caisse primaire d'assurance maladie compétente.

Dans ce cas de figure, le stagiaire bénéficie uniquement des prestations en nature au titre de l'accident ainsi que de la rente incapacité de travail s'il y a lieu.

Stages dont la gratification est supérieure au seuil exonéré

Lorsque la gratification perçue par le stagiaire dépasse le seuil d'exonération de cotisations sociales, l'entreprise d'accueil est redevable d'une cotisation accident du travail calculée sur la fraction excédentaire de la gratification. C'est donc l'entreprise d'accueil qui devient redevable de la cotisation « accident du travail ». Les formalités d'affiliation et de déclaration incombent, par conséquent, à l'entreprise ou à l'organisme d'accueil. Toutefois, lorsque l'accident survient du fait ou à l'occasion de l'enseignement ou de la formation dispensés par l'établissement dont relève l'élève ou l'étudiant, l'obligation de déclaration incombe à l'établissement. Il adresse sans délai à l'entreprise signataire de la convention, une copie de la déclaration d'accident envoyée à la caisse d'assurance-maladie compétente.

Article R. 412-4 et R. 412-7 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque la gratification excède le seuil d'exonération, la fraction excédentaire est soumise à toutes les cotisations sociales au même titre qu'un salarié standard. C'est pourquoi, en plus des prestations en nature, le stagiaire bénéficie dans les conditions de droit commun du régime général, et sur la base du différentiel entre le montant de la gratification et le seuil de la franchise, des droits à retraite, de prestations en nature et en espèces, à l'exclusion des indemnités en capital.

Circulaire ACOSS n° 2007-101 du 12 juillet 2007

Les stages à l'étranger

Les étudiants ou les élèves des établissements d'enseignement sont obligatoirement couverts les pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des stages auxquels donne lieu cet enseignement.

Article L. 412-8-2° a) et b) du Code de la Sécurité sociale

Ces dispositions concernent les élèves et étudiants des établissements d'enseignement technique ou professionnel publics ou privés placés sous le contrôle du ministre chargé de l'éducation nationale mentionnés à l'article D. 412-3 du Code de la Sécurité sociale, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des stages auxquels donne lieu cet enseignement, ainsi que les élèves et étudiants autres que ceux mentionnés précédemment, d'établissements publics ou privés d'enseignement visés à l'article D. 412-4 du même code, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études.

Pour bénéficier de la protection, le stage doit remplir un certain nombre de critères. Ce dernier doit figurer au programme de l'enseignement, mettre en pratique l'enseignement dispensé et ne pas être rémunéré. Il est toléré qu'une gratification n'excédant pas 30 % du Smic (avantages en nature inclus) puisse être versée au stagiaire. Le stage doit en plus faire l'objet d'une convention tripartite entre l'établissement d'enseignement, l'organisme d'accueil français ou étranger et l'étudiant ou l'élève ou son représentant. Cette convention formalise le maintien du lien entre le stagiaire et son école ou son université.

Il convient de distinguer les stages effectués dans l'espace économique européen ainsi qu'en Suisse, des autres stages.

Stages effectués dans un pays de l'Espace Économique Européen et en Suisse

Le règlement communautaire n° 307/99 du 8 février 1999, modifiant le règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de Sécurité sociale aux travailleurs salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, étend la coordination en matière de Sécurité sociale à « *toute personne qui séjourne dans un État membre autre que l'État compétent pour suivre des études ou une formation professionnelle conduisant à une qualification officiellement reconnue par les autorités d'un État membre pour toute situation nécessitant des prestations durant le séjour sur le territoire de l'État membre où cette personne suit des études ou une formation professionnelle.* »

Circulaire n° DSS/DAEI/99/124 du 1^{er} mars 1999

Ces dispositions, notamment celles relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles (titre III, chapitre IV du règlement 1408/71) s'appliquent donc aux étudiants ou élèves remplissant les conditions fixées par l'article L. 412-8-2° a) et b) du Code de la Sécurité sociale. Pendant la période de leur stage, ils bénéficient de la couverture obligatoire au titre des accidents du travail, pendant une période de douze mois maximum.

Les autres stages

Dans ce cas de figure, il n'existe pas obligatoirement d'accords internationaux prévoyant un maintien de la couverture accident du travail pour les stagiaires. Cependant, de tels stages peuvent être assimilés à des missions et, à ce titre, être inclus dans le champ d'application du livre IV du Code de la Sécurité sociale et notamment l'article L. 444-1 qui permet, dans ce cas, de prendre des dispositions particulières. Concrètement, cela revient à maintenir la couverture accident du travail pendant douze mois, comme dans l'Espace Économique Européen.

Les cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles sont versées à l'URSSAF par le recteur ou le responsable de la gestion de l'établissement d'enseignement, lesquels sont assimilés à l'employeur.

Les risques couverts sont similaires à ceux couverts pour un salarié classique à savoir les accidents dont sont victimes les élèves ou les étudiants sur les lieux du stage et aux heures du stage et les accidents de trajet. On entend par accident de trajet, les accidents survenus sur le trajet aller et retour effectué habituellement par le stagiaire entre la résidence principale qu'il occupe sur le territoire étranger et le lieu du stage ou les accidents survenus sur le trajet aller et retour effectué nécessairement par le stagiaire pour quitter le territoire français et se rendre sur territoire étranger où il effectue son stage.

Le maintien de la couverture du risque AT/MP peut être accordé par la caisse primaire pour une durée qui coïncide avec celle du stage, sans pouvoir excéder douze mois. La caisse compétente est celle dans le ressort de laquelle se trouve le siège de l'établissement scolaire ou universitaire. La demande de maintien de cette couverture est formée par l'établissement scolaire ou universitaire auprès de la caisse primaire, accompagnée de la convention de stage et de l'engagement de l'établissement de s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

La déclaration d'accident est faite par l'élève ou l'étudiant ou, en cas d'impossibilité, le maître de stage, qui avise, dans les meilleurs délais et par lettre recommandée, le responsable de la gestion de l'établissement scolaire ou universitaire français. Il indique notamment les circonstances et le lieu de l'accident, la nature des blessures, les noms et adresses des témoins éventuels, et joint les certificats médicaux en sa possession.

Dès la réception de ces informations, qui constituent le point de départ du délai imparti à l'article R. 444-1 du Code de la Sécurité sociale, le responsable de la gestion de l'établissement établit la déclaration d'accident prévue à l'article L. 441-2 du même code et l'adresse à la caisse primaire compétente. Toutefois, en cas d'accident survenu durant la période de fermeture de l'établissement scolaire ou universitaire, il convient que l'élève ou l'étudiant ou le maître de stage avertisse, dans les meilleurs délais et par lettre recommandée, la caisse compétente et, dans le même temps, avise sous pli simple l'établissement. Il est souhaitable que les obligations éventuelles de l'entreprise d'accueil en matière de déclaration soient indiquées dans la convention de stage.

En cas d'accident du travail, la victime bénéficie des prestations en nature énumérées à l'article L. 431-1-1° du Code de la Sécurité sociale ou prévues par la législation du pays d'accueil en cas d'application des règlements (CEE) 1408/71 et 574/72 ou de la rente mentionnée à l'article L. 434-2 du même code lorsque l'accident a entraîné une incapacité permanente supérieure à 10 %. Mais, dans la mesure où ils ne sont pas rémunérés, les élèves et étudiants sont exclus du droit aux indemnités journalières et à l'indemnité en capital.

Concernant les prestations en nature, on leur applique le même régime que celui prévu pour les salariés détachés à savoir, application des règlements communautaires en vigueur 1408/71 et 574/72 ou article L. 761-7 du Code de la Sécurité sociale disposant que le règlement des soins incombe à la victime, leur remboursement étant opéré par la caisse primaire compétente au vu, d'une part des justificatifs présentés tels que : feuille de soins à l'étranger, factures médicales et pharmaceutiques, quittances d'hospitalisation ; d'autre part, d'une attestation sur l'honneur signée par la victime et certifiant que les soins reçus n'ont fait l'objet d'aucune prise en charge par le pays d'accueil.

Ce remboursement s'effectue dans la limite des prestations qui auraient été servies pour des soins analogues reçus en France.

DEMANDEURS D'EMPLOI

Les demandeurs d'emploi qui participent à des actions dispensées ou prescrites par Pôle Emploi sont protégés pour les accidents qui surviendraient lors de ces actions ou sur le trajet d'aller et retour entre le domicile du demandeur d'emploi et le lieu de déroulement de l'action. Toutefois cette protection vaut uniquement pour l'aide à la création d'entreprise, l'orientation, l'évaluation ou l'accompagnement à la recherche d'emploi.

Ainsi les entretiens individuels avec Pôle Emploi, un employeur, un organisme de formation (pour l'inscription), les entretiens collectifs d'information ou encore les démarches personnelles du demandeur d'emploi afin de trouver un travail sont exclus du champ de la protection de la législation sur les accidents du travail.

Articles D.412-78 et suivants du Code de la Sécurité sociale

En pratique, seuls les bénéficiaires d'une allocation de remplacement servie par le pôle indemnisation de Pôle Emploi (ex ASSEDIC) peuvent prétendre au versement d'une indemnité journalière au titre d'un accident du travail. Contrairement au calcul traditionnel, le salaire servant de base au calcul de l'indemnité est égal au SMIC x 39 heures, en vigueur à la date de l'accident ou si elle lui est supérieure à l'allocation chômage perçue par l'intéressé. Le montant de l'indemnité journalière ne peut, en aucun cas, dépasser le montant de l'allocation versée par le service indemnisation de Pôle Emploi. Le droit à une rente accident du travail est aussi ouvert aux demandeurs d'emploi, indemnisés ou non. Elle sera calculée sur le salaire annuel minimum de base des rentes.

Concernant les démarches, Pôle Emploi doit effectuer la déclaration dans les 48 heures auprès de la CPAM dont dépend la victime. Si l'accident ne s'est pas produit dans les locaux de l'agence, celle-ci doit être informée dans les 24 heures par le responsable de l'organisme qui a eu charge de l'action de formation.

Circulaire CNAM n° 5-94 du 24 janvier 1994

MEMBRES BÉNÉVOLES D'ORGANISMES SOCIAUX

Les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social créés en vertu ou pour l'application d'un texte législatif ou réglementaire bénéficient de la législation protectrice sur les accidents du travail, dans la mesure où elles ne bénéficient pas à un autre titre des mêmes dispositions. Ces personnes sont définies par les articles D.412-78 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Il s'agit :

- des membres des conseils d'administration des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, d'assurance vieillesse, de l'agence centrale des organismes de Sécurité sociale, de l'union des caisses nationales de Sécurité sociale, des caisses primaires et régionales d'assurance maladie, des unions de recouvrement, des caisses générales pour les départements d'outre-mer, des caisses d'allocations familiales, des unions ou fédérations des caisses, des comités ou commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration ;
- des membres des commissions ou comités constitués en application du Code de Sécurité sociale et, conformément aux dispositions qui les régissent, auprès des administrations, services, offices et établissements publics de l'État (autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial) qui versent directement à leurs personnels les prestations d'accidents du travail ;
- des membres des commissions ou comités constitués en application du Code de Sécurité sociale et, conformément aux dispositions qui les régissent, auprès des administrations départementales ou communales et des établissements publics départementaux et communaux (autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial) qui sont autorisés à assurer directement la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions prévues par le décret n° 56-511 du 24 mai 1956 ;
- des membres des conseils d'administration, comités et commissions constitués au titre des législations de Sécurité sociale auprès des organismes spéciaux à certaines branches d'activités, collectivités ou entreprises qui assument directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, de la société nationale des chemins de fer français, des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et des tramways, de la régie autonome des transports parisiens, des entreprises soumises au statut des industries électriques et gazières, de la compagnie générale des eaux, de la Banque de France, du théâtre national de l'Opéra de Paris et de la comédie française, des régimes spéciaux mentionnés à l'article R. 711-24 du Code de la Sécurité sociale, des membres des conseils d'administration de la caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines, des sociétés de secours minières et de leurs unions régionales, membres des comités ou commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration ;
- des membres des conseils d'administration, comités ou commissions constitués pour l'application du présent code ou pour la gestion d'un régime spécial mentionné par celui-ci et conformément aux dispositions qui les régissent, auprès de toutes autres collectivités ou organismes qui assument en tout ou partie des attributions dévolues aux caisses et aux services ci-dessus énumérés ;
- des membres des commissions régionales et de la commission nationale prévues à l'article R. 162 23 du Code de la Sécurité sociale ;
- des membres des conseils d'administration des caisses constituées pour l'application des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés, membres des comités et commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration.

Article L. 621-3, 1^{er} alinéa du Code de la Sécurité sociale

- des membres des conseils d'administration de la caisse nationale et des caisses mutuelles régionales d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés, membres des comités ou commissions fonctionnant auprès desdits conseils d'administration ;
- des représentants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, membres desdites commissions ;

- des membres du conseil d'administration de cet institut (association soumise au contrôle financier de l'État, créée en vue du développement de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, en application du livre IV du Code de la Sécurité sociale) ;
- des membres des conseils d'administration, comités ou commissions chargés de ou participant à la gestion de ces institutions ;
- des membres des conseils d'administration des sociétés mutualistes, de leurs unions et fédérations, des comités et commissions constitués auprès de ces conseils d'administration ;
- des membres des comités départementaux de coordination de la mutualité ;
- des membres de la commission paritaire nationale ;
- des membres des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes créés en vertu de l'article 4 de la convention précitée, pour gérer le régime national interprofessionnel d'allocations spéciales aux travailleurs sans emploi de l'industrie et du commerce ;
- des membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration de l'AFPA ;
- des membres exerçant un mandat à caractère permanent des commissions nationales paritaires professionnelles de la formation professionnelle des adultes ;
- des membres des conseils d'administration, commissions ou comités des associations médicales interentreprises de médecine du travail ;
- des membres du conseil d'administration de l'institut national de la santé et de la recherche médicale ainsi que des conseils et comités institués pour le fonctionnement des institutions créées au sein dudit institut.

Articles L. 785 et L. 790 du Code de la santé publique

- des membres du conseil d'administration et du comité des études de l'école nationale de la santé publique ;
- des membres des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale.
- des membres des commissions administratives des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics ;
- des membres des conseils d'administration des centres de lutte contre le cancer ;
- des membres des commissions administratives des hôpitaux psychiatriques autonomes ;
- des membres des commissions de surveillance des hôpitaux psychiatriques départementaux ;
- des membres des commissions de surveillance des établissements de cure publics et des sanatoriums publics de postcure ;
- des membres des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes gérant des organismes concernés ;
- des membres actifs de ces organismes dûment mandatés pour assurer de manière régulière les missions à but social et médico-social ;
- des membres du comité national et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale ;
- des membres des commissions consultatives ou administratives créées auprès de chacun des établissements nationaux de bienfaisance ;
- des membres des commissions administratives instituées pour la gestion des bureaux d'aide sociale ;
- des membres des commissions d'admission à l'aide sociale et des commissions départementales de recours ;
- des membres des conseils de famille des pupilles de l'État ;
- des membres des conseils départementaux de protection de l'enfance ;

- des personnes désignées par l'union nationale et des unions départementales et locales des associations familiales pour assurer la tutelle aux prestations sociales ou gérer un service d'intérêt familial ;
- des membres des conseils d'administration, comités ou commissions fonctionnant au sein de ces organismes ;
- des animateurs réguliers dûment mandatés de ces organismes ;
- des membres bénévoles administrant les associations intermédiaires agréées par le préfet du département concerné ;
- des visiteurs de prisons agréés par le directeur régional de l'administration pénitentiaire après avis du préfet et du juge de l'application des peines ;
- des membres bénévoles des comités de probation et d'assistance aux libérés agréés par le juge de l'application des peines ;
- des délégués à la liberté surveillée désignés par le juge des enfants ;
- des membres des conseils d'administration et bénévoles dûment mandatés d'associations agréées par le ministère de la justice et contribuant à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes se trouvant placées sous main de justice ;
- des conciliateurs ;
- des conseillers des salariés convoqués à un entretien préalable à licenciement inscrits sur une liste dressée par le préfet du département ;
- des membres du Conseil Supérieur de la Prud'homie ;
- des membres assesseurs titulaires et suppléants : de tribunaux des affaires de Sécurité sociale, des commissions régionales du contentieux technique, de la commission nationale technique ;
- des membres de la commission prévue au 5^e alinéa de l'article R. 144-2 ;
- des personnes en retraite participant au fonctionnement des organismes du contentieux technique et du contentieux général de la Sécurité sociale ;
- des membres des conseils de prud'hommes ;
- des magistrats des tribunaux de commerce ;
- des membres assesseurs des tribunaux paritaires des baux ruraux ;
- des membres assesseurs des tribunaux pour enfants ;
- des visiteurs de prison agréés par le ministère de la justice ;
- des délégués des comités de probation et d'assistance aux libérés nommés par le juge de l'application des peines ;
- des délégués à la liberté surveillée désignés par le juge des enfants ;
- des membres des conseils d'administration et animateurs réguliers dûment mandatés d'associations agréées par arrêté du garde des Sceaux et ayant pour but le reclassement social et professionnel des condamnés ;
- des membres du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés et membres de la commission permanente ;
- des membres des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel ;
- des membres des commissions de l'éducation spéciale et des commissions de circonscription.

PERSONNES ACCUEILLANT À DOMICILE DES ENFANTS OU PERSONNES ÂGÉES

Les assistantes maternelles agréées bénéficient de la protection relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles à raison de leurs activités ayant un lien direct avec l'accueil ou l'entretien du ou des enfants qui leur sont confiés.

Article R. 412-12 du Code de la Sécurité sociale

La protection joue pour les accidents survenus au domicile et qui ont un lien direct avec l'activité de garde et d'entretien des enfants. Sont également couverts les accidents intervenus lors des déplacements avec l'enfant ou pour son compte, incluant ceux survenus pendant les trajets d'aller et retour entre le domicile des intéressés et les établissements où les enfants sont scolarisés, soignés ou pris en charge dans le cadre d'activités éducatives et récréatives, ou entre leur domicile et les centres où les assistantes ou assistants maternels reçoivent une formation.

Article R. 412-13 du Code de la Sécurité sociale

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents et paiement des cotisations incombent aux parents ou à la personne morale de droit public ou privé qui assurent la rémunération des assistantes ou assistants maternels.

Article R. 412-14 du Code de la Sécurité sociale

Il convient de signaler que l'interruption de l'activité rémunérée est strictement nécessaire pour ouvrir droit aux prestations en espèces de l'incapacité temporaire.

Article R. 412-15 du Code de la Sécurité sociale

Les personnes agréées accueillant des personnes âgées ou handicapées à domicile bénéficient aussi de la protection relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dès lors que l'accident survenu ou la maladie contractée, soit à leur domicile, soit au cours de déplacements effectués en présence ou pour le compte de la personne accueillie, a un lien direct avec l'accueil ou l'entretien de cette personne.

Article R. 412-16 du Code de la Sécurité sociale

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents du travail et de paiement des cotisations incombent à la personne accueillie ou à son tuteur.

Article R. 412-17 du Code de la Sécurité sociale

Il convient de signaler que, là encore, l'interruption de l'activité rémunérée est strictement nécessaire pour ouvrir droit aux prestations en espèces de l'incapacité temporaire.

Article R. 412-18 du Code de la Sécurité sociale

DÉFINITION

L'ACCIDENT DE TRAVAIL

L'accident de travail est l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne travaillant, à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un employeur.

Article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale

Du fait de cette définition très généraliste, la jurisprudence via les décisions de la Cour de cassation a précisé les contours de cette notion. Ainsi, lors d'un arrêt de principe du 2 avril 2003, la Cour de cassation est venue préciser qu'à l'origine d'un accident de travail devait se trouver un fait accidentel constitué par « un évènement ou une série d'évènements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail dont il est résulté une lésion corporelle, quelle que soit la date d'apparition de celle-ci. »

Cass. soc. 2 avril 2003, n° 00-21.768

Fait accidentel

Le fait accidentel est nécessairement lié au critère de la soudaineté. Pour faire reconnaître un accident de travail, encore faut-il qu'il existe un évènement ou une série d'évènements ayant date certaine.

A titre d'exemple, une affection survenue à la suite d'une exposition prolongée au froid ne peut caractériser un accident du travail puisque les dates de survenance de la lésion sont incertaines.

Cass. civ. 2^e, 18 octobre 2005, n° 04-30.352

A l'inverse, une dépression nerveuse soudaine immédiatement consécutive à un entretien d'évaluation peut être reconnue comme accident du travail, la date de la lésion étant certaine.

Cass. civ. 2^e, 1^{er} juillet 2003, n° 02-30.576

La question est plus complexe lorsqu'il existe un état pathologique préexistant. En effet, en raison des règles de preuves applicables aux accidents du travail, la révélation soudaine au temps et au lieu de travail d'un état pathologique préexistant constitue, en principe, un accident du travail. Il en va ainsi dans de nombreux cas.

Exemples

Vive douleur ressentie dans le dos en soulevant un tube métallique.

Cass. soc. 17 février 1988, n° 86-10.447

Douleur soudaine suivie d'un coma ayant entraîné le décès dès le lendemain.

Cass. soc. 22 mars 1973, n° 71-14.635

Traumatisme crânien d'un salarié en mission causé par une chute dans une douche.

Cass. soc. 6 février 1997, n° 94-11.755

Toutefois le travail doit nécessairement avoir joué un rôle dans l'apparition de la lésion. C'est pourquoi, la jurisprudence admet que la présomption d'imputabilité puisse être détruite s'il est démontré que la lésion est imputable à des phénomènes à action lente, antérieurs à sa manifestation, c'est-à-dire concrètement un état pathologique préexistant n'ayant aucun lien avec le travail. Il faut toutefois que l'employeur apporte la preuve certaine que le travail n'a joué aucun rôle dans l'accident survenu.

Cass. soc. 5 février 1976, n° 75-10.664

Lésion de l'organisme

La lésion de l'organisme peut résulter d'agents mécaniques c'est-à-dire de l'action d'une machine, d'un outil ou de n'importe quel objet. Seulement, la lésion peut aussi résulter d'agents environnementaux tels que le bruit, la chaleur, le froid... L'essentiel étant que la lésion de l'organisme quelque soit sa cause secondaire résulte en priorité du travail.

Exemples

Des lésions auditives révélées par des bourdonnements d'oreille, le jour même où le salarié s'est servi d'un pistolet de scellement sont constitutives d'un accident du travail.

Cass. soc. 24 mars 1982, n° 81-10.894

Il en est de même d'une conjonctivite entraînée par le rayonnement brutal d'un arc électrique au cours de la journée de travail et consécutive à ce travail.

Cass. soc. 18 mars 1970, n° 69-10.974

Il résulte de la jurisprudence que la reconnaissance d'un accident du travail résulte nécessairement du lien entre la lésion et le travail. Ainsi, l'essentiel est de démontrer ce lien ou l'absence de ce dernier. C'est pourquoi, en matière de suicides ou d'agressions, les juges vont s'attacher aux motifs de l'agression ou du suicide. S'il existe un lien entre le travail et l'évènement, l'accident sera considéré comme un accident du travail, il sera rejeté en l'absence de lien.

Cass. civ. 2^e, 3 avril 2003, n° 01-14.160

Exemples

L'accident du travail ne peut pas être reconnu dès lors que le suicide du salarié est intervenu quatre mois après un accident au cours duquel il n'a été que très légèrement blessé sachant que ce dernier était d'un état très anxieux et que son intention suicidaire était antérieure à l'accident.

Cass. soc. 7 juillet 1994, n° 91-11.588

A l'inverse, le suicide d'un salarié immédiatement consécutif à des remontrances de son employeur doit être considéré comme un accident du travail

Cass. soc. 20 avril 1988, n° 86-15.690

Délai d'apparition de la lésion

Lors de l'arrêt de principe du 2 avril 2003 vu précédemment, la Cour de cassation précise qu'un accident du travail résulte d'un évènement ou d'une série d'évènements. En conséquence, le délai d'apparition de la lésion, même s'il est un peu long, ne permet pas de rejeter systématiquement la qualification d'accident du travail. Afin d'être reconnue comme accident du travail, la lésion doit être la conséquence directe du travail, même si la révélation est tardive.

Ainsi, la hernie discale d'un manutentionnaire soulevant de lourdes charges et ayant ressenti au cours de son travail des douleurs lombaires, dix à vingt jours avant l'arrêt de travail est malgré tout constitutive d'un accident du travail.

Cass. soc. 9 avril 1970, n° 69-10.707

La reconnaissance se complique légèrement lorsqu'il s'agit de faire la distinction entre une lésion ou une rechute. La rechute se caractérise par l'aggravation ou l'apparition d'une nouvelle lésion après guérison ou consolidation de la lésion tandis que la lésion est nécessairement la conséquence de l'accident initial et doit résulter d'une aggravation spontanée des séquelles de l'accident ou en être la conséquence directe et exclusive.

Selon la Cour de cassation, l'aggravation spontanée des séquelles de l'accident s'entend nécessairement de l'absence de tout fait extérieur susceptible d'avoir causé la lésion. Ainsi le décès d'un salarié survenu après l'aggravation des troubles causés par le traumatisme initial est un accident du travail devant être pris en charge.

Cass. soc. 7 juillet 1986, n° 85-11.100

A l'inverse, la chute survenue au salarié pendant une période d'incapacité consécutive à un accident du travail, ne donnera lieu à prise en charge, que si cette chute a pour cause directe et unique une évolution des séquelles de l'accident d'origine.

Cass. soc. 10 octobre, 1984, n° 83-12.286

Lien de causalité

L'accident de travail suppose un lien nécessaire entre l'accident et le travail. C'est pourquoi la jurisprudence précise depuis très longtemps que constitue « un accident du travail, tout accident survenu à un travailleur alors qu'il est soumis à l'autorité ou à la surveillance de son employeur ».

Cass. Ch. Réun., 28 juin 1962, n° 59-50.495 et n° 59-50.496

C'est pourquoi dès lors que l'accident est survenu au temps et au lieu de travail, à un moment où s'exerce l'autorité de l'employeur, la qualification d'accident du travail doit en principe être retenue. Il appartient alors à l'employeur d'apporter la preuve contraire c'est-à-dire que l'accident n'a aucun lien avec le travail et que le salarié se livrait à cet instant à une activité totalement étrangère au travail.

Lieu de travail

Le lieu de travail est constitué par le lieu où le salarié exerce son travail mais plus généralement de l'enceinte de l'entreprise et des dépendances où l'employeur exerce son autorité. Le lieu de travail s'entend alors :

- des vestiaires et autres locaux accessoires.

Cass. soc. 20 novembre 1980, n° 79-12.454

- des voies d'accès à l'entreprise, entrées, sorties, escaliers.

Cass. soc. 3 mai 1979, n° 78-12.218

- du parking de l'entreprise et des voies de circulation.

Cass. soc. 22 mars 1983, n° 81-15.529

Cass. soc. 14 mars 1996, n° 94-10.430

- une cantine située dans l'enceinte de l'entreprise et gérée par l'employeur ou le comité d'entreprise.

Cass. soc. 11 juin 1970, n° 69-12.567

Cass. soc. 20 novembre 1980, n° 79-12.454

- une cantine interentreprises, gérée par une société indépendante, commune aux autres sociétés logées dans le même immeuble.

Cass. soc. 11 février 1981, n° 80-10.608

Le salarié victime d'un accident hors des locaux de l'entreprise ne peut être considéré comme un accident du travail. Par conséquent, ne peut être un accident du travail :

- l'accident survenu dans l'escalier d'une mairie où le salarié s'était rendu pour participer à une collecte de sang.

Cass. soc. 28 septembre 1983, n° 82-13.703

- l'accident survenu pour se rendre chez un médecin avec l'autorisation de l'employeur, ce rendez-vous n'ayant aucun lien avec le travail.

Cass. soc. 16 février 1983, n° 81-12.261

- l'accident survenu lors d'une pause non autorisée par l'employeur en dehors des locaux de l'entreprise dont il résulte que le salarié s'est soustrait à l'autorité de son employeur.

Cass. soc. 16 novembre 1989, n° 87-10.892

Temps de travail

Le temps de travail n'est pas uniquement constitué du temps de travail effectif. Il commence dès que le salarié entre dans l'entreprise et s'arrête lorsqu'il en sort à la fin de sa journée de travail. Le salarié n'est pas forcément en train de travailler lorsqu'il est victime d'un accident du travail. Ainsi ont été reconnus comme accident du travail :

- l'accident d'un salarié lors d'un prélèvement sanguin effectué dans l'entreprise.

Cass. soc. 11 juillet 1991, n° 89-18.330

- l'accident survenu lors d'une pause dans l'enceinte de l'entreprise.

Cass. soc. 12 octobre 1967, n° 66-11.534

L'accident de travail doit avoir un lien avec le travail, c'est pourquoi l'accident qui se produit sur le lieu de travail, en dehors du temps de travail, alors que le salarié reste dans les locaux pour un motif strictement personnel, ne peut être considéré comme un accident du travail. Ainsi ne sera pas considéré comme un accident de travail, l'accident survenu à un salarié qui reste discuter avec des collègues, pour un motif étranger au travail, après sa journée de travail. En revanche, s'il est établi que le salarié n'est pas dans ses horaires de travail pour un motif dicté par le travail, il sera alors couvert. C'est le cas de l'accident survenu à une salariée avant sa journée de travail alors qu'elle prend un café après avoir accompli une partie des tâches nécessaires à l'ouverture du magasin (couper l'alarme, ouvrir les grilles de protection, revêtir la tenue de travail...).

CA Bordeaux, 24 mai 2000

Il en est de même de l'accident survenu à un salarié qui se blesse dans le garage de l'entreprise après s'être aperçu d'un manque d'huile dans le moteur de sa voiture.

Cass. soc. 30 novembre 1995, n° 93-14.208

En conséquence, l'accident survenu pendant la journée de travail constitue, par principe, un accident du travail, sauf si l'employeur prouve que le salarié a recouvré sa pleine indépendance ou a interrompu son travail pour un motif d'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi.

Cass. soc. 9 juin 1966, n° 65-12.592

Lien de subordination

Le lien de subordination est le critère essentiel de la reconnaissance d'un accident du travail. C'est pourquoi, un accident qui est intervenu hors du temps et/ou du lieu de travail peut être malgré tout considéré comme un accident du travail si le motif de ce dernier est professionnel. C'est pourquoi, l'agression dont a été victime le directeur d'une agence bancaire qui, se trouvant à son domicile personnel, a été mis en demeure par des malfaiteurs armés d'ouvrir, avec les clés dont il avait la garde, la chambre forte de l'agence bancaire, constitue un accident du travail puisque le motif de l'agression est professionnel.

Cass. soc. 4 février 1987, n° 85-13.532

A l'inverse, le salarié peut être au temps et au lieu de travail et ne pas être protégé par la législation sur les accidents du travail. Tel est le cas si le salarié s'est soustrait à l'autorité de son employeur.

Cass. soc. 16 avril 1992, n° 90-10.320

En revanche, les actes d'insubordination, s'ils sont condamnables en droit du travail ne privent pas en tant que tel le salarié de la protection accordée au titre de la législation sur les accidents de travail. En effet, pour la Sécurité sociale, l'employeur est tenu à une obligation de sécurité vis-à-vis de ses salariés. A ce titre, il doit tout mettre en œuvre pour faire respecter ses consignes. Ainsi, a été reconnu en accident du travail, un salarié chutant après avoir escaladé des palettes, quand bien même cette pratique était formellement interdite par l'employeur.

Cass. soc. 18 janvier 1996, n° 93-13.737

Lorsque le salarié est en mission, il bénéficie aussi d'une protection accrue. En effet dans ce cas de figure, le salarié bénéficie de la protection des accidents du travail pendant tout le temps de la mission, peu importe que cet accident survienne à l'occasion d'un acte professionnel ou de la vie courante.

Cass. soc. 19 juillet 2001, n° 99-21.236

Cass. civ. 2^e, 12 mai 2003, n° 01-20.968

Ont été reconnus comme accident de travail :

- l'accident survenu dans la salle de bain de l'hôtel lors d'une mission.

Cass. soc. 19 juillet 2001, n° 99-21.536

- l'accident survenu dans la chambre d'hôtel.

Cass. soc. 19 juillet 2001, n° 99-20.603

- l'accident survenu au cours du repas.

Cass. soc. 12 décembre 2002, n° 01-20.516

En revanche si l'accident survient alors que le salarié effectue un acte étranger à sa mission ou à une nécessité essentielle de la vie courante, il n'est plus protégé par la législation sur les accidents du travail.

Cass. civ. 2^e, 20 septembre 2005, n° 04-30.332

L'astreinte est plus problématique pour la jurisprudence. Le salarié qui est victime d'un accident alors qu'il est d'astreinte n'est pas forcément pris en charge au titre de la législation sur les accidents du travail. En principe, si l'accident se situe au domicile du salarié, hors période d'intervention, le salarié n'est pas victime d'un accident du travail.

Cass. soc. 2 avril 2003, n° 01-20.765

En revanche, si le salarié est tenu de demeurer dans un logement imposé par l'employeur afin de répondre sans délai à toute demande d'intervention, le salarié n'est plus libre de vaquer à ses occupations personnelles et le salarié est couvert pour les accidents survenus pendant et en dehors du temps d'intervention.

Cass. civ. 2^e, 2 novembre 2004, n° 02-31.098

Quelques cas particuliers

Salariés victimes d'une agression ou d'un meurtre au travail

A la suite d'agression aux temps et lieu de travail (vol à main armée dans les banques, attentats, ...), les pathologies en résultant peuvent constituer un accident du travail à condition que cette agression soit liée au travail. Très souvent, une enquête administrative est menée, afin de vérifier la cause professionnelle de l'accident.

Circulaire CNAMTS n° 37/99 du 10 décembre 1999

Exemples

Est un accident du travail, le salarié tué au temps et au lieu de travail par deux individus non identifiés.

Cass. soc. 15 juin 1995, n° 93-20.688

En revanche n'est pas un accident du travail, une salariée tuée dans son bureau après en avoir fait sortir préalablement un membre du personnel, avant de s'enfermer dans cette pièce avec son mari pour traiter de ses problèmes conjugaux.

Cass. soc. 23 janvier 1985, n° 83-15.263

Suicide sur le lieu de travail

Le suicide ou la tentative de suicide sur le lieu de travail ne peuvent être considérés comme un accident de travail que si le geste du salarié est en lien direct avec son travail.

Ainsi une tentative de suicide liée à des difficultés privées et personnelles et non à l'activité professionnelle du salarié ne peut être considéré comme un accident du travail.

Cass. civ. 2^e, 18 octobre 2005, n° 04-30.205

A l'inverse doivent être considérés comme des accidents du travail, les suicides ou tentatives survenus :

- immédiatement après des remontrances de l'employeur.

Cass. soc. 20 avril 1988, n° 86-15.690

- par pendaison sur le lieu de travail causée par la dégradation des conditions de travail.

Cass. soc. 24 janvier 2002, n° 00-14.379

Suicide en dehors du lieu de travail

Dans ce cas de figure la preuve de l'imputabilité au travail est plus dure à apporter et la présomption d'imputabilité habituelle ne joue pas. Pour autant, le salarié ou ses ayants droit peuvent malgré tout être pris en charge au titre de la législation protectrice des accidents du travail. Toutefois, il leur appartient de démontrer que cet accident a bien un lien direct avec le travail. C'est dans un cas similaire que la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation a considéré qu'une Cour d'appel avait pu décider que la prise en charge au titre d'accident du travail de la tentative de suicide d'un salarié à son domicile, pendant un arrêt maladie prescrit pour syndrome antidépresseur, était opposable à l'employeur après avoir constaté que le salarié avait rapporté la preuve lui incombant.

Cass. civ. 2^e, 22 février 2007, n° 05-13.771

Les travailleurs à domicile

Dans le cadre du travail à domicile, est un accident du travail la lésion qui survient à l'occasion de l'activité à domicile, ou pendant un trajet nécessaire à l'accomplissement de celle-ci, notamment pour la remise du travail effectué à l'employeur.

Cass. soc. 18 novembre 1993, n° 91-12.721

Accident survenu au cours de l'exercice d'un mandat représentatif

Le temps passé à l'exécution des fonctions représentatives du personnel ou à l'exercice d'un mandat syndical est considéré comme temps de travail. A ce titre, et dès lors que le salarié agit bien dans le cadre de sa mission représentative, l'accident dont est victime un représentant du personnel ou un représentant syndical, au cours de l'exercice de son mandat représentatif, peut être considéré comme un accident du travail. Peu importe alors qu'il se trouve sur le lieu de travail ou non.

Cass. soc. 11 octobre 1990, n° 88-19.392

Accident survenu pendant une suspension du contrat

Le salarié ne se trouve pas sous la subordination juridique de son employeur pendant la suspension de son contrat. En conséquence, l'accident qui se produit pendant un arrêt-maladie, un congé de maternité ou une grève, n'est en principe pas considéré comme accident du travail. Cependant, il peut arriver que le salarié se trouve placé sous l'autorité de l'employeur, pendant la suspension de son contrat.

Exemple

Doit être considéré comme un accident du travail, l'accident survenu pendant une suspension du contrat alors que le salarié se trouve dans les locaux de l'entreprise parce qu'il a été convoqué à un entretien préalable au licenciement. En revenant dans les locaux à la demande de l'employeur, le salarié s'est replacé sous la subordination de ce dernier et donc sous la législation protectrice des accidents du travail.

Cass. soc. 11 juillet 1996, n° 94-16.485

Actes de dévouement

Les actes de dévouement d'un salarié envers son employeur ou d'autres salariés sont protégés au titre de la législation sur les accidents du travail. Ainsi, constitue un accident du travail :

- l'accident survenu à un salarié en dehors de ses heures de travail alors qu'il participe à des opérations de sauvetage dans l'intérêt de son employeur dont l'établissement était ravagé par un incendie.

Cass. soc. 21 décembre 1988, n° 87-16.027

- l'accident survenu à un salarié qui porte secours à un collègue tombé dans une rivière, dans la mesure où cet acte constitue un devoir impérieux de solidarité.

Cass. soc. 17 octobre 1973, n° 72-10.865

LA MALADIE PROFESSIONNELLE

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1. »

Article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale

Une maladie est considérée comme professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. Comme l'accident du travail, la maladie professionnelle doit être la conséquence du travail. Toutefois alors que l'accident du travail est un fait fortuit provoquant une lésion corporelle facilement identifiable dans le temps et l'espace, la maladie professionnelle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession. Ce peut être, par exemple, l'absorption quotidienne de petites doses de poussières ou de vapeurs toxiques ou l'exposition répétée à des agents physiques (bruit, vibrations, etc.). Du fait de la nature même de la maladie professionnelle, il est très difficile, voir impossible, de fixer exactement le point de départ de la maladie, et ce d'autant plus que certaines maladies professionnelles peuvent ne se manifester plusieurs années après le début de l'exposition au risque y compris lorsque le salarié a cessé d'exercer le travail en lien avec la maladie. Cette réalité rend difficile l'établissement de la cause professionnelle de la maladie. C'est pourquoi, il existe deux types de reconnaissance en matière de maladie professionnelle.

L'exposition à un risque

Pour reconnaître une maladie professionnelle encore faut-il que le salarié soit exposé à un risque. Ce risque peut être très variable en fonction des emplois. Ainsi cela peut être l'exposition à des produits cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction, l'exposition à des agents chimiques dangereux, à des nanoparticules qui peuvent être inhalées ou avalées. Le risque peut aussi être physique ou infectieux, voir mental. En d'autres termes les risques ont diverses sources mais chacun d'entre eux peut donner lieu à la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Exercice habituel de la profession

L'exercice habituel de la profession n'est pas nécessairement la cause unique ou essentielle de la maladie. La jurisprudence admet que l'exercice habituel de la profession soit une cause nécessaire quand bien même cet exercice n'est pas la cause prépondérante.

Ainsi une maladie ayant plusieurs origines peut être reconnue comme maladie professionnelle dès lors que parmi ces origines figurent le travail habituel de la victime.

Cass. soc. 19 décembre 2002, n° 00-13.097

Tableaux des maladies professionnelles

Une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales. Chaque tableau comporte :

- les symptômes ou lésions pathologiques que doit présenter le malade. Ces symptômes sont limitatifs et on les retrouve dans la colonne de gauche des tableaux ;
- les délais de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la constatation de l'affection et la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque. Ce délai est variable non seulement suivant chaque maladie mais parfois, pour une même cause, selon les manifestations ou symptômes cliniques présentés par le malade. Ces délais sont dans la colonne centrale ;
- les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause dont la liste figure dans la colonne de droite du tableau. Parfois, cette liste est limitative et seuls les travailleurs affectés aux travaux énumérés ont droit à réparation au titre des maladies professionnelles. D'autres fois ces listes sont indicatives et le salarié peut être indemnisé au titre des maladies professionnelles alors qu'il n'a pas effectué les travaux listés.

L'avantage des tableaux « maladies professionnelles » est que toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans ces tableaux est systématiquement présumée d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

Tableau des maladies professionnelles

Tableau N°	Désignation	Mise à Jour
1	Affections dues au plomb et à ses composés	Octobre 2008
2	Maladies professionnelles causées par le mercure et ses composés	Février 1983
3	Intoxication professionnelle par le tétrachloréthane.	Octobre 1951
4	Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant	Janvier 2009
4 bis	Affections gastro-intestinales provoquées par le benzène, le toluène, les xylènes et tous les produits en renfermant	Juillet 1987
5	Affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore	Juin 1985
6	Affections provoquées par les rayonnements ionisants	Juin 1984
7	Tétanos professionnel	Janvier 1947
8	Affections causées par les ciments (alumino-silicates de calcium)	
9	Affections provoquées par les dérivés halogènes des hydrocarbures aromatiques	
10	Ulcérations et dermites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome	Novembre 2003
10 bis	Affections respiratoires professionnelles provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins	Septembre 1989
10 ter	Affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc	Juin 1984
11	Intoxication professionnelle par le tétrachlorure de carbone	Octobre 1951
12	Affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés énumérés ci-après : dichlorométhane ; trichlorométhane ; tribromométhane ; triiodométhane ; tétrabromométhane ; chloroéthane ; 1,1-dichloroéthane ; 1,2-dichloroéthane ; 1,2-dibromoéthane ; 1,1,1-trichloroéthane ; 1,1,2-trichloroéthane ; 1,1,2,2-tétrabromoéthane ; pentachloroéthane ; 1-bromopropane ; 2-bromopropane ; 1,2-dichloropropane ; trichloroéthylène ; tétrachloroéthylène ; dichloro-acétylène ; trichlorofluorométhane ; 1,1,2,2-tétrachloro - 1,2-difluoroéthane ; 1,1,1,2-tétrachloro - 2,2-difluoroéthane ; 1,1,2-trichloro - 1,2,2-trifluoroéthane ; 1,1,1-trichloro - 2,2,2-trifluoroéthane ; 1,1-dichloro - 2,2,2-trifluoroéthane ; 1,2-dichloro - 1,1-difluoroéthane ; 1,1-dichloro - 1-fluoroéthane	Juillet 2007

Tableau N°	Désignation	Mise à Jour
13	Intoxications professionnelles par les dérivés nitrés et chloronitrés des hydrocarbures benzéniques	Mai 1996
14	Affections provoquées par les dérivés nitrés du phénol (dinitrophénols, dinitro-orthocrésols dinoseb), (leurs homologues et leurs sels), par le pentachlorophénol, les pentachlorophénates, (ses homologues et ses sels) et par les dérivés halogènes de l'hydroxybenzonitrile (bromoxylil, ioxynil)	Juillet 1987
15	Affections provoquées par les amines aromatiques, leurs sels et leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrosés, nitrés et sulfonés	Novembre 1995
15 bis	Affections de mécanisme allergique provoquées par les amines aromatiques, leurs sels, leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés, sulfonés et les produits qui en contiennent à l'état libre	Novembre 1995
15 ter	Lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques et leurs sels et la N-nitroso-dibutylamine et ses sels	Novembre 1995
16	Affections cutanées ou affections des muqueuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houilles (comprenant les fractions de distillation dites «phénoliques», «naphtaléniques», «acénaphténiques», «anthracéniques» et «chryséniques»), les brais de houille et les suies de combustion du charbon	Mai 1988
16 bis	Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille (comprenant les fractions de distillation dites phénoliques, naphtaléniques, acénaphténiques, anthracéniques et chryséniques), les brais de houille et les suies de combustion de charbon	Janvier 2009
18	Charbon (professionnel)	Mai 1988
19	Spirochétoses (à l'exception des tréponématoses)	Mai 1988
20	Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux	Juin 1985
20 bis	Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenical	Juillet 1987
20 ter	Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs renfermant des arseno-pyrites aurifères.	Mai 1997
21	Intoxication professionnelle par l'hydrogène arsénié	Septembre 1955
22	Sulfocarbonisme professionnel	Septembre 1955
23	Nystagmus professionnel	Juillet 1945
24	Brucelloses professionnelles	Janvier 1982
25	Affections consécutives à l'inhalation des poussières minérales renfermant de la silice cristalline (quartz, cristobalite, tridymite) des silicates cristallins (kaolin, talc), du graphite ou de la houille.	Mars 2003

Tableau N°	Désignation	Mise à Jour
26	Intoxication professionnelle par le bromure de méthyle	Septembre 1955
27	Intoxication professionnelle par le chlorure de méthyle	Septembre 1955
28	Ankylostomose professionnelle (anémie engendrée par l'ankylostome duodénal)	Février 1949
29	Lésions provoquées par des travaux effectués dans des milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique	Juin 1977
30	Affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante	Avril 2000
30 bis	Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante	Avril 2000
31	Maladies professionnelles engendrées par les aminoglycosides, notamment par la streptomycine, la néomycine et leurs sels	Février 1983
32	Affections professionnelles provoquées par le fluor, l'acide fluorhydrique et ses sels minéraux	Février 1983
33	Maladies professionnelles dues au béryllium et à ses composés	Février 1983
34	Affections provoquées par les phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organophosphorés, anticholinestérasiques ainsi que par les phosphoramides et carbamates, anticholinestérasiques	Septembre 1989
36	Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse	Mai 1988
36 bis	Affections cutanées concréteuses provoquées par les dérivés suivants du pétrole : extraits aromatiques, huiles minérales utilisées à haute température dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux, suies de combustion des produits pétroliers	Janvier 2009
37	Affections cutanées professionnelles causées par les oxydes et les sels de nickel	Janvier 1982
37 bis	Affections respiratoires (professionnelles) causées par les oxydes et les sels de nickel	Septembre 1989
37 ter	Cancers provoqués par les opérations de grillage des mattes de nickel	Juillet 1987
38	Maladies professionnelles engendrées par la chlorpromazine	Avril 1963
39	Maladies professionnelles engendrées par le bioxyde de manganèse	Janvier 1958
40	Affections dues aux bacilles tuberculeux et certaines mycobactéries atypiques	Juillet 1999
41	Maladies professionnelles engendrées par les pénicillines et leurs sels et les céphalosporines	Septembre 1989
42	Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels	Septembre 2003
43 bis	Affections professionnelles provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères	Janvier 2009

Tableau N°	Désignation	Mise à Jour
43 bis	Affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique	Janvier 2009
44	Affections consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées contenant des particules de fer ou d'oxyde de fer	Mars 2005
44 bis	Affections consécutives au travail au fond dans les mines de fer	Mars 2005
45	Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E	Juillet 1999
46	Atteintes auditives provoquées par les bruits lésionnels	Septembre 2006
46 bis	Mycoses cutanées (d'origine professionnelle)	Mai 1988
47	Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois	Février 2004
49	Affections provoquées par les amines aliphatiques et alicycliques	Janvier 1982
49 bis	Affections respiratoires provoquées par les amines aliphatiques, les ethanolamines ou l'isophoronediamine	Février 2003
50	Affections provoquées par la phénylhydrazine	Janvier 1982
51	Maladies professionnelles provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants	Août 2006
52	Affections consécutives aux opérations de polymérisation du chlorure de vinyle (durée d'exposition : six mois)	Juillet 1987
53	Affections dues aux rickettsies	Mai 1988
54	Poliomyélites	Novembre 1972
55	Affections professionnelles dues aux amibes	Juin 1984
56	Rage professionnelle	Novembre 1972
57	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail	Septembre 1991
58	Affections professionnelles provoquées par le travail à haute température	Novembre 1972
59	Intoxications professionnelles par l'hexane	Mars 1973
61	Maladies professionnelles provoquées par le cadmium et ses Composés	Mars 1973
61 bis	Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium	Décembre 2007
62	Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques	Août 2006
63	Affections professionnelles provoquées par les enzymes protéolytiques	Septembre 1989
64	Intoxication professionnelle par l'oxyde de carbone	Mai 1974
65	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	Janvier 1993
66	Affections respiratoires de mécanisme allergique	Janvier 1993
66 bis	Pneumopathies d'hypersensibilité	Février 2003

Tableau N°	Désignation	Mise à Jour
67	Lésions de la cloison nasale provoquées par les poussières de chlorure de potassium dans les mines de potasse et leurs dépendances	Avril 1980
68	Tularémie (professionnelle)	Mai 1988
69	Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes	Novembre 1995
70	Affections professionnelles provoquées par le cobalt et ses composés	Avril 2000
70 bis	Affections respiratoires dues aux poussières de carbures métalliques frittés ou fondus contenant du cobalt	Avril 2000
70 ter	Affections cancéreuses broncho-pulmonaires primitives causées par inhalation de poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage	Avril 2000
71	Affections oculaires dues au rayonnement thermique	Septembre 1982
71 bis	Affections oculaires dues au rayonnement thermique associé aux poussières	Septembre 1991
72	Maladies résultant de l'exposition aux dérivés nitrés des glycols et du glycérol	Février 1983
73	Maladies professionnelles causées par l'antimoine et ses dérivés	Février 1983
74	Affections professionnelles provoquées par le furfural et l'alcool furfurylique	Juin 1984
75	Affections professionnelles résultant de l'exposition au sélénium et à ses dérivés minéraux	Juin 1984
76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile	Février 1999
77	Périonyxis et onyxis (d'origine professionnelle)	Septembre 1989
78	Affections provoquées par le chlorure de sodium dans les mines de sel et leur dépendances	Novembre 1983
79	Lésions chroniques du ménisque	Septembre 1991
80	Kératoconjunctivites virales	Juin 1985
81	Affections malignes provoquées par le bis (chlorométhyle) éther	Juillet 1987
82	Affections provoquées par le méthacrylate de méthyle	Juillet 1987

Tableau N°	Désignation	Mise à Jour
83	Lésions provoquées par les travaux effectués dans un milieu où la pression est inférieure à la pression atmosphérique et soumise à variations	Juillet 1987
84	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel : Hydrocarbures liquides aliphatiques, alicycliques, hétérocycliques et aromatiques, et leurs mélanges (white spirit, essences spéciales) ; Dérivés nitrés des hydrocarbures aliphatiques ; Acétonitrile ; Alcools, aldéhydes, cétone, esters, éthers dont le tétrahydrofurane, glycols et leurs éthers ; Diméthyl-formamide, diméthylsulfoxyde	Mars 2007
85	Affection engendrée par l'un ou l'autre de ces produits : N-méthyl N'nitro N-nitrosoguanidine ; N-éthyl N'nitro N-nitrosoguanidine ; N-méthyl N-nitrosourée ; N-éthyl N-nitrosourée (Durée d'exposition : six mois)	Juillet 1987
86	Pasteurelloses	Mai 1988
87	Ornithose - Psittacose	Mai 1988
88	Rouget du porc (Erysipéloïde de Baker-Rosenbach)	Mai 1988
89	Affection provoquée par l'halothane	Septembre 1989
90	Affections respiratoires consécutives à l'inhalation de poussières textiles végétales	Septembre 1989
91	Broncopneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon	Octobre 2004
92	Infections professionnelles à streptococcus suis	Janvier 1995
93	Lésions chroniques du segment antérieur de l'oeil provoquées par l'exposition à des particules en circulation dans les puits de mine de charbon	Janvier 1995
94	Broncopneumopathie chronique obstructive du mineur de fer	Octobre 2005
95	Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex (ou caoutchouc naturel)	Mai 1997
96	Fièvres hémorragiques avec syndrome rénal dues aux agents infectieux du groupe hantavirus	Février 1999
97	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier	Février 1999
98	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes	Février 1999

L'ACCIDENT DE TRAJET

Le trajet

Constitue un accident de trajet l'accident survenu sur le trajet aller/retour entre :

- la résidence principale de l'intéressé, sa résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial ;

et

- le lieu de travail, ou le lieu où le salarié prend habituellement ses repas (restaurant d'entreprise, cantine).

Article L. 411-2 du Code de la Sécurité sociale

Ainsi, dès lors que l'accident s'est produit sur le trajet habituel domicile - lieu de travail, il est présumé être un accident de trajet. Il appartient donc à l'employeur ou à la caisse primaire d'assurance maladie de démontrer le contraire. Toutefois, pour être qualifié d'accident de trajet, l'accident doit avoir un lien avec l'exécution de la prestation de travail du salarié : celui-ci doit se rendre à son travail pour y exécuter sa prestation de travail ou en revenir alors qu'il y a travaillé. Le trajet doit avoir un lien direct et nécessaire avec le travail pour être pris en charge au titre de la législation sur les accidents de trajet.

Exemple

Le salarié qui regagne son domicile après sa journée de travail ne peut se prévaloir de la législation protectrice sur les accidents de trajet, dès lors qu'il a pénétré dans son domicile et que cet accident est survenu alors qu'il en était ressorti pour faire une course.

Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2003, n° 02-30.676

Le domicile

Le domicile du salarié est le point de départ ou le point d'arrivée du trajet protégé, dans le cadre des accidents de trajet. Néanmoins, un accident survenu dans le domicile du salarié ou dans son jardin, plus généralement dans ses parties privatives n'est pas un accident de trajet dans la mesure où il n'a pas lieu « entre » le domicile et le lieu de travail.

Cass. soc. 31 janvier 1991, n° 88-19.934

A l'inverse, l'accident survenu dans les parties communes de l'immeuble de résidence habituelle du salarié est considéré comme un accident de trajet puisque le salarié a quitté des parties privatives pour être dans les parties communes.

Cass. soc. 8 décembre 1982, n° 81-12.317

La résidence principale se confond très souvent avec le domicile. Par contre, il importe peu que le salarié soit propriétaire, locataire ou simple occupant.

Cass. soc. 17 juin 1965, n° 64-12.004

Résidence secondaire

En ce qui concerne la résidence secondaire, elle doit présenter un caractère de stabilité pour être valablement considérée comme l'une des extrémités du trajet protégé. Cette stabilité implique des séjours réguliers et fréquents. Peuvent être considérées comme une résidence secondaire :

- une chambre appartenant à des amis du salarié dans laquelle ce dernier se rend régulièrement du vendredi soir au lundi matin.

Cass. soc. 17 juin 1965, n° 64-12.004

- le domicile d'une concubine.

Cass. soc. 16 octobre 1980, n° 79-12.525

L'éloignement entre la résidence et le lieu de travail est sans effet sur la reconnaissance ou non d'un accident de trajet.

Cass. soc. 28 juin 1989, n° 86-18.907

Autres lieux où le salarié se rend de façon habituelle

En dehors de la résidence principale et de la résidence secondaire, certains autres lieux peuvent être protégés en matière d'accident du trajet. Il s'agit en principe les lieux où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial. Ce lieu est assimilé par la jurisprudence à une résidence principale ou secondaire.

Cass. A.P., 29 février 1968, n° 65-11.030

Toutefois, l'appréciation souveraine des juges du fond en la matière conduit parfois à des solutions plus moralisatrices que juridiques, voir étonnantes.

Exemples

N'est pas un accident de trajet l'accident survenu entre le lieu de travail et le domicile des parents de la victime, alors que celle-ci s'y rendait une à deux fois par semaine pour prodiguer des soins à son père malade.

Cass. soc. 11 juin 1998, n° 96-22.519

En revanche, est un accident de trajet, l'accident survenu à un salarié lors du trajet entre le lieu de travail et l'hôtel où il habite temporairement.

Cass. crim. 2 novembre 1971, n° 91-62.470

A l'inverse, n'est pas un accident de trajet, l'accident survenu entre le travail et la chambre d'une femme (sa maîtresse) chez laquelle l'assuré se rend une fois par semaine.

Cass. soc. 3 janvier 1958, n° 9.129

Le lieu de travail

Le lieu de travail est plus large que le bureau ou l'usine du salarié. Il est constitué de l'ensemble des lieux où l'employeur exerce son autorité. Le lieu de travail s'entend alors :

- des vestiaires et autres locaux accessoires.

Cass. soc. 20 novembre 1980, n° 79-12.454

- des voies d'accès à l'entreprise, entrées, sorties, escaliers.

Cass. soc. 3 mai 1979, n° 78-12.218

- du parking de l'entreprise et des voies de circulation.

Cass. soc. 22 mars 1983, n° 81-15.529

Cass. soc. 14 mars 1996, n° 94-10.430

- une cantine située dans l'enceinte de l'entreprise et gérée par l'employeur ou le comité d'entreprise.

Cass. soc. 11 juin 1970, n° 69-12.567

Cass. soc. 20 novembre 1980, n° 79-12.454

- une cantine interentreprises, gérée par une société indépendante, commune aux autres sociétés logées dans le même immeuble.

Cass. soc. 11 février 1981, n° 80-10.608

L'accident survenu dans les lieux où l'autorité de l'employeur s'exerce n'est pas un accident de trajet mais un accident de travail. Dès lors que le salarié a franchi les portes de l'entreprise, il s'agit d'un accident du travail et non d'un accident de trajet.

De même, les accidents survenus entre le domicile et le lieu occasionnel de travail ou de mission est un accident de travail et non de trajet.

Cass. civ. 2^e, 12 mai 2003, n° 01-20.968

La solution est identique lorsque l'accident a lieu entre le lieu de travail occasionnel et un lieu d'hébergement lui-même occasionnel dans la mesure où ce lieu occasionnel résulte d'une contrainte inhérente à l'emploi du salarié.

Cass. soc. 19 juillet 2001, n° 99-21.536

La cantine où le lieu de restauration habituelle

Lorsque le point de départ ou d'arrivée du trajet est le lieu où le salarié prend habituellement ses repas, l'accident est en principe considéré comme un accident de trajet.

Article L. 411-2 du Code de la Sécurité sociale

Si le lieu de restauration se situe dans l'enceinte de l'entreprise entendue au sens large, l'accident survenu entre le lieu de travail et le lieu de restauration n'est pas un accident de trajet mais un accident de travail dans la mesure où le salarié est encore dans un lieu où l'employeur exerce son autorité et sa surveillance.

Cass. soc. 11 juin 1970, n° 69-12.567

Afin d'être protégé, le salarié doit se rendre habituellement dans ce lieu pour y prendre un repas. Deux conditions cumulatives sont donc indispensables : l'habitude et la prise d'un repas.

Alors que l'accident survenu à un salarié pour prendre son repas dans un parc public est un accident de trajet dès lors que le salarié mange chaque jour dans ce parc, l'accident survenu au salarié sur le trajet pour se rendre au café où il va tous les midis pour prendre une boisson chaude n'est pas reconnu comme accident du trajet, faute de prise d'un repas.

Cass. soc. 8 novembre 1977, n° 76-14.668

Cass. soc. 17 juin 1970, n° 69-12.766

Malgré tout, la qualification d'accident de trajet est d'appréciation souveraine des juges du fond et à ce titre la Cour de Cassation n'opère aucun contrôle ni aucune régulation. Cette situation aboutie à un constat fâcheux, selon la caisse primaire d'assurance maladie ou le tribunal devant lequel l'assuré se trouve, une même situation pourra tantôt être reconnue comme accident de trajet, tantôt exclue.

Exemples

Des juges ont considéré qu'était un accident de trajet la chute du salarié entre le commerce où il avait l'habitude de se rendre pour acheter son repas et le local mis à disposition des salariés par l'employeur pour déjeuner.

Cass. soc. 16 mars 1995, n° 93-10.479

A l'inverse, dans des circonstances identiques, d'autres juges ont considéré qu'il ne pouvait y avoir accident de trajet.

Cass. soc. 23 mars 1995, n° 92-21.793

La Cour de cassation n'a pas jugé choquant de rendre deux décisions contradictoires à quelques jours d'intervalle. Il est certain que cette insécurité juridique n'est pas satisfaisante pour les victimes d'accidents ou les employeurs.

Accomplissement du trajet : le temps

L'accident de trajet suppose que le salarié soit dans ses horaires habituels de travail.

Ainsi, ne constituent pas des accidents de trajet :

- l'accident survenu au salarié qui a quitté son entreprise plus de 50 minutes après la fin de sa journée de travail.

Cass. soc. 17 mai 1972, n° 71-13.062

- l'accident survenu à un salarié qui est resté dans l'entreprise pour assister au pot de départ d'un collègue sachant qu'aucune obligation particulière de présence ne pesait sur lui.

CA Paris, 6 janvier 1997, CPAM de l'Essonne contre Rémy

Parfois, le salarié est obligé de prévoir une marge de sécurité lorsqu'il se rend à son travail, pour tenir compte des conditions de circulation. Cette prudence n'est pas de nature à exclure le salarié de la protection au titre des accidents du trajet s'il est démontré en pratique que le salarié n'est pas responsable de cet allongement. Cette démonstration se fait « in concreto » en fonction des conditions réelles de circulation, et non en fonction d'une durée moyenne. Il en est de même en cas de modifications liées aux modes de transport. Si le salarié démontre qu'il n'a pas eu le choix que d'emprunter un trajet différent ou un mode de transport différent, il ne perd pas sa protection au titre des accidents du trajet. Cela peut être le cas si la route habituelle est en travaux, qu'il existe de très nombreux encombrements sur le trajet habituel liés, par exemple, à un accident ou encore si les lignes habituelles de transport en commun sont en panne ou en grève et ne fonctionnent pas.

CA Paris, 24 octobre 1994

Le cas particulier du covoiturage mérite attention. En effet, pour la Cour de cassation, tout dépend du motif du covoiturage. La Cour considère que le trajet n'est plus nécessairement le plus direct si le covoiturage est régulier et lié au travail. Il est donc possible d'effectuer du covoiturage entre collègues et être protégé du moment que cette pratique est habituelle. En revanche, si le motif est personnel (exemple : déposer son conjoint au travail ou à la gare), la législation sur les accidents de trajet n'est pas applicable.

Cass. soc. 8 janvier 1975, n° 74-10.237

Détours et interruptions

Le régime des accidents de trajet est en principe suspendu pendant son interruption ou un détour dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante.

Article L. 411-2 du Code de la Sécurité sociale

Demeure toujours un accident de trajet celui qui s'est produit sur le trajet domicile/travail avant l'interruption de trajet ou le détour. Après l'interruption de trajet ou pendant le détour, l'accident peut être qualifié d'accident de trajet si et seulement si l'interruption de trajet ou le détour :

- n'a pas pour effet d'allonger de manière excessive la durée du trajet ;

et

- est lié aux nécessités essentielles de la vie courante.

Attention, l'accident doit malgré tout avoir lieu sur le trajet, aussi pendant l'interruption de trajet, même dictée par les nécessités de la vie courante, il ne peut en principe y avoir accident de trajet. Il faut, de plus, que ce détour ou cette interruption n'allonge pas de manière excessive la durée normale du trajet.

Exemple

Ne caractérise pas un accident de trajet la chute survenue dans l'enceinte de l'école où le salarié dépose son enfant chaque matin avant de se rendre à son travail.

Cass. soc. 28 juin 1989, n° 86-18.812

A l'inverse, l'accident lié à un arrêt pour acheter du pain ou un journal sur le trajet de retour est en principe constitutif d'un accident de trajet.

Cass. soc. 10 février 1994, n° 91-21.049

Cass. soc. 3 juin 1982, n° 81-11.411

D'apparence simple, la qualification de « nécessité essentielle de la vie courante » est pourtant très complexe puisqu'elle repose sur l'interprétation souveraine des juges du fond. A ce titre, un même accident pourra ou non être qualifié d'accident de trajet suivant les juges amenés à prendre la décision.

Ainsi l'achat de médicaments peut ou non être qualifié d'acte essentiel de la vie courante.

- dans un sens positif.

Cass. soc. 5 juillet 1966

- dans un sens négatif.

Cass. soc. 17 novembre 1977, n° 76-13.835

Il en est de même pour poster du courrier.

- dans un sens positif.

Cass. soc. 28 octobre 1975

- dans un sens négatif.

Cass. soc. 8 novembre 1972, n° 71-12.313

Ou encore pour se rendre chez le médecin.

- dans un sens positif.

Cass. soc. 19 mars 1986, n° 84-14.406

- dans un sens négatif.

Cass. soc. 30 avril 1997, n° 95-18.025

PROTECTION SOCIALE

L'ACCIDENT DE TRAVAIL

Déclaration de l'accident par la victime

La victime d'un accident de travail doit, dans la journée où l'accident s'est produit, ou au plus tard, dans les 24 heures, sauf cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer l'employeur ou l'un de ses préposés. En principe, la déclaration doit être envoyée par lettre recommandée si elle n'est pas faite à l'employeur ou à son préposé sur le lieu de l'accident.

Articles L. 441-1 et R. 441-2 du Code de la Sécurité sociale

Rôle du médecin

Le médecin qui constate les lésions de l'assuré établit, en double exemplaire, un certificat appelé « certificat médical initial » indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles. Il indique aussi la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime.

Il est donc important, lorsque le médecin délivre la totalité du certificat au salarié, de lui indiquer qu'il doit en adresser un exemplaire à sa caisse primaire d'assurance maladie. 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 certificat.

Article L. 441-6 du Code de la Sécurité sociale

Certificat médical

Le modèle de certificat médical est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/certificat-medical.pdf

Déclaration de l'accident et obligations de l'employeur

Avant même la déclaration « accident du travail », l'employeur est tenu de délivrer au salarié la feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Cette feuille dispensera le salarié de faire l'avance de fonds pour les soins liés au dit accident. Cette feuille est à conserver par le salarié et à présenter systématiquement aux praticiens qui lui dispensent des soins. Grâce à cette feuille, le salarié bénéficiera du tiers payant et de la gratuité des soins, mais attention, uniquement dans la limite des tarifs conventionnels.

Si jamais la feuille délivrée est entièrement complétée, il appartient au salarié d'en demander une nouvelle directement à sa caisse de Sécurité sociale en remplissant la dernière partie de la première page « demande de renouvellement ».

Tout praticien, tout auxiliaire médical, appelé à donner des soins, mentionne sur cette feuille d'accident, les actes accomplis et appose sa signature. Il en est de même pour le pharmacien ou le fournisseur lors de toute fourniture, pour l'établissement hospitalier dans le cas d'une hospitalisation. Le praticien, auxiliaire médical, pharmacien, fournisseur ou établissement hospitalier utilise la partie de la feuille d'accident qui lui est destinée pour établir sa note d'honoraires ou sa facture ou bien, reproduit sur cette note les mentions figurant sur ladite feuille en ce qui concerne, notamment, les nom, prénoms, adresse, numéro d'immatriculation de la victime, désignation de l'employeur, date de l'accident, ainsi que toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler. La note d'honoraires ou la facture est adressée, selon le cas, soit à la caisse primaire d'assurance maladie, soit à l'établissement, service ou entreprise autorisé à gérer les risques accidents du travail, tels qu'ils sont désignés sur la feuille d'accident présentée par la victime.

Article R. 441-9 du Code de la Sécurité sociale

Feuille de soins

Le modèle de feuille de soins est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa11383-02.pdf

Délais de déclaration et formalisme

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 victime. La déclaration de l'employeur ou de l'un de ses préposés doit être faite par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans les 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés. Il est aussi possible de faire cette déclaration via le site internet « Net entreprises » (www.net-entreprises.fr). Ce service est gratuit, et une fois la déclaration effectuée, l'employeur reçoit un avis de dépôt et un accusé de réception par la CPAM.

Articles L. 441-2 et R. 441-3 du Code de la Sécurité sociale

Si l'employeur ne respecte pas le délai de 48 heures, la caisse primaire d'assurance maladie est en droit de lui demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident. Il est donc essentiel de respecter ce délai.

Article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale

Toutefois, ce délai ne vaut que lorsque l'employeur peut effectivement avoir connaissance de l'accident dans les délais qui lui sont impartis. C'est pourquoi, un employeur qui a eu connaissance d'un accident survenu à la sortie du travail le jour où l'entreprise fermait ses portes pour ses congés annuels, ne peut être condamné à rembourser les prestations en nature pour déclaration tardive de l'accident de travail, faute d'avoir pu en avoir connaissance dans les délais imposés par la Sécurité sociale.

Cass. soc. 4 novembre 2003, n° 02.30319

A l'inverse, un salarié ne saurait être débouté de sa demande de condamnation de l'entreprise à lui payer des dommages-intérêts pour défaut de déclaration de son accident dans le délai requis, dans la mesure où il a été victime d'une lésion corporelle survenue au temps et lieu de travail, immédiatement portée à la connaissance de son employeur, de sorte que ce dernier devait, quelle que soit son opinion sur les causes de l'accident, en faire la déclaration et que son omission fautive a privé la victime d'une chance de se voir reconnaître le bénéfice des prestations prévues par la législation professionnelle. Il importe peu que le salarié n'ait pas fait usage, dans le délai légal, de la faculté qui lui était offerte d'effectuer lui-même la déclaration à la caisse.

Cass. soc. 15 novembre 2001, n° 99-21.638

Déclaration accident de travail

Le modèle de déclaration accident de travail est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa11138-02.pdf

Remplissage de la déclaration accident de travail

Le délai imparti à l'employeur pour déclarer l'accident commence à courir uniquement au jour où il en a été informé par la victime. C'est pourquoi le remplissage de la déclaration est particulièrement important et ne doit pas être laissé au hasard.

Dans la partie accident, il est très important de relater les faits tels que décrit par le salarié. L'emploi du discours rapporté semble particulièrement indiqué, de même que le fait de parler du ou de la salarié(e) et non de victime. Quant aux blessures, il paraît opportun d'utiliser le conditionnel. S'il n'y a pas de témoins, l'accident n'est pas « constaté » mais « connu », la case réservée à cet effet doit donc être cochée. Cette case est particulièrement importante aussi lorsque le salarié n'a pas déclaré son accident à l'employeur dans les 24 heures afin de préciser à la caisse que l'employeur est toujours dans les délais impartis compte tenu de la date de déclaration faite par le salarié. Si l'accident est totalement relaté par la victime, la case « décrit par la victime » s'impose. En tout état de cause, l'employeur n'est pas médecin et il se doit de relater les faits avec le plus d'objectivité possible. S'il a le moindre doute sur le caractère professionnel de l'accident, il émettra alors des « réserves motivées ».

Parfois l'accident initial ne donne pas lieu à des soins, ni à des consultations médicales. Ainsi lorsque cet accident est bénin, l'employeur peut parfois être exonéré d'établir cette déclaration accident du travail, encore faut-il qu'il possède un registre des accidents bénins où il inscrira malgré tout ce dernier.

Registre des accidents bénins

La caisse régionale (CARSAT) peut autoriser un employeur à remplacer la déclaration des accidents n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux par une inscription sur un registre ouvert à cet effet. L'employeur est tenu d'en aviser le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Ce registre est tenu à la disposition des agents de contrôle des caisses, de l'autorité compétente de l'État et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Lorsqu'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 la déclaration accident du travail.

Articles L. 441-4 et D. 441-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

L'autorisation de tenue d'un registre de déclaration d'accidents du travail peut être accordée à l'employeur, sur sa demande, par la caisse régionale d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement lorsque celui-ci répond aux conditions suivantes :

- présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'État, ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise détentrice d'un diplôme national de secouriste complété par le diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré par l'Institut National de recherche et de sécurité ou les caisses régionales d'assurance maladie ;
- existence d'un poste de secours d'urgence ;
- respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par les articles L. 4611-1 et suivants du Code du travail.

La caisse régionale avise la caisse primaire de l'autorisation qu'elle a accordée. En cas de refus de l'autorisation, la caisse régionale notifie sa décision motivée à l'employeur. Le registre est délivré après enquête par la caisse régionale d'assurance maladie. Toutefois, il demeure la propriété de ladite caisse. L'employeur envoie le registre à la fin de chaque année civile, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à la caisse régionale d'assurance maladie. Il peut en obtenir la communication.

L'employeur inscrit sur le registre, dans les 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés, les accidents de 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 sociale. 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 travail. La victime signe le registre en face des indications portées par l'employeur. Le médecin du travail peut consulter le registre s'il le souhaite.

La caisse régionale d'assurance maladie peut décider le retrait de l'autorisation de tenue d'un registre si elle constate l'un des événements suivants :

- tenue incorrecte du registre ;
- disparition des conditions d'octroi ;
- refus de présentation du registre :
 - aux agents de contrôle des caisses primaires et régionales d'assurance maladie, aux agents de l'inspection du travail,
 - à la victime d'un accident consigné au registre,
 - au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut de l'existence de ce dernier,
 - aux délégués du personnel.

La caisse régionale notifie à l'employeur sa décision motivée de retrait de l'autorisation. Dans ce cas, l'intégralité des accidents bénins ou pas doit être déclarée à la caisse, dans les conditions habituelles.

Les réserves motivées de l'employeur

Sur la déclaration d'accident de travail, l'employeur reporte uniquement les faits tels qu'ils lui sont relatés par la ou les victimes. Mais s'il doute de la version qui lui est fournie alors il peut émettre des réserves. Ces réserves obligent la caisse à adresser au minimum un questionnaire à la victime et à l'employeur sur les circonstances ou la cause de l'accident de travail. La caisse peut aussi choisir de procéder à une enquête auprès des intéressés. Cette enquête est obligatoire en cas de décès du salarié. Pendant longtemps, les réserves devaient être émises avant la prise de décision de la caisse quand bien même l'employeur ne connaissait pas le délai dont il disposait vu qu'il ignorait le moment de prise de décision de la caisse. Désormais, la caisse précise à l'employeur le moment de sa décision, ce qui lui permet de réagir plus efficacement. En contrepartie, si l'employeur émet des réserves, il doit les motiver.

Article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009

Ce décret entérine une solution jurisprudentielle qui affirmait que les réserves de l'employeur ne peuvent porter que sur les circonstances de temps ou de lieu de l'accident ou encore sur la survenance d'une cause totalement étrangère au travail.

Cass. civ 2^e, 11 juin 2009, n° 08-11.029

Le décret indique que l'employeur peut émettre des réserves motivées en cas d'accident de travail ou de rechute. L'employeur devient alors « médecin » puisqu'il doit apprécier en toute conscience la rechute. L'émission de réserves inadéquates équivaut à une absence de réserve et la caisse n'est plus tenue de diligenter une enquête ou d'envoyer un questionnaire. Il est fort probable que les prochaines années voient naître un florissant contentieux des réserves « motivées ». L'essentiel pour l'employeur est de motiver ses réserves et de les motiver de manière adéquate. Il ne peut donc mettre la seule mention « réserve » comme auparavant, il se doit d'aller plus loin. Ainsi, l'employeur a plusieurs possibilités :

- contester le temps de travail : le salarié a bien eu cet accident dans les locaux mais il n'était pas censé être là à ce moment là (RTT, Congés payés, horaires inadéquats ...) ;

- contester le lieu de travail : le salarié a bien eu cet accident mais il n'était pas encore dans les locaux (cantine extérieure, accident de trajet, lieu sans aucun lien avec le travail) ;
- contester la cause : il était au travail mais son accident n'a aucun lien avec le travail.

L'employeur en devant motiver ses réserves est obligé de se livrer à une analyse poussée des circonstances de l'accident s'il entend le contester. La motivation est la clef de voute de son succès.

Exemple de lettre de « réserves motivées »

CPAM de « ... » A l'attention de « interlocuteur du dossier » Service Accident du travail	Fait à « ... », le « ... »
Envoi en LRAR, n° « ... »	
Objet : accident de Monsieur ou Madame « ... » intervenu le « ... »	
Références : Numéro Sécurité sociale : « ... » Dossier n° « voir courrier CPAM » Société « ... »	
Motif : réserves motivées suite à l'accident cité en référence	
Madame, Monsieur, Veuillez trouver ci-joint une déclaration d'accident de travail pour Monsieur (ou madame) « ... ». Conformément aux dispositions des articles L. 441-2 et R. 441-3 du Code de Sécurité sociale, nous vous informons <u>émettre des réserves</u> sur le caractère professionnel de l'accident pour les raisons suivantes :	
<i>Pour rappel les réserves doivent porter sur : les circonstances de temps, de lieu ou d'une cause totalement étrangère au travail. La motivation peut aussi porter sur des éléments factuels ou sur des points médicaux (sous réserve d'avoir les éléments de preuve)</i>	
<i>Illustrations :</i> <i>Pas de lien de cause à effet entre le fait accidentel et la nature des blessures : incohérence entre la pathologie et le fait accidentel invoqué</i> <i>L'accident s'est produit hors temps et lieu de travail (en dehors des horaires ou sur un poste différent)</i> <i>Absence de témoins prouvant les dires du salarié</i> <i>Déclaration tardive de la victime alors qu'il avait les moyens de le faire avant</i> <i>Constataction médicale tardive des lésions (démontrant peut-être une absence de cause à effet)</i> <i>La victime s'est soustraite à la subordination de l'employeur (prouver la sanction)</i> <i>Absence de fait soudain</i> <i>Les lésions décrites par la victime s'apparentent à une maladie avec apparition progressive des lésions</i> <i>Présence d'un tiers responsable</i> ...	
Nous vous remercions par avance de prendre en considération ces informations et dans l'attente de votre décision, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.	
Signature de la personne pénalement responsable	
PJ : Déclaration AT et tout autre document à l'appui des dires	

Attestation de salaire accident du travail

L'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire d'assurance maladie, en même temps que la déclaration d'accident ou au moment de l'arrêt du travail, si celui-ci est postérieur, une attestation indiquant la période du travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les paies concernées, le montant et la date de ces paies. La caisse primaire peut aussi demander à l'employeur et à la victime ou à ses ayants droit tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

Article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale

Le modèle d'attestation de salaire accident de travail est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa11137-02.pdf

Il est très important de savoir remplir l'attestation de salaire accident de travail car du bon remplissage de cette attestation dépend la valeur des indemnités journalières de Sécurité sociale servie au salarié et par conséquent le complément employeur afférent s'il y a lieu.

Aussi, la colonne B « rappels de salaire » ne doit pas rester vierge si le salarié perçoit des éléments variables. Toutes les primes, majorations et indemnités cotisables à périodicité différente que mensuelle doivent y figurer avec leur périodicité.

Procédure de reconnaissance du caractère professionnel par la caisse primaire

Les informations dont dispose l'employeur

La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de procéder à une information de la victime ou de ses ayants droit ainsi que de l'employeur avant de prendre sa décision dès lors qu'elle procède à une enquête ou à l'envoi d'un questionnaire, que ce soit à la suite des réserves motivées de l'employeur, en cas de décès de la victime ou si la caisse l'estime nécessaire. Il y a par conséquent lieu de communiquer à la victime ou ses ayants droit et à l'employeur, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, au moins 10 jours francs avant la prise de décision, l'information sur les éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief, ainsi que sur la possibilité de consulter le dossier mentionné à l'article R. 441-13 du Code de la Sécurité sociale.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

Pour l'histoire, trois arrêts de la Cour d'Appel d'Amiens avaient déclaré inopposables à l'employeur des décisions de reconnaissance de maladies professionnelles. Dans ces arrêts, la CPAM de la Somme reprochait à la Cour d'Appel, alors que l'employeur n'avait pas sollicité la communication du dossier qu'elle avait constitué, d'avoir considéré qu'elle avait failli à son obligation d'information en ne transmettant pas à l'employeur divers éléments "susceptibles de lui faire grief" avant sa prise de décision. La CPAM en déduisait, pour le contester, que cela lui faisait obligation, indirectement, de transmettre "spontanément" à l'employeur les éléments du dossier constitué. La deuxième Chambre Civile approuva la Cour d'Appel.

Cass. civ. 2^e, 13 mai 2003, n° 02-30.234, n° 02-30.236, n° 02-30.237

Il faut déduire de ces arrêts que la caisse doit, réserves de l'employeur ou non, transmettre spontanément à ce dernier les éléments qui lui sont défavorables et lui font donc grief. La communication spontanée, à l'employeur, d'une copie du dossier constitué par la caisse, avant prise de décision, répond ainsi parfaitement à l'obligation d'information de l'article R. 441-11.

Cass. civ. 2^e, 13 décembre 2005, n° 05-12284

La réforme de la procédure d'instruction permet de trancher et d'expliciter cette jurisprudence. La caisse doit communiquer l'information sur les éléments recueillis susceptibles de faire grief à l'employeur. Il n'y a donc pas d'obligation pour la caisse de transmettre « *in extenso* » tous les documents mais bien d'indiquer à l'employeur qu'ils existent et qu'il peut les consulter. La caisse doit, avant décision, soit communiquer spontanément à l'employeur la copie intégrale du dossier, soit l'informer (dans la lettre de clôture) de la liste des pièces présentes, et plus particulièrement énoncer précisément celles qui lui sont défavorables. A défaut d'information, l'employeur pourra toujours invoquer devant les tribunaux le vice de procédure en résultant.

Réception des décisions

Désormais l'employeur est destinataire de l'ensemble des décisions de la caisse qu'elles lui fassent grief ou pas, y compris en cas de rente incapacité permanente partielle. L'employeur qui reçoit la lettre de clôture d'instruction, sans précision sur la présence d'éventuels éléments lui faisant grief, peut estimer que le dossier de la caisse n'en comporte pas. Dès lors, il ne peut lui être reproché de n'avoir pas fait la démarche de consulter le dossier. Il peut, en effet, y voir le fait que la Caisse ne dispose d'aucun document dont il n'ait déjà connaissance.

Les reconnaissances implicites

Par reconnaissance implicite, il faut entendre, selon la CNAMTS (circ. du 19 juin 2001), les « cas de prise en charge d'emblée » où, ni la victime, ni l'employeur, ni la Caisse n'ont a priori de réserves ni d'interrogation à émettre sur les faits tels qu'ils ressortent de la « déclaration et du certificat médical ». Il ne s'agit pas de la reconnaissance "automatique" pour défaut de réponses dans les délais. Toutefois, cette interprétation n'est pas celle de la deuxième Chambre Civile, qui qualifie de reconnaissance implicite l'absence « de décision expresse dans le délai d'un mois ».

Cass. civ. 2^e, 16 décembre 2003, n° 02-30788

Cass. civ. 2^e, 16 novembre 2004, n° 03-30498

La deuxième Chambre Civile a confirmé, qu'en l'absence de procédure d'instruction, la CPAM n'avait aucune obligation d'information de l'employeur. En fait, la deuxième Chambre Civile vérifie si la Caisse n'a pris sa décision qu'au vu des seuls éléments également connus de l'employeur et approuve une Cour d'Appel décidant que la CPAM n'était pas tenue à l'obligation d'information, car elle « ... avait pris sa décision, sans se fonder sur aucun document qui n'ait été connu de l'employeur... ».

Cass. civ. 2^e, 15 juin 2004, n° 02-31108

Dans une autre décision, la Cour a noté que « la Caisse Primaire d'Assurance Maladie avait pris sa décision au vu de la seule déclaration d'accident de travail transmise sans réserve par l'employeur, sans procéder à une mesure d'instruction... » et, en conséquence, « ...que cet organisme n'était pas tenu d'assurer l'information préalable de l'employeur... ».

Cass. civ. 2^e, 29 juin 2004, n° 02-31152

La nouvelle rédaction de l'article R. 441-10 du Code de la Sécurité sociale met un frein sérieux au système des reconnaissances implicites telles que définie par la Cour de cassation puisque la caisse ne commencera son instruction qu'à compter de la réception du certificat médical initial et de la déclaration accident du travail. Seule la réunion de ces deux éléments va conduire la caisse à vérifier le bien fondé du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. En attendant, elle indemniser le salarié en maladie, et dans un délai de 2 ans, si elle ne reçoit pas les deux documents, elle clôturera définitivement le dossier. Il apparaît donc opportun pour les employeurs pratiquant un maintien de salaire de communiquer en amont là-dessus. En effet faute de communication, le salarié peut oublier d'envoyer son certificat médical initial et ainsi gonfler inconsciemment le complément de salaire à la charge de l'employeur. Il n'est pas inutile de rappeler au salarié que le praticien de santé à la charge effective, en principe, de l'envoi de ce document à la caisse primaire.

L'instruction du dossier par la caisse

La caisse dispose d'un certain délai pour statuer. En matière d'accident du travail, la caisse dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration accident du travail et le certificat médical initial pour prendre sa décision.

Article R.441-10 du Code de la Sécurité sociale

Avant la réforme, à défaut de décision ou de demande de délais supplémentaires, le caractère professionnel était implicitement reconnu. De ce fait les caisses avaient tendance à notifier un refus pour éviter la reconnaissance implicite. En effet, le texte du code de la Sécurité sociale précisait que les délais commençait à courir à compter de la date où la caisse avait eu connaissance de l'accident du travail. En pratique il s'agissait de la réception par la caisse primaire de la déclaration accident du travail.

Aujourd'hui, il n'y a plus d'instruction de la caisse, c'est-à-dire que le délai ne courra pas tant qu'elle n'aura pas reçu les deux documents précédents (certificat médical initial et déclaration accident du travail). Le certificat médical initial étant une pièce essentielle pour la prise de décision, son absence ne fait pas courir les délais d'instruction. Aussi, les victimes, si elles veulent se prévaloir de la reconnaissance implicite devront prouver par tout moyen la date de réception du certificat médical initial par la caisse. En pratique, il est alors préférable d'envoyer ce certificat en lettre recommandée avec accusé de réception ou de le remettre au guichet contre décharge. Il convient de rappeler qu'à défaut de réception d'un des deux documents par la caisse primaire, le dossier sera classé sans suite dans un délai de deux ans.

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 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 est reconnu.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

Les obligations d'informations de la caisse

L'ancien texte imposait à la caisse d'informer l'employeur de la fin de la procédure d'instruction et des points susceptibles de lui faire grief et ce avant sa prise de décision. Seulement cette mesure n'était pas systématiquement appliquée et surtout les informations n'étaient pas identifiables dans le temps. C'est pourquoi lorsque l'employeur n'avait pas reçu cette information (ou indiquait ne pas l'avoir reçu), il se prévalait de l'inopposabilité à son égard de la décision de la caisse. Désormais cette obligation d'information s'impose lorsque la caisse a adressé à l'employeur et à la victime un questionnaire ou a procédé à une enquête auprès des intéressés. Ce faisant, là encore le décret reprend une jurisprudence établie qui indique que lorsque la caisse a recueilli des éléments susceptibles de faire grief à l'employeur qu'elle doit l'informer avant sa prise de décision.

Cass. soc. 19 décembre 2002, n° 01-19.052, n° 01-20.384, n° 00-21.112, n° 01-20.938, n° 01-20.913, n° 01-20.383, n° 01-20.979

Une question reste toutefois en suspens : que se passe-t-il si la caisse se contente de recueillir l'avis du médecin conseil ? Est-ce considéré comme une démarche faisant « grief » à l'employeur ? Si oui, la caisse doit en informer l'employeur, autrement, elle n'en a pas l'obligation. Néanmoins à la lecture stricte du nouvel article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale il est possible de répondre par la négative. En effet, l'avis du médecin conseil même s'il peut faire grief à l'employeur n'est pas en soi une enquête ou un questionnaire.

Cette information de la caisse doit être faite au minimum 10 jours francs avant sa prise de décision. Le point de départ du délai se situe le lendemain de la notification. Les jours sont entiers et décomptés de 0 h à 24 h. Si ce délai expire un dimanche ou un jour férié, il est reporté de 24 heures.

Cette fixation de délai permet de mettre fin aux divergences jurisprudentielles en la matière (certains tribunaux n'acceptaient pas un délai de 8 jours quand d'autres acceptaient plus de 10 jours). Bien qu'il soit court, l'employeur doit l'intégrer dans sa gestion car passé ce délai, il ne peut plus avoir accès au dossier, la caisse ayant pris sa décision. De même, il est trop tard pour émettre des réserves.

Cette information se fait par tous moyens dès lors qu'il est possible de déterminer avec certitude la date à laquelle l'employeur a eu l'information. En pratique il semble souhaitable de passer par une lettre recommandée avec accusé de réception, une télécopie, un courrier accusant réception ou encore un mail permettant d'établir avec certitude la date.

Les éléments faisant griefs

Il paraît clair que « les éléments susceptibles de faire grief à l'employeur » sont ceux qui lui sont défavorables, c'est-à-dire tous ceux qui vont dans le sens de la reconnaissance. C'est le sens de plusieurs décisions de principe qui jugent que la Caisse « ...avant de se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, doit informer l'employeur de la fin de l'instruction et des éléments recueillis qui lui sont défavorables... ».

Cass. civ. 2^e, 18 janvier 2005, n° 03-30502

Cass. civ. 2^e, 22 février 2005, n° 03-30308

Cass. civ. 2^e, 22 mars 2005, n° 03-30682

En fait, la Cour utilise indifféremment les termes « *éléments défavorables* » ou « *éléments qui font grief* ». Enfin, l'utilisation de l'adjectif « *susceptible* » ne laisse que peu de latitude à la caisse. Il faut en conclure que la caisse doit communiquer à l'employeur tous les éléments dont elle dispose. Une autre analyse laisserait à la CPAM le choix d'apprécier si l'élément fait grief ou non à l'employeur, ce qui ne paraît pas concevable. Parmi les documents susceptibles de faire grief à l'employeur et qui doivent donc lui être communiqués par la Caisse et qui, en tout état de cause, font partie du dossier constitué par elle selon les dispositions de l'article R. 411-13, figurent nécessairement les documents médicaux. Ces documents ont-ils, de part la qualité de leur rédacteur, un statut spécial ?

Les lésions ou les pathologies portées à la connaissance de la Caisse, par le certificat médical initial, constituent indiscutablement un élément fondamental de la décision de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. Ainsi, le gestionnaire de la caisse primaire qui reçoit un certificat médical inexploitable le retourne au médecin signataire. En outre, il « vérifie la cohérence entre le siège des lésions indiqué sur la déclaration accident du travail, les circonstances de cet accident et les lésions décrites sur le certificat médical initial ». Enfin, si le gestionnaire note des discordances, il interroge le médecin-conseil sur l'imputabilité des lésions à l'accident.

Charte des accidents de travail et des maladies professionnelles, DRP/ENSM, février 2001

Le secret médical n'est donc pas opposable à l'employeur, ni par la caisse, ni par son service médical, au cours de la procédure de reconnaissance du caractère professionnel des accidents du travail. Bien entendu, les éléments concernant la santé du salarié, étrangers à l'accident, ne sont pas concernés par cette dérogation. Il appartient aux médecins traitants et aux médecins-conseils d'être vigilants. Au regard de cette possibilité et eu égard à l'importance procédurale de ces pièces, il paraît judicieux que l'employeur mandate un médecin expert en matière de Sécurité sociale, aux fins d'étudier sur place ou après transmission, le dossier constitué par la caisse primaire d'assurance maladie.

Le respect du contradictoire

Il y a lieu de communiquer à la victime et à l'employeur par tout moyen permettant de déterminer la date de réception (preuve à la charge de la CPAM), au moins 10 jours francs (jour entier de 0 à 24 h sans les dimanches et les fériés) avant la prise de décision, l'information sur les éléments recueillis susceptibles de leur faire grief ainsi que la possibilité de consulter le dossier d'instruction qui comprend :

- la déclaration d'accident et l'attestation de salaire ;
- les divers certificats médicaux ;
- les constats faits par la caisse primaire ;
- les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 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 peut être communiqué à un tiers uniquement sur demande de l'autorité judiciaire.

Contestations, enquêtes, expertises

L'expertise est pratiquée soit à la demande de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, soit à l'initiative de la caisse primaire ou de la caisse régionale d'assurance-maladie. La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale. La caisse doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est saisie porte sur une question d'ordre médical. En matière d'assurance-maladie et d'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contestations relatives à l'état du malade ou à sa prise en charge thérapeutique s'entendent également des contestations concernant les affections de longue durée et de celles relatives aux affections relevant du protocole de soins. L'expertise est effectuée à la demande de l'assuré ou de la caisse. Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée. Le malade ou 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. En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent :

- soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical ;
- soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime ;
- soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Article R. 141-2 du Code de la Sécurité sociale

La notification des décisions

Les décisions d'acceptation ou de rejet prises par la caisse sur le caractère professionnel d'un accident, d'une rechute ou d'une incapacité permanente partielle, doivent être notifiées à la victime ou à ses ayants droit sous pli recommandé avec accusé de réception. A l'inverse pour l'employeur, aucune obligation formelle de notification n'était imposée à la caisse si ce n'est la copie de la décision de rejet par lettre simple. Du fait de cette absence de notification, aucun délai de prescription ne courrait à l'encontre de l'employeur pour lui permettre de remettre en cause le caractère professionnel de l'accident. Il pouvait donc contester la décision à tout moment quand bien même la victime bénéficiait de droits acquis. De ce fait, une pratique s'est développée et la contestation se faisait au moment de la réception du compte employeur et particulièrement du taux accident du travail. Toutefois, le taux accident du travail se calcule sur une période triennale et, en pratique, il faut attendre plusieurs années par rapport à la date du sinistre pour en mesurer les conséquences financières réelles. Ce décalage dans le temps donne une approche exclusivement financière de la gestion du risque professionnel, à l'exclusion des mesures de prévention.

En obligeant la caisse à notifier à l'ensemble des protagonistes toutes ses décisions concernant le caractère professionnel d'un accident du travail, qu'elles fassent grief ou pas (reconnaissance comme rejet), l'employeur se trouve obliger de se réapproprier la gestion du risque accident du travail, maladie professionnelle. Il en est de même concernant l'attribution d'un taux d'incapacité partielle permanente avec mention obligatoire des délais et voies de recours.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

Les délais de contestation

L'employeur en tant que destinataire de la décision de la caisse sera soumis aux délais légaux pour contester le caractère professionnel de l'accident. Ce délai est de 2 mois suivant la notification.

De ce fait tout recours formé par l'employeur au-delà du délai de 2 mois suivant la notification sera forclos et la décision de la caisse deviendra définitive à son égard. L'employeur, s'il veut mesurer et limiter l'impact des accidents du travail doit désormais s'intéresser de près et immédiatement au sinistre, recueillir rapidement tous les éléments portant sur les circonstances de l'accident. Il n'a désormais que 2 mois pour s'interroger sur le bien fondé de la décision de la caisse.

Les effets de la contestation

Le principe d'indépendance des décisions suppose que le recours de la victime n'a pas d'impact sur la décision vis-à-vis de l'employeur et vice versa. Le décret va jusqu'à isoler les recours victime/employeur et employeur/caisse. En notifiant les décisions de rejet aux employeurs, cette décision a, de ce fait, un caractère définitif pour lui. Le recours ultérieur de la victime sera sans effet sur son taux accident du travail. Les caisses n'ont plus aucun intérêt à appeler les employeurs dans la cause puisque la décision du tribunal ne pourra leur devenir opposable. Quant aux victimes, elles n'ont plus à affronter leur employeur dans leurs recours.

■ en cas de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident du travail

Cette décision fait grief à l'employeur : c'est donc à lui qu'il faut adresser la notification (ayant date certaine) avec indication des délais et voies de recours. Une lettre simple suffit pour la victime (qui reçoit quand même la notification). Si l'employeur exerce un recours dans le délai imparti et si jamais il obtient gain de cause alors le caractère professionnel demeure acquis pour la victime mais est supprimé pour l'employeur.

■ en cas de refus de reconnaissance

Cette décision fait grief à la victime : c'est donc à elle qu'il faut adresser la notification (ayant date certaine) avec indication des délais et voies de recours. Une lettre simple de notification suffit pour l'employeur. Si la victime exerce un recours dans le délai imparti et si jamais elle obtient gain de cause alors le caractère non professionnel demeure acquis pour l'employeur mais la victime sera indemnisée (sans inscription au compte employeur).

La décision d'octroi d'une incapacité permanente est immédiatement notifiée à la victime ou ses ayants droit, ainsi qu'à l'employeur « par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception, avec mention des délais et voies de recours ». Le double de la décision est envoyé à la caisse régionale.

Article R. 434-32 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009

Circulaire DSS n° 2C/2009/267 du 21 août 2009

LES PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Le droit aux prestations

En matière d'accident du travail, le droit aux prestations est ouvert dès la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident. La victime n'a pas à réunir des conditions particulières tenant à une certaine durée du travail ou à un certain montant de cotisations. Un salarié est ainsi protégé par cette législation dès sa première seconde de travail.

Les diverses prestations à l'exception des indemnités journalières et de la rente

Les prestations accordées aux bénéficiaires de la législation des accidents du travail comprennent : la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables, les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption de travail.

Article L. 431-1 du Code de la Sécurité sociale

Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations se prescrivent par 2 ans à compter :

- du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière ;
- de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime ;
- du jour du décès de la victime, en ce qui concerne la demande en révision pour une nouvelle fixation des réparations allouées sur demande effectuée par les ayants droit ;
- de la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure pour un détenu exécutant un travail pénal ou un pupille de l'éducation surveillée dans le cas où la victime n'a pas droit aux indemnités journalières.

Pour les prestations, l'action des praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements se prescrit par 2 ans à compter soit de l'exécution de l'acte, soit de la délivrance de la fourniture, soit de la date à laquelle la victime a quitté l'établissement. Cette prescription est également 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 déclaration.

Article L. 431-2 du Code de la Sécurité sociale

Selon la Cour de cassation, la survenance d'une rechute d'un accident du travail n'a pas pour effet de faire courir à nouveau la prescription de 2 ans.

Cass. soc. 3 mars 1994, n° 91-17.795

La prescription biennale concernant les actions en remboursement des prestations ne vise que les prestations indûment servies à la victime, l'action en remboursement exercée par la caisse primaire d'assurance maladie contre l'employeur, qui a déclaré tardivement l'accident du travail en application de l'article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale (demande de remboursement des prestations en cas de déclaration tardive) demeure, quant à elle, soumise à la prescription trentenaire de droit commun.

Cass. soc. 7 avril 1994, n° 92-10.324

Les prestations sont supportées par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle la victime est affiliée. Toutefois, en cas d'accidents successifs survenus à un même travailleur, la caisse primaire compétente pour le dernier accident assume la charge des rentes afférentes à chacun des accidents du travail antérieurs. Cette caisse a qualité pour assurer la gestion desdites rentes et notamment pour recevoir tous documents, procéder à tous contrôles, prendre toute décision et exercer toute action y étant relative. La caisse assume également la charge des prestations et indemnités autres que les rentes qui seraient dues postérieurement au transfert de la dite rente.

Article R. 431-2 du Code de la Sécurité sociale

La victime d'un accident du travail bénéficie du tiers payant ; elle n'a pas à faire l'avance des frais. La caisse verse directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations. Attention, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés à son état ainsi que pour se soumettre aux contrôles nécessaires, selon les barèmes et tarifs appliqués. Dans ce domaine, il est vivement conseillé d'obtenir une entente préalable de la part de la Sécurité sociale sur l'étendue de la prise en charge.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident, sauf en cas de dépassement de tarif, et dans la mesure de ce dépassement. La caisse primaire d'assurance-maladie ne peut couvrir les frais d'hospitalisation, de traitement et, le cas échéant, de transport de la victime dans un établissement privé que si cet établissement a été agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux. Les victimes d'accidents du travail peuvent être soignées dans les établissements fondés par les caisses d'assurance-maladie ou dans les établissements mutualistes conformément aux dispositions applicables. Dans le cas où la victime est hospitalisée dans une clinique privée dont les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement hospitalier public de même nature le plus proche, la caisse primaire, sauf cas d'urgence et circonstances exceptionnelles, n'est tenue au paiement des frais que dans les limites de son tarif de responsabilité. En conséquence, la victime d'un accident du travail peut parfois avoir des soins qui restent en partie à sa charge.

La victime d'accident du travail est exonérée du ticket modérateur et est remboursée à 100 % du tarif de convention pour l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement. Toutefois, la participation forfaitaire de 1 € créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 reste à sa charge. Tous les remboursements sont subordonnés à l'inscription au tarif interministériel des prestations sanitaires. Ainsi, les pansements ne figurant pas dans la nomenclature ne peuvent être pris en charge par la Sécurité sociale même s'ils sont nécessaires au traitement.

Cass. soc. 16 février 1995, n° 92-19.198

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 améliore la prise en charge des frais de certains appareillages engagés par les victimes d'accidents de travail prévus par la liste mentionnée aux articles L. 165-1 et L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale.

Article 98 - loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 n° 2008-1330 du 17 décembre 2008

Articles L. 431-1 et L. 432-3 du Code de la Sécurité sociale

Les soins nécessaires à la victime postérieurement à la consolidation de son état (y compris en cure thermale) sont pris en charge au titre de la législation sur les accidents du travail, lorsqu'ils sont imputables aux séquelles de l'accident du travail concerné, sans que la victime ait à justifier qu'ils sont destinés à prévenir une rechute ou une aggravation des séquelles. Des soins destinés à atténuer les douleurs résultant des séquelles d'un accident du travail doivent être pris en charge au titre de cette législation protectrice, indépendamment de tout état d'aggravation de l'état de la victime ou de l'existence d'une rechute.

Circulaire DSS/AT n° 2000-178 du 31 mars 2000

En cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée fixée par décret, la caisse fait procéder périodiquement à un examen spécial conjoint de la victime par le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale en vue d'établir un protocole de soins. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé de la victime et des avancées thérapeutiques, définit notamment les actes et prestations nécessités par le traitement de l'accident ou de la maladie professionnelle, compte tenu, le cas échéant, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. Ce protocole est signé par la victime. Le service des prestations est subordonné au respect par la victime de l'obligation :

- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;
- de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation de ces obligations, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Article L. 432-4-1 du Code de la Sécurité sociale

Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 article 9 - JO - du 19 juillet 2005

Indemnités journalières de Sécurité sociale

En cas d'arrêt de travail dû à un accident du travail et pour compenser la perte de salaire, la victime peut percevoir des indemnités journalières. 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'employeur. 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. Les indemnités journalières sont servies 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'aggravation prévu à l'article L. 443-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale

L'exercice d'une activité rémunérée ou non est proscrit pendant la période d'incapacité. Le salarié doit se reposer pendant son arrêt de travail. Toute activité, même bénévole, est proscrite. Le versement des indemnités journalières est subordonné à l'obligation par le bénéficiaire :

- d'observer les prescriptions de son praticien ;
- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ;
- de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien. Si les sorties sont autorisées, le patient doit être présent à son domicile de 9 heures à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou examens médicaux. Par dérogation, le médecin peut autoriser les sorties sans restrictions d'horaires en indiquant les éléments médicaux le justifiant.
- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

Circulaire CNAM n° 10-2008 du 20 février 2008

Article 117 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007

Article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque l'accident de travail donne lieu à un arrêt de travail indemnisé, l'employeur doit remplir l'attestation de salaire vu précédemment afin de permettre au salarié de percevoir des indemnités journalières de Sécurité sociale. Ces indemnités lui seront versées sans délai de carence tous les quatorze jours, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail et jusqu'à la date de la consolidation ou la guérison.

Le calcul des indemnités journalières va prendre en compte une période de référence et un salaire journalier. Le salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est déterminé de la façon suivante :

- $1/30,42^{\text{e}}$ du montant de la ou des 2 dernières paies antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé mensuellement ou 2 fois par mois. C'est le cas le plus fréquent. Avant le 1^{er} décembre 2010, ce calcul était de $1/30$;
- $1/28^{\text{e}}$ du montant des 2 ou des 4 dernières paies antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé toutes les 2 semaines ou chaque semaine ;
- $1/30,42^{\text{e}}$ du montant des paies 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 ;
- $1/91,25^{\text{e}}$ du montant du salaire des 3 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 ;
- $1/365^{\text{e}}$ du montant du salaire des 12 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.

Aux termes de l'article L. 433-1, deuxième alinéa, du Code de la Sécurité sociale, l'indemnité journalière est due à compter du premier jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident. En conséquence, la réforme est applicable aux accidents du travail intervenus à compter du 1^{er} décembre 2010 et ayant donné lieu à un arrêt de travail indemnisé à compter du 2 décembre 2010.

Circulaire n° DSS/SD2/2010/398 du 25 novembre 2010

Le deuxième point est constitué par le salaire que la Sécurité sociale va prendre en compte pour indemniser le salarié. Ce salaire correspond aux gains échus, au cours de la période de référence, peu importe en pratique leur versement effectif.

Le salaire s'entend :

- du salaire brut de la période de référence,
- de l'ensemble des éléments annexes de la période de référence (exemple : primes, majorations, avantages en nature, pour boire).

Il n'inclut pas :

- les frais professionnels et d'atelier ;
- les prestations familiales légales ;
- les cotisations patronales de Sécurité sociale ;
- les cotisations patronales.

Si la rémunération de base fait l'objet d'un abattement en raison des frais professionnels qui y sont incorporés, le taux d'abattement de la rémunération est égal au taux de cette réduction supplémentaire.

Le tableau des métiers faisant l'objet d'une déduction pour frais professionnels est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/deduction-frais-pro.pdf

Exemples

Une indemnité de scolarité ou des allocations familiales extralégales versées par l'employeur doivent être incluses dans les salaires de référence.

Cass. soc. 18 mai 1995, n° 93-11.811

A l'inverse, les éventuels éléments de salaire versés après la date de l'arrêt de travail ne peuvent être pris en considération faute de se situer dans la période de référence.

Cass. soc. 18 mars 1999, n° 97-15.953

En cas de rechute, si la victime n'est plus salariée, la rémunération prise en compte dans le calcul de l'indemnité journalière est le dernier salaire perçu avant que l'assuré ne perde la qualité de salarié.

Cass. soc. 20 décembre 2001, n° 00-12.311

Comme le versement effectif du salaire importe peu, le salarié embauché pour un mois mais qui n'a travaillé que quelques jours du fait de la survenance d'un accident de travail perçoit des indemnités journalières calculées sur la base du salaire que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé le mois complet. L'employeur doit donc reconstituer le salaire qu'il aurait versé au salarié.

Cass. soc. 26 novembre 1998, n° 97-86.487

Pour calculer le salaire de référence, il faut aussi prendre en compte les accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base. Ces derniers sont rapportés à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel ils ont été versés et d'une durée égale à la période au titre de laquelle ils ont été alloués. Il faut déclarer les sommes déjà versées à ce titre et susceptibles d'être reportées sur la période de référence.

Exemple

Un salarié payé mensuellement est victime d'un accident du travail avec arrêt immédiat le 4 juillet 2010. Il a perçu le 31 décembre 2009 une prime annuelle.

- la période de référence sera le mois de juin 2010 ;
- la prime annuelle sera déclarée (colonne B) en précisant sa date de versement (31.12.2009), la période à laquelle la prime se rattache (du 01.01.2009 au 31.12.2009) et son montant. En effet, cette prime doit être répartie sur les 12 mois civils qui suivent la date de son versement et donc $1/12^{\text{e}}$ de son montant sera ajouté au salaire et aux accessoires du salaire afférents à la période de référence (juin 2010) pour le calcul de l'indemnité journalière versée au salarié en raison de son accident du travail. L'indemnité journalière sera donc revalorisée d' $1/12^{\text{e}}$ de la prime annuelle.

☞ Une prime exceptionnelle versée le mois précédant l'arrêt de travail ne doit pas être incluse dans le salaire de référence dès lors qu'elle n'est pas allouée pour une durée déterminée et ne se trouve pas comprise dans le salaire en vigueur dans l'entreprise au cours de la période de référence. Le salaire de référence doit être conforme au salaire habituel du salarié.

Cass. soc. 25 novembre 1999, n° 97-21.207

Les frais professionnels, dans les professions où ils constituent un remboursement des dépenses nécessitées par la nature du travail, ne sont pas considérés comme un supplément de salaire car non soumis à cotisations. Par conséquent, ils ne rentrent pas dans le calcul du salaire de référence.

Cass. soc. 18 janvier 2001, n° 99-12.271

En cas d'interruption d'activité au cours de la période de référence, l'employeur doit alors notifier, outre le motif d'interruption de travail, le salaire brut perdu relatif à l'interruption de travail au cours de la période de référence. Dans le cas d'une embauche ou d'un changement d'emploi récent, 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 des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que sera calculée l'indemnité journalière.

Si le salarié est âgé de moins de 18 ans, l'employeur indique le salaire minimum applicable au salarié adulte de la même catégorie. Pour les apprentis ou les stagiaires, l'employeur précise le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié dans lequel l'apprenti ou le stagiaire aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage ou du stage.

Pour les stagiaires de la formation professionnelle, les indemnités journalières sont calculées sur la base de l'allocation formation-reclassement dès lors que cette allocation est supérieure au salaire minimum interprofessionnel de croissance.

Cass. soc. 16 novembre 1995, n° 93-18.579

Pour les demandeurs d'emploi qui participent à des actions dispensées ou prescrites par Pôle Emploi, le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières est égal au salaire minimum de croissance correspondant à la durée légale du travail et applicable à la date de l'accident ou, s'il lui est supérieur, à son revenu de remplacement. Toutefois, le montant de l'indemnité ainsi calculée ne peut, en aucun cas, dépasser le montant du revenu de remplacement.

Article D. 412-92 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque les salariés sont bénéficiaires d'un congé de représentation, le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double du salaire minimum applicable aux rentes accidents du travail tel qu'il est en vigueur, soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Article D. 412-97 du Code de la Sécurité sociale

En cas de rechute, alors que le salarié a été licencié économiquement, les indemnités journalières sont calculées en prenant en compte le dernier salaire perçu avant le licenciement et non le salaire précédant immédiatement l'arrêt de travail initial. Selon les juges, il faut en effet prendre en compte le salaire rendant le mieux compte de la capacité de gain de l'intéressé de manière à ne pas le défavoriser. En tout état de cause, l'indemnité perçue ne pourra être inférieure à celle qui a été versée au cours de la première interruption de travail.

Cass. civ. 2^e, 20 mai 2010, n° 09-13.637

Chaque jour d'arrêt, le salarié percevra une indemnité journalière dans la limite de son gain journalier de base. Le gain journalier de base servant au calcul de l'indemnité journalière est obtenu en divisant le montant du salaire pris en référence par un nombre de jours fixé réglementairement.

Décret n° 93-679 du 27 mars 1993

Article R. 334 du Code de la Sécurité sociale décret n° 2010-1305 du 29 octobre 2010

Calcul des indemnités journalières accident du travail

Le montant des indemnités journalières dépend de la durée de l'arrêt de travail. Pendant les 28 premiers jours, l'indemnité journalière est égale à 60 % du gain journalier de base. À partir du 29^e jour, l'indemnité journalière est portée à 80 % du gain journalier de base. En tout état de cause, le montant maximum des indemnités journalières est calculé sur un gain journalier de base au plus égal à 0,834 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du paiement.

Décret n° 93-938 du 16 juillet 1993

Soit au **1^{er} janvier 2013** :

- pendant les 28 premiers jours,

37 032 € x 0,834 % x 60 % = **185,30 €** maximum par jour ;

- à partir du 29^e jour,

37 032 € x 0,834 % x 80 % = **247,07 €** maximum par jour.

Toutefois, l'indemnité journalière ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime. Ce gain journalier net est déterminé à partir du salaire de référence diminué des cotisations sociales salariales d'origine légale et conventionnelle ainsi que de la CSG. Le calcul du gain journalier net s'effectue ensuite de la même façon que celui du gain journalier de base.

Arrêté du 3 août 1993 - JO du 17 août

Deux circulaires de la CNAMTS, du 6 septembre et du 26 octobre 1993, précisent les modalités d'application concernant la notion de gain journalier net perçu par la victime.

Le gain journalier net d'un salarié peut se définir comme le montant de la rémunération journalière réelle nette dont il dispose. Ce montant intègre tous les éléments de salaire pris en compte dans la base de calcul de l'indemnité journalière, desquelles sont déduites la part salariale des cotisations sociales et la CSG. La participation de l'employeur à certains frais exclus des éléments composant le salaire de référence et non soumis à cotisation, n'est également pas prise en compte dans le calcul du gain journalier net. Il s'agit principalement de la participation aux frais de transport, aux frais de repas, aux frais de crèche ou de garde d'enfant, de la participation de l'employeur aux cotisations à une mutuelle d'entreprise ou une mutuelle extérieure. Les éléments pris en compte dans le gain journalier net sont identiques à ceux retenus pour la détermination du gain journalier servant de base au calcul des indemnités journalières, c'est-à-dire que sont prises en compte les sommes allouées soit à titre de rappel de rémunération pour une période écoulée, soit à titre de rémunération sous forme d'indemnités, primes ou gratifications, lorsqu'elles sont réglées postérieurement à la rémunération principale afférente à la même période de travail.

Les cotisations devant être déduites du gain journalier brut sont :

- les cotisations d'origine légale (Sécurité sociale, chômage) ;
- les cotisations d'origine conventionnelle (retraites complémentaires, prévoyance) ;
- la contribution sociale généralisée (CSG).

Lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 3 mois, le montant de l'indemnité journalière peut être revalorisé par application de coefficients fixés par arrêté. Les gains journaliers ayant servi de base au calcul d'indemnités journalières correspondant à un arrêt de plus de trois mois sont revalorisés de **1,30 %** à compter du **1^{er} avril 2013**. Dans ce cas, la revalorisation sera effectuée soit à l'occasion du prochain règlement d'indemnités pour l'assuré en cours d'indemnisation au moment de la revalorisation, soit sur demande de l'assuré s'il n'est plus indemnisé à ce moment-là.

La revalorisation peut également intervenir en cas d'augmentation des salaires résultant d'une convention collective à laquelle appartient le salarié (la révision sera effectuée sur la base du salaire normal de sa catégorie professionnelle).

Article L. 323-4 du Code de la Sécurité sociale

Ces revalorisations ne peuvent toutefois conduire à dépasser le montant maximum des indemnités journalières.

L'indemnité journalière est payée à la victime à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident. 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'employeur. 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'aggravation.

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.

Article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale
Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 article 6 - 3° - JO du 17 avril 2004

Toutefois, le salarié qui se livre à un travail rémunéré pendant la période d'incapacité de travail peut se voir supprimer ses indemnités journalières par la caisse primaire d'assurance-maladie en application du règlement intérieur de la caisse, peu importe que celles-ci aient été versées ou non.

Cass. soc. 10 février 2000, n° 98-12.770

L'indemnité journalière est mise en paiement par la caisse primaire d'assurance-maladie dès la réception de tout certificat médical attestant la nécessité d'arrêt de travail. L'indemnité journalière est payable aux époques fixées par le règlement intérieur de la caisse primaire débitrice, sans que l'intervalle entre 2 paiements puisse excéder 16 jours.

Article R. 433-14 du Code de la Sécurité sociale

La caisse primaire d'assurance-maladie paie valablement les indemnités journalières dues à la victime entre les mains de son conjoint ou, si la victime est mineure, soit entre ses mains, soit entre les mains de toute personne justifiant l'avoir à sa charge. La victime peut donner délégation à un tiers pour l'encaissement des indemnités journalières. Cette délégation n'est valable que pour une seule période d'incapacité temporaire. Elle ne fait pas obstacle au droit de la caisse primaire de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les indemnités par la poste. Un employé d'une caisse ne peut recevoir de délégation de la victime pour l'encaissement des indemnités journalières que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le conseil d'administration de la caisse.

Article R. 433-14 du Code de la Sécurité sociale

Subrogation

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré lui soient versées directement dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas, la victime doit autoriser l'employeur à percevoir les indemnités.

L'employeur n'est subrogé, dans les droits du salarié, que dans la limite des sommes qu'il a effectivement versées à l'intéressé. Dès lors, le salarié qui perçoit une rémunération inférieure au montant des indemnités journalières, est fondé à réclamer le remboursement des sommes constituées par l'excédent des indemnités journalières par rapport au salaire versé.

Cass. soc. 9 octobre 2001, n° 98-43.949

En principe, lors d'un **arrêt de travail**, la Sécurité Sociale verse directement les indemnités (IJSS) au salarié.

Si l'employeur maintient entièrement le salaire brut, et qu'il le réclame, il pourra alors recevoir directement les indemnités par la caisse de sécurité sociale. Cette règle vaut pour les IJSS maladie, les IJSS maternité et les IJSS accident du travail et maladie professionnelle. Notons que dans ce cas précis, l'accord du salarié n'est pas nécessaire. Mais si le maintien de salaire n'est que partiel, l'employeur ne peut percevoir les **IJSS** qu'avec l'accord du salarié qui doit alors signer l'attestation de salaire. Ce principe est toutefois modifié pour les IJSS maladie relatifs à des arrêts de travail débutant à partir du 1^{er} juillet 2013 : l'employeur est subrogé de plein droit en cas de maintien de salaire partiel, sans que l'accord du salarié ne soit requis

Loi n° 2013-504, 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

Suspension des indemnités journalières

Par principe, le versement des indemnités journalières de Sécurité sociale sont subordonné au respect par le salarié de n'exercer aucune activité. Dans deux affaires jugées le 9 décembre 2010, la Cour de cassation a validé les sanctions appliquées par des caisses de Sécurité sociale à l'encontre d'assurés sociaux qui avaient participé, pendant un arrêt de travail, à une compétition sportive sans y avoir été autorisés. À cette occasion, la Cour précise sur qui pèse la preuve d'une éventuelle autorisation et son articulation avec « les sorties libres ». La Cour fonde son raisonnement sur le principe selon lequel l'attribution d'indemnités journalières de Sécurité sociale à un assuré se trouvant dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire de s'abstenir de toute activité non autorisée.

Articles L. 321-1 et L. 323-6 du Code de la Sécurité sociale

Dans la première affaire, elle précise qu'il appartient à l'assuré social de prouver qu'il a été autorisé à pratiquer une activité. Ce faisant, les juges ont écarté l'argumentation d'une salariée, qui partait du constat que les arrêts de travail ne comportaient aucune mention relative à l'interdiction d'exercer une activité non autorisée. L'intéressée considérait que le code de la Sécurité sociale conditionne la sanction à une inobservation volontaire des obligations mentionnées, et qu'il n'était pas établi qu'elle avait, en toute connaissance de cause, exercé une activité non autorisée. Dans la seconde affaire, la cour a précisé que la prescription d'un arrêt de travail « sorties libres » n'équivaut pas à une autorisation. À cet égard, les juges ont refusé de tenir compte de l'argumentation de la salariée selon laquelle les sorties libres, « prescrites pour éviter un repli sur soi dans le cadre d'un arrêt de travail lié à un état dépressif », valaient implicitement autorisation de la pratique sportive en question, d'autant que « la pratique d'un sport est reconnue comme une bonne thérapie contre un syndrome dépressif ».

Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2010, n° 09-14575 et n° 09-16140

Fiscalité des indemnités journalières accident du travail

Les indemnités journalières servies aux victimes d'accident du travail sont exonérées d'impôt sur le revenu à hauteur d'un taux forfaitaire de 50 % de l'indemnité. Cette mesure s'applique pour les indemnités versées à compter du 1^{er} janvier 2010. La fraction imposable (50 %) des indemnités journalières est totalisée avec les autres revenus du foyer concernés pour l'application de la déduction forfaitaire de 10 % pour frais professionnels.

La CSG due sur les indemnités journalières est déductible à hauteur de 3,8 %.

Article 154 quinquies du Code général des impôts

Par contre, les rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou à leurs ayants droit ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

Article 81-8° du Code Général des Impôts modifié par la loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009

Les indemnités journalières sont soumises à la CSG. Depuis le 1^{er} janvier 1998, son taux est fixé à 6,2 %. La CSG est précomptée sur le montant brut de l'indemnité par les organismes débiteurs des prestations. Lorsque l'employeur est subrogé dans les droits de son salarié pour la perception des indemnités journalières d'assurance maladie, il reçoit de l'organisme débiteur une indemnité journalière nette de la CSG et de la CRDS. L'employeur déduit de l'assiette des cotisations le montant brut de l'indemnité. L'organisme débiteur doit indiquer à l'employeur ce montant brut.

Les rentes et capitaux versés aux victimes d'accidents de travail ou à leurs ayants droit ne sont pas soumis à la CSG.

Les indemnités journalières versées aux victimes d'accident du travail sont soumises à la CRDS au taux de 0,50 % depuis le 1^{er} février 1996. La CRDS est prélevée directement par la Caisse primaire d'assurance maladie. En cas de subrogation de l'employeur, celui-ci devra tenir compte du prélèvement.

Les rentes viagères ne sont pas assujetties à la CRDS.

Circulaire CNAMTS - ACCG 9/96 - 07/96 du 31 janvier 1996

Indemnité temporaire d'invalidité

L'indemnité journalière peut être maintenue, après avis du médecin-conseil, lorsque la victime demande à accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du Code du travail 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.

L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai d'un mois prévu en attente de la décision de l'employeur sur le reclassement ou le licenciement en cas d'impossibilité de reclassement 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.

Articles L. 433-1 et L. 412-8 du Code de la Sécurité sociale

Article 100 de la loi n° 2008-1330 de financement de la Sécurité sociale pour 2009

A partir du 1^{er} juillet 2010, le salarié déclaré inapte à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle a droit à une indemnité temporaire d'invalidité versée par la Sécurité sociale, dans l'attente de son reclassement ou de son licenciement. Cette indemnité concerne les salariés déclarés inaptes à compter du 1^{er} juillet 2010.

A l'issue du 2^e examen médical, le médecin du travail, qui estime que l'invalidité est d'origine professionnel, remet au salarié un formulaire de demande de versement de l'indemnité temporaire d'invalidité. Il y indique l'origine vraisemblablement professionnelle de l'invalidité physique.

Article D. 4624-47 du Code du travail

Pour bénéficier de l'indemnité temporaire d'invalidité, la victime adresse sans délai à la caisse primaire d'assurance maladie dont elle relève un formulaire de demande portant notamment mention, du médecin du travail, d'un lien susceptible d'être établi entre l'invalidité et l'accident du travail ou la maladie professionnelle, et comportant un cadre dans lequel elle atteste sur l'honneur de l'impossibilité de percevoir, pendant cette période, une quelconque rémunération liée au poste de travail pour lequel elle a été déclarée inapte. Un volet du formulaire de demande est adressé par la victime à l'employeur.

Arrêté du 25 juin 2010

Le formulaire de demande d'indemnité temporaire d'invalidité est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa14113-01.pdf

Le salarié remet à l'employeur le volet du formulaire qui lui est destiné. L'employeur qui reclasse ou licencie le salarié utilise ce volet pour informer la CPAM dans les 8 jours suivant la décision du reclassement ou du licenciement. Il ne peut porter le reclassement à la connaissance de la CPAM que si le salarié l'a accepté.

Article D. 433-6 du Code de la Sécurité sociale

Le montant journalier de l'indemnité servie à la victime est égal au montant de l'indemnité journalière versé pendant l'arrêt de travail lié à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle précédant l'avis d'invalidité. Lorsque la victime travaille pour le compte de plusieurs employeurs, l'indemnité est versée au titre du poste de travail pour lequel elle a été déclarée inapte.

Article D. 433-4 du Code de la Sécurité sociale

L'indemnité est versée par la caisse, à compter du premier jour qui suit la date de l'avis d'invalidité jusqu'au jour de la date de licenciement ou de reclassement du bénéficiaire, pour la durée maximale d'un mois.

Article D. 433-5 du Code de la Sécurité sociale

L'indemnité temporaire de travail ne transite pas par l'entreprise. Lorsque le bénéficiaire de l'indemnité perçoit une rente liée à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle qui a conduit à l'incapacité, le montant mensuel de la rente servie s'impute sur celui de l'indemnité.

*Article D. 433-7 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2010-244 du 9 mars 2010*

Période de rééducation professionnelle

Pendant une période de rééducation professionnelle l'indemnisation de la victime s'effectue de la façon suivante :

- si la victime est rémunérée : elle bénéficie du maintien de l'indemnité journalière versée ou de sa rente ;
- si la victime n'est pas rémunérée : l'indemnisation versée doit être d'un montant équivalent au salaire journalier qu'elle percevait avant l'accident ou au SMIC s'il est plus élevé.

Pour ce faire, l'indemnité journalière ou la rente est intégralement maintenue, et le montant est complété jusqu'à concurrence de l'un ou l'autre salaire. Les indemnités sont versées dès le premier jour d'arrêt de travail, que ce jour soit ouvrable ou non et quelle que soit la durée de l'arrêt.

Circulaire DSS n° DSS /2C/2006 du 14 février 2006

Consolidation, guérison, rechute

À l'issue de la période de soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail, le médecin doit établir un certificat médical, le certificat médical final, indiquant les conséquences de l'accident.

- le certificat médical final de guérison, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions ;
- le certificat médical final de consolidation, lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

Dans les deux cas, une rechute est toujours possible.

Il convient d'adresser les volets 1 et 2 de ce certificat médical à la caisse d'Assurance Maladie, et conserver le volet 3. En cas de reprise du travail, le médecin remet également le volet 4 « Certificat d'arrêt de travail » qui mentionne la date de reprise du travail. Après réception du certificat médical final de guérison ou de consolidation, et après avis du médecin conseil, la caisse d'Assurance Maladie adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, une notification de la date de guérison ou de consolidation ; elle en informe également le médecin.

Après la guérison ou la consolidation, une rechute peut entraîner un nouveau traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail. Attention, la rechute suppose un fait nouveau : soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion résultant de l'accident du travail. Elle ne peut intervenir qu'après une guérison ou une consolidation.

En cas de rechute, le médecin établit un certificat médical de rechute indiquant la nature des lésions constatées et mentionnant la date de l'accident de travail. Dès réception du certificat médical de rechute, la caisse d'Assurance Maladie adresse une « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ». Après avis du médecin conseil, elle adressera une notification de sa décision de prendre en charge ou non la rechute au titre de l'accident du travail. Si la rechute est prise en charge au titre de l'accident du travail, l'assuré a droit aux mêmes indemnités que lors de la première période de soins.

À l'issue de la période de rechute, le médecin établit un certificat médical final, fixant une date de guérison ou de consolidation.

Aggravation des séquelles de l'accident

On parle d'aggravation lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient avant la guérison ou la consolidation. Ce nouvel arrêt de travail est considéré comme le prolongement de l'arrêt de travail initial. L'indemnité journalière versée est calculée de la même façon que lors de l'arrêt de travail initial. Elle ne peut être inférieure à l'indemnité journalière versée lors de l'arrêt de travail initial. Les jours indemnisés lors de l'arrêt de travail initial sont pris en considération pour le décompte des 28 jours à partir desquels l'indemnité journalière est majorée. Aussi, si l'arrêt de travail initial avait une durée au moins égale à 28 jours, l'indemnité journalière versée est majorée dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail.

Accident mortel

En cas de décès de la victime, suite à un accident du travail, les ayants droit peuvent bénéficier du versement de prestations telles que le capital décès, les frais funéraires, les rentes d'ayants droit.

Suite au décès de la victime, la caisse primaire d'assurance-maladie verse des frais funéraires sur justification de dépenses réelles engagées pour les obsèques de la victime, dans la limite de 1/24^e du plafond annuel de Sécurité sociale en vigueur au jour du décès. Ces frais sont alors remboursés à la personne qui produit les justificatifs des dépenses engagées, qu'elle soit ou non de la famille (soit **1 543 €** en **2013**). La caisse primaire d'assurance-maladie supporte en outre les frais de transport du corps au lieu de sépulture en France demandé par la famille, dans la mesure où ces frais se trouvent, soit exposés en totalité, soit augmentés du fait que la victime a quitté sa résidence à la sollicitation de son employeur pour être embauchée, ou que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour son travail hors de sa résidence.

Article L. 435-2 du Code de la Sécurité sociale

Les frais facturés à l'occasion d'une incinération peuvent être pris en charge par les caisses, dans les mêmes conditions que ceux exposés à la suite des funérailles de la victime d'un accident de travail dans la limite des frais exposés et sans que le montant ne puisse excéder le maximum prévu ci-dessus.

Bulletin juridique CNAMTS n° 42-1992

Les frais funéraires peuvent se cumuler avec le capital décès du régime général.

Article L. 361-3 du Code de la Sécurité sociale

- l'assuré ouvre droit au capital décès pendant une année suivant la fin de la période de référence, s'il justifie de 60 heures de travail, en qualité de salarié ou assimilé, au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs ;
- ou s'il a cotisé sur des rémunérations au moins égales à 60 fois le SMIC horaire pendant un mois civil ou 30 jours consécutifs ;
- s'il a cotisé sur des rémunérations au moins égales à 120 fois le SMIC horaire pendant 3 mois civils ou de date à date ;
- s'il justifie d'au moins 120 heures de travail, en qualité de salarié ou assimilé, pendant 3 mois civils ou de date à date.

La condition d'ouverture du droit s'apprécie à la date du décès.

Le montant du capital décès est égal à 90 fois le gain journalier de base calculé de la même façon que pour les indemnités journalières maladie.

Le montant maximum du capital décès est égal au 1/4 du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès, soit au **1^{er} janvier 2013 : 9 258 €**. Le montant minimum du capital décès est égal à 1 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur le jour du décès, soit au **1^{er} janvier 2013 : 370,32 €**. Lorsqu'il y a versement du capital décès, le montant des frais funéraires versés est déduit de ce capital.

Prime de fin de rééducation

En vue de faciliter le reclassement de la victime, la caisse primaire d'assurance-maladie peut verser une prime de fin de rééducation à celle-ci, après avis conforme de l'établissement où la rééducation a eu lieu.

Article R. 432-10 du Code de la Sécurité sociale

Pour prétendre au bénéfice de la prime de fin de rééducation, la victime doit :

- n'avoir subi aucune des condamnations relatives à l'assainissement des professions commerciales ou industrielles ou par les législations de Sécurité sociale et en particulier, en cas de fraude ou de fausse déclaration ;
- présenter toutes les garanties de moralité nécessaires reconnues par la caisse primaire ;
- avoir subi intégralement, dans des conditions jugées satisfaisantes par le chef d'établissement responsable de la rééducation, le stage de rééducation professionnelle auquel elle a été admise ;
- si elle ne possède pas la nationalité française : résider en France depuis 3 ans au moins au jour de l'accident.

Le montant de la prime de fin de rééducation est fixé pour chaque individu par le Conseil d'administration de la caisse ou le comité délégué à cet effet, dans la limite de 3 fois au moins et de 8 fois au plus le montant du plafond du salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière. Au **1^{er} janvier 2013** son montant minimum est de **926,54 €** et son maximum de **2 470,78 €**. La demande tendant à l'octroi de la prime de fin de rééducation doit être adressée par l'intéressé à la caisse primaire dont il relève au plus tard dans le mois qui suit la fin du stage de rééducation. La caisse procède à toutes enquêtes et vérifications qu'elle juge utiles dans l'établissement de rééducation ou l'entreprise où la rééducation a eu lieu. La décision est prise par le Conseil d'administration de la caisse qui ne peut réserver une suite favorable à la demande qu'après avis conforme du directeur de l'établissement ou du chef d'entreprise.

Prêt d'honneur

Pour faciliter le reclassement de la victime, la caisse primaire peut également verser un prêt d'honneur en vue d'une installation industrielle, artisanale ou agricole.

Pour prétendre au bénéfice du prêt d'honneur, la victime doit :

- être âgée de 21 ans au moins et de 45 ans au plus ;
- remplir les conditions prévues pour l'octroi de la prime de fin de rééducation ;
- si elle possède la nationalité française : avoir satisfait aux obligations des lois sur le service national.

Le montant maximum est de 180 fois le plafond du salaire journalier servant de base de calcul des indemnités journalières accidents du travail, soit **55 589,40 €** au **1^{er} janvier 2013**. Le prêt d'honneur est consenti pour une durée maximum de 20 ans. Il porte intérêt à 2 % à partir du premier jour du versement du fond. Pour bénéficier du prêt, l'emprunteur doit s'engager à exploiter personnellement, jusqu'au remboursement complet, l'exploitation artisanale, industrielle ou agricole en vue de laquelle le prêt est sollicité. Un nantissement (garantie sur des biens meubles et immeubles) peut être demandé par la caisse primaire.

Rente accident du travail

A la fin de la période de soins, soit il y a « guérison », soit il y a « consolidation ». La guérison, bien que considérée comme « apparente » car toujours susceptible de rechute, consiste dans la disparition des lésions traumatiques ou morbides dues à l'accident. Dans ce cas, il n'y a pas naissance d'incapacité permanente. La consolidation correspond à l'état de santé non susceptible d'amélioration (sous réserves de rechute ou de révision). C'est le moment où, à la fin de la période de soins, « la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif ». La constatation de la consolidation permet l'attribution d'une rente ou d'une indemnité en capital.

Dès qu'il apparaît que l'accident a entraîné, entraîne ou paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente de travail, la caisse, à quelque époque que ce soit, prend l'avis du service du contrôle médical. Sur proposition de ce service, lorsqu'il 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, la caisse, sans préjudice de l'application des dispositions relatives à la réadaptation ou à la rééducation professionnelle, recueille l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant ladite victime à son employeur. A cet effet, elle adresse au médecin du travail une fiche dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

Le médecin du travail mentionne sur la fiche celles des constatations et observations faites par lui lors de la visite prévue à l'article R. 241-51 du Code du travail et qui sont relatives à l'aptitude de la victime à reprendre son ancien emploi ou à la nécessité d'une réadaptation. Dans le délai de 15 jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le médecin du travail adresse à la caisse primaire intéressée la fiche prévue par les dispositions qui précèdent, sous pli confidentiel, à destination du médecin-conseil chargé du contrôle médical. Dès que ce document lui est parvenu ou, à défaut, après l'expiration du délai prévu, le médecin-conseil exprime dans un rapport son avis, au vu de ces constatations et de l'ensemble des éléments d'appréciation figurant au dossier.

Article 434-34 du Code de la Sécurité sociale

Au vu de tous les renseignements recueillis, la caisse primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente et, le cas échéant, sur le taux de celle-ci et sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droit. La décision motivée est immédiatement notifiée par la caisse à la victime ou à ses ayants droit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le double de cette décision est envoyé à la caisse régionale et à l'employeur au service duquel est survenu l'accident. La notification adressée à la victime invite celle-ci à faire connaître à la caisse, dans un délai de 10 jours, à l'aide d'un formulaire annexé à la notification, si elle demande l'envoi soit à elle-même, soit au médecin qu'elle désigne à cet effet, d'une copie du rapport médical. La caisse procède à cet envoi dès réception de la demande, en indiquant que la victime ou le médecin qu'elle désigne à cet effet, peuvent, dans un délai de quinzaine suivant la réception du rapport, prendre connaissance au service du contrôle médical de la caisse des autres pièces médicales.

Taux d'incapacité permanente

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

Article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale

L'incapacité permanente peut être partielle ou totale. Le taux d'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif figurant en annexe du livre IV du Code de la Sécurité sociale. Les éléments dont le médecin doit tenir compte, avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente sont donc : la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales ainsi que les aptitudes et qualifications professionnelles.

Infirmité

Cet élément doit être considéré comme la donnée de base de départ, celui auquel il y a lieu d'apporter des correctifs résultant des autres éléments. Cette première 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 doit servir à cette évaluation.

État général

Il s'agit là d'une notion classique qui fait entrer en jeu un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. Il appartient au médecin chargé de l'évaluation d'adapter en fonction de l'état général, le

taux résultant de la nature de l'infirmité. Dans ce cas, il en exprimera clairement les raisons. L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures, qu'elles résultent d'accidents ou de maladie. Il en sera tenu compte lors de la fixation du taux médical.

Âge

Cet élément, qui souvent peut rejoindre le précédent, doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé. Il convient ici de distinguer les conséquences de l'involution physiologique, de celles résultant d'un état pathologique individualisé. Ces dernières conséquences relèvent de l'état antérieur et doivent être estimées dans le cadre de celui-ci. Le taux théorique affecté à l'infirmité peut être majoré en raison des obstacles que les conséquences de l'âge apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel.

Facultés physiques et mentales

Il devra être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, 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 là 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 au contraire, 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, devront être précisées en particulier du fait de dispositions de la réglementation, comme celles concernant l'aptitude médicale aux divers permis de conduire. Le barème indicatif d'invalidité dont il est tenu compte pour la détermination du taux d'incapacité permanente est annexé dans le livre IV du Code de la Sécurité sociale afin que les victimes en aient connaissance et puissent l'opposer aux caisses. Lorsque ce dernier barème ne comporte pas de référence à la lésion considérée, il est fait application du barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail.

Mode de calcul du taux médical

Il faut d'abord rappeler que les séquelles d'un accident du travail ne sont pas toujours en rapport avec l'importance de la lésion initiale : des lésions, minimales au départ, peuvent laisser des séquelles considérables, et à l'inverse, des lésions graves peuvent ne laisser que des séquelles minimales ou même aboutir à une guérison. La consolidation est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des 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 de révisions possibles. La consolidation ne coïncide pas nécessairement avec la reprise d'une activité professionnelle. Dans certains cas, les séquelles peuvent être suffisamment importantes pour empêcher celle-ci, et dans d'autres, le travail peut être repris avec poursuite de soins, pendant un temps plus ou moins long, en attendant que la séquelle prenne ce caractère permanent, qui justifie la consolidation, à condition que la valeur du préjudice en résultant soit définitive.

L'article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale autorise le maintien de l'indemnité journalière en tout ou partie, en cas de reprise d'un travail « léger » susceptible de favoriser la consolidation (ou la guérison) de la blessure.

La guérison, à l'inverse, ne laisse subsister aucune séquelle fonctionnelle, donc aucune incapacité permanente. Le médecin chargé de l'évaluation ne peut donc pas proposer de taux médical, car il se trouve devant un état de guérison.

Séquelles résultant de lésions isolées

Ces séquelles seront appréciées en partant du taux moyen proposé par le barème, éventuellement modifié par des estimations en plus ou en moins résultant de l'état général, de l'âge, ainsi que des facultés physiques et mentales, comme il a été exposé ci-dessus.

Infirmités multiples résultant d'un même accident

On appelle infirmités multiples, celles qui intéressent des membres ou des organes différents. Lorsque les lésions portant sur des membres différents intéressent une même fonction, les taux estimés doivent s'ajouter, sauf cas expressément précisés au barème. Pour des infirmités multiples ne portant pas sur une même fonction, il y a lieu d'estimer en premier, l'une des incapacités. Le taux ainsi fixé sera retranché de 100 (qui représente la capacité totale) : on obtiendra ainsi la capacité restante. Sauf cas particulier prévu au barème, l'infirmité suivante sera estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante. On obtiendra ainsi le taux correspondant à la deuxième séquelle : l'incapacité globale résultera de la somme des 2 taux, ainsi calculés. Celle-ci sera la même quel que soit l'ordre de prise en compte des infirmités.

Exemple

Une lésion « A » entraîne une incapacité de 40 %. La capacité restante est donc de 60 %.

Une lésion « B », consécutive au même accident, entraîne une incapacité chiffrable, selon le barème, à 20 %. L'incapacité due pour cette 2^e lésion sera : 20 % de 60 % de capacité restante, soit 12 %. L'incapacité globale sera donc : 40 % + 12 % = 52 %, et ainsi de suite ... Cette façon de calculer l'incapacité globale résultant de lésions multiples ne garde bien entendu qu'un caractère indicatif. Le médecin chargé de l'évaluation peut toujours y apporter des modifications ou adopter un autre mode de calcul à condition de justifier son estimation.

Infirmités antérieures

L'estimation médicale de l'incapacité doit faire la part de ce qui revient à l'état antérieur, et de ce qui revient à l'accident. Les séquelles rattachables à ce dernier sont seules en principes indemnissables. Mais il peut se produire des actions réciproques qui doivent faire l'objet d'une estimation particulière. Il peut arriver qu'un état pathologique antérieur absolument muet soit révélé à l'occasion de l'accident de travail mais qu'il ne soit pas aggravé par les séquelles. Il n'y a aucune raison d'en tenir compte dans l'estimation du taux d'incapacité. L'accident peut, à l'inverse, révéler un état pathologique antérieur et l'aggraver. Il convient alors d'indemniser totalement l'aggravation résultant du traumatisme. Un état pathologique antérieur connu avant l'accident se trouve aggravé par celui-ci. Étant donné que cet état était connu, il est possible d'en faire l'estimation. L'aggravation indemnissable résultant de l'accident sera évaluée en fonction des séquelles présentées qui peuvent être beaucoup plus importantes que celles survenant chez un sujet sain. Un équilibre physiologique précaire compatible avec une activité donnée, peut se trouver détruit par l'accident.

Taux d'incapacité inférieur à 10 %

Lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, il est versé à la victime une indemnité en capital. Le montant du capital versé est forfaitaire, compte tenu du taux d'incapacité retenu. Lorsque l'indemnité en capital a déjà été versée et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé, supérieur au taux précédemment notifié à la victime, il est tenu compte de l'indemnité en capital précédemment versée dans les conditions suivantes :

- 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 %, la rente due à la victime est calculée normalement ; les arrérages annuels de cette rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.

Article R. 434-1-1 du Code de la Sécurité sociale

Valeur au 1^{er} avril 2013

	Montant de l'indemnité en €
1 %	410,30
2 %	666,88
3 %	974,50
4 %	1 538,07
5 %	1 948,44
6 %	2 409,90
7 %	2 922,41
8 %	3 486,62
9 %	4 101,86

L'indemnité en capital est versée en une seule fois, après expiration du délai de recours de deux mois.

Elle est exonérée de la Contribution sociale généralisée (CSG) et de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et non soumise à l'impôt sur le revenu.

Conversion en capital et nouveau taux d'incapacité

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 suivantes :

- si le nouveau taux d'incapacité est inférieur à 10 %, la rente est remplacée par l'indemnité en capital forfaitaire ;
- 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.

Article R. 434-1-2 du Code de la Sécurité sociale

Accidents successifs

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 pour le calcul de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.

*Article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale
Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007*

Dès lors, lorsque deux accidents successifs se produisent avec chacun un taux d'incapacité de 8 %, la victime pourra bénéficier d'une rente viagère. Auparavant, la victime pouvait prétendre à deux indemnités en capital car les deux taux d'incapacité étaient inférieurs à 10 %. Les petits accidents successifs, portant le taux d'incapacité totale à 10 % au moins, pourront être indemnisés au choix de la victime, soit par une indemnité en capital, soit par une rente. Si la victime choisit d'être indemnisée sous forme de rente, il sera bien sûr tenu compte, pour le calcul de celle-ci, des indemnités en capital précédemment versées. Ces nouvelles dispositions sont applicables au calcul des rentes versées pour les accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1^{er} janvier 2000 ou ayant fait l'objet d'une nouvelle fixation de réparation à compter de cette date. Les articles 86 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 apportent des précisions sur l'indemnisation de l'incapacité permanente en faveur des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dans le domaine des accidents successifs.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 relative aux accidents successifs (article 38) a permis de mieux indemniser certains accidents en permettant de tenir compte de la somme des taux d'incapacité antérieurement reconnus pour le calcul du taux utile de la rente afférente au dernier accident. Or, la méthode de calcul peut générer des taux utiles supérieurs à 100 % ce qui nécessite une clarification pour le calcul de la rente. Un taux utile supérieur à 100 % pourrait conduire à calculer une rente d'un montant supérieur au salaire de référence, ce qui n'a jamais été dans les intentions du législateur. En effet, la rente vise avant tout à indemniser la perte de capacité de gain. De plus, aucun accident ne peut à lui seul occasionner plus de 100 % d'incapacité. En conséquence, l'article 86 de la LFSS pour 2008 vise à encadrer ce dispositif.

L'article 86 de la LFSS pour 2008 a modifié l'avant-dernier alinéa de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale en le complétant par une phrase ainsi rédigée « le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente ».

Lorsque le taux utile de la dernière rente dépasse 100 %, EURYDICE (système informatique) limite le paiement de la rente au montant du salaire servant de base au calcul de la rente. La notification adressée au bénéficiaire de la rente est en cours de modification. Elle fera désormais référence à la nouvelle rédaction de l'article L. 434-2 et mentionnera qu'en « application de l'avant dernier alinéa de l'article L. 434-2, le montant de la rente est limité au montant du salaire ».

Circulaire CNAM n° 15/2008 du 26/02/2008

Droit d'option entre l'attribution d'une rente et le versement d'une indemnité en capital

Le droit d'option ouvert, en cas d'accidents successifs, en faveur de la victime d'un nouvel accident susceptible de donner à une indemnité en capital, entre l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou les indemnités en capital précédemment versées et le versement d'une indemnité en capital, lorsque le taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à 10 %, ne s'applique que si, à la suite d'un accident, la victime restait atteinte d'une incapacité permanente inférieure à 10 %.

Cass. civ. 2^e, 23 novembre 2006, n° 05-14.619

Circulaire CNAM du 12 avril 2002

La circulaire CNAM n° 59-2002 du 12 avril 2002 est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cir-59-2002.pdf

Calcul de la rente

Pour le calcul des rentes, le salaire de référence s'entend de la rémunération effective totale reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les 12 mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident, sous réserve des dispositions suivantes :

- 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 ajoutant à 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 ladite période de 12 mois, la victime a interrompu son travail (pour maladie, longue maladie, accident, maternité, chômage total ou partiel, fermeture de l'établissement, congé non payé, service militaire), il est fait état du salaire moyen qui aurait 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, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération afférente à la période d'activité de l'entreprise, les gains que le salarié a perçus, 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.

Article R. 434-30 du Code de la Sécurité sociale

Le salaire de référence pris en compte correspond donc à la rémunération effective perçue par la victime sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail sur la base ayant servi au calcul des cotisations. Le salaire de référence est revalorisé par application des coefficients de revalorisation fixés pour les rentes d'accidents du travail si, entre la date de l'arrêt de travail et la date de consolidation, un ou plusieurs arrêts de revalorisation sont intervenus. Les indemnités de vie chère et de scolarité ainsi que les prestations qualifiées d'allocations familiales extralégales doivent être prises en compte pour établir le salaire servant de base au calcul de la rente.

Cass. soc. 18 mai 1995, n° 93-11.811

Une prime versée postérieurement à un arrêt de travail n'est pas prise en compte dans le calcul de la rente accident du travail.

Cass. soc. 18 mars 1999, n° 97-15.953

Cass. civ. 2^e, 14 septembre 2006, n° 04-30.734

Une solde militaire, qui n'est pas un salaire soumis à cotisations du régime général, n'a pas à être incluse dans l'assiette du calcul de la rente d'accident du travail.

Article R. 436-1 du Code de la Sécurité sociale

L'indemnité mensuelle forfaitaire versée pendant la période de référence à la victime d'un accident du travail, par son employeur, entre dans la base de calcul de la rente, dès lors qu'elle ne représente pas des frais professionnels, qu'elle est versée en contrepartie ou à l'occasion du travail et que, soumise à cotisations, elle constitue un élément annexe du salaire, peu important, à cet égard que l'assuré ait ou non satisfait à l'obligation d'acquitter ses cotisations. Une indemnité forfaitaire versée mensuellement (celle-ci compensant des heures supplémentaires) doit être prise en compte dans le calcul de la rente, peu importe que cette somme ne soit pas soumise à cotisations, ni ne donne lieu à déclaration par l'employeur.

Cass. AP, 16 novembre 2001, n° 99-13.979

Pour les demandeurs d'emploi participant à des actions dispensées ou prescrites par Pôle Emploi, le salaire servant de base au calcul de la rente des demandeurs d'emploi indemnisés ou non, est égal au salaire annuel minimum des rentes accidents du travail en vigueur à la date de l'accident.

Article D. 412-92 du Code de la Sécurité sociale

Pour les salariés bénéficiaires d'un congé de représentation, le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double du salaire minimum applicable aux rentes accident du travail tel qu'il est en vigueur, soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Article D. 412-97 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 92-754 du 28 juillet 1992

Salaire utile

C'est le salaire qui sert au calcul du montant de la rente.

- le salaire utile correspond à la totalité du salaire réel de la victime (salaire de référence), dans la limite d'un montant fixé par arrêté, soit au **1^{er} avril 2013 : 36 309,24 €** par an. Lorsque le salaire de référence de la victime dépasse ce montant, le dépassement n'est pris en compte dans le calcul du salaire utile que pour 1/3 de la différence ;
- la limite maximale de salaire de référence prise en compte est égale à 4 fois le salaire fixé par décret soit actuellement : **36 309,24 € x 4 = 145 236,96 €** ;
- le salaire utile ne peut être inférieur à 50 % du salaire fixé par décret, soit au **1^{er} avril 2013 : 36 306,34 € / 2 = 18 154,62 €**.

Exemple

Salaire réel de référence de la victime sur les 12 mois précédant l'arrêt : 40 000 €.

Calcul du salaire utile :

- jusqu'à 36 309,24 €, on prend la totalité ;
- sur la différence, on prend le 1/3 soit : $40\,000 - 36\,309,24 = 3\,690,76 = 1\,230,25$ €.

3

Le salaire utile servant au calcul du montant de la rente sera de : $36\,390,24 + 1\,230,25 = 37\,539,49$ €.

Taux de rente

Le taux de rente s'applique sur le montant du salaire utile pour calculer le montant de la rente. Le taux de rente est calculé à partir du taux d'incapacité permanente :

- jusqu'à un taux d'incapacité permanente de 50 % il y a lieu de prendre la moitié de ce taux ;
- pour un taux d'incapacité permanente supérieur à 50 %, il y a lieu de majorer la différence entre le taux réel d'incapacité et la limite de 50 %, d'un coefficient égal à 1,5.

Exemples

Taux d'incapacité permanente de 30 % : taux de rente = $30 / 2 = 15$ %.

Taux d'incapacité permanente de 80 % : jusqu'à 50 % de taux d'incapacité permanente, le taux de rente est égal à la moitié soit $50 / 2 = 25$ %. Sur la différence : $80 \% - 50 \% = 30 \% -$ majoration de 1,5 soit $30 \% \times 1,5 = 45$ %. Taux de rente = $25 \% + 45 \% = 70$ %.

Tableau des taux des rentes viagères

Taux d'incapacité permanente en %	Taux de la rente %	Taux d'incapacité permanente en %	Taux de la rente %
Jusqu'à 50 %, le taux de la rente est égal à la moitié du taux d'incapacité		74	61,00
		75	62,50
		76	64,00
		77	65,50
		78	67,00
51	26,50	79	68,50
52	28,00	80	70,00
53	29,50	81	71,50
54	31,00	82	73,00
55	32,50	83	74,50
56	34,00	84	76,00
57	35,50	85	77,50
58	37,00	86	79,00
59	38,50	87	80,50
60	40,00	88	82,00
61	41,50	89	83,50
62	43,00	90	85,00
63	44,50	91	86,50
64	46,00	92	88,00
65	47,50	93	89,50
66	49,00	94	91,00
67	50,50	95	92,50
68	52,00	96	94,00
69	53,50	97	95,50
70	55,00	98	97,00
71	56,50	99	98,50
72	58,00	100	100,00
73	59,50		

Païement de la rente

La date d'entrée en vigueur du paiement d'une rente d'accident du travail est fixée au lendemain de la date de consolidation de la blessure.

Article R. 434-36 du Code de la Sécurité sociale

La caisse peut consentir une avance sur le premier arrérage de la rente. En cas de contestations autres que celles portant le caractère professionnel de l'accident, la caisse régionale d'assurance-maladie peut accorder des avances sur rentes payables dans les conditions prévues. Ces avances viennent en déduction du montant des indemnités journalières ou de la rente qui serait reconnues être dues. Elles ne peuvent être inférieures à la rente proposée par la caisse. Les rentes sont payables par trimestre à terme échu. Toutefois, lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 50 %, la rente est versée mensuellement par la caisse primaire débitrice, sous réserve de son paiement soit par lettre chèque, soit par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne ouvert au nom du titulaire ou de son représentant dûment mandaté.

Article R. 434-37 du Code de la Sécurité sociale

Païement des rentes d'ayants droit

Les arrérages courent du premier jour suivant la fin du mois d'arrérages au cours duquel un titulaire d'une rente d'accident de travail est décédé. Pour les rentes mensuelles, le mois d'arrérages s'entend comme étant le mois civil. Pour les rentes trimestrielles, le mois d'arrérages s'entend comme allant du 15 d'un mois au 14 du mois suivant.

Lettre CNAMTS du 5 août 1991

En cas d'accident suivi de mort, une rente d'ayants droit est servie, sous conditions, aux bénéficiaires potentiels suivants :

- le conjoint survivant ;
- le conjoint séparé de corps ou divorcé ;
- le concubin ;
- la personne liée à la victime par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- les enfants légitimes, naturels, adoptés ;
- les ascendants.

Article L. 434-8 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque le décès est survenu au moment de l'accident, ou dans un temps proche, il y a reconnaissance de l'imputabilité, au profit des ayants droit ou lorsque la victime avait bénéficié depuis 10 ans au moins d'une rente d'accident du travail avec la majoration pour tierce personne. L'ayant droit, qui entend bénéficier de la rente et se prévaloir à cette fin de la présomption d'imputabilité du décès de la victime à l'accident, doit en faire la demande à la caisse. Cette demande est assortie des justifications établissant qu'il a effectivement apporté à la victime l'assistance qualifiée assistance à tierce personne pendant la durée requise. La caisse peut contester cette imputabilité. Dans ce cas, elle doit en informer l'ayant droit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans le délai de 20 jours suivant la date à laquelle lui sont parvenues les justifications utiles. La caisse peut faire procéder aux enquêtes et vérifications qu'elle estime nécessaires. Si la caisse n'a pas usé de cette faculté, ou si elle n'a pu apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie tant à son égard qu'à celui de l'ensemble des ayants droit.

Article R. 443-4 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque le décès survient postérieurement à l'accident, les ayants droit sont tenus d'apporter les preuves de lien entre le décès et l'accident.

Le total des rentes allouées à l'ensemble des ayants droit de la victime ne peut dépasser une fraction du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si leur total dépasse cette quotité, les rentes revenant à chaque catégorie d'ayants droit font l'objet d'une réduction proportionnelle.

Article L. 434-14 du Code de la Sécurité sociale

Le montant total des rentes d'ayants droit est fixé à 85 % du salaire annuel de la victime (ce salaire est calculé sur la base du salaire utile des rentes d'accidents du travail).

Le conjoint survivant a droit à une rente viagère à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'il ait eu, à la date du décès, une durée de 2 ans au moins. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage. Les enfants naturels, nés avant le mariage et légitimés par ce dernier postérieurement à la reconnaissance de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle, peuvent être assimilés à des enfants issus du mariage en vertu de l'article 331 du Code civil. « Tous les enfants nés hors mariage sont légitimés de plein droit par le mariage subséquent de leurs père et mère ; la légitimation entraînant au terme de l'article 332-1 du Code civil, assimilation de l'enfant naturel à l'enfant né d'une union légitime ».

Lettre CNAMTS du 6 avril 1992

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à la rente viagère que s'il a obtenu une pension alimentaire. La rente viagère, ramenée au montant de ladite pension, ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de la victime inférieure à celle qui est prévue en l'absence de divorce ou de séparation de corps. S'il existe un nouveau conjoint de la victime, la rente viagère à laquelle il a droit ne peut être inférieure à un minimum. Le conjoint condamné pour abandon de famille est déchu de tous ses droits. Il en est de même pour celui qui a été déchu totalement de l'exercice de l'autorité parentale, sauf, dans ce dernier cas, à être réintégré dans ses droits s'il vient à être restitué dans l'autorité parentale. Les droits du conjoint déchu sont transférés sur la tête des enfants et descendants.

Article L. 434-8 du Code de la Sécurité sociale

Exemples

Une victime bénéficiait pendant au moins 10 ans d'une rente pour incapacité permanente totale à 100 %, majorée d'une assistance tierce personne. Le décès survenu 50 ans après est réputé résulter des conséquences de l'accident. Il appartient à la caisse primaire d'assurance maladie de démontrer que la cause du décès est totalement étrangère à l'accident de travail. Le conjoint bénéficie donc d'une rente d'ayant droit.

Cass. soc. 18 janvier 2001, n° 99-15.981

Lorsque le conjoint est âgé de moins de 55 ans, le montant de la rente est de 40 % du salaire annuel de la victime. Il est de 60 % du salaire annuel si le conjoint est âgé d'au moins 55 ans. Enfin si le conjoint est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 %, quel que soit son âge, le montant de la rente est de 60 % du salaire annuel.

Article R. 434-8 du Code de la Sécurité sociale

Les conjoints survivants qui résident à l'étranger ne peuvent bénéficier du complément de rente que s'il existe un accord conventionnel spécifique fixant les références utiles à l'appréciation de l'état d'incapacité du conjoint survivant, c'est-à-dire lorsqu'il existe des accords bilatéraux entre deux pays, ou lorsque l'ayant droit réside dans un pays de la Communauté Européenne.

Article 75 - Règlement HEC n° 574/72 du 21 mars 1972

Pour un ex-conjoint divorcé ou séparé de corps bénéficiant d'une pension alimentaire, le maintien de la pension alimentaire est prévu par la Sécurité sociale avec un maximum de 20 % du salaire annuel de la victime. S'il existe un nouveau conjoint, sa rente d'ayant droit est fixée dans ce cas, au minimum, à 20 % du salaire annuel de la victime.

Article R. 434-11 du Code de Sécurité sociale

Toutefois, en cas de nouveau mariage, le conjoint survivant cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrérages de la rente calculés selon le taux en vigueur à la date du mariage et afférents à 3 années. Mais si le conjoint survivant a des enfants, il conserve le droit à la rente, dont le rachat sera différé, aussi longtemps que l'un d'eux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin. En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, le conjoint survivant recouvre son droit à la rente, sous les réserves suivantes :

- si le rétablissement de la rente prend effet avant l'expiration de la période de 3 ans, cette rente est diminuée du montant de la somme déjà attribuée ;
- si le conjoint survivant reçoit, en raison de son nouveau veuvage, une rente, pension ou allocation, ou s'il reçoit, en raison d'une séparation de corps ou d'un divorce, une pension alimentaire, le montant de l'avantage dont il bénéficie s'impute sur celui de la rente de conjoint survivant.

Article L. 434-9 du Code de la Sécurité sociale

Le conjoint survivant, d'une victime d'accident du travail, et qui s'était remarié, peut obtenir le rétablissement de la rente s'il redevient veuf ou s'il divorce ou s'il y a séparation. Le rétablissement des droits de l'intéressé à la suite de son divorce ne peut avoir pour effet de faire courir le délai de prescription de 2 ans prévu à l'article L. 431-2 du Code de la Sécurité sociale. Une demande de rétablissement de la rente au-delà des 2 années ayant suivi son divorce est recevable.

Cass. soc. 8 février 2001, n° 99-17.348

Le PACS ou le concubinage doit être antérieur à l'accident ou, à défaut qu'il ait eu, à la date du décès, une durée de 2 ans au moins. Ces conditions ne sont plus requises si le couple a eu un ou plusieurs enfants. Ces mesures sont également applicables aux maladies professionnelles. La date à retenir est celle du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et l'activité professionnelle. Cette date est assimilable à celle de l'accident.

Article R. 434-8 du Code de la Sécurité sociale

En l'absence de modifications législatives, la rente se poursuit en cas de mariage du concubin ou partenaire lié par un PACS. La majoration de rente prévue pour les conjoints âgés de plus de 55 ans ou inapte ne s'applique pas au concubin ou partenaire lié par un PACS.

Circulaire CNAM n° 46/2003 du 2 avril 2003

L'antériorité du concubinage pourra être établie par la production d'un certificat de concubinage délivré par la mairie. A défaut de certificat, les CPAM peuvent avoir un large pouvoir d'appréciation pour solliciter et valider les éléments de preuve comme par exemple :

- la production de factures EDF ;
- une quittance de loyer ;
- un avis d'imposition sur le revenu avec une adresse conjointe.

Le cas échéant, une enquête administrative peut être diligentée. Pour établir l'antériorité du PACS, l'intéressé devra produire le document « attestation d'inscription d'un PACS et de ses éventuelles modifications » délivré par le greffe du tribunal d'instance.

Il est aussi possible d'attribuer une rente aux enfants. Ce sont les enfants légitimes, naturels dont la filiation est légalement établie et les enfants adoptés. Les rentes allouées sont collectives et réduites au fur et à mesure que les orphelins atteignent la limite d'âge qui leur est applicable. S'il y a des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée distinctement au regard des dispositions qui précèdent. Les autres descendants de la victime et les enfants recueillis par elle, si les uns et les autres sont privés de leurs soutiens naturels et tombés de ce fait à sa charge, bénéficient des mêmes avantages. La rente est versée au père ou à la mère, au tuteur ou la personne ayant la garde de l'enfant. La rente d'ayants droit leur est versée jusqu'à l'âge de 20 ans quelle que soit la situation de l'orphelin et même s'il est salarié.

Article R. 434-16 du Code Sécurité sociale

Décret n° 2002-1555 du 24 décembre 2002 - JO du 29 décembre

Cette rente est fixée à 25 % du salaire annuel de la victime par orphelin de père ou de mère dans la limite de 2 orphelins. Ce montant est de 20 % par enfant au-delà s'il y a plus de 2 enfants. Si les enfants sont orphelins de père et de mère, ils bénéficient d'un complément de rente fixé à 10 %.

Article R. 434-8 du Code de la Sécurité sociale

Chacun des ascendants peut aussi recevoir une rente viagère, s'il rapporte la preuve :

- dans le cas où la victime n'avait ni conjoint, ni enfant dans les termes des dispositions qui précèdent, qu'il aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire ;
- dans le cas où la victime avait conjoint ou enfant, qu'il était à la charge de la victime.

La condition prévue doit être remplie soit à la date de l'accident, soit, si cela est plus favorable, à la date du décès de la victime. Le bénéfice des présentes dispositions ne peut être accordé à l'ascendant qui a été reconnu coupable d'abandon de famille ou qui a été déchu totalement de l'autorité parentale. Le montant de la rente viagère est égal à 10 % du salaire annuel de la victime.

Article L. 434-13 du Code de la Sécurité sociale

Tableau de majoration des taux de rente d'ayants droit

Bénéficiaires	Montant de la rente en % du salaire utile de la victime
	à partir du 1 ^{er} septembre 2001 ⁽⁷⁾
Conjoint	40 %
Concubin	40 %
Partenaire lié par un PACS	40 %
Enfant :	
- 2 enfants et moins	25 %
- au-delà de 2 enfants	20 %
- orphelin de père et mère	+ 10 %

Revalorisations

Les rentes d'accident du travail seront revalorisées une fois par an, au 1^{er} avril de chaque année, à compter de 2009. Un taux de revalorisation de **1,75 %** a été fixé au **1^{er} avril 2013**. Cette revalorisation s'effectue par application des coefficients de revalorisation sur le salaire minimal servant de base au calcul des rentes ainsi que sur les rentes servies.

Arrêté Ministériel du 19 décembre 2006 - JO du 30 décembre 2006

Arrêté Ministériel du 7 décembre 2012 - JO du 14 décembre 2012

Fiscalité

Les rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou à leurs ayants droit ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

Article 81-8^e du Code général des impôts

Les rentes et capitaux versés aux victimes d'accidents de travail ou à leurs ayants droit ne sont pas soumis à la CSG. Les rentes viagères ne sont pas assujetties à la CRDS.

Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996

Circulaire CNAMTS - ACCG 9/96 - 07/96 du 31 janvier 1996

Majorations, rechute et révision

Toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations. Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment pendant un délai de 2 ans qui suit la date de guérison ou de consolidation de la blessure. 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. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués d'un commun accord. En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime. Dans le cas où la victime avait été admise au bénéfice de la majoration tierce personne et, à la date de son décès, avait été titulaire, pendant au moins une durée de 10 ans, de cette majoration pour assistance d'une tierce personne, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la caisse d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droit.

Article L. 443 du Code de la Sécurité sociale

La loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité sociale pour 2002 modifie les conditions d'attribution de la majoration tierce personne. Dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum de 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 majoré :

Article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale

Article R. 434-3 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2002-1555 du 24 décembre 2002 - JO du 29 décembre

«Doit être considéré comme ne pouvant accomplir les actes ordinaires de la vie sans l'assistance d'une tierce personne, au regard de la législation de la Sécurité sociale, l'infirmes qui ne peut se lever, se vêtir, marcher, se diriger, manger, faire ses besoins seul.» Par extension, sont considérés comme tels : «les infirmes dont l'état physique, ou l'état mental laisse craindre, faute de surveillance, leur vie ou celle d'autrui ne soit mise en danger.» Il n'est pas nécessaire, pour bénéficier de la tierce personne, d'être dans l'incapacité d'effectuer tous les actes de la vie courante. »

Cass. Soc. 9 décembre 1999, n° 98-11631

Dans tous les cas, c'est la Sécurité sociale qui établit la nécessité de reconnaissance d'assistance d'une tierce personne. En cas d'hospitalisation, la majoration pour tierce personne est suspendue à compter du premier jour du deuxième mois civil suivant celui au cours duquel l'assuré a été hospitalisé. Elle est rétablie le jour de la sortie de l'hôpital.

Depuis le 1^{er} mars 2013, la majoration pour tierce personne est remplacée par la prestation complémentaire pour recours à tierce personne pour la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Cependant, tout bénéficiaire de la majoration pour tierce personne au 28 février 2013 a le choix :

- soit de continuer à la percevoir tant qu'il remplit les conditions d'attribution ;
- soit d'opter à tout moment pour le bénéfice de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (cette option est définitive).

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne est accordée à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP), titulaire d'une rente, remplissant les conditions suivantes :

- son taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80 %,
- son incapacité l'empêche d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie et nécessite l'assistance d'une tierce personne.

Les actes nécessitant les besoins d'assistance par une tierce personne sont déterminés par le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), à partir d'une grille d'appréciation de 10 actes ordinaires de la vie et du questionnaire suivant :

- la victime peut-elle se lever seule et se coucher seule ?
- la victime peut-elle s'asseoir seule et se lever seule d'un siège ?
- la victime peut-elle se déplacer seule dans son logement, y compris en fauteuil roulant ?
- la victime peut-elle s'installer seule dans son fauteuil roulant et en sortir seule ?
- la victime peut-elle se relever seule en cas de chute ?
- la victime pourrait-elle quitter seule son logement en cas de danger ?
- la victime peut-elle se vêtir et se dévêtir totalement seule ?
- la victime peut-elle manger et boire seule ?
- la victime peut-elle aller uriner et aller à la selle sans aide ?
- la victime peut-elle mettre seule son appareil orthopédique ? (le cas échéant)

Le médecin-conseil détermine le nombre d'actes pour lesquels l'assuré concerné a besoin d'une assistance.

Le montant de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne varie en fonction du nombre d'actes ordinaires de la vie courante que la victime ne peut pas accomplir seule, dans les conditions suivantes :

Nombre d'actes nécessitant l'assistance d'une tierce personne	Montant de la prestation complémentaire
3 ou 4	541,22 €
5 ou 6	1 082,43 €
Au moins 7	1 623,65 €

Si l'état de la victime présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de troubles neuropsychiques, le montant de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est fixé à 1 623,65 €.

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne est versée par la CPAM soit à la même date que la rente d'AT-MP lorsqu'elle est attribuée simultanément à celle-ci, soit à la date de révision de la rente lorsqu'elle est attribuée à l'occasion d'une modification du taux d'incapacité permanente, soit, lorsqu'elle n'est pas attribuée simultanément à la rente d'AT-MP ou à l'occasion d'une modification du taux d'incapacité permanente :

- à compter du jour de la constatation, par le médecin de la victime, de l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- ou à la date du dépôt de la demande de prestation, si l'incapacité est constatée par le médecin-conseil, sans examen préalable par le médecin de la victime.

Si la prestation prend effet en cours de mois, le montant est proratisé. Lorsqu'un réexamen de la victime entraîne une révision du montant de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, le nouveau montant est versé dans les conditions suivantes :

- en cas de réduction de la prestation, au 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel la victime est informée de cette décision (par tout moyen permettant de déterminer la date de réception de la décision de la caisse) ;
- cas d'augmentation de la prestation, à compter de la date de révision de la rente si le réexamen de la victime emporte une modification de son taux d'incapacité ou, dans le cas contraire :
 - soit à compter du jour de la constatation de l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie par le médecin de la victime,
 - soit à la date du dépôt de la demande de révision du montant de la prestation, si l'incapacité est constatée par le médecin-conseil sans examen préalable par le médecin de la victime.

En cas d'hospitalisation de la victime, la prestation complémentaire pour recours à 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, le versement de la prestation est suspendu.

Lorsque la victime n'en remplit plus les conditions d'attribution, la prestation n'est plus versée à compter du 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel la victime en est informée (par tout moyen permettant de déterminer la date de réception de la décision de la caisse).

Il revient directement à la CPAM de déterminer si la victime d'un AT-MP peut bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Tout bénéficiaire de la majoration pour tierce personne à la date du 28 février 2013 et qui en bénéficie encore après cette date peut opter pour le bénéfice de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Il peut adresser sa demande, à tout moment, à la CPAM chargée du paiement de la majoration.

Le mode de calcul de la prestation complémentaire étant différent de celui de la majoration, la CPAM réserve sa décision en fonction des montants obtenus, dans les conditions suivantes :

- si le montant de la prestation complémentaire dont pourrait bénéficier l'assuré est inférieur ou égal à celui de la majoration dont il bénéficie, le bénéfice de la majoration pour tierce personne est conservé ;
- si le montant de la prestation complémentaire calculé lui est supérieur, l'assuré en bénéficie.

L'assuré peut contester la décision, dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception.

La date d'ouverture du droit à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est le 1^{er} jour du mois du dépôt de la demande.

Pour plus de renseignement se reporter au lien suivant :

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F31435.xhtml>

Conversion des rentes en capital

La rente allouée à la victime d'un accident du travail peut, dès l'ouverture du droit, être partiellement convertie en capital ou en rente de réversion au profit du conjoint. La demande n'est plus encadrée dans le temps ni précédée d'une enquête sociale. La demande de conversion est adressée par le titulaire de la rente à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du paiement de la rente sous pli recommandé avec demande d' accusé de réception. La caisse notifie sa décision sous pli recommandé avec demande d' accusé de réception dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande. 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 doivent faire l'objet de notifications distinctes.

Article R. 434-6 du Code de la Sécurité sociale

Quels que soient le montant de la rente et le taux d'incapacité, le titulaire peut demander que lui soit attribué en espèces le quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente, si le taux d'incapacité est de 50 % au plus, ou, s'il est plus élevé, du capital correspondant à la fraction de rente allouée jusqu'à 50 %. Si la rente est calculée sur un taux d'incapacité au plus égal à 50 %, le titulaire peut demander que le capital représentatif de la rente ou ce capital réduit du quart au plus 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 prévues ci-dessus sont effectuées suivant le tarif arrêté par le ministre chargé de la Sécurité sociale d'après le taux d'incapacité permanente.

Barème de conversion des rentes viagères

Arrêté du 17 décembre 1954

Âge	Prix d'une rente Viagère de 1 €	Âge	Prix d'une rente viagère de 1 €
12 ans	18,310	57 ans	10,910
13 ans	18,201	58 ans	10,628
14 ans	18,096	59 ans	10,340
15 ans	17,996	60 ans	10,047
16 ans	17,903	61 ans	9,749
17 ans	17,815	62 ans	9,446
18 ans	17,733	63 ans	9,139
19 ans	17,656	64 ans	8,829
20 ans	17,582	65 ans	8,517
21 ans	17,511	66 ans	8,204
22 ans	17,439	67 ans	7,892
23 ans	17,364	68 ans	7,581
24 ans	17,284	69 ans	7,272
25 ans	17,196	70 ans	6,967
26 ans	17,100	71 ans	6,665
27 ans	16,996	72 ans	6,369
28 ans	16,884	73 ans	6,078
29 ans	16,764	74 ans	5,794
30 ans	16,639	75 ans	5,519
31 ans	16,508	76 ans	5,251
32 ans	16,370	77 ans	4,993
33 ans	16,227	78 ans	4,744
34 ans	16,076	79 ans	4,504
35 ans	15,919	80 ans	4,274
36 ans	15,754	81 ans	4,053
37 ans	15,582	82 ans	3,842
38 ans	15,404	83 ans	3,642
39 ans	15,219	84 ans	3,455
40 ans	15,029	85 ans	3,283
41 ans	14,833	86 ans	3,125
42 ans	14,630	87 ans	2,981
43 ans	14,419	88 ans	2,852
44 ans	14,201	89 ans	2,733
45 ans	13,975	90 ans	2,623
46 ans	13,741	91 ans	2,514
47 ans	13,500	92 ans	2,404
48 ans	13,255	93 ans	2,285
49 ans	13,006	94 ans	2,160
50 ans	12,754	95 ans	2,019
51 ans	12,501	96 ans	1,867
52 ans	12,245	97 ans	1,697
53 ans	11,987	98 ans	1,503
54 ans	11,725	99 ans	1,257
55 ans	11,459	100 ans	0,951
56 ans	11,187		

Cumul de la rente accident du travail et d'autres prestations

Avec une pension d'invalidité Sécurité sociale

L'assuré titulaire d'une rente accident de travail, dont l'état d'invalidité subit, à la suite de maladie ou d'accident, une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de ladite législation, peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité si le degré total d'incapacité est au moins égal à 2/3. Dans ce cas, la pension d'assurance invalidité est liquidée comme il est prévu indépendamment de la rente d'accident du travail. Toutefois, le montant minimum des pensions d'invalidité est applicable au cumul de la rente d'accident du travail et de la pension d'assurance invalidité. Ce cumul ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle que l'invalidé.

Article L. 371-4 du Code de Sécurité sociale

Lorsque l'incapacité de travail résultant de la législation au titre des accidents du travail est au moins égale à 2/3 et ouvre droit, par ailleurs, à une pension d'invalidité, le cumul n'est pas possible sauf dans le cas où le montant de la rente accident du travail est inférieur au montant de la pension d'invalidité.

Article L. 434.2 du Code de Sécurité sociale

Un assuré bénéficiant à la fois d'une rente accident du travail et d'une pension d'invalidité pour un même état ne peut demander à bénéficier en plus de cette majoration de la rente. Dans le cas contraire, l'assuré bénéficierait, au titre de cet état, d'une pension d'invalidité et d'une rente majorée, ce qui reviendrait à l'indemniser 2 fois pour la même affection.

Cass. civ. 2^e, 2 mai 2007, n° 06-12.514

Avec des indemnités journalières Sécurité sociale

Dans le cas où un accident du travail ouvre droit à une rente et que la victime fait une rechute, l'assuré peut percevoir des indemnités journalières, la caisse n'est tenue de verser que la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant de la rente maintenue pendant cette période.

Article R. 443-2 du Code de Sécurité sociale

Avec des avantages vieillesse

Une rente accident du travail peut se cumuler avec les pensions de retraite auxquels peuvent avoir droit les intéressés en vertu d'un statut particulier (exemple : régime des fonctionnaires). La rente d'accident du travail peut également se cumuler avec les prestations de l'assurance vieillesse.

Article L. 434-6 du Code de Sécurité sociale

Incidences des fautes sur l'indemnisation

Faute inexcusable et intentionnelle de l'employeur

« En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers ce dernier d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les accidents du travail ». Le manquement à cette obligation a le caractère de faute inexcusable, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

Cass. soc. 11 avril 2002, n° 00-16.535

La caisse régionale d'assurance maladie doit communiquer à la victime ou à ses ayants droit, sur leur demande, les résultats complets de l'enquête ainsi que tous les renseignements dont elle dispose.

Article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire. La victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues. En cas d'accident susceptible d'entraîner la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qui se sont substitués dans la direction, la prescription de 2 ans opposable aux demandes d'indemnisation complémentaire est interrompue par l'exercice de l'action pénale engagée pour les mêmes faits ou de l'action en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident.

Article L. 431-2 du Code de la Sécurité sociale

Une majoration de rente est prévue lorsque l'accident du travail est dû à la faute inexcusable de l'employeur. Elle ne peut être réduite en fonction de la gravité de cette faute mais seulement lorsque le salarié victime a lui-même commis une faute inexcusable.

Cass. soc. 19 décembre 2002, n° 01-20.447

Toutefois, Le fait que la cause déterminante de l'accident se trouve dans la faute de la victime qui, compétente et expérimentée, ayant nécessairement connaissance et conscience du danger encouru à l'approche d'une ligne électrique par un matériel métallique, a fait preuve de négligence, d'imprudence et d'inattention, n'est pas de nature à exonérer l'employeur de sa responsabilité et n'a pas le caractère de faute inexcusable de la victime.

Cass. AP, 24 Juin 2005, 03-30.038

Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de Sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément, ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation. De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente accident du travail, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction compétente. La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur. Le capital représentatif de la rente majorée pour faute inexcusable doit être évalué au jour où le juge du fond statue.

Lorsqu'un travailleur intérimaire est victime d'un accident de travail imputable à une faute inexcusable de l'entreprise utilisatrice, seule l'entreprise de travail temporaire doit verser à la caisse le remboursement des indemnités complémentaires prévues en cas de faute inexcusable. L'entreprise de travail temporaire pourra ensuite se retourner contre l'entreprise utilisatrice. L'entreprise de travail temporaire est responsable des conséquences financières de l'accident. Toutefois, l'entreprise de travail temporaire peut prétendre au remboursement des sommes mises à sa charge auprès de l'entreprise utilisatrice, qui est responsable pénalement de la faute commise par ses préposés.

Exemples

Constitue une faute inexcusable de l'employeur, le fait pour un chef de chantier de ne pas intervenir comme il aurait dû le faire au début de l'exécution du travail, ce qui lui aurait permis de constater que la mise en œuvre de ce travail sur le chantier visité préalablement par l'inspecteur du travail devait entraîner une modification des installations de protection existantes lors de cette visite, et rendait nécessaire d'imposer le port du harnais de sécurité aux deux salariés qui travaillaient à plus de huit mètres du sol sans la protection d'un garde-corps ; qu'il n'avait pu ignorer les risques de chute auxquels il exposait les salariés qui accomplissaient pour la première fois une tâche de cette nature, et que l'accident avait été causé par le manquement du chef de chantier au respect des obligations des articles 5 et 9 du décret n° 65-48 du 8 janvier 1965 ; que, par ailleurs, l'erreur d'appréciation commise par les deux salariés en rehaussant de façon inappropriée le coffrage intérieur ne saurait s'analyser en un fait justificatif.

Cass. soc. 28 mars 2002, n° 00-18.667 (voir aussi n° 00-11.627)

Si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application de la législation sur les accidents du travail. Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités auxquelles elle a droit. Elles sont admises de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident une action en remboursement des sommes payées par elles. Si des réparations supplémentaires mises à la charge de l'auteur responsable de l'accident sont accordées sous forme de rentes, celles-ci doivent être constituées par le débiteur dans les 2 mois de la décision définitive ou de l'accord des parties à la caisse nationale de prévoyance.

Article L. 452-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

A défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et indemnités, il appartient à la juridiction de la Sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement. L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci. L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement. Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés. Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la caisse régionale d'assurance maladie peut imposer à l'employeur une cotisation supplémentaire. Le produit en est affecté au fond national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité. Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale. En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint survivant recouvre son droit à la rente, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit. La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le montant par l'imposition d'une cotisation supplémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse régionale d'assurance maladie sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la Sécurité sociale compétente. Cette cotisation supplémentaire ne peut être perçue pendant plus de 20 ans et son taux excéder ni 50 % de la cotisation de l'employeur ni 3 % des salaires servant de base au calcul de la cotisation. Dans le cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le capital correspondant aux arrérages à échoir est immédiatement exigible.

Faute de la victime ou d'un tiers

Ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité (au titre des accidents du travail), l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime. Celle-ci peut éventuellement prétendre seulement aux prestations en nature (remboursements de soins). Lors de la fixation de la rente, le conseil d'administration de la caisse ou le comité ayant reçu délégation à cet effet peut, s'il estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer le montant de la rente, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente. Lorsque l'accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime, celui-ci est déchu de tous ses droits ; ceux-ci sont transférés sur la tête des enfants et descendants, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.

Article L. 453-1 du Code de la Sécurité sociale

Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application de la législation sur les accidents du travail. Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'État et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée. Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière, ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article L. 454-1 du Code de la Sécurité sociale

Les dépenses à rembourser aux caisses d'assurance maladie peuvent faire l'objet d'une évaluation forfaitaire dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. La caisse qui a engagé l'action en remboursement poursuit jusqu'à son terme l'action engagée.

Article R. 454-1 du Code de la Sécurité sociale

Accidents de la circulation

La victime ou ses ayants droit ainsi que la caisse de Sécurité sociale peuvent se prévaloir des dispositions des articles L. 454-1 et L. 451-2 du Code de la Sécurité sociale relatives à la faute d'un tiers lorsque l'accident, considéré comme accident de travail, survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime. Elle pourra donc bénéficier de la législation au titre des accidents de travail et de l'indemnisation complémentaire prévue par la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

Article L. 455-1-1 du Code de la Sécurité sociale

Indemnité forfaitaire à la charge des tiers responsables d'accidents

L'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 institue une indemnité forfaitaire à la charge des tiers responsables d'accidents. Cette indemnité est mise en recouvrement par la caisse primaire à laquelle est affilié l'assuré victime d'un accident (travail ou non). Elle est instituée dans le but de compenser les frais de gestion que la CPAM supporte en vue de récupérer les prestations qu'elle a versées pour le compte de l'assuré et contribue, de ce fait, à améliorer l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie.

LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Déclaration par la victime

Délais de déclaration

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée doit être, par les soins de la victime, déclarée à la caisse primaire dans un délai de 15 jours même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse. Le délai est porté à 3 mois à compter de la date d'effet d'un nouveau tableau, lorsque la maladie est antérieure à ce nouveau tableau des maladies professionnelles. Le non-respect du délai de 3 mois dans lequel la victime doit effectuer sa demande n'est pas assorti de sanctions. L'intéressé qui formule sa demande hors délai ne peut se voir privé de son droit à réparation.

Les demandes de victimes guéries, présentées en application de l'article L. 461-5 du Code de la Sécurité sociale, sont juridiquement recevables. Elles permettent aux intéressés d'éviter la prescription et de pouvoir bénéficier, le cas échéant, d'une prise en charge d'une rechute ultérieure.

Circulaire CNAMTS n° 19-2000 du 21 avril 2000

Rôle du médecin

La déclaration de maladie professionnelle établie par la victime doit être accompagnée d'un certificat médical initial. Ce certificat médical descriptif établi par le médecin précise : la nature de la maladie, les manifestations constatées imputables au risque professionnel et les suites probables. C'est un certificat en 4 exemplaires, un exemplaire est à remettre à l'employeur. Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la caisse primaire à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise.

Article L. 461-5 du Code de la Sécurité sociale

Certificat médical

Le modèle de certificat médical est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/certificat-medical.pdf

Déclaration de maladie professionnelle

La déclaration de maladie professionnelle est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa60-3950.pdf

Formalisme et remplissage de la déclaration de maladie professionnelle

Toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux est systématiquement présumée d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve. Toutefois, trois conditions doivent être remplies pour qu'une maladie soit prise en charge au titre d'une maladie professionnelle indemnisable.

La maladie doit être inscrite sur un tableau.

L'intéressé doit avoir été exposé au risque: la preuve de cette exposition lui incombe.

La maladie doit avoir été constatée médicalement : dans un certain délai, prévu par les tableaux. Le point de départ de ce délai se situe à la fin de l'exposition au risque.

La déclaration de maladie professionnelle est réalisée par la victime ou ses ayants droits et transmise à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans un délai de 15 jours après la cessation du travail, ou la constatation de la maladie à l'aide du «formulaire de déclaration de maladie professionnelle».

Il est important pour la victime d'être parfaitement conseillé par son médecin afin de vérifier le bien fondé de cette déclaration. En effet, la déclaration en maladie professionnelle n'est pas toujours avantageuse. La réparation forfaitaire suppose d'évaluer l'impact de la déclaration sur la reprise du travail. Il faut savoir que la reconnaissance en maladie professionnelle est incompatible administrativement avec une demande ultérieure (pour le même problème de santé) d'invalidité dans le cadre de la maladie ordinaire.

Exemple

Pour une réparation d'une forme sévère de trouble musculo-squelettique, le taux d'IPP sera de 15 % environ (ce qui correspond à la moyenne nationale des troubles musculo-squelettiques indemnifiés avec séquelles). Ce taux va entraîner pour le salarié l'attribution d'une rente annuelle de 7,5 % du salaire annuel brut. En revanche, si le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail puis licencié, sa perte de salaire ne sera pas compensée puisque seules les séquelles résultant de la maladie sont indemnifiables.

Pour le remplissage de la déclaration, il est important de noter précisément le dernier employeur. Il est nécessaire aussi d'indiquer les emplois antérieurs susceptibles d'avoir exposé le salarié au risque qui fait l'objet de la déclaration. Toutefois, sauf preuves contraires, le dernier employeur chez qui le salarié a été exposé au risque doit prendre en charge les conséquences financières de la maladie professionnelle. En d'autres termes, la Sécurité sociale se retournera toujours contre le dernier employeur, à charge pour lui de démontrer son absence de responsabilité ou l'existence d'une responsabilité partagée. Encore faut-il que la liste des employeurs précédents figure sur la déclaration de maladie professionnelle.

Cass. civ. 2^e, 21 octobre 2010, n° 09-67.494

Obligations de l'employeur

Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles est tenu d'en faire la déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail. Le défaut de la déclaration peut être constaté par l'inspecteur du travail ou par le fonctionnaire susmentionné, qui doit en informer la caisse primaire. Cette déclaration est faite avant le commencement des travaux par lettre recommandée adressée d'une part en double exemplaire à la caisse primaire d'assurance maladie, d'autre part à l'inspecteur du travail. La caisse primaire transmet à la caisse régionale l'un des 2 exemplaires qu'elle reçoit.

Article L. 461-4 du Code de la Sécurité sociale

En cas d'arrêt de travail pour maladie professionnelle, l'employeur doit aussi établir l'attestation de salaire afférente. Il est, en effet, tenu d'adresser à la caisse primaire d'assurance maladie, dès qu'il a connaissance de l'arrêt de travail pour le motif de maladie professionnelle, une attestation indiquant la période du travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les paies concernées, le montant et la date de ces paies. La caisse primaire peut aussi demander à l'employeur et à la victime ou à ses ayants droit tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

Article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale

Attestation de salaire

Le modèle d'attestation de salaire accident de travail est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa11137-02.pdf

Il est très important de savoir remplir l'attestation de salaire maladie professionnelle car du bon remplissage de cette attestation dépend la valeur des indemnités journalières de Sécurité sociale servie au salarié et par conséquent le complément employeur afférent s'il y a lieu.

Aussi, la colonne B « rappels de salaire » ne doit pas rester vierge si le salarié perçoit des éléments variables. Toutes les primes, majorations et indemnités cotisables à périodicité différente que mensuelle doivent y figurer avec leur périodicité. Les règles de remplissage applicables à l'accident du travail sont transposables en maladie professionnelle.

Procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle

Pour une maladie inscrite dans un tableau

En principe, la caisse ouvre systématiquement une enquête administrative et médicale dans le cadre d'une déclaration de maladie professionnelle. L'enquêteur doit alors recueillir les informations suivantes : description du poste de travail de la victime, des différentes tâches effectuées, désignation des nuisances auxquelles est exposée la personne qui a effectué la déclaration de maladie professionnelle. L'enquêteur doit aussi rencontrer la victime dans le cadre de cette enquête pour reconstituer la carrière de la victime, compléter les informations manquantes sur la déclaration de maladie professionnelle, informer la personne sur le déroulement de la procédure. L'enquêteur doit rencontrer l'employeur ou son représentant et toute personne susceptible de détenir les informations recherchées. L'enquêteur pourra également rencontrer des représentants du personnel, des membres du CHSCT, des collègues de la personne qui a effectué la déclaration de maladie professionnelle. L'enquêteur peut éventuellement recueillir l'avis du médecin du travail et celui du service prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie.

Par exception, lorsque des cas semblables ont été traités par la caisse, si cette dernière dispose d'éléments suffisants du fait d'une précédente enquête administrative réalisée sur les lieux de travail, le dossier pourra être traité par questionnaires adressés à la victime et à l'employeur. C'est le cas lorsque plusieurs salariés d'une même entreprise travaillant sur un poste de travail identique, déclarent une maladie professionnelle au titre d'un même tableau de maladie professionnelle. L'enquêteur ne prend pas de décision mais transmet toutes ces informations recueillies au cours de l'enquête administrative au gestionnaire de la Caisse de Sécurité sociale.

Les informations dont dispose l'employeur

La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de procéder à une information de la victime ou de ses ayants droit ainsi que de l'employeur avant de prendre sa décision dès lors qu'elle procède à une enquête ou à l'envoi d'un questionnaire, que ce soit à la suite des réserves motivées de l'employeur, en cas de décès de la victime ou si la caisse l'estime nécessaire. Il y a lieu par conséquent de communiquer à la victime ou ses ayants droit et à l'employeur, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, au moins 10 jours francs avant la prise de décision, l'information sur les éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief, ainsi que sur la possibilité de consulter le dossier mentionné à l'article R. 441-13 du Code de la Sécurité sociale.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

Pour l'histoire, trois arrêts de la Cour d'Appel d'Amiens avaient déclaré inopposables à l'employeur des décisions de reconnaissance de maladies professionnelles. Dans ces arrêts, la CPAM de la Somme reprochait à la Cour d'Appel, alors que l'employeur n'avait pas sollicité la communication du dossier qu'elle avait constitué, d'avoir considéré qu'elle avait failli à son obligation d'information en ne transmettant pas à l'employeur divers éléments "susceptibles de lui faire grief" avant sa prise de décision. La CPAM en déduisait, pour le contester, que cela lui faisait obligation, indirectement, de transmettre "spontanément" à l'employeur les éléments du dossier constitué. La deuxième Chambre Civile approuva la Cour d'Appel.

Cass. civ. 2^e, 13 mai 2003, n° 02-30.234, n° 02-30.236, n° 02-30.237

Il faut déduire de ces arrêts que la caisse doit, réserves de l'employeur ou non, transmettre spontanément à ce dernier les éléments qui lui sont défavorables et lui font donc grief. La communication spontanée, à l'employeur, d'une copie du dossier constitué par la caisse, avant prise de décision, répond ainsi parfaitement à l'obligation d'information de l'article R 441-11.

Cass. civ. 2^e, 13 décembre 2005, n° 05-12284

La réforme de la procédure d'instruction permet de trancher et d'explicitier cette jurisprudence. La caisse doit communiquer l'information sur les éléments recueillis susceptibles de faire grief à l'employeur. Il n'y a donc pas d'obligation pour la caisse de transmettre « in extenso » tous les documents mais bien d'indiquer à l'employeur qu'ils existent et qu'il peut les consulter. La caisse doit, avant décision, soit communiquer spontanément à l'employeur la copie intégrale du dossier, soit l'informer (dans la lettre de clôture) de la liste des pièces présentes, et plus particulièrement énoncer précisément celles qui lui sont défavorables. A défaut d'information, l'employeur pourra toujours invoquer devant les tribunaux le vice de procédure en résultant.

Réception des décisions

Désormais l'employeur est destinataire de l'ensemble des décisions de la caisse qu'elles lui fassent grief ou pas, y compris en cas de rente incapacité permanente partielle. L'employeur qui reçoit la lettre de clôture d'instruction, sans précision sur la présence d'éventuels éléments lui faisant grief, peut estimer que le dossier de la caisse n'en comporte pas. Dès lors, il ne peut lui être reproché de n'avoir pas fait la démarche de consulter le dossier. Il peut, en effet, y voir le fait que la Caisse ne dispose d'aucun document dont il n'ait déjà connaissance.

L'instruction du dossier par la caisse

La caisse dispose d'un certain délai pour statuer. En matière de maladie professionnelle, la caisse dispose d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration de maladie professionnelle et le certificat médical initial pour prendre sa décision.

Article R. 441-10 du Code de la Sécurité sociale

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 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut excéder trois mois en matière de maladie professionnelle à compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de la maladie est reconnu.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

Le respect du contradictoire

Comme en matière d'accident du travail, il y a lieu de communiquer à la victime et à l'employeur par tout moyen permettant de déterminer la date de réception (preuve à la charge de la CPAM), au moins 10 jours francs (jour entier de 0 à 24 h sans les dimanches et les fériés) avant la prise de décision, l'information sur les éléments recueillis susceptibles de leur faire grief ainsi que la possibilité de consulter le dossier d'instruction qui comprend :

- la déclaration de maladie professionnelle et l'attestation de salaire ;
- les divers certificats médicaux ;
- les constats faits par la caisse primaire ;

- les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 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.

La notification des décisions

Les décisions d'acceptation ou de rejet prises par la caisse sur le caractère professionnel d'une maladie doivent être notifiées à la victime ou à ses ayants droit sous pli recommandé avec accusé de réception. En obligeant la caisse à notifier à l'ensemble des protagonistes toutes ses décisions concernant le caractère professionnel d'une maladie professionnelle, qu'elle fasse grief ou pas (reconnaissance comme rejet), l'employeur se trouve obligé de se réapproprier la gestion de ce risque. Il en est de même concernant l'attribution d'un taux d'incapacité partielle permanente avec mention obligatoire des délais et voies de recours.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

Les délais de contestation

L'employeur en tant que destinataire de la décision de la caisse sera soumis aux délais légaux pour contester le caractère professionnel de la maladie. Ce délai est de 2 mois suivant la notification.

De ce fait tout recours formé par l'employeur au-delà du délai de 2 mois suivant la notification sera forclo et la décision de la caisse deviendra définitive à son égard. L'employeur, s'il veut mesurer et limiter l'impact des maladies professionnelles doit désormais s'intéresser de près et immédiatement au sinistre. Il n'a désormais que 2 mois pour s'interroger sur le bien fondé de la décision de la caisse.

Les effets de la contestation

Le principe d'indépendance des décisions suppose que le recours de la victime n'a pas d'impact sur la décision vis-à-vis de l'employeur et vice versa. Le décret va jusqu'à isoler les recours victime/employeur et employeur/caisse. En notifiant les décisions de rejet aux employeurs, cette décision a, de ce fait, un caractère définitif pour lui. Le recours ultérieur de la victime sera sans effet sur son taux accident du travail. Les caisses n'ont plus aucun intérêt à appeler les employeurs dans la cause puisque la décision du tribunal ne pourra leur devenir opposable. Quant aux victimes, elles n'ont plus à affronter leur employeur dans leurs recours.

■ en cas de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie professionnelle

Cette décision fait grief à l'employeur : c'est donc à lui qu'il faut adresser la notification (ayant date certaine) avec indication des délais et voies de recours. Une lettre simple suffit pour la victime (qui reçoit quand même la notification). Si l'employeur exerce un recours dans le délai imparti et si jamais il obtient gain de cause alors le caractère professionnel demeure acquis pour la victime mais est supprimé pour l'employeur.

■ en cas de refus de reconnaissance

Cette décision fait grief à la victime : c'est donc à elle qu'il faut adresser la notification (ayant date certaine) avec indication des délais et voies de recours. Une lettre simple de notification suffit pour l'employeur. Si la victime exerce un recours dans le délai imparti et si jamais elle obtient gain de cause alors le caractère non professionnel demeure acquis pour l'employeur mais la victime sera indemnisée (sans inscription au compte employeur).

La décision d'octroi d'une incapacité permanente est immédiatement notifiée à la victime ou ses ayants droit, ainsi qu'à l'employeur « par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception, avec mention des délais et voies de recours ». Le double de la décision est envoyé à la caisse régionale.

Article R. 434-32 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009
Circulaire DSS n° 2C/2009/267 du 21 août 2009

Pour une maladie non inscrite dans un tableau

Lorsque le salarié veut faire reconnaître une maladie comme professionnelle alors qu'elle n'est pas inscrite dans un tableau, il doit au nécessairement recueillir l'avis du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

Le CRRMP est composé par des membres désignés pour 4 ans par un arrêté général du préfet de région sur proposition du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

Il s'agit :

- d'un médecin conseil régional (ou son représentant) ;
- d'un médecin inspecteur régional du travail (ou son représentant) ;
- d'un professeur d'université-praticien hospitalier, ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que de suppléants.

Le comité dispose d'un secrétariat permanent assuré par l'Échelon Régional du Service Médical (ERSM). Le CRRMP compétent est celui du lieu où demeure la victime. Lorsque cette dernière ne demeure pas en France, le CRRMP compétent est celui dans le ressort duquel la caisse primaire dont relève la victime a son siège.

Article D. 461-28 du Code de la Sécurité sociale

L'instruction du dossier est réalisée conjointement par le service administratif de la caisse primaire d'assurance maladie et le service médical dès réception de la déclaration de maladie professionnelle établie par l'assuré, accompagnée du certificat médical initial descriptif. La CPAM diligente une enquête administrative et demande l'avis du service médical. Elle avise parallèlement l'employeur et lui adresse une demande d'information à l'attention du médecin du travail. Cette demande doit être retournée, sous enveloppe confidentielle, directement au médecin conseil. Dans le cas où la caisse ne reconnaît pas la maladie professionnelle, le dossier est transféré à la CRRMP.

Le dossier transmis comprend :

- une demande motivée de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, signée par la victime ou ses ayants droit ;
- un certificat médical ;
- un avis motivé du médecin du travail ;
- un rapport circonstancié de l'employeur ;
- un rapport du service médical ;
- le cas échéant, les conclusions de toute enquête administrative.

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. Dans le cas de saisine directe du comité par la victime, au titre des nouveaux modes de reconnaissance des maladies professionnelles, le secrétariat dudit comité doit en aviser immédiatement la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Le dossier est alors instruit selon les mêmes modalités que précédemment. L'ensemble du dossier est rapporté devant le comité par le médecin-conseil qui a examiné la victime ou statué sur son taux d'incapacité de travail (IPP). L'avis motivé du comité est rendu à la CPAM, à laquelle il s'impose. La CPAM 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.

Les litiges relevant du refus de reconnaissance par le CRRMP du caractère professionnel de la maladie dans le cadre des nouvelles modalités concernent le contentieux de droit commun de la Sécurité sociale (commission de recours amiable, tribunal des affaires de Sécurité sociale, cour d'appel, cour de cassation). Dans ce cadre, le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) doit recueillir l'avis d'un comité autre que celui qui s'est prononcé précédemment ; il désigne alors le comité d'une des régions les plus proches.

Circulaire CNAMTS du 2 novembre 1993

Prescription

Dans tous les cas, la victime peut faire valoir son droit à réparation dans un délai de 2 ans à compter :

- soit de la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle ;
- soit à compter de la date de cessation du travail lorsqu'elle a déjà été informée par un certificat médical.

Article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale

Le point de départ du délai de prescription est la date du certificat médical informant la victime du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle. Le point de départ du versement des prestations est la date d'envoi du certificat médical.

Circulaire CNAM DRP/ENSM n° 18-2000 du 31 mars 2000

Le délai de prise en charge détermine la période au cours de laquelle, après la cessation de l'exposition du risque, la maladie doit se révéler et être médicalement constatée pour être indemnisée au titre des maladies professionnelles.

Article L. 461-2 du Code de la Sécurité sociale

La prise en charge au titre de la maladie professionnelle est justifiée dès lors que les lésions ont été constatées au cours du délai de prise en charge, même si leur identification n'est intervenue que postérieurement. La constatation médicale de la maladie consiste à la diagnostiquer et à l'identifier par une analyse de symptômes.

LES PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN CAS DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Le droit aux prestations

En matière de maladie professionnelle, le droit aux prestations est ouvert dès la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie. La victime n'a pas à réunir des conditions particulières tenant à une certaine durée du travail ou à un certain montant de cotisations. Un salarié est ainsi protégé par cette législation dès sa première seconde de travail.

Les diverses prestations à l'exception des indemnités journalières et de la rente

Les prestations accordées aux bénéficiaires de la législation des maladies professionnelles comprennent : la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation ou le remplacement de ceux que la maladie a rendu inutilisables, les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption de travail.

Article L. 431-1 du Code de la Sécurité sociale

Les mêmes règles sont applicables qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Indemnités journalières de Sécurité sociale

En cas d'arrêt de travail dû à une maladie professionnelle et pour compenser la perte de salaire, la victime peut percevoir des indemnités journalières. Là encore les règles applicables à l'accident du travail sont parfaitement transposables.

Article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale

LE CAS SPÉCIFIQUE DE L'AMIANTE

Bénéficiaires

Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

- les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;
- les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ;
- leurs ayants droit.

Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 - JO du 24 décembre 2000

Fonds d'indemnisation

Il est créé, sous le nom de «Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante» (FIVA), un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la Sécurité sociale et du budget. Cet établissement a pour mission de réparer les préjudices. Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'État, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat.

Formalités de la demande

Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du Fond. Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fond transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies :

- il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ;
- il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.

Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la Sécurité sociale. Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante, le fond peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision. Le fonds peut requérir de tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptible de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles. Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel. Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical.

Proposition du FIVA

Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Le fond présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation. Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime ou si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour faute inexcusable de l'employeur. L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à l'amiante. Le fond est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

Le fond intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la Sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi. Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

Le demandeur peut agir en justice contre la décision du fond dans les cas suivants :

- si la demande d'indemnisation est rejetée ;
- si aucune offre ne lui a été présentée par le fonds dans le délai de 6 mois (ou 9 mois la première année) ;
- s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

Cette action est intentée devant la Cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

La victime ou ses ayants droit doivent justifier de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte de l'état de santé de la victime, atteinte d'une maladie professionnelle ou non. Justifient de l'exposition à l'amiante :

- la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;
- le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté.

La liste de ces maladies spécifiques est fixée comme suit :

- mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives,
- plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique.

Arrêté ministériel du 5 mai 2002 - JO du 5 mai

L'ACCIDENT DE TRAJET

Déclaration de l'accident par la victime

La victime d'un accident du trajet doit, dans la journée où l'accident s'est produit, ou au plus tard, dans les 24 heures, sauf cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer l'employeur ou l'un de ses préposés. En principe, la déclaration doit être envoyée par lettre recommandée, si elle n'est pas faite à l'employeur ou à son préposé sur le lieu de l'accident.

Articles L. 441-1 et R. 441-2 du Code de la Sécurité sociale

Rôle du médecin

Le médecin qui constate les lésions de l'assuré établit, en double exemplaire, un certificat appelé « certificat médical initial » indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles. Il indique la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime.

Il est donc important, lorsque le médecin délivre la totalité du certificat au salarié, de lui indiquer qu'il doit en adresser un exemplaire à sa caisse primaire d'assurance maladie. 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 certificat.

Article L. 441-6 du Code de la Sécurité sociale

Déclaration accident de travail

Le modèle de déclaration accident de travail est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa11138-02.pdf

Déclaration de l'accident et obligations de l'employeur

Avant même la déclaration « accident du trajet », l'employeur est tenu de délivrer au salarié la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Cette feuille dispensera le salarié de faire l'avance de fonds pour les soins liés à son accident. Cette feuille est à conserver par le salarié et à présenter systématiquement aux praticiens qui lui dispensent des soins. Grâce à cette feuille, le salarié bénéficiera du tiers payant et de la gratuité des soins, mais attention, uniquement dans la limite des tarifs conventionnels.

Si jamais la feuille délivrée est entièrement complétée, il appartient au salarié d'en demander une nouvelle directement à sa caisse de Sécurité sociale en remplissant la dernière partie de la première page « demande de renouvellement ».

Tout praticien, tout auxiliaire médical, appelé à donner des soins, mentionne sur cette feuille d'accident, les actes accomplis et appose sa signature. Il en est de même pour le pharmacien ou le fournisseur lors de toute fourniture, pour l'établissement hospitalier dans le cas d'une hospitalisation. Le praticien, auxiliaire médical, pharmacien, fournisseur ou établissement hospitalier utilise la partie de la feuille d'accident qui lui est destinée pour établir sa note d'honoraires ou sa facture, ou bien, reproduit sur cette note les mentions figurant sur ladite feuille en ce qui concerne, notamment, les nom, prénoms, adresse, numéro d'immatriculation de la victime, désignation de l'employeur, date de l'accident, ainsi que toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler. La note d'honoraires ou la facture est adressée, selon le cas, soit à la caisse primaire d'assurance maladie, soit à l'établissement, service ou entreprise autorisé à gérer les risques accidents du travail, tels qu'ils sont désignés sur la feuille d'accident présentée par la victime.

Article R. 441-9 du Code de la Sécurité sociale

Feuille de soins

Le modèle de feuille de soins est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa11383-02.pdf

Délais de déclaration et formalisme

L'employeur ou l'un de ses préposés doit déclarer tout accident de trajet dont il a eu connaissance à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime. La déclaration de l'employeur ou de l'un de ses préposés doit être faite par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans les 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés. Il est aussi possible de faire cette déclaration via le site internet « Net entreprises » (www.net-entreprises.fr). Ce service est gratuit, et une fois la déclaration effectuée, l'employeur reçoit un avis de dépôt et un accusé de réception par la CPAM.

Articles L. 441-2 et R. 441-3 du Code de la Sécurité sociale

Si l'employeur ne respecte pas le délai de 48 heures, la caisse primaire d'assurance maladie est en droit de lui demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident. Il est donc essentiel de respecter ce délai.

Article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale

Toutefois, ce délai ne vaut que lorsque l'employeur peut effectivement avoir connaissance de l'accident dans les délais qui lui sont impartis.

Déclaration accident de trajet

Le modèle de déclaration de trajet est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa56261-01.pdf

Remplissage de la déclaration accident du trajet

Le délai imparti à l'employeur pour déclarer l'accident commence à courir uniquement au jour où il en a été informé par la victime. C'est pourquoi le remplissage de la déclaration est particulièrement important et ne doit pas être laissé au hasard.

Dans la partie accident, il est très important de relater les faits tels que décrit par le salarié. L'emploi du discours rapporté semble particulièrement indiqué, de même que le fait de parler du ou de la salarié(e) et non de victime. Quant aux blessures, il paraît opportun d'utiliser le conditionnel. S'il n'y a pas de témoins, l'accident n'est pas « constaté » mais « connu », la case réservée à cet effet doit donc être cochée. Cette case est particulièrement importante aussi lorsque le salarié n'a pas déclaré son accident à l'employeur dans les 24 heures afin de préciser à la caisse que l'employeur est toujours dans les délais impartis compte tenu de la date de déclaration faite par le salarié. Si l'accident est totalement relaté par la victime, la case « décrit par la victime » s'impose. En tout état de cause, l'employeur n'est pas médecin et il se doit de relater les faits avec le plus d'objectivité possible. S'il a le moindre doute sur le caractère professionnel de l'accident, il émettra alors des « réserves motivées ».

Les réserves motivées de l'employeur

Sur la déclaration d'accident du trajet, l'employeur reporte uniquement les faits tels qu'ils lui sont relatés par la ou les victimes. Mais s'il doute de la version qui lui est fournie alors il peut émettre des réserves. Ces réserves obligent la caisse à adresser au minimum un questionnaire à la victime et à l'employeur sur les circonstances ou la cause de l'accident du travail. La caisse peut aussi choisir de procéder à une enquête auprès des intéressés. Cette enquête est obligatoire en cas de décès du salarié. Pendant longtemps, les réserves devaient être émises avant la prise de décision de la caisse quand bien même l'employeur ne connaissait pas le délai dont il disposait vu qu'il ignorait le moment de prise de décision de la caisse. Désormais, la caisse précise à l'employeur le moment de sa décision, ce qui lui permet de réagir plus efficacement. En contrepartie, si l'employeur émet des réserves, il doit les motiver.

Article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009

Les règles applicables à l'accident de travail sont transposables à l'accident de trajet.

Attestation de salaire accident du trajet

L'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire d'assurance maladie, en même temps que la déclaration d'accident ou au moment de l'arrêt du travail, si celui-ci est postérieur, une attestation indiquant la période du travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les paies concernées, le montant et la date de ces paies. La caisse primaire peut aussi demander à l'employeur et à la victime ou à ses ayants droit tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

Article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale

Attestation de salaire

Le modèle d'attestation de salaire accident de travail est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/absences/docs/cerfa11137-02.pdf

Il est très important de savoir remplir l'attestation de salaire accident de trajet car du bon remplissage de cette attestation dépend la valeur des indemnités journalières de Sécurité sociale servie au salarié et par conséquent le complément employeur afférent s'il y a lieu.

Aussi, la colonne B « rappels de salaire » ne doit pas rester vierge si le salarié perçoit des éléments variables. Toutes les primes, majorations et indemnités cotisables à périodicité différente que mensuelle doivent y figurer avec leur périodicité.

Procédure de reconnaissance du caractère professionnel par la caisse primaire

La procédure de reconnaissance est identique en matière d'accident de trajet ou de travail. Toutefois, la présence de témoins est bien plus demandée en accident de trajet qu'en accident de travail. En effet, dans ce domaine, la ré-imputation de l'accident à l'employeur ne se fait pas en fonction de la gravité de l'accident mais de manière strictement forfaitaire sans tenir compte ni du nombre d'accident, ni de leur coût. La Sécurité sociale est donc plus vigilante sur ces déclarations.

LES PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAJET

En matière d'accident du trajet, le droit aux prestations est ouvert dès la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident. La victime n'a pas à réunir des conditions particulières tenant à une certaine durée du travail ou à un certain montant de cotisations. Un salarié est ainsi protégé par cette législation dès sa première seconde de travail.

Là encore, les prestations sont identiques à celles servies en matière d'accident de travail.

PAIE

L'ACCIDENT DE TRAVAIL ET LA MALADIE PROFESSIONNELLE

La suspension du contrat de travail débute avec l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle et ne prend fin qu'après la visite médicale de reprise.

Articles L. 1226-7 et R. 4624-21 et suivants du Code du travail

Le contrat de travail étant suspendu pendant l'arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le salarié n'exécute plus sa prestation de travail et, de ce fait, n'est pas rémunéré, sauf exceptions prévues par la convention collective ou le Code du travail (via loi de mensualisation).

LE MAINTIEN DE SALAIRE EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Les conditions pour bénéficier du maintien de salaire

La loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 sur la mensualisation a été abrogée. Celle-ci entérinait l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, imposait une indemnisation minimale de la part de l'employeur, en cas d'accident ou de maladie professionnelle, à défaut d'accord collectif plus favorable. Un nouveau régime d'indemnisation complémentaire par l'employeur a été mis en place par un accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, suivie par une loi du 25 juin 2008 et ses décrets d'application. Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas aux travailleurs à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux travailleurs temporaires.

Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 – Arrêté d'extension du 23 juillet 2008 – JO 25 juillet

Loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 – JO du 26 juin

Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 – JO du 8 mars

Décret n° 2008-716 du 18 juillet 2008 – JO du 19 juillet

Articles L. 1226-1, D. 1226-1 à D. 1226-8 du Code du travail

Le bénéfice d'une indemnisation complémentaire au titre de la loi sur la mensualisation est subordonné à plusieurs conditions :

- ancienneté minimale de 1 an dans l'entreprise ;
- constatation de l'état de santé du salarié par certificat médical et contre-visite, le cas échéant ;
- absence justifiée à l'employeur dans les 48 heures ;
- prise en charge de la maladie par la Sécurité sociale. Cela signifie que le complément employeur est subordonné au versement d'indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- soins effectués sur le territoire français ou dans un pays de l'Union Européenne.

La durée maximum d'indemnisation est déterminée par référence aux indemnités perçues par le salarié au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail. Pour le calcul des droits du salarié, on tient compte des indemnités perçues par le salarié durant les 12 mois antérieurs. Il faut donc déterminer, pour chaque arrêt de travail, le nombre de jours déjà indemnisés dans les 12 mois précédents. Le point de départ du décompte est fixé au 1^{er} jour de l'arrêt.

Si dans l'exemple précédent, le salarié avait été indemnisé pour un arrêt du 1^{er} au 20 décembre 2010, il aurait fallu déduire le nombre de jours indemnisés (10 jours) de la période d'indemnisation du second arrêt. Le salarié se voit, dans ce cas, indemniser à hauteur de 90 % pendant 20 jours (30 -10) puis à hauteur de 2/3 pendant 30 jours. Sauf dispositions conventionnelles contraires, le salarié qui a épuisé ses droits à indemnisation conventionnelle au cours d'une année civile ne peut, s'il n'a pas repris le travail, prétendre à une nouvelle indemnisation au titre de la même absence à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Cass. soc. 14 octobre 2009, n° 07-44.834

	Ancienneté	Indemnisation à 50 %	indemnisation à 2/3
Durée d'indemnisation et montant du salaire brut déduction faite des indemnités de Sécurité sociale	1 à 5 ans	30 jours	30 jours
	6 à 11 ans	40 jours	40 jours
	12 à 17 ans	50 jours	50 jours
	18 à 23 ans	60 jours	60 jours
	24 à 29 ans	70 jours	70 jours
	30 à 35 ans	80 jours	80 jours
	36 ans et plus	90 jours	90 jours

Cette indemnisation complémentaire légale n'est en aucun cas un maintien de salaire à proprement parlé. Il s'agit d'un complément d'indemnisation au-delà de ce que verse la Sécurité sociale. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, cette indemnisation complémentaire versée par l'employeur débute à partir du 1^{er} jour d'absence.

L'indemnisation garantie s'entend déduction faite des indemnités que le salarié peut recevoir par ailleurs par la Sécurité sociale ou par un régime de prévoyance. L'employeur ne doit alors déduire que la part résultant de ses propres versements. Toutefois les sommes perçues par le salarié au titre d'une assurance individuelle souscrite par lui-même ne peuvent être déduites

Article D. 1226-5 du Code du travail

Lorsque les indemnités versées par la Sécurité sociale sont réduites du fait d'une sanction par la CPAM en raison du non-respect de son règlement intérieur, elles sont réputées avoir été servies intégralement pour le calcul de l'indemnisation complémentaire employeur.

Article D. 1226-6 du Code du travail

Le salaire à maintenir

Le pourcentage d'indemnisation (90 % - 2/3) est établi en fonction du salaire brut. L'indemnisation garantie s'entend déduction faite des indemnités de toute nature que le salarié peut recevoir par ailleurs : indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou par un régime de prévoyance. Pour ces dernières, l'employeur ne déduit que la part résultant de ses propres versements. Pour les salariés à temps plein, la rémunération à prendre en compte pour le calcul de l'indemnisation est celle correspondant à l'horaire collectif pratiqué dans l'établissement ou le service du salarié pendant son absence.

Article D. 1226-7 du Code du travail créé par Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 – JO du 8 mars

Il est donc tenu compte des réductions d'horaire dues à des causes extérieures telles que la grève ou le chômage partiel.

Cass. soc. 17 janvier 1996, n° 91-43.218

Une augmentation de l'horaire collectif pendant l'arrêt de travail du salarié n'est cependant pas à prendre en considération.

Article D. 1226-7 du Code du travail

En outre, l'indemnisation a pour base le salaire qu'aurait dû percevoir le salarié s'il avait travaillé (donc pendant son absence), y compris les primes rémunérant le travail proprement dit ou liées à l'organisation du travail, comme la prime d'équipe ou encore la prime d'ancienneté. Mais les primes liées à la présence du salarié ou à sa fonction, comme la prime d'assiduité, sont en principe exclues. Les salariés à temps partiel sont, quant à eux, indemnisés sur la base de leur temps partiel, sans que cela ne conduise l'entreprise subrogée à verser au salarié une somme inférieure à celle qu'elle perçoit des organismes de Sécurité sociale.

Cass. soc. 31 janvier 1996, n° 92-41.620

Cass. soc. 29 mai 1986, n° 84-44.709

Lorsque le salarié perçoit une rémunération variable, l'indemnisation peut être calculée par référence :

- à la période de paie précédant l'arrêt de travail ;
- ou à un salaire moyen reçu au cours d'une période plus longue, le semestre par exemple.

Circulaire du 27 juin 1978 - JO du 1^{er} juillet

Les conventions collectives sont applicables dès lors qu'elles garantissent une indemnisation plus avantageuse que celle dont bénéficient les salariés en application de l'accord sur la mensualisation. Le caractère plus favorable s'apprécie avantage par avantage.

Cass. soc. 17 janvier 1996, n° 93-20.066

Exemples

Une disposition conventionnelle doit être appliquée lorsqu'elle prévoit :

- une condition d'ancienneté inférieure à 1 an ;
- un niveau de garantie plus élevé ;

Avantages en nature

À défaut de précisions dans la convention collective applicable, il convient de distinguer les avantages en nature dont l'attribution est subordonnée à l'exécution de la prestation de travail et ceux qui sont inhérents à la fonction même du salarié :

- les premiers, tels les titres-restaurant, n'ont pas à être accordés au salarié pendant ses absences pour accident de travail ou maladie professionnelle ;
- les seconds, tels le véhicule ou le logement de fonction, sont maintenus pendant les arrêts-maladie.

Quant aux titres de transport hebdomadaires ou mensuels, leur prise en charge par l'employeur continue sans abattement pour les jours non travaillés, dès lors qu'ils ont été utilisés au moins une fois dans la semaine ou dans le mois, pour un trajet domicile-travail. Pour les titres annuels ou pluri-mensuels, et lorsque la maladie se prolonge, certaines entreprises de transport offrent la possibilité aux entreprises de se faire rembourser au prorata des périodes au cours desquelles le titre a pu effectivement être utilisé.

Circulaire du Ministre des Transports - 24 décembre 1982

Versement des primes

Sauf disposition conventionnelle plus favorable, les absences pour accident de travail ou maladie professionnelle peuvent entraîner la réduction proportionnelle, voire la suppression, des primes assorties d'une condition de présence dans l'entreprise.

Jours fériés et pont

Le Code du travail subordonne l'indemnisation d'un jour férié chômé dans l'entreprise à une condition de présence le dernier jour de travail précédant le jour férié et le premier jour de travail qui lui fait suite.

Article L. 3133-3 du Code du travail

En conséquence, un salarié en arrêt pour accident du travail le jour de travail précédant et/ou suivant le jour férié ne peut pas bénéficier de l'indemnisation prévue à ce titre dans l'entreprise. Toutefois, la convention collective applicable peut prévoir un régime plus favorable. De même, lorsque le salarié tombe malade au cours d'un jour férié ou d'un pont dont le chômage a préalablement été convenu avec l'employeur, l'indemnisation par l'entreprise du jour férié ou du pont reste en principe due. Ce principe ne vaudrait que pour les absences imprévues. Le Code du travail fait en effet exception à la rémunération des jours fériés et ponts, dans le cas d'autorisations d'absence préalablement accordées. Lorsque le salarié est en arrêt au cours du pont dont l'employeur impose la récupération, la décision de récupération s'impose tout de même à lui comme à l'ensemble du personnel.

Cass. soc. 25 mai 1994, n° 91-40.927

Le maintien de salaire brut

L'accord collectif peut imposer le maintien du salaire brut du salarié, sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociale. Dans cette hypothèse, le salarié perçoit une rémunération nette plus élevée que son salaire d'activité, les indemnités journalières de Sécurité sociale ne supportant pas les cotisations sociales. À défaut de dispositions conventionnelles précisant que le salaire à maintenir est le salaire brut du salarié, l'employeur verse le salaire net habituel du salarié.

Exemple

Un salarié est en accident du travail durant le mois d'avril 2011 avec un salaire habituel de 2 200 €.

SBI = salaire brut initial (salaire à maintenir)

Complément employeur = SBI - IJSS

Indemnités journalières = (2 200 / 30,42) x 60 % = 43,39 €

Indemnités journalières brutes = 43,39 x 30 = 1 301,78 €

Le taux de cotisation salariale est fixé arbitrairement à 22 %.

Indemnités journalières nettes de 1 214,56 € (CSG à 6,20 % et CRDS à 0,50 %)

Salaire brut 2 200,00

Absence maladie - 2 200,00

Maintien de salaire brut + 2 200,00

IJSS AT Brut - 1 301,78

Brut à la charge de l'employeur 898,22

Soit un net employeur avec un taux de charge de 22 %

Net 700,61

IJSS nettes 1 214,56

Net à payer 1 915,17

Si le salarié travaille l'intégralité du mois, il percevra un salaire de 2 200,00 € bruts soit 1 716,00 € nets, le gain sera de : 1 915,17 – 1 716,00 soit 199,17 € nets pour le salarié.

Exemple

Complément employeur résultant de la loi de mensualisation.

Un salarié perçoit un salaire brut de 1 800 € par mois. Son ancienneté est de 25 ans. Il est absent du 1^{er} au 30 avril 2013.

Étape 1 : calcul du complément employeur du mois d'avril.

Le salarié est indemnisé à hauteur de 90 % de son salaire brut soit 1 620 €.

Étape 2 : calcul du complément de salaire sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociale.

Indemnités journalières accident du travail : $1800 / 30,42 \times 60 \% = 35,50$ € bruts soit 33,12 € nets par jour. Le salarié étant absent pendant l'intégralité du mois d'avril, le montant total des indemnités journalières sera de 1 065 € bruts soit 993,65 € nets (déduction de la CSG à 6,20 % et CRDS à 0,50 %).

Le salaire restant à la charge de l'employeur est donc de $1 620 - 1 065 = 555$ €.

Exemple bulletin de salaire

□

BULLETIN DE SALAIRE

SALARIE	EMPLOYEUR
Nom et Prénom :	Nom ou Raison sociale :
Adresse :	Adresse :
N° SS :	N° SIRET : APE :
Emploi :	URSSAF :
Coefficient :	Convention collective :

Période du : 1 au 30 avril 2013

SALAIRE (Base 151,67 H)	1800,00
Absence maladie (01-30/04/11)	-1800,00
Indemnisation AT (90%)	1620,00
IJSS AT	1065,00
SALAIRE BRUT	555,00

COTISATIONS SOCIALES	BASE	PART SALARIALE		PART PATRONALE	
		TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
CRDS	556,39	0,50%	2,78		
CSG Dédutable	556,39	5,10%	28,38		
CSG Non Dédutable	556,39	2,40%	13,35		
MALADIE	555,00	0,75%	4,16	12,80%	71,04
VIEILLESSE					
TA	555,00	6,75%	37,46	8,40%	46,62
Totalité	555,00	0,10%	0,56	1,60%	8,88
ALLOC FAMILIALES	555,00			5,40%	29,97
ACCIDENT DU TRAVAIL	555,00			1,30%	7,22
Cont. Solidarité Autonomie	555,00			0,30%	1,67
CHOMAGE					
TA + TB	555,00	2,40%	13,32	4,00%	22,20
AGS	555,00			0,40%	2,22
Prévoyance	555,00			2,00%	11,10
FNAL	555,00			0,10%	0,56
FNAL	555,00			0,40%	2,22
Versement transport	555,00			2,60%	14,43
RETRAITE COMPLEMENT.					
ARRCO T1	555,00	3,00%	16,65	4,50%	24,98
AGFF T1	555,00	0,80%	4,44	1,20%	6,66
Réduction Fillon					annualisé
TOTAL DES RETENUES			121,10		249,77

NET	433,90
CSG/CRDS	16,13
IJSS net	993,65
NET À PAYER	1 427,55
NET IMPOSABLE	450,03

Payé le :

Par virement du :

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin sans limitation de durée

Le maintien de salaire net

Pour éviter cet enrichissement du salarié, l'employeur assure le maintien du salaire net habituellement perçu. Cette méthode est admise par la jurisprudence sauf dispositions conventionnelles contraires assurant le maintien du salaire brut. Lorsque la convention collective ne précise pas si le maintien porte sur la rémunération brute ou nette, l'employeur n'est tenu de retenir que le salaire net en l'absence d'un usage plus favorable.

Cass. soc. 12 mars 1987, n° 84-42.310

La méthode du maintien du net consiste à rétablir fictivement les indemnités journalières de Sécurité sociale en brut en les majorant du montant des cotisations salariales. Cette méthode permet de neutraliser les incidences de l'exonération de cotisations sur les indemnités journalières de Sécurité sociale.

Maintien du net traditionnel sous déduction de la CSG/CRDS

Les IJSS peuvent être prises en compte avant le précompte des cotisations sociales et des impositions de toute nature que la loi met à la disposition du salarié.

Cass. soc. 15 décembre 2004, n° 03-13.074

Lorsque les dispositions conventionnelles applicables dans l'entreprise prévoient que le complément de salaire versé au salarié absent pour maladie doit lui permettre de conserver son salaire net d'activité, l'employeur n'est tenu de prendre en compte que le montant brut des indemnités journalières de Sécurité sociale.

Cass. soc. 15 décembre 2004, n° 03-13.074 et n° 03-41.541

Dans ce dernier cas, la charge de la CSG/CRDS portant sur les indemnités journalières de Sécurité sociale est supportée par le salarié. Par conséquent, sauf usage ou accord collectif plus favorable, l'entreprise ne prend pas à sa charge la CSG et la CRDS prélevées sur les IJSS. Le salarié perçoit donc une rémunération inférieure au salaire d'activité, cette dernière étant minorée du montant de la CSG et de la CRDS sur les IJSS. Dans ce cas, le bulletin de paie se présente de la façon suivante :

SBH (salaire brut habituel) :

- IJSS brutes - GN (déduction « garantie sur le net ») = SBR (salaire brut résiduel) ;
- cotisations salariales + IJSS nettes = net à payer (100 % du salaire net - CSG/CRDS sur IJSS).

Maintien du net sans déduction de la CSG/CRDS

Traditionnellement, dans le cadre du maintien du salaire net, le salarié perçoit la même rémunération que son salaire net habituel d'activité. Dans cette hypothèse, le bulletin de paie se présente de la façon suivante :

- SBH (salaire brut habituel) - IJSS brutes - GN (déduction « garantie sur le net ») = SBR (salaire brut résiduel) ;
- SBR (salaire brut résiduel) - cotisations salariales + IJSS nettes = 100 % du salaire net habituel.

Dans cette hypothèse, la retenue « garantie sur le net » (GN) est égale à SBH - SBR - IJSS brutes.

Le complément employeur peut être, dans ce cas, déterminé à l'aide des formules suivantes :

SALAIRE BRUT INITIAL (SBI)	SALAIRE BRUT RESIDUEL (SBR)
1 - $SBI \leq P$	$SBR = SBI - \frac{IJSS \text{ (nettes)}}{1 - t}$
2 - $SBI < P + \frac{IJSS}{1 - T}$	$SBR = \frac{SBI (1 - T) - (IJSS \text{ nettes} + P (t - T))}{1 - t}$
3 - $SBI \geq P + \frac{IJSS}{1 - T}$	$SBR = SBI - \frac{IJSS \text{ (nettes)}}{1 - T}$

t : taux des cotisations applicable à la fraction de rémunération inférieure ou égale au plafond
T : taux des cotisations applicable à la fraction de rémunération supérieure au plafond
P : plafond de sécurité sociale
IJSS : indemnités journalières de sécurité sociale

Dans un premier temps, on détermine le taux de cotisation salariale applicable à la partie de rémunération $\leq$ à la tranche A (**3 086 €** par mois en **2013**).

CSG (98,25 % x 7,50 %) 7,369 %

CRDS (98,25 % x 0,50 %) 0,491 %

Assurance-maladie 0,75 %

Assurance vieillesse déplafonnée 0,10 %

Assurance vieillesse plafonnée 6,75 %

Assurance chômage 2,40 %

Retraite complémentaire (ARRCO) 3,00 %

AGFF 0,80 %

Les cotisations fixes sont isolées. Ces dernières sont celles qui ne sont pas affectées par l'arrêt de travail comme par exemple une cotisation mutuelle forfaitaire.

Dans un second temps, on détermine le salaire brut résiduel en appliquant l'une des formules vu précédemment en fonction du salaire brut initial.

Exemple

Soit un salarié percevant habituellement 2 000 € bruts par mois. Le salarié se trouve en arrêt de travail pour accident du travail durant le mois d'avril 2011.

Montant d'une IJSS brute : $2\,000/30,42 \times 60 \% = 39,45 \text{ €}$

Total brut : $39,45 \times 30 = 1\,183,50 \text{ €}$

Total net (obtenu en retranchant la CSG à 6,20 % et la CRDS à 0,50 %) = 1 104,21 €

Soit un salaire brut résiduel (SBR) pour un taux de charge à 21,46 % à :

$$SBR = 2\,000 - (1\,104,21 / (1 - 21,46\%)) = 594,08$$

$$\text{Soit une garantie sur le net de : } 2\,000 - 1\,183,50 - 594,08 = 222,42$$

Ce qui donnerait le bulletin suivant :

Salaire brut	2 000,00
Absence AT	- 2 000,00
Maintien de salaire	2 000,00
IJSS AT	1 183,50
Garantie sur le net	222,42
Brut Résiduel	594,08

Ce brut résiduel est soumis au taux de charge de 21,46 %

Net	466,59
IJSS AT nettes	1 104,21
Net à payer	1 570,80

Si le salarié travaille, il perçoit 2 000 € bruts avec un taux de charge à 21,46 % soit 1 570,80 € nets.

ACCIDENTS DE TRAVAIL, MALADIES PROFESSIONNELLES ET TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF

L'accident du travail comme la maladie professionnelle ne sont pas du temps de travail effectif. Aussi, en paie, une absence pour accident du travail ou maladie professionnelle ne génère pas de droits liés à la durée du travail. Un salarié absent pour ce type de motif sur une semaine considérée ne peut générer de droit à heures supplémentaires, repos compensateur ou contrepartie obligatoire en repos, faute d'avoir travaillé réellement plus de 35 heures sur la semaine en question.

Circulaire DSS/5B/2008/34 du 5 février 2008

L'ACCIDENT DE TRAJET

La suspension du contrat de travail débute avec l'arrêt de travail consécutif à l'accident de trajet et ne prend fin qu'après la visite médicale de reprise.

Articles L. 1226-7 et R. 4624-21 et suivants du Code du travail

Le contrat de travail étant suspendu pendant l'arrêt de travail, le salarié n'exécute plus sa prestation de travail et, de ce fait, n'est pas rémunéré, sauf exceptions prévues par la convention collective ou le Code du travail (via loi de mensualisation).

LE MAINTIEN DE SALAIRE EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET

Les conditions pour bénéficier du maintien de salaire

La loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 sur la mensualisation a été abrogée. Celle-ci entérinait l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, et imposait une indemnisation minimale de la part de l'employeur, en cas d'accident de trajet, à défaut d'accord collectif plus favorable. Un nouveau régime d'indemnisation complémentaire par l'employeur a été mis en place par un accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, suivant par une loi du 25 juin 2008 et ses décrets d'application. Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas aux travailleurs à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux travailleurs temporaires.

Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 – Arrêté d'extension du 23 juillet 2008 – JO 25 juillet

Loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 – JO du 26 juin

Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 – JO du 8 mars

Décret n° 2008-716 du 18 juillet 2008 – JO du 19 juillet

Articles L. 1226-1, D. 1226-1 à D. 1226-8 du Code du travail

Le bénéfice d'une indemnisation complémentaire au titre de la loi sur la mensualisation est subordonné à plusieurs conditions :

- ancienneté minimale de 1 an dans l'entreprise ;
- constatation de l'état de santé du salarié par certificat médical et contre-visite, le cas échéant ;
- absence justifiée à l'employeur dans les 48 heures ;
- prise en charge de la maladie par la Sécurité sociale. Cela signifie que le complément employeur est subordonné au versement d'indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- soins effectués sur le territoire français ou dans un pays de l'Union Européenne.

La durée d'indemnisation est déterminée par référence aux indemnités déjà perçues par le salarié au cours des 12 mois précédents. Il est donc nécessaire de déterminer, pour chaque arrêt de travail, le nombre de jours déjà indemnisés dans cette période. Le point de départ du décompte est fixé au premier jour d'arrêt de travail. La durée d'indemnisation est augmentée en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise du salarié.

Exemple

Un salarié est absent pour accident du trajet à compter du 4 janvier 2011 et jusqu'au 31 mai 2011. Il a une ancienneté de 5 ans. L'indemnisation interviendra à compter du 11 janvier 2011. Le salarié sera indemnisé à hauteur de 90 % de son salaire jusqu'au 9 février 2011. Il sera ensuite indemnisé à hauteur de 2/3 de son salaire jusqu'au 11 mars 2011. La période allant du 12 mars 2011 au 31 mai 2011 n'est pas indemnisée.

Si, dans l'exemple précédent, le salarié avait été indemnisé pour un arrêt du 1^{er} au 20 décembre 2010, il aurait fallu déduire le nombre de jours indemnisés (10 jours) de la période d'indemnisation du second arrêt. Le salarié se voit, dans ce cas, indemniser à hauteur de 90 % pendant 20 jours (30-10) puis à hauteur de 2/3 pendant 30 jours. Sauf dispositions conventionnelles contraires, le salarié qui a épuisé ses droits à indemnisation conventionnelle au cours d'une année civile ne peut, s'il n'a pas repris le travail, prétendre à une nouvelle indemnisation au titre de la même absence à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

Cass. soc. 14 octobre 2009, n° 07-44.834

	Ancienneté	Indemnisation à 50 %	indemnisation à 2/3
Durée d'indemnisation et montant du salaire brut déduction faite des indemnités de Sécurité sociale	1 à 5 ans	30 jours	30 jours
	6 à 11 ans	40 jours	40 jours
	12 à 17 ans	50 jours	50 jours
	18 à 23 ans	60 jours	60 jours
	24 à 29 ans	70 jours	70 jours
	30 à 35 ans	80 jours	80 jours
	36 ans et plus	90 jours	90 jours

Cette indemnisation complémentaire légale n'est en aucun cas un maintien de salaire à proprement parlé. Il s'agit d'un complément d'indemnisation au-delà de ce que verse la Sécurité sociale. En cas d'accident du trajet, et contrairement à l'accident de travail ou à la maladie professionnelle, cette indemnisation complémentaire versée par l'employeur débute à partir du 8^e jour d'absence. Il y a donc légalement 7 jours de carence en accident de trajet.

L'indemnisation garantie s'entend déduction faite des indemnités que le salarié peut recevoir par ailleurs par la Sécurité sociale ou par un régime de prévoyance. L'employeur ne doit alors déduire que la part résultant de ses propres versements. Les sommes perçues par le salarié au titre d'une assurance individuelle souscrite par lui-même ne peuvent pas être déduites.

Article D. 1226-5 du Code du travail

Lorsque les indemnités versées par la Sécurité sociale sont réduites du fait d'une sanction par la CPAM en raison du non-respect de son règlement intérieur, elles sont réputées avoir été servies intégralement pour le calcul de l'indemnisation complémentaire employeur.

Article D. 1226-6 du Code du travail

Le salaire à maintenir

Le pourcentage d'indemnisation (90 % - 2/3) est établi en fonction du salaire brut. L'indemnisation garantie s'entend déduction faite des indemnités de toute nature que le salarié peut recevoir par ailleurs : indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou par un régime de prévoyance. Pour ces dernières, l'employeur ne déduit que la part résultant de ses propres versements. Pour les salariés à temps plein, la rémunération à prendre en compte pour le calcul de l'indemnisation est celle correspondant à l'horaire collectif pratiqué dans l'établissement ou le service du salarié pendant son absence.

Article D. 1226-7 du Code du travail créé par Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008 – JO du 8 mars

Il est donc tenu compte des réductions d'horaire dues à des causes extérieures telles que la grève ou le chômage partiel.

Cass. soc. 17 janvier 1996, n° 91-43.218

Une augmentation de l'horaire collectif pendant l'arrêt de travail du salarié n'est cependant pas à prendre en considération.

Article D. 1226-7 du Code du travail

En outre, l'indemnisation a pour base le salaire qu'aurait dû percevoir le salarié s'il avait travaillé (donc pendant son absence), y compris les primes rémunérant le travail proprement dit ou liées à l'organisation du travail, comme la prime d'équipe ou encore, la prime d'ancienneté. Mais les primes liées à la présence du salarié ou à sa fonction, comme la prime d'assiduité, sont en principe exclues. Les salariés à temps partiel sont, quant à eux, indemnisés sur la base de leur temps partiel, sans que cela ne conduise l'entreprise subrogée à verser au salarié une somme inférieure à celle qu'elle perçoit des organismes de Sécurité sociale.

Cass. soc. 31 janvier 1996, n° 92-41.620

Cass. soc. 29 mai 1986, n° 84-44.709

Lorsque le salarié perçoit une rémunération variable, l'indemnisation peut être calculée par référence :

- à la période de paie précédant l'arrêt de travail ;
- ou à un salaire moyen reçu au cours d'une période plus longue, le semestre par exemple.

Circulaire du 27 juin 1978 - JO du 1^{er} juillet

Les conventions collectives sont applicables dès lors qu'elles garantissent une indemnisation plus avantageuse que celle dont bénéficient les salariés en application de l'accord sur la mensualisation. Le caractère plus favorable s'apprécie avantage par avantage.

Cass. soc. 17 janvier 1996, n° 93-20.066

Exemples

Une disposition conventionnelle doit être appliquée lorsqu'elle prévoit :

- une condition d'ancienneté inférieure à 1 an ;
- un niveau de garantie plus élevé ;

Le maintien de salaire accident de trajet est identique au maintien accident de travail, sous réserve des 7 jours de carence.

Avantages en nature

À défaut de précisions dans la convention collective applicable, il convient de distinguer les avantages en nature dont l'attribution est subordonnée à l'exécution de la prestation de travail et ceux qui sont inhérents à la fonction même du salarié :

- les premiers, tels les titres-restaurant, n'ont pas à être accordés au salarié pendant ses absences pour accident de travail ou maladie professionnelle ;
- les seconds, tels le véhicule ou le logement de fonction, sont maintenus pendant les arrêts-maladie.

Quant aux titres de transport hebdomadaires ou mensuels, leur prise en charge par l'employeur continue sans abattement pour les jours non travaillés, dès lors qu'ils ont été utilisés au moins une fois dans la semaine ou dans le mois, pour un trajet domicile-travail. Pour les titres annuels ou pluri-mensuels, et lorsque la maladie se prolonge, certaines entreprises de transport offrent la possibilité aux entreprises de se faire rembourser au prorata des périodes au cours desquelles le titre a pu effectivement être utilisé.

Circulaire du Ministre des Transports - 24 décembre 1982

Versement des primes

Sauf disposition conventionnelle plus favorable, les absences pour accident de travail ou maladie professionnelle peuvent entraîner la réduction proportionnelle, voire la suppression, des primes assorties d'une condition de présence dans l'entreprise.

Jours fériés et pont

Le Code du travail subordonne l'indemnisation d'un jour férié chômé dans l'entreprise à une condition de présence le dernier jour de travail précédant le jour férié et le premier jour de travail qui lui fait suite.

Article L. 3133-3 du Code du travail

En conséquence, un salarié en arrêt pour accident du travail le jour de travail précédent et/ou suivant le jour férié ne peut pas bénéficier de l'indemnisation prévue à ce titre dans l'entreprise. Toutefois, la convention collective applicable peut prévoir un régime plus favorable. De même, lorsque le salarié tombe malade au cours d'un jour férié ou d'un pont dont le chômage a préalablement été convenu avec l'employeur, l'indemnisation par l'entreprise du jour férié ou du pont reste en principe due. Ce principe ne vaudrait que pour les absences imprévues. Le Code du travail fait en effet exception à la rémunération des jours fériés et ponts, dans le cas d'autorisations d'absence préalablement accordées. Lorsque le salarié est en arrêt au cours du pont dont l'employeur impose la récupération, la décision de récupération s'impose tout de même à lui comme à l'ensemble du personnel.

Cass. soc. 25 mai 1994, n° 91-40.927

Le maintien de salaire brut

L'accord collectif peut imposer le maintien du salaire brut du salarié, sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociale. Dans cette hypothèse, le salarié perçoit une rémunération nette plus élevée que son salaire d'activité, les indemnités journalières de Sécurité sociale ne supportant pas les cotisations sociales. À défaut de dispositions conventionnelles précisant que le salaire à maintenir est le salaire brut du salarié, l'employeur verse le salaire net habituel du salarié.

Exemple

Un salarié est en accident du trajet durant le mois d'avril 2013 avec un salaire habituel de 2 200 €.

SBI = salaire brut initial (salaire à maintenir)

Complément employeur = SBI - IJSS

Indemnités journalières = (2 200 / 30,42) x 60 % = 43,39 €

Indemnités journalières brutes = 43,39 x 30 = 1 301,78 €

Le taux de cotisation salariale est fixé arbitrairement à 22 %.

Indemnités journalières nettes de 1 214,56 € (CSG à 6,20 % et CRDS à 0,50 %)

Salaire brut 2 200,00

Absence maladie - 2 200,00

Maintien de salaire brut + 2 200,00

IJSS AT Brut - 1 301,78

Brut à la charge de l'employeur 898,22

Soit un net employeur avec un taux de charge de 22 %

Net 700,61

IJSS nettes 1 214,56

Net à payer 1 915,17

Si le salarié travaille l'intégralité du mois, il percevra un salaire de 2 200,00 € bruts soit 1 716,00 € nets le gain sera de : 1 915,17 – 1 716,00 = 199,17 € nets pour le salarié.

Exemple

Complément employeur résultant de la loi de mensualisation.

Un salarié perçoit un salaire brut de 1 800 € par mois. Son ancienneté est de 25 ans. Il est absent du 1^{er} au 30 avril 2013.

Étape 1 : calcul du complément employeur du mois d'avril.

Le salarié est indemnisé à hauteur de 90 % de son salaire brut soit 1 620 €.

Le salarié a 7 jours de carence soit une perte de salaire de 378,00 € (méthode en trentième)

Étape 2 : calcul du complément de salaire sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociale.

Indemnités journalières accident du trajet : $1\,800 / 30,42 \times 60 \% = 35,50$ € bruts soit 33,12 € nets par jour. Le salarié étant absent pendant l'intégralité du mois d'avril, le montant total des indemnités journalières sera de 1 065 € bruts soit 993,65 € nets (déduction de la CSG à 6,20 % et CRDS à 0,50 %).

Le salaire restant à la charge de l'employeur est donc de $1\,620 - 1\,065 - 378,00 = 177,00$ €.

□

BULLETIN DE SALAIRE

SALARIÉ	EMPLOYEUR
Nom et Prénom :	Nom ou Raison sociale :
Adresse :	Adresse :
N° SS :	N° SIRET : APE :
Emploi :	URSSAF :
Coefficient :	Convention collective :

Période du : 1 au 30 avril 2013

SALAIRE (Base 151,67 H)	1800,00
Absence maladie (01-30/04/11)	-1800,00
Indemnisation AT (90%)	1620,00
Carence employeur (7 jours)	-378,00
IJSS AT	-1065,00
SALAIRE BRUT	177,00

COTISATIONS SOCIALES	BASE	PART SALARIALE		PART PATRONALE	
		TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
CRDS	177,44	0,50%	0,89		
CSG Déductible	177,44	5,10%	9,05		
CSG Non Déductible	177,44	2,40%	4,26		
MALADIE	177,00	0,75%	1,33	12,80%	22,66
VIEILLESSE					
TA	177,00	6,75%	11,95	8,40%	14,87
Totalité	177,00	0,10%	0,18	1,60%	2,83
ALLOC FAMILIALES	177,00			5,40%	9,56
ACCIDENT DU TRAVAIL	177,00			1,30%	2,30
Cont. Solidarité Autonomie	177,00			0,30%	0,53
CHOMAGE					
TA + TB	177,00	2,40%	4,25	4,00%	7,08
AGS	177,00			0,40%	0,71
Prévoyance	177,00			2,00%	3,54
FNAL	177,00			0,10%	0,18
FNAL	177,00			0,40%	0,71
Versement transport	177,00			2,60%	4,60
RETRAITE COMPLEMENT.					
ARRCO T1	177,00	3,00%	5,31	4,50%	7,97
AGFF T1	177,00	0,80%	1,42	1,20%	2,12
Réduction Fillon					Annualisé
TOTAL DES RETENUES			38,64		79,66

NET	138,36
CSG/CRDS	5,15
IJSS net	993,65
NET À PAYER	1 132,01
NET IMPOSABLE	143,51

Payé le :

Par virement du :

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin sans limitation de durée

Le maintien de salaire net

Pour éviter cet enrichissement du salarié, l'employeur assure le maintien du salaire net habituellement perçu. Cette méthode est admise par la jurisprudence sauf dispositions conventionnelles contraires assurant le maintien du salaire brut. Lorsque la convention collective ne précise pas si le maintien porte sur la rémunération brute ou nette, l'employeur n'est tenu de retenir que le salaire net en l'absence d'un usage plus favorable.

Cass. soc. 12 mars 1987, n° 84-42.310

La méthode du maintien du net consiste à rétablir fictivement les indemnités journalières de Sécurité sociale en brut en les majorant du montant des cotisations salariales. Cette méthode permet de neutraliser les incidences de l'exonération de cotisations sur les indemnités journalières de Sécurité sociale.

Maintien du net traditionnel sous déduction de la CSG/CRDS

Les IJSS peuvent être prises en compte avant le précompte des cotisations sociales et des impositions de toute nature que la loi met à la disposition du salarié.

Cass. soc. 15 décembre 2004, n° 03-13.074

Lorsque les dispositions conventionnelles applicables dans l'entreprise prévoient que le complément de salaire versé au salarié absent pour maladie doit lui permettre de conserver son salaire net d'activité, l'employeur n'est tenu de prendre en compte que le montant brut des indemnités journalières de Sécurité sociale.

Cass. soc. 15 décembre 2004, n° 03-13.074 et n° 03-41.541

Dans ce dernier cas, la charge de la CSG/CRDS portant sur les indemnités journalières de Sécurité sociale est supportée par le salarié. Par conséquent, sauf usage ou accord collectif plus favorable, l'entreprise ne prend pas à sa charge la CSG et la CRDS prélevées sur les IJSS. Le salarié perçoit donc une rémunération inférieure au salaire d'activité, cette dernière étant minorée du montant de la CSG et de la CRDS sur les IJSS. Dans ce cas, le bulletin de paie se présente de la façon suivante :

SBH (salaire brut habituel)

- IJSS brutes - GN (déduction « garantie sur le net ») = SBR (salaire brut résiduel) ;
- cotisations salariales + IJSS nettes = net à payer (100 % du salaire net - CSG/CRDS sur IJSS).

Maintien du net sans déduction de la CSG/CRDS

Traditionnellement, dans le cadre du maintien du salaire net, le salarié perçoit la même rémunération que son salaire net habituel d'activité. Dans cette hypothèse, le bulletin de paie se présente de la façon suivante :

SBH (salaire brut habituel) :

- IJSS brutes - GN (déduction « garantie sur le net ») = SBR (salaire brut résiduel) ;
- cotisations salariales + IJSS nettes = 100 % du salaire net habituel.

Dans cette hypothèse, la retenue « garantie sur le net » (GN) est égale à SBH - SBR - IJSS brutes.

Le complément employeur peut être, dans ce cas, déterminé à l'aide des formules suivantes :

SALAIRE BRUT INITIAL (SBI)	SALAIRE BRUT RESIDUEL (SBR)
1 - $SBI \leq P$	$SBR = SBI - \frac{IJSS \text{ (nettes)}}{1 - t}$
2 - $SBI < P + \frac{IJSS}{1 - T}$	$SBR = \frac{SBI (1 - T) - (IJSS \text{ nettes} + P (t - T))}{1 - t}$
3 - $SBI \geq P + \frac{IJSS}{1 - T}$	$SBR = SBI - \frac{IJSS \text{ (nettes)}}{1 - T}$

t : taux des cotisations applicable à la fraction de rémunération inférieure ou égale au plafond
T : taux des cotisations applicable à la fraction de rémunération supérieure au plafond
P : plafond de sécurité sociale
IJSS : indemnités journalières de sécurité sociale

Dans un premier temps, on détermine le taux de cotisation salariale applicable à la partie de rémunération $\leq$ à la tranche A (**3 086 €** par mois en **2013**).

CSG 7,369 % soit (98,25 % x 7,50 %)

CRDS 0,491 % soit (98,25 % x 0,50 %)

Assurance-maladie 0,75 %

Assurance vieillesse déplafonnée 0,10 %

Assurance vieillesse plafonnée 6,75 %

Assurance chômage 2,40 %

Retraite complémentaire (ARRCO) 3,00 %

AGFF 0,80 %

Les cotisations fixes sont isolées. Ces dernières sont celles qui ne sont pas affectées par l'arrêt de travail comme par exemple une cotisation mutuelle forfaitaire.

Dans un second temps, on détermine le salaire brut résiduel en appliquant l'une des formules vu précédemment en fonction du salaire brut initial.

DROIT DU TRAVAIL

L'ACCIDENT DU TRAVAIL ET LA MALADIE PROFESSIONNELLE

La suspension du contrat de travail débute avec l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle et ne prend fin qu'après la visite médicale de reprise.

Articles L. 1226-7 et R. 4624-21 et suivants du Code du travail

Toutefois, lorsqu'un accident du travail survient après notification du licenciement de l'intéressé, la période de suspension du contrat consécutive à l'accident du travail n'a pas pour conséquence de rendre nul le licenciement, précédemment prononcé, dont l'effet est reporté à l'expiration de la période de protection.

Cass. soc. 28 janvier 2005, n° 01-45.924

Les droits et obligations du salarié

Effectifs

Le salarié continue à être décompté dans les effectifs de l'entreprise, notamment en matière d'élections professionnelles. Son remplaçant, en contrat à durée déterminée ou en contrat de travail temporaire est, quant à lui, exclu de l'effectif.

Article L. 1111-2 du Code du travail

Représentation du personnel

Sous réserve qu'il remplisse les autres conditions prévues par la loi, le salarié absent pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle reste électeur ou éligible dans l'entreprise, dans le cadre des élections des délégués du personnel et du comité d'entreprise.

Attention toutefois, la Cour de cassation vient d'opérer un important revirement en matière d'exercice du mandat par un représentant du personnel en cas d'arrêt de travail. Pendant des années, la suspension du contrat ne suspendait pas l'exercice du mandat. Désormais, si le salarié est en arrêt de travail, il ne peut exercer ses fonctions représentatives sous peine de se voir suspendre ou supprimer le versement de ses indemnités journalières de Sécurité sociale.

Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2010, n° 09-17.449

Ancienneté du salarié

La durée de la ou des période(s) de suspension du contrat de travail consécutive(s) à un accident ou à une maladie professionnelle est prise en compte pour la détermination de tous les avantages légaux et conventionnels liés à l'ancienneté dans l'entreprise.

Article L. 1226-7 du Code du travail

Congés payés

La suspension du contrat de travail, d'une durée ininterrompue de 1 an, consécutive à un accident du travail ou à la découverte d'une maladie professionnelle est prise en compte comme temps de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés acquis par le salarié.

Articles L. 3141-5 et D. 3141-4 du Code du travail

Les périodes de suspension du contrat consécutives à une rechute sont également prises en considération dans le calcul de la durée des congés payés de l'intéressé.

Cass. soc. 10 juillet 2002, n° 00-43.759

De plus, si le salarié n'a pas pu prendre ses congés payés, au cours de la période prévue à cet effet dans l'entreprise, en raison d'absence pour maladie ou accident professionnels, il a droit au report de ses congés après la date de reprise du travail.

Cass. soc. 27 septembre 2007, n° 05-42.293

Promotion professionnelle

Les multiples arrêts de travail consécutifs à l'accident ou à la maladie professionnelle ne peuvent entraîner pour l'intéressé aucun retard de promotion ou d'avancement au sein de l'entreprise.

Article L. 1226-8 du Code du travail

Contrôle des arrêts de travail par la CPAM

Depuis le 1^{er} janvier 2008, les règles de contrôle des arrêts de travail accordés dans le cadre d'accident ou maladie professionnels, sont alignées sur celles des arrêts de travail accordés dans le cadre de maladie ou accident non professionnels, conformément au Code de la Sécurité sociale.

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 – JO du 21 décembre

Désormais, le bénéficiaire d'indemnités journalières doit respecter les obligations suivantes pour continuer à les percevoir :

- observer les prescriptions du praticien ;
- se soumettre au contrôle du service médical de la CPAM ;
- respecter les heures de sortie autorisées ;
- s'abstenir de toute activité professionnelle non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces règles, la CPAM peut retenir des pénalités sur les indemnités journalières à verser.

Interruption du travail pendant plus de 6 mois

En cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée de 6 mois, la CPAM fait procéder périodiquement à un examen spécial conjoint de la victime par le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale en vue d'établir un protocole de soins. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé de la victime et des avancées thérapeutiques, définit notamment les actes et prestations nécessités par le traitement de l'accident ou de la maladie professionnelle, compte tenu, le cas échéant, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. Ce protocole est signé par la victime. Le service des prestations est subordonné au respect par la victime de l'obligation :

- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

- d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Article L. 432-4-1 du Code de la Sécurité sociale

Les droits et obligations de l'employeur

Pouvoir disciplinaire de l'employeur

L'employeur ne peut reprocher au salarié un manquement à ses obligations contractuelles pendant l'arrêt de travail, sauf acte flagrant de déloyauté envers l'entreprise. Il en est ainsi par exemple lorsque le salarié travaille pendant son arrêt. Par ailleurs, l'employeur conserve le pouvoir de le sanctionner pour des faits antérieurs à la suspension du contrat découverts pendant l'arrêt de travail. Toutefois, le délai de prescription de 2 mois pour sanctionner un fait fautif continue de s'appliquer. Aussi, l'employeur doit sanctionner le salarié pendant la période de suspension et ne pas attendre le retour du salarié pour le convoquer à l'entretien préalable prévu dans le cadre des procédures disciplinaires. Toutefois, l'employeur doit tenir compte de l'état de santé du salarié et, notamment, le convoquer en dehors des heures de présence obligatoire.

Cass. soc. 17 janvier 1996, n° 92-42.031

Contre-visite médicale

En contrepartie de son obligation d'assurer une indemnisation complémentaire au salarié en arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle, l'employeur peut diligenter une contre-visite médicale.

Cass. soc. 5 octobre 1983, n° 81-40.204

Cette contre-visite médicale peut être autorisée :

- par l'accord sur la mensualisation du 11 janvier 2008 ;
- expressément et spécialement par la convention collective ;
- par la convention collective faisant référence à l'accord sur la mensualisation qui prévoit directement cette faculté.

Toutefois, la contre-visite n'est pas possible en cas d'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail. L'employeur peut seulement exercer un recours contre cette décision. Dans ce cas, le salarié peut, par conséquent, refuser de se soumettre à cette contre-visite ordonnée par l'employeur.

Cass. soc. 10 février 1998, n° 95-41.600

En outre, la contre-visite étant la contrepartie de l'indemnisation complémentaire de l'employeur, le salarié qui n'ouvre pas droit à ce complément ne peut se la voir imposer. Le choix du médecin, la date et l'heure de la contre-visite, dans la limite des jours et heures normales de visite, dépendent de l'employeur. Si la contre-visite établit que l'arrêt de travail n'est plus médicalement justifié, l'employeur peut suspendre l'indemnisation complémentaire du salarié, pour l'avenir, sans pouvoir se faire rembourser les indemnités déjà versées pour la période antérieure.

Cass. soc. 15 octobre 1987, n° 85-40.555

Protection contre le licenciement

Le contrat de travail d'un salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail provoqué par l'accident ou la maladie, ainsi que, le cas échéant, pendant le délai d'attente et la durée du stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle que doit suivre l'intéressé, si tel est l'avis de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévu à l'article L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles.

Article L. 1226-7 du Code du travail

Il existe une protection contre le licenciement, pendant la suspension du contrat de travail et à l'issue de celle-ci, pour les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. L'effectivité de cette protection suppose au préalable la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. Cette protection signifie qu'au cours des périodes de suspension du contrat consécutives à un accident du travail ou une maladie professionnelle, l'employeur ne peut résilier le contrat de travail à durée indéterminée, que s'il justifie :

- soit d'une faute grave de l'intéressé ;
- soit de l'impossibilité où il se trouve, pour un motif non lié à l'accident ou à la maladie, de maintenir ledit contrat.

Article L. 1226-9 du Code du travail

Cette protection est applicable dès que l'employeur a connaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie et de l'inaptitude physique qui en découle, jusqu'à la visite médicale de reprise du travail. Toute procédure de licenciement engagée avant l'accident est suspendue pendant la durée de l'arrêt de travail. La date de l'entretien préalable de licenciement ne peut notamment pas avoir lieu avant la fin de la suspension du contrat.

Cass. soc. 28 janvier 1998, n° 94-45.537

Toutefois, lorsque l'accident du travail est survenu pendant le préavis de démission qu'effectue le salarié, le préavis est suspendu du fait de l'arrêt de travail. En l'absence de reclassement possible, l'employeur n'a pas l'obligation de licencier le salarié, pour faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat de travail puisque la rupture du contrat de travail a déjà été prononcée avant l'accident.

Cass. soc. 15 février 2006, n° 04-42.822

Cette protection contre le licenciement s'étend à toutes les suspensions du contrat de travail consécutives à l'accident ou à la maladie professionnels, y compris en cas de rechute. Tel est même le cas lorsque l'accident est survenu chez un ancien employeur, dès lors qu'il existe un lien de cause à effet entre la rechute et les conditions de travail actuelles du salarié, auprès de son actuel employeur. Est alors inopérant l'argument patronal selon lequel la protection contre le licenciement n'est pas applicable aux rapports entre un employeur et son salarié victime d'un accident du travail survenu alors qu'il était au service d'un autre employeur.

Cass. soc. 28 mars 2007, n° 06-41.375

Aussi, le licenciement prononcé pendant la suspension du contrat de travail est nul, sauf s'il est fondé sur la faute grave du salarié ou l'impossibilité de maintenir son contrat de travail. La nullité du licenciement implique la réintégration du salarié, si celui-ci le souhaite. Mais le refus du salarié d'être réintégré ne compense pas l'irrégularité du licenciement. Que le salarié accepte ou refuse d'être réintégré, il a droit à des dommages-intérêts pour le préjudice né de la nullité de la rupture du contrat. Le montant est apprécié souverainement par les juges du fond, indépendamment du Code du travail, qui prévoit une somme minimale de 12 mois de salaire, en cas de rupture du contrat de travail à l'issue de la période de suspension.

Cass. soc. 22 mars 1989, n° 86-43.655

Les règles protectrices des salariés victimes d'un accident du travail « ne sont pas applicables aux rapports entre un employeur et son salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, survenu ou contractée auprès d'un autre employeur ».

Article L. 1226-6 du Code du travail

En principe, donc, la réglementation protectrice des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne s'applique que dans l'entreprise où s'est produit l'accident ou au sein de laquelle le salarié a contracté la maladie. Mais, la jurisprudence fait échec à ces dispositions légales lorsque le salarié est repris par un nouvel employeur en application de l'article L. 1224-1 du Code du travail (ex article L.122-12).

Cass. soc. 9 juillet 1992, n° 91-40.015

Cass. soc. 20 janvier 1993, n° 91-41.500

L'interdiction de licencier un salarié victime d'un accident du travail est levée lorsque celui-ci a commis une faute grave au cours de la suspension du contrat de travail. Peut-être considéré comme une faute grave, voire une faute lourde, tout acte de déloyauté envers l'employeur, commis pendant l'arrêt de travail consécutif à l'accident. A titre d'exemples, les situations suivantes constituent des manquements à l'obligation de loyauté du salarié :

- exercer une autre activité professionnelle ;
- dévoiler des secrets de fabrication à la concurrence ;
- tromper l'employeur sur son véritable état de santé en exécutant lui-même, pendant son arrêt de travail, d'importants travaux de remise en état dans son immeuble.

Cass. soc. 21 mai 1996, n° 95-40.032

Toutefois, le seul fait de ne pas respecter la réglementation de Sécurité sociale ne constitue pas une faute grave, notamment celui d'être absent de son domicile en dehors des heures de sortie autorisées.

Cass. soc. 16 juin 1998, n° 95-42.263

Si le salarié est licencié pour faute grave, il perd le bénéfice des indemnités légales voir conventionnelles de licenciement ainsi que le préavis.

Articles L. 1234-1 et L. 1234-9 du Code du travail

L'employeur peut aussi procéder au licenciement d'une victime d'un accident du travail, au cours de la suspension de son contrat, s'il démontre l'impossibilité dans laquelle il se trouve de maintenir ce contrat. Le motif justifiant l'impossibilité de maintenir le contrat doit être indépendant de l'accident ou de la maladie professionnelle dont est victime le salarié.

Article L. 1226-9 du Code du travail

Selon la jurisprudence, l'existence d'un motif économique de licenciement ne suffit pas à caractériser une telle impossibilité.

Cass. soc. 7 décembre 1999, n° 97-44.472

Si le contrat est rompu pour ce motif, le salarié a droit aux indemnités de licenciement et au préavis.

Protection contre la rupture du contrat à l'initiative de l'employeur

L'interdiction de licencier est étendue à d'autres modes de rupture du contrat. Ainsi, sauf faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat pour un motif indépendant de l'accident ou de la maladie, il n'est pas possible, au cours de la suspension du contrat :

- de rompre le contrat à durée indéterminée au cours de la période d'essai ;
- de mettre à la retraite le salarié ;

- de rompre un contrat à durée déterminée avant le terme prévu.

Article L. 1226-12 et L. 1226-18 du Code du travail

La loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit prévoit un nouveau motif de rupture anticipée du CDD par inaptitude du salarié constatée par le médecin du travail. Cette mesure met ainsi un terme au vide juridique qui existait en la matière.

Article L.1243-1 du Code du travail

Article 49 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, JO du 18 mai

Exemple

Un salarié victime d'un accident du travail et est en arrêt de travail du 16 au 30 août 2000. Il reprend son travail sans être soumis à une visite médicale de reprise. Le contrat est donc toujours considéré comme suspendu le 24 septembre 2001, date à laquelle employeur et salarié s'entendent pour la mise à la retraite de ce dernier, cette décision prenant effet le 22 février 2002. Or les seuls motifs possibles de rupture du contrat, pendant un arrêt de travail consécutif à un accident professionnel, étant la faute grave ou l'impossibilité de maintenir le contrat du salarié, ce dernier peut légitimement demander l'annulation de sa mise à la retraite.

Cass. soc. 7 mars 2007, n° 05-42.279

Cas particulier du contrat à durée déterminée

L'interdiction de rompre un contrat à durée déterminée avant son terme ne fait pas obstacle à l'échéance du terme dudit contrat. Lorsque le contrat à durée déterminée comporte une clause de renouvellement, l'employeur ne peut, au cours de la période de suspension, refuser le renouvellement, sauf s'il justifie d'un motif réel et sérieux, étranger à l'accident ou à la maladie. A défaut, il doit verser au salarié une indemnité correspondant au préjudice subi, qui ne peut être inférieure au montant des salaires et avantages que le salarié aurait perçus jusqu'au terme de la période suivante de validité du contrat, prévue par la clause de renouvellement.

Article L. 1226-19 du Code du travail

Reprise du travail : étape indispensable de la visite médicale de reprise

La reprise du travail est subordonnée à la visite médicale de reprise, au cours de laquelle est décidée l'aptitude du salarié à reprendre son travail. Cette visite peut également prévoir la nécessité d'une réadaptation du salarié.

Articles L. 1226-8 et R. 4624-21 du Code du travail

Seul le médecin du travail, et non le médecin de la Caisse Primaire d'Assurance-maladie, est compétent pour se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié à reprendre le travail.

Cass. soc. 20 juillet 1989, n° 87-41.512

C'est pourquoi, en l'absence de constatation de l'inaptitude du salarié à reprendre son emploi, par le médecin du travail, est nul le licenciement prononcé en raison du classement en invalidité de seconde catégorie par la Sécurité sociale est nul. Il en résulte systématiquement un préjudice pour le salarié qu'il appartient à l'employeur de réparer par l'octroi de dommages-intérêts.

Cass. soc. 13 janvier 1998, n° 95-45.439

De même, la rupture du contrat de travail, en l'absence de visite médicale de reprise, est nulle, même si l'accident est survenu au cours de la période d'essai du salarié, sauf à invoquer une faute grave du salarié ou l'impossibilité de maintenir son contrat de travail.

Cass. soc. 13 décembre 2006 - n° 05-44.580

La visite médicale de reprise doit avoir lieu au plus tard 8 jours après la reprise du travail et est à l'initiative de l'employeur.

Article R. 4624-21 du Code du travail

Lorsque la modification de l'aptitude du salarié est prévisible, une visite médicale préalable à la reprise du travail peut être demandée, en vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires : aménagement des conditions de travail, recherche d'un poste davantage compatible avec l'état de santé du salarié, etc.

Article R. 4624-23 du Code du travail

Cet examen médical est effectué par le médecin du travail mais ne se substitue pas à la visite de reprise qui doit néanmoins avoir lieu, lors du retour effectif du salarié dans l'entreprise.

Le salarié déclaré apte par le médecin du travail retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Article L. 1226-8 du Code du travail

Un poste similaire ne peut être proposé que lorsque l'ancien emploi du salarié n'est plus disponible, c'est-à-dire n'existe plus ou n'est plus vacant. Dès lors que l'ancien poste du salarié est toujours vacant, l'employeur a l'obligation d'y réintégrer le salarié.

Cass. soc. 22 octobre 1997, n° 94-44.706

Si l'aptitude au travail du salarié ayant été modifiée du fait de l'accident ou de la maladie professionnel, l'employeur est tenu de respecter les propositions du médecin du travail d'aménagement des conditions de travail ou de reclassement dans un emploi compatible avec l'état de santé de l'intéressé, aussi comparable que possible à l'ancien poste occupé.

Article L. 1226-10 du Code du travail

En présence d'un avis d'aptitude rendu par le médecin du travail, l'employeur est tenu de reprendre le paiement du salaire du salarié qui se tient à sa disposition, même s'il est exercé un recours devant l'inspecteur du travail à l'encontre de la décision du médecin du travail, en raison des désaccords et difficultés d'application qu'elle suscite.

Cass. soc. 9 avril 2008, n° 07-41.141

La jurisprudence insiste sur la prééminence de l'avis du médecin du travail sur d'autres avis éventuellement émis par le médecin traitant du salarié, le médecin-conseil de la Sécurité sociale... Même si le salarié obtient un nouvel arrêt de travail par son médecin traitant, l'examen médical effectué par le médecin du travail prononçant l'inaptitude met fin à la suspension du contrat de travail, et l'employeur ne peut être condamné à des dommages-intérêts du seul fait que le salarié est toujours en arrêt-maladie régulièrement justifié à la date de son licenciement.

Cass. soc. 6 avril 1999, n° 96-45.056

A l'inverse, en l'absence de visite de reprise auprès du médecin du travail, le contrat de travail se trouve toujours suspendu, peu important que le salarié soit déclaré consolidé de son accident par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et pris en charge par les organismes sociaux au titre de la maladie.

Cass. soc. 16 mai 2000, n° 98-42.942

La procédure de constatation de l'inaptitude du salarié est déclenchée :

- par la demande du salarié à reprendre le travail ;

ou

- par la volonté de l'employeur de mettre fin à la suspension du contrat de travail.

Le médecin du travail doit au minimum procéder à deux examens médicaux espacés de 2 semaines. D'autres examens complémentaires peuvent s'avérer utiles. Le licenciement intervenu à l'issue du premier examen médical est nul, même si le médecin du travail a déjà conclu à l'inaptitude du salarié.

Cass. soc. 16 juillet 1998, n° 95-45.363

La médecine du travail doit également effectuer une étude approfondie du poste initialement occupé par le salarié et de ses conditions de travail. A l'issue de ces deux examens médicaux, «le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs».

Article L. 4624-1 du Code du travail

Lorsque l'employeur refuse de faire suite aux propositions de reclassement émises par le médecin du travail, il doit faire connaître, par écrit, au même médecin, les motifs qui s'y opposent. En cas de désaccord persistant, l'inspecteur du travail tranche, après avis du médecin-inspecteur du travail.

Article L. 4624-1 du Code du travail

Le salarié en désaccord avec un avis d'inaptitude prononcé à son égard ne peut pas solliciter une expertise judiciaire, il doit saisir l'inspecteur du travail.

Cass. soc. 2 février 1994, n° 88-42.711

Si le salarié est déclaré inapte à reprendre son précédent emploi, à l'issue des périodes de suspension du contrat, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi :

- approprié à ses capacités, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise ;
- aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé ;
- au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformation de poste ou aménagement du temps de travail.

Article L. 1226-10 du Code du travail

L'employeur doit montrer qu'il fait tout son possible pour reclasser le salarié déclaré inapte, en tenant compte des propositions émanant du médecin du travail. Le respect des suggestions de la médecine du travail est une priorité. Ainsi, seules les recherches de reclassement compatibles avec les conclusions du médecin du travail, émises lors de la dernière visite médicale de reprise, peuvent être prises en compte pour apprécier si l'employeur a respecté l'obligation de reclassement mise à sa charge. Les recherches effectuées antérieurement, lors d'une visite de pré-reprise notamment, sont insuffisantes, dans la mesure où elles sont intervenues à un moment où l'état de santé du salarié n'était pas encore stabilisé.

Cass. soc. 22 février 2000, n° 97-41.827

La recherche de reclassement est très pesante pour l'employeur.

Exemples

L'employeur doit rechercher des postes de reclassement dans le groupe auquel il appartient. Pour la Cour de Cassation, le groupe s'entend aussi des franchisés.

Cass. soc. 07 juillet 2009, n° 08-40.689

Si le médecin du travail précise les adaptations de poste à réaliser, c'est à l'employeur de prouver qu'il les a réalisés ou les éléments qui s'opposent à cette adaptation.

Cass. soc. 14 octobre 2009, n° 08-42.878

Pour la Cour de cassation, le groupe est une notion indépendante de liens capitalistiques entre les sociétés qui le compose.

Cass. soc. 24 juin 2009, n° 07-45.656

Une inaptitude à tout travail ne dispense pas l'employeur de prouver qu'il s'est trouvé dans l'impossibilité de reclasser le salarié, peu importe le classement en invalidité 2^e catégorie du salarié.

Cass. soc. 09 juillet 2008, n° 07-41.318

Lorsqu'un salarié est déclaré inapte à tout emploi dans l'entreprise par le médecin du travail après un accident, l'employeur doit essayer de le reclasser avant d'envisager de le licencier pour inaptitude physique.

Article L. 1226-2 du Code du travail

Il est de jurisprudence constante que si l'entreprise appartient à un groupe, l'employeur doit rechercher toutes les possibilités de reclassement au sein de l'entreprise mais aussi parmi toutes les entreprises du groupe. L'employeur qui ne recherche pas de reclassement dans l'ensemble du groupe en limitant sa recherche, comme dans cette affaire, à un certain périmètre géographique, ne respecte pas son obligation de reclassement. En l'espèce, en recherchant des solutions de reclassement uniquement en Corse et dans les régions voisines du sud de la France, l'employeur n'a pas satisfait à son obligation de reclassement.

Cass. soc. 12 janvier 2011, n° 09-70.634

Lorsque le médecin du travail conclut à l'inaptitude du salarié à tout emploi dans l'établissement ou l'entreprise, l'employeur n'est pas, pour autant, libéré de son obligation de reclassement. Il doit, malgré tout, rechercher une possibilité de reclassement au sein du groupe auquel il appartient au besoin par le biais d'une mutation, d'une transformation de poste ou de l'aménagement du temps de travail. A défaut de recherche effective, le licenciement pour inaptitude est sans cause réelle et sérieuse.

Cass. soc. 16 décembre 2010, n° 09-67.101

Toutefois, l'employeur n'est pas tenu de créer un poste qui n'existe pas dans l'entreprise pour le travailleur devenu inapte à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Cass. soc. 25 mars 1997, n° 94-41.276

Il n'est pas non plus exigé que le poste proposé dans le cadre du reclassement du salarié soit assorti du même niveau de rémunération. Le refus par le salarié d'un poste de qualification et de rémunération moindre constitue une cause réelle et sérieuse de licenciement, dès lors que ce poste est compatible avec les recommandations du médecin du travail et, plus généralement, avec l'état de santé du salarié.

Cass. soc. 4 octobre 1978, n° 77-40.924

Les délégués du personnel doivent être consultés sur le reclassement du salarié, avant qu'une éventuelle procédure de reclassement ou de licenciement ne soit engagée. Cette obligation pèse sur l'employeur même si le salarié a été déclaré inapte à tout poste existant dans l'entreprise.

Article L. 1226-10 du Code du travail

Les délégués du personnel doivent être consultés après le second examen médical caractérisant la visite médicale de reprise.

Cass. soc. 15 octobre 2002, n° 99-44.623

En outre, selon la Cour de cassation, le Code du travail n'impose pas de recueillir leur avis collectivement au cours d'une réunion. L'employeur qui consulte individuellement certains délégués du personnel (et pas tous) satisfait donc aux exigences légales.

Cass. soc. 29 avril 2003, n° 00-46.477

Le licenciement qui intervient sans que les représentants du personnel aient été consultés ouvre droit au profit du salarié à sa réintégration dans l'entreprise ou une indemnité pour rupture irrégulière du contrat de travail, qui ne peut être inférieure à 12 mois de salaire.

Article L. 1226-15 du Code du travail

En outre, la non consultation des délégués du personnel constitue un délit d'entrave, pénalement sanctionné.

L'employeur dispose d'un délai de 1 mois, à compter de la visite médicale de reprise, pour réaliser le reclassement du salarié.

Article L. 1226-11 du Code du travail

En cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail, le délai de 1 mois court à compter du second examen médical effectué dans le cadre de la procédure de constatation de l'inaptitude.

Cass. soc. 4 juin 1998, n° 95-45.311

En principe, il y a toujours nécessité de deux examens médicaux espacés de 15 jours pour prononcer l'inaptitude définitive du salarié. Toutefois, un seul examen médical suffit à déclarer le salarié inapte si cela ressort clairement de l'avis d'inaptitude. Exceptionnellement, l'inaptitude peut être déclarée après un seul examen médical lorsque le maintien du salarié à son poste entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou pour celle des tiers.

Article R. 4624-31 du Code du travail

Cette situation de danger immédiat peut se matérialiser de deux manières :

- soit la situation de danger ressort de l'avis du médecin du travail ;
- soit cet avis indique, outre la référence à l'article R. 4624-31 du Code du travail, qu'une seule visite est effectuée.

Exemple

Un employeur avait licencié un salarié pour inaptitude physique et impossibilité de reclassement à la suite d'un unique examen médical le déclarant inapte à tout poste dans l'entreprise. Mais le salarié a contesté la validité de son licenciement en raison de l'absence de second examen médical. L'employeur s'est justifié en rappelant que le médecin du travail lui avait adressé un courrier daté du même jour que l'avis d'inaptitude dans lequel il mentionnait une situation de danger immédiat, ainsi que le fait qu'il ne procéderait pas à une seconde visite. Peu importe pour les juges, seules comptent les mentions portées dans l'avis d'inaptitude. Celui-ci portant seulement la mention « à revoir », ils en ont déduit que l'inaptitude du salarié n'avait pas été régulièrement constatée en l'absence de second examen médical de reprise et que le licenciement prononcé en raison de l'état de santé du salarié était nul. Ainsi, les employeurs ne doivent jamais se fier à un courrier adressé par le médecin du travail pour savoir si une inaptitude « danger immédiat » après une seule visite a été prononcée, mais uniquement aux mentions portées sur l'avis d'inaptitude.

Cass. soc. 16 décembre 2010, n° 09-66954

Le délai d'un mois n'est pas suspendu par la demande d'autorisation de licencier un salarié protégé, effectuée auprès de l'inspection du travail.

Cass. soc. 18 janvier 2000, n° 97-44.939

La durée de 1 mois a été fixée par le législateur pour permettre à l'employeur de rechercher toute solution de reclassement et, si nécessaire, de procéder à une transformation de poste. En outre, il convient de ne pas laisser durablement le salarié sans ressources. Mais cette durée d'un mois est une durée maximale, le reclassement ou le licenciement pouvant être effectif avant son terme.

Réponse ministérielle n° 46366 - JOANQ du 28 août 2000, p. 5075

Si le salarié n'est pas reclassé dans l'entreprise à l'issue du délai d'un mois, ou s'il n'est pas licencié, l'employeur est tenu de verser à l'intéressé, dès l'expiration du délai, le salaire correspondant à l'emploi occupé avant la suspension du contrat de travail.

Article L. 1226-11 du Code du travail

Cette disposition légale s'applique également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail. Le but est ici de lutter contre l'éventuelle inertie de l'employeur. Ainsi, au terme du délai de 1 mois, l'employeur n'a plus d'autre choix que :

- tenter un nouveau reclassement ;
- engager une procédure de licenciement ;
- verser la rémunération à un salarié qui ne peut plus occuper son poste de travail.

Cass. soc. 18 avril 2000, n° 98-40.314

Le versement des salaires peut, le cas échéant, être ordonné en référé. Il n'y a pas lieu de déduire les sommes versées au salarié par la Sécurité sociale ou un organisme de prévoyance, pendant la suspension du contrat.

Cass. soc. 19 mai 1998, n° 95-45.637 et n° 96-41.839

Le salarié est en droit de refuser le reclassement qui lui est proposé pour un motif légitime, notamment lorsqu'il est assorti d'une diminution de sa rémunération, ou si le poste proposé se situe dans un autre établissement éloigné, impliquant déménagement, recherche d'un autre emploi pour son conjoint, etc. Dans ces hypothèses, le refus du salarié de la modification de son contrat de travail ne doit pas être considéré comme abusif. Il implique le licenciement du salarié et non sa démission. L'imputabilité à l'employeur de la rupture du contrat est due au caractère professionnel de l'inaptitude physique du salarié.

Cass. soc. 14 avril 1988, n° 87-40.179

S'il licencie le salarié, l'employeur est tenu de respecter la procédure de licenciement pour motif personnel, tout en tenant compte de l'état de santé du salarié. Il peut notamment lui permettre de se faire représenter lors de l'entretien préalable de licenciement, s'il se trouve dans l'impossibilité de se déplacer. En outre, la lettre de licenciement ne doit pas être uniquement motivée par le refus du poste de reclassement par le salarié, dès lors que cette proposition de poste constituait une modification du contrat. Dans cette hypothèse, la rupture du contrat doit aussi reposer sur l'inaptitude physique de l'intéressé et l'impossibilité de son reclassement.

Le salarié a droit à une indemnité compensatrice de préavis spécifique :

- lorsqu'il est licencié pour inaptitude physique découlant d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ;
- lorsque la rupture du contrat de travail est prononcée à l'issue de la suspension du contrat ;
- lorsque le licenciement résulte de l'impossibilité de reclassement ou d'un refus légitime d'être reclassé de la part du salarié.

Mais cette indemnisation spécifique n'est pas due :

- pour les victimes d'un accident de trajet ;
- lorsque le refus du salarié d'être reclassé est abusif ;
- lorsque le licenciement est prononcé pendant la suspension du contrat de travail.

Le salarié a droit à une indemnité compensatrice de préavis, quand bien même il n'est pas en mesure d'exécuter le préavis en raison de son inaptitude et non du fait de l'employeur.

Article L. 1226-14 du Code du travail

L'employeur ne peut déduire de cette indemnité, les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pendant le préavis.

Cass. soc. 18 mai 1999, n° 97-40.699

L'indemnisation par l'assurance chômage doit démarrer à la date de notification du licenciement et non à la date d'achèvement du préavis.

Circulaire UNEDIC n° 01-00 du 14 janvier 2000

Le licenciement pour inaptitude résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ouvre droit, en plus pour le salarié, à une indemnité spéciale de licenciement :

- lorsqu'il est prononcé à l'issue de la suspension du contrat ;
- lorsqu'il résulte de l'impossibilité de reclassement ou d'un refus légitime d'être reclassé de la part du salarié.

Mais cette indemnisation spécifique n'est pas due :

- pour les victimes d'un accident de trajet ;
- lorsque le refus du salarié d'être reclassé est abusif ;
- lorsque le licenciement est prononcé pendant la suspension du contrat de travail.

Cette indemnité est égale, sous réserve de dispositions conventionnelles plus favorables, au double de l'indemnité légale de licenciement. L'octroi de cette indemnité n'est pas subordonné aux conditions d'attribution de l'indemnité légale. Elle peut donc être versée alors même que le salarié est encore en période d'essai. L'indemnité de préavis et l'indemnité spéciale de licenciement sont calculées sur la base du salaire moyen qui aurait été perçu par l'intéressé au cours des 3 derniers mois, s'il avait continué à travailler au poste qu'il occupait avant l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. La notion de salaire est définie par le taux personnel, les primes, les avantages de toute nature, les indemnités et gratifications qui composent le revenu.

Article L. 1226-16 du Code du travail

Lorsque le licenciement est prononcé en méconnaissance de l'obligation patronale de réintégration dans l'emploi précédemment occupé ou de reclassement, le tribunal saisi peut proposer la réintégration du salarié, avec maintien des avantages acquis. En cas de refus de réintégration, de la part de l'employeur ou du salarié, le salarié se voit octroyer une indemnité qui ne peut être inférieure à 12 mois de salaire. Cette indemnité peut être cumulée avec :

- l'indemnité compensatrice de préavis prévue par l'article L. 1226-14 du Code du travail ;
- l'indemnité spéciale de licenciement ;
- le cas échéant, des indemnités pour non-respect de la procédure de licenciement, prévues par l'article L. 1235-2 du Code du travail.

Article L. 1226-15 du Code du travail

Lorsqu'un salarié est déclaré inapte à son poste, l'employeur doit chercher à le reclasser. Il ne doit pas se décharger de son obligation de reclassement sur le médecin du travail, même si l'avis d'inaptitude semble exclure tout reclassement. Dans cette affaire, l'avis d'inaptitude déclarait une salariée « inapte à tous les postes dans l'entreprise mais apte au même poste dans une autre entreprise ». En réponse à l'employeur qui recherchait des orientations de reclassement, il ajoutait qu'il était impossible de faire des propositions de postes, que ce soit dans l'entreprise, dans le groupe ou dans les sociétés en lien avec l'employeur. Il s'agissait pourtant d'un groupe international comptant plusieurs centaines de milliers de salariés. L'employeur avait alors licencié la salariée sans formuler de proposition de reclassement. Pour justifier sa décision, il avançait que l'obligation de sécurité de résultat à laquelle il était tenu lui interdisait de méconnaître les contre-indications du médecin du travail. La Cour de cassation ne l'entend toutefois pas ainsi. Elle estime que les réponses du médecin du travail étaient d'ordre général, et que c'était à l'employeur et à lui seul qu'il incombait de reclasser la salariée. Ainsi, ni les indications du médecin du travail, ni l'obligation de sécurité n'exonèrent l'employeur de son obligation de reclassement. Le licenciement est donc jugé sans cause réelle et sérieuse.

Cass. soc. 20 mars 2013, n° 12-10.101

Lorsque le médecin du travail conclut à l'inaptitude du salarié à tout emploi dans l'établissement ou l'entreprise, l'employeur est néanmoins tenu de rechercher une possibilité de reclassement au sein de l'entreprise et, le cas échéant, du groupe auquel elle appartient. Il ne doit pas exclure les reclassements supposant une mutation, la transformation de poste de travail ou l'aménagement du temps de travail. Compte tenu de la nécessité de principe d'organiser 2 examens médicaux pour reconnaître une inaptitude, la recherche d'un poste de reclassement ne peut débiter qu'à l'issue de la seconde visite médicale. Ce principe n'avait nullement été respecté dans cette affaire. L'employeur avait, en effet, dès le résultat du premier examen effectué par le médecin du travail concluant à l'inaptitude du salarié à son poste, indiqué ne pas être en mesure de le reclasser et avait engagé la procédure de licenciement au lendemain du second examen. Par conséquent, l'employeur n'avait pas effectivement rempli son obligation de reclassement. Pour mémoire, lorsque l'employeur n'a pas effectivement recherché des possibilités de reclassement, le licenciement du salarié pour inaptitude et impossibilité de reclassement est dépourvu de cause réelle et sérieuse.

Cass. soc. 13 juin 2012, n° 11-14.735 D

L'ACCIDENT DU TRAJET

Alors que l'accident du travail survient en principe à un moment où le salarié est placé sous l'autorité de son employeur, l'accident de trajet est celui qui se produit sur le trajet aller/retour entre le domicile du salarié et son lieu de travail, alors que la victime ne se trouve pas encore ou ne se trouve plus sous la subordination juridique de son employeur. Aussi le critère de distinction entre les deux types d'accident est l'indépendance du salarié vis-à-vis de son employeur.

L'intérêt de la distinction entre accident du travail et accident de trajet est multiple :

- la cotisation due par l'employeur au titre des accidents professionnels est forfaitaire pour les accidents de trajet alors que les accidents du travail ont une incidence sur la cotisation due par l'employeur à ce titre ;
- le salarié victime d'un accident de trajet peut exercer un recours contre son employeur responsable de l'accident, conformément au droit commun de la responsabilité civile, alors que l'accident du travail n'ouvre pas droit, en principe, à cette option, la réparation des accidents du travail étant forfaitaire ;
- la protection spécifique contre le licenciement pendant l'arrêt de travail consécutif à l'accident et à l'issue de cette suspension du contrat est applicable seulement aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et non à celles d'un accident de trajet ;
- le régime applicable à la suspension du contrat de travail consécutive à un accident de trajet est celui en vigueur en cas d'arrêt de travail pour maladie non professionnelle. Il est donc notamment possible de licencier un salarié dont le contrat est suspendu à la suite d'un accident de trajet pour un motif indépendant de l'état de santé du salarié en raison des perturbations occasionnées dans l'entreprise par la prolongation ou la répétition de l'arrêt de travail ;

- le régime d'indemnisation complémentaire versé par l'employeur en cas d'arrêt de travail n'est pas identique : en particulier, il n'existe pas de délai de carence en cas d'accident du travail alors que ce délai est de 7 jours en cas d'accident de trajet.

Articles D. 1226-2 à D. 1226-4 du code du travail

Le contrat est suspendu entre la date d'arrêt et la date de reprise prévue par le certificat médical présenté à l'employeur. Lorsque l'absence pour accident de trajet implique une visite médicale de reprise du fait de sa durée, la suspension du contrat ne prend véritablement fin qu'à compter de cet examen, obligatoirement effectué par le médecin du travail.

Cass. soc. 12 novembre 1997, n° 95-40.632

Les droits et obligations du salarié

Non-respect de la législation de Sécurité sociale

Le fait d'être absent de son domicile pendant les heures de présence obligatoire ou lors d'une contre-visite médicale diligentée par l'employeur peut entraîner la suspension des indemnités versées par la Sécurité sociale ou par l'employeur, en complément, mais ne caractérise pas en soi une cause réelle et sérieuse de licenciement. L'employeur ne peut pas sanctionner un salarié pour manquement à ses obligations

Cass. soc. 10 novembre 1998, n° 96-42.969

Actes de déloyauté

L'obligation de loyauté envers l'entreprise qui pèse sur le salarié au cours de l'exécution de son contrat de travail perdure pendant un arrêt de travail pour accident de trajet. Aussi, même en présence d'un certificat de travail attestant de l'incapacité de travail du salarié, l'employeur qui rapporte la preuve que l'indisponibilité du salarié n'est pas réelle peut le sanctionner, pour acte de déloyauté. Le manquement du salarié à son obligation de loyauté peut être reconnu lorsque l'employeur démontre que le salarié n'était pas indisponible pendant l'arrêt de travail prescrit par le médecin :

- falsification de certificat médical, certificat médical antidaté, ou de complaisance ;
- exercice d'une activité professionnelle concurrente pendant l'arrêt de travail, pouvant entraîner la responsabilité contractuelle, voire délictuelle du salarié ;
- refus de reprendre le travail à la date prévue par le certificat médical, ...

Par exemple, constitue un comportement déloyal le fait pour un salarié de travailler, pendant ses arrêts de travail, sur le chantier d'une maison en construction.

Cass. soc. 21 juillet 1994, n° 93-40.554

L'employeur conserve le pouvoir de le sanctionner pour des faits antérieurs à la suspension du contrat découverts pendant l'arrêt de travail. Toutefois, le délai de prescription de 2 mois pour sanctionner un fait fautif continue de s'appliquer. Aussi, l'employeur doit sanctionner le salarié pendant la période de suspension et ne pas attendre le retour du salarié pour le convoquer à l'entretien préalable prévu dans le cadre des procédures disciplinaires. Toutefois, l'employeur doit tenir compte de l'état de santé du salarié et, notamment, le convoquer en dehors des heures de présence obligatoire.

Cass. soc. 21 mars 2000, n° 97-44.370

Effectifs

Le salarié continue à être décompté dans les effectifs de l'entreprise. Son remplaçant, en contrat à durée déterminée ou en contrat de travail temporaire est, quant à lui, exclu de l'effectif.

Article L. 1111-2 du Code du travail

Représentation du personnel

Sous réserve qu'il remplisse les autres conditions prévues par la loi, le salarié absent pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle reste électeur ou éligible dans l'entreprise, dans le cadre des élections des délégués du personnel et du comité d'entreprise.

Attention toutefois, la Cour de cassation vient d'opérer un important revirement en matière d'exercice du mandat par un représentant du personnel en cas d'arrêt de travail. Pendant des années, la suspension du contrat ne suspendait pas l'exercice du mandat. Désormais, si le salarié est en arrêt de travail, il ne peut exercer ses fonctions représentatives sous peine de se voir suspendre ou supprimer le versement de ses indemnités journalières de Sécurité sociale.

Cass. civ. 2^e, 9 décembre 2010, n° 09-17.449

Congés payés

Le salarié absent pour accident de trajet n'acquiert pas de droits à congés payés pendant la suspension de son contrat de travail. Il voit donc son droit à congés payés réduit proportionnellement à ses jours d'absence intervenus pendant la période d'acquisition des congés payés. Mais en tout état de cause, « l'absence du travailleur ne peut avoir pour effet d'entraîner une réduction de ses droits à congé plus que proportionnelle à la durée de cette absence ».

Article L. 3141-6 du Code du travail

Lorsque l'arrêt se situe durant une période de congés payés, deux situations sont à distinguer. Si le salarié est absent avant le départ en congés payés alors il conserve en principe son droit à congés.

En 2009, les juges ont décidé que le salarié qui se trouve dans l'impossibilité de prendre ses congés payés, au cours de la période prévue à cet effet dans l'entreprise, en raison d'absence pour maladie ou accident, même non professionnels, a droit au report de ses congés après la date de reprise du travail.

Cass. soc. 24 février 2009, n° 07-44.488

Le salarié, dont le contrat de travail est déjà suspendu par un arrêt de travail à la date du départ en congés, conserve son droit à congés payés. Dans ce cas, le salarié peut obtenir la prise de ses congés payés après la date initialement prévue. Les congés sont alors pris avant la date de fin de la période des congés payés ; les dates de départ en congés peuvent être imposées par l'employeur. À défaut, le salarié peut obtenir le versement d'une indemnité compensatrice de congés payés, si l'impossibilité de prendre les congés résulte du refus de l'employeur. Ces dispositions sont parfois reprises dans les conventions collectives qui prévoient que le retour du salarié avant une date-butoir permet le report des congés payés ou, à défaut, le versement d'une indemnité compensatrice de congés payés.

Cass. soc. 4 décembre 1996, n° 93-46.408

Si le salarié est malade après le départ en congés payés alors il ne peut légalement prétendre à une prolongation ou un report des congés payés égal au nombre de jours d'arrêt-maladie.

Cass. soc. 4 décembre 1996, n° 93-46.408

Toutefois, pendant la période de congés payés, en plus de l'indemnité de congés payés, le salarié peut cumuler cette indemnité avec les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale. Par contre, le salarié ne peut prétendre aux indemnités complémentaires de maladie à la charge de l'employeur. Celles-ci ne peuvent, en effet, se cumuler avec l'indemnité de congés payés.

Cass. soc. 2 mars 1989, n° 86-42.426

L'employeur peut être plus souple que l'application stricte de la loi et s'entendre avec le salarié pour reporter les congés payés « perdus » du fait de la maladie. Dans ce cas de figure, le salarié n'est plus indemnisé au titre des congés payés à partir de la constatation de la maladie et par ricochet, est indemnisé au titre de la maladie. Il perçoit donc les indemnités journalières de Sécurité sociale ainsi que le complément employeur. De plus, les jours de congés non pris sont reportés à une date ultérieure.

A l'heure actuelle, les arrêts de travail liés à un accident du travail ou une maladie professionnelle sont assimilés à du travail effectif pour l'acquisition des congés payés, et pas ceux liés à un accident ou à une maladie non professionnels.

Article L. 3141-5 du Code du travail

A ce sujet, la CJUE relève que la directive du 4 novembre 2003 n'opère aucune distinction entre les travailleurs absents pendant la période de référence en vertu d'un congé de maladie et ceux qui ont effectivement travaillé au cours de cette période.

En ce qui concerne les absences liées à un accident de trajet, la CJUE demande à la Cour de cassation de vérifier s'il est possible d'assimiler ces absences à des périodes de travail effectif pour l'acquisition des congés payés soit en application du code du travail français, soit sur la d'une application directe de la directive européenne (dans ce dernier cas, cela reviendrait à neutraliser l'effet de l'absence pour la fraction des congés payés égale à 4 semaines). À défaut, le salarié pourrait prétendre à obtenir réparation du préjudice subi. Plus généralement, tout salarié, qu'il soit en congé de maladie pendant la période de référence à la suite d'un accident survenu sur le lieu du travail ou ailleurs, ou à la suite d'une maladie de quelque nature ou origine qu'elle soit, ne peut voir affecté son droit au congé annuel payé pour sa fraction égale à 4 semaines. Là encore, le code du travail, qui opère une distinction en fonction de l'origine de l'absence, n'est pas conforme à la directive européenne.

En pratique, les employeurs qui souhaiteraient ne prendre aucun risque juridique et éviter les incertitudes liés à des contentieux pourront considérer que :

- appliquer aux arrêts de travail liés à un accident de trajet le même régime que celui prévu en cas d'accident du travail pour l'acquisition des congés payés (a minima moins pour le congé principal de 4 semaines);
- les arrêts de travail liés à un accident ou à une maladie non professionnelle sont pris en compte pour l'acquisition des congés payés (a minima moins pour le congé principal de 4 semaines).

CJUE, 24 janvier 2012, affaire C 282/10

L'article 7 de la directive 2003/88 n'opère aucune distinction entre les travailleurs absents pendant la période de référence en vertu d'un congé de maladie et ceux qui ont effectivement travaillé au cours de cette période. Il s'ensuit que le droit au congé annuel payé d'un travailleur absent pour des raisons de santé pendant la période de référence ne peut pas être subordonné à l'obligation d'avoir accompli un travail effectif pendant cette même période. Ainsi, tout travailleur, qu'il soit en congé de maladie pendant ladite période de référence à la suite d'un accident survenu sur le lieu du travail ou ailleurs, ou à la suite d'une maladie de quelque nature ou origine qu'elle soit, ne saurait voir affecté son droit au congé annuel payé d'au moins 4 semaines. En revanche, l'article 7 précité ne s'oppose pas à une disposition nationale prévoyant, selon l'origine de l'absence du travailleur en congé de maladie, une durée annuelle de congé payé supérieure ou égale à la période minimale de 4 semaines garantie par cette directive.

CJUE, 24 janvier 2012, affaire 282/10

Cette jurisprudence remet en cause la loi et la jurisprudence française en ce qu'elles excluent les périodes d'absences pour maladie d'un salarié pour le calcul de la durée des congés. Plus généralement, cette solution devrait amener le législateur à revoir en totalité le régime d'assimilation de l'article L. 3141-5 du Code du travail pour les absences liées à l'état de santé du salarié.

Malgré la jurisprudence communautaire, les périodes de maladie n'ouvrent toujours pas droit à des congés payés. Il convient toutefois de nuancer acquisition et ouverture des droits à congés payés.

Cass. soc. 13 mars 2013, n° 11-22.285

L'absence du travailleur pour cause d'accident de trajet doit être assimilée à l'absence pour cause d'accident du travail, de sorte que les périodes limitées à une durée ininterrompue d'un an pendant lesquelles l'exécution du contrat de travail est suspendue pour cette cause entrent en ligne de compte pour l'ouverture du droit au congé annuel payé régi par l'article L. 3141-3 du Code du travail. Alors qu'elle refuse l'extension en maladie, la Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence en étendant les dispositions de l'article L. 3141-5 du Code du travail relatives aux absences assimilées à du travail effectif aux absences pour accident de trajet.

Cass. soc. 3 juillet 2012, n° 08-44.834

Ceci est assez surprenant et ne peut s'expliquer que par la confusion des régimes « sécurité sociale » et droit du travail. L'accident de trajet a un régime hybride. Ce dernier est considéré comme de la maladie au regard du droit du travail et en produit les effets (maintien de salaire sous carence, non protection de l'emploi contre le licenciement ...) mais il est considéré comme un accident de travail au regard de la sécurité sociale (pas de carence, pas d'avance des soins, IJSS plus importantes et en partie imposable ...). Ce faisant la Cour de cassation brouille les pistes sur l'accident de trajet et y intégrant des contours plus flous qu'à l'origine. La protection et le régime de faveur en résultant applicable à l'accident de travail s'explique par le fait que le législateur considère que l'employeur est responsable de l'accident qui survient à son salarié dans le cadre de son travail et qu'il lui appartient dès lors d'en assumer les conséquences. C'est aussi ce qui explique que la cotisation « accident du travail » est exclusivement à la charge de l'employeur. Le contraire reviendrait à considérer que le salarié est responsable des accidents survenus à cause des manquements à la sécurité de son employeur. L'accident de trajet n'est pas de la responsabilité de l'employeur puisqu'à ce moment là le salarié ne se trouve pas encore sous sa subordination. C'est cette logique implacable qui explique que l'accident de trajet ait le même régime en droit du travail que la maladie ordinaire dont l'employeur n'est pas plus responsable. Assimiler l'accident de trajet à l'accident du travail ne serait-ce qu'au regard des congés payés est un non sens juridique car il revient à faire peser sur l'employeur une responsabilité qui ne lui incombe pourtant pas. Plus grave, ces deux jurisprudences contraires sur l'accident de trajet et la maladie entraîne une distinction hasardeuse que le droit communautaire ne fait naturellement pas. Pour la jurisprudence communautaire les deux doivent avoir le même régime puisqu'en effet aucun des deux ne peut être imputable à l'employeur. Enfin cette jurisprudence va-t-elle se limiter au seul cas des congés payés ou au contraire va-t-elle entraîner une réforme de grande ampleur sur l'accident de trajet et ses conséquences en droit du travail ?

La réglementation des absences assimilées à du travail effectif pour l'acquisition et l'ouverture des droits à congés payés a réellement besoin d'une grosse mise au point.

Ancienneté

Les absences pour accident de trajet suspendent l'ancienneté du salarié sans la supprimer. La période de suspension n'est pas assimilée à du temps de travail effectif pour les droits que le salarié tire de son ancienneté. Le compteur ancienneté est éteint et se reprendra lors de la reprise du travail du salarié, dans les mêmes conditions que celles précédant la suspension. Toutefois, une convention collective peut en disposer autrement et prévoir que l'absence pour accident de trajet est assimilée à du temps de travail effectif pour les droits que le salarié tire de son ancienneté.

Les droits et obligation de l'employeur

Pouvoir disciplinaire de l'employeur

L'employeur ne peut reprocher au salarié un manquement à ses obligations contractuelles pendant l'arrêt de travail, sauf acte flagrant de déloyauté envers l'entreprise. Il en est ainsi par exemple lorsque le salarié travaille pendant son arrêt. Par ailleurs, l'employeur conserve le pouvoir de le sanctionner pour des faits antérieurs à la suspension du contrat découverts pendant l'arrêt de travail. Toutefois, le délai de prescription de 2 mois pour sanctionner un fait fautif continue de s'appliquer. Aussi, l'employeur doit sanctionner le salarié pendant la période de suspension et ne pas attendre le retour du salarié pour le convoquer à l'entretien préalable prévu dans le cadre des procédures disciplinaires. Toutefois, l'employeur doit tenir compte de l'état de santé du salarié et, notamment, le convoquer en dehors des heures de présence obligatoire.

Cass. soc. 17 janvier 1996, n° 92-42.031

Contre-visite médicale

En contrepartie de son obligation d'assurer une indemnisation complémentaire au salarié en arrêt pour accident de trajet, l'employeur peut diligenter une contre-visite médicale.

Cass. soc. 5 octobre 1983, n° 81-40.204

Cette contre-visite médicale peut être autorisée :

- par l'accord sur la mensualisation du 11 janvier 2008 ;
- expressément et spécialement par la convention collective ;
- par la convention collective faisant référence à l'accord sur la mensualisation qui prévoit directement cette faculté.

Toutefois, la contre-visite n'est pas possible en cas d'avis d'inaptitude émis par le médecin du travail. L'employeur peut seulement exercer un recours contre cette décision. Dans ce cas, le salarié peut, par conséquent, refuser de se soumettre à cette contre-visite ordonnée par l'employeur.

Cass. soc. 10 février 1998, n° 95-41.600

En outre, la contre-visite étant la contrepartie de l'indemnisation complémentaire de l'employeur, le salarié qui n'ouvre pas droit à ce complément ne peut se la voir imposer. Le choix du médecin, la date et l'heure de la contre-visite, dans la limite des jours et heures normales de visite, dépendent de l'employeur. Si la contre-visite établit que l'arrêt de travail n'est plus médicalement justifié, l'employeur peut suspendre l'indemnisation complémentaire du salarié, pour l'avenir, sans pouvoir se faire rembourser les indemnités déjà versées pour la période antérieure.

Cass. soc. 15 octobre 1987, n° 85-40.555

Sanctions disciplinaires

L'obligation de loyauté envers l'entreprise qui pèse sur le salarié au cours de l'exécution de son contrat de travail perdure pendant un arrêt de travail pour maladie. Aussi, même en présence d'un certificat de travail attestant de l'incapacité de travail du salarié, l'employeur qui rapporte la preuve que l'indisponibilité du salarié n'est pas réelle peut le sanctionner, pour acte de déloyauté. Le manquement du salarié à son obligation de loyauté peut être reconnu lorsque l'employeur démontre que le salarié n'était pas indisponible pendant l'arrêt de travail prescrit par le médecin :

- falsification de certificat médical, certificat médical antidaté, ou de complaisance ;
- exercice d'une activité professionnelle concurrente pendant l'arrêt de travail, pouvant entraîner la responsabilité contractuelle, voire délictuelle du salarié ;
- refus de reprendre le travail à la date prévue par le certificat médical, ...

Par exemple, constitue un comportement déloyal le fait pour un salarié de travailler, pendant ses arrêts de travail, sur le chantier d'une maison en construction.

Cass. soc. 21 juillet 1994, n° 93-40.554

L'employeur conserve le pouvoir de le sanctionner pour des faits antérieurs à la suspension du contrat découverts pendant l'arrêt de travail. Toutefois, le délai de prescription de 2 mois pour sanctionner un fait fautif continue de s'appliquer. Aussi, l'employeur doit sanctionner le salarié pendant la période de suspension et ne pas attendre le retour du salarié pour le convoquer à l'entretien préalable prévu dans le cadre des procédures disciplinaires. Toutefois, l'employeur doit tenir compte de l'état de santé du salarié et, notamment, le convoquer en dehors des heures de présence obligatoire.

Cass. soc. 21 mars 2000, n° 97-44.370

La protection contre la rupture du contrat

L'interdiction de licencier, sauf faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat pendant la suspension de celui-ci, intéresse exclusivement les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Aussi, les victimes d'un accident de trajet ne peuvent bénéficier de cette protection contre le licenciement.

Articles L. 1226-7 et L. 1226-9 combinés du Code du travail

Il est tout à fait possible de licencier un salarié victime d'un accident de trajet à condition que le motif invoqué soit totalement étranger à son état de santé. Il en est ainsi lorsque l'absence du salarié a des conséquences telles sur le fonctionnement de l'entreprise qu'elle ne permet plus le maintien du contrat de travail ou encore en cas de licenciement économique. Cette absence a pour conséquence de désorganiser l'entreprise. Ce licenciement se distingue du licenciement pour inaptitude qui résulte d'une constatation du médecin du travail.

A l'exception du licenciement pour inaptitude, la rupture du contrat de travail fondée sur l'état de santé du salarié est totalement prohibée puisque tirée d'un motif discriminatoire.

Article L. 1132-1 du Code du travail

Le licenciement, éventuellement prononcé pour un motif discriminatoire est nul et de nul effet. Cela signifie que la rupture du contrat n'est jamais intervenue et que le salarié est fondé à demander sa réintégration dans l'entreprise s'il le souhaite avec paiement intégral des salaires du jour du licenciement jusqu'au jour de la réintégration.

Article L. 1132-1 du Code du travail

Cette possibilité de licencier un salarié en arrêt pour accident de trajet peut toutefois être limitée par une clause de garantie d'emploi présente dans la convention collective ou un accord d'entreprise. Cette clause de garantie empêche de rompre le contrat de travail pendant une certaine durée de suspension du contrat.

L'employeur qui souhaite licencier un salarié victime d'un accident de trajet doit respecter la procédure de licenciement de droit commun applicable en cas de licenciement personnel, disciplinaire ou économique selon le motif invoqué. L'employeur doit, toutefois, tenir compte de l'état de santé du salarié et, notamment, le convoquer en dehors des heures de présence obligatoire à l'entretien préalable de licenciement.

Cass. soc. 11 décembre 1991, n° 88-42.285

Selon la jurisprudence, il est possible de licencier un salarié lorsque ses absences entraînent un dysfonctionnement dans l'entreprise et ne permettent plus, objectivement, le maintien de son contrat de travail. Le licenciement doit alors se justifier par la perturbation occasionnée par les absences répétées ou une absence prolongée du salarié et, notamment, par la nécessité de pourvoir durablement à son remplacement. La nécessité de remplacer durablement le salarié est appréciée au cas par cas par la jurisprudence. Selon la tendance jurisprudentielle actuelle, seule la nécessité de remplacer définitivement le salarié peut légitimer son licenciement.

Cass. soc. 13 mars 2001, n° 99-40.110

Il n'est toutefois pas exigé que le remplacement définitif ait déjà eu lieu, au jour du licenciement du salarié absent. Par contre, la nécessité de pourvoir définitivement au remplacement du salarié doit être évidente et prouvée au jour de la rupture du contrat. Le remplacement doit intervenir dans un délai raisonnable après la rupture du contrat de travail.

Cass. soc. 10 novembre 2004, n° 02-45.156

Le caractère raisonnable du délai de remplacement du salarié doit s'apprécier au regard de la date de son licenciement.

Cass. soc. 28 octobre 2009, n° 08-44.241

De même, la notion de remplacement définitif sous-entend une embauche en contrat à durée indéterminée, pour un volume horaire au moins équivalent à celui du salarié remplacé.

Cass. soc. 18 octobre 2007, n° 06-44.251

Cas particulier du contrat à durée déterminée

Le contrat à durée déterminée ne peut être rompu par l'employeur de façon anticipée que pour faute grave du salarié ou cas de force majeure. L'absence du salarié pour accident de trajet n'est jamais considérée par la jurisprudence comme un cas de force majeure justifiant la rupture anticipée du contrat.

Cass. soc. 15 février 1995, n° 91-44.366

Reprise du travail : étape indispensable de la visite médicale de reprise

Le médecin du travail doit procéder à un examen médical de reprise :

- lorsque le salarié a été absent au moins 21 jours consécutifs ;
- en cas d'absences répétées pour raison de santé.

Article R. 4624-21 du Code du travail

La reprise du travail est subordonnée à la visite médicale de reprise, au cours de laquelle est décidée l'aptitude du salarié à reprendre son travail. Cette visite peut également prévoir la nécessité d'une réadaptation du salarié.

Articles L. 1226-8 et R. 4624-21 du Code du travail

Seul le médecin du travail, et non le médecin de la Caisse Primaire d'Assurance-maladie, est compétent pour se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié à reprendre le travail.

Cass. soc. 20 juillet 1989, n° 87-41.512

C'est pourquoi, en l'absence de constatation de l'inaptitude du salarié à reprendre son emploi, par le médecin du travail, est nul le licenciement prononcé en raison de son classement en invalidité de seconde catégorie par la Sécurité sociale. Il en résulte systématiquement un préjudice pour le salarié qu'il appartient à l'employeur de réparer par l'octroi de dommages-intérêts.

Cass. soc. 13 janvier 1998, n° 95-45.439

La visite médicale de reprise doit avoir lieu au plus tard 8 jours après la reprise du travail et est à l'initiative de l'employeur.

Article R. 4624-21 du Code du travail

Lorsque la modification de l'aptitude du salarié est prévisible, une visite médicale préalable à la reprise du travail peut être demandée, en vue de faciliter la recherche des mesures nécessaires : aménagement des conditions de travail, recherche d'un poste davantage compatible avec l'état de santé du salarié, etc.

Article R. 4624-23 du Code du travail

Cet examen médical est effectué par le médecin du travail mais ne se substitue pas à la visite de reprise qui doit néanmoins avoir lieu, lors du retour effectif du salarié dans l'entreprise.

Le salarié déclaré apte par le médecin du travail retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Article L. 1226-8 du Code du travail

Un poste similaire ne peut être proposé que lorsque l'ancien emploi du salarié n'est plus disponible, c'est-à-dire n'existe plus ou n'est plus vacant. Dès lors que l'ancien poste du salarié est toujours vacant, l'employeur a l'obligation d'y réintégrer le salarié.

Cass. soc. 22 octobre 1997, n° 94-44.706

En présence d'un avis d'aptitude rendu par le médecin du travail, l'employeur est tenu de reprendre le paiement du salaire du salarié qui se tient à sa disposition, même s'il est exercé un recours devant l'inspecteur du travail à l'encontre de la décision du médecin du travail, en raison des désaccords et difficultés d'application qu'elle suscite.

Cass. soc. 9 avril 2008, n° 07-41.141

La jurisprudence insiste sur la prééminence de l'avis du médecin du travail sur d'autres avis éventuellement émis par le médecin traitant du salarié, le médecin-conseil de la Sécurité sociale... Même si le salarié obtient un nouvel arrêt de travail par son médecin traitant, l'examen médical effectué par le médecin du travail prononçant l'inaptitude met fin à la suspension du contrat de travail, et l'employeur ne peut être condamné à des dommages-intérêts du seul fait que le salarié est toujours en arrêt-maladie régulièrement justifié à la date de son licenciement.

Cass. soc. 6 avril 1999, n° 96-45.056

A l'inverse, en l'absence de visite de reprise auprès du médecin du travail, le contrat de travail se trouve toujours suspendu, peu important que le salarié soit déclaré consolidé de son accident par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et pris en charge par les organismes sociaux au titre de la maladie.

Cass. soc. 16 mai 2000, n° 98-42.942

La procédure de constatation de l'inaptitude du salarié est déclenchée :

- par la demande du salarié à reprendre le travail ;

ou

- par la volonté de l'employeur de mettre fin à la suspension du contrat de travail.

Le médecin du travail doit au minimum procéder à deux examens médicaux espacés de 2 semaines. D'autres examens complémentaires peuvent s'avérer utiles. Le licenciement intervenu à l'issue du premier examen médical est nul, même si le médecin du travail a déjà conclu à l'inaptitude du salarié.

Cass. soc. 16 juillet 1998, n° 95-45.363

La médecine du travail doit également effectuer une étude approfondie du poste initialement occupé par le salarié et de ses conditions de travail. A l'issue de ces deux examens médicaux, «le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs».

Article L. 4624-1 du Code du travail

Lorsque l'employeur refuse de faire suite aux propositions de reclassement émises par le médecin du travail, il doit faire connaître, par écrit, au même médecin, les motifs qui s'y opposent. En cas de désaccord persistant, l'inspecteur du travail tranche, après avis du médecin-inspecteur du travail.

Article L. 4624-1 du Code du travail

Le salarié en désaccord avec un avis d'inaptitude prononcé à son égard ne peut pas solliciter une expertise judiciaire, il doit saisir l'inspecteur du travail.

Cass. soc. 2 février 1994, n° 88-42.711

Si le salarié est déclaré inapte à reprendre son précédent emploi, à l'issue des périodes de suspension du contrat, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi :

- approprié à ses capacités, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise ;
- aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé ;

- au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformation de poste ou aménagement du temps de travail.

Article L. 1226-10 du Code du travail

L'employeur doit montrer qu'il fait tout son possible pour reclasser le salarié déclaré inapte, en tenant compte des propositions émanant du médecin du travail. Le respect des suggestions de la médecine du travail est une priorité. Ainsi, seules les recherches de reclassement compatibles avec les conclusions du médecin du travail, émises lors de la dernière visite médicale de reprise, peuvent être prises en compte pour apprécier si l'employeur a respecté l'obligation de reclassement mise à sa charge. Les recherches effectuées antérieurement, lors d'une visite de pré-reprise notamment, sont insuffisantes, dans la mesure où elles sont intervenues à un moment où l'état de santé du salarié n'était pas encore stabilisé.

Cass. soc. 22 février 2000, n° 97-41.827

La recherche de reclassement est très pesante pour l'employeur.

Exemples

L'employeur doit rechercher des postes de reclassement dans le groupe auquel il appartient. Pour la Cour de Cassation, le groupe s'entend aussi des franchisés.

Cass. soc. 07 juillet 2009, n° 08-40.689

Si le médecin du travail précise les adaptations de poste à réaliser, c'est à l'employeur de prouver qu'il les a réalisés ou les éléments qui s'oppose à cette adaptation.

Cass. soc. 14 octobre 2009, n° 08-42.878

Pour la Cour de cassation, le groupe est une notion indépendante de liens capitalistiques entre les sociétés qui le compose.

Cass. soc. 24 juin 2009, n° 07-45656

Une inaptitude à tout travail ne dispense pas l'employeur de prouver qu'il s'est trouvé dans l'impossibilité de reclasser le salarié, peu importe le classement en invalidité 2^e catégorie du salarié.

Cass. soc. 09 juillet 2008, n° 07-41318

Lorsqu'un salarié est déclaré inapte à tout emploi dans l'entreprise par le médecin du travail après un accident, l'employeur doit essayer de le reclasser avant d'envisager de le licencier pour inaptitude physique.

Article L. 1226-2 du Code du travail

Il est de jurisprudence constante que si l'entreprise appartient à un groupe, l'employeur doit rechercher toutes les possibilités de reclassement au sein de l'entreprise mais aussi parmi toutes les entreprises du groupe. L'employeur qui ne recherche pas de reclassement dans l'ensemble du groupe en limitant sa recherche, comme dans cette affaire, à un certain périmètre géographique, ne respecte pas son obligation de reclassement. En l'espèce, en recherchant des solutions de reclassement uniquement en Corse et dans les régions voisines du sud de la France, l'employeur n'a pas satisfait à son obligation de reclassement.

Cass. soc. 12 janvier 2011, n° 09-70.634

Lorsque le médecin du travail conclut à l'inaptitude du salarié à tout emploi dans l'établissement ou l'entreprise, l'employeur n'est pas, pour autant, libéré de son obligation de reclassement. Il doit, malgré tout, rechercher une possibilité de reclassement au sein du groupe auquel il appartient au besoin par le biais d'une mutation, d'une transformation de poste ou de l'aménagement du temps de travail. A défaut de recherche effective, le licenciement pour inaptitude est sans cause réelle et sérieuse.

Cass. soc. 16 décembre 2010, n° 09-67.101

Il n'est toutefois pas exigé que le poste proposé dans le cadre du reclassement du salarié soit assorti du même niveau de rémunération. Le refus par le salarié d'un poste de qualification et de rémunération moindre constitue une cause réelle et sérieuse de licenciement, dès lors que ce poste est compatible avec les recommandations du médecin du travail et, plus généralement, avec l'état de santé du salarié.

Cass. soc. 4 octobre 1978, n° 77-40.924

L'employeur dispose d'un délai de 1 mois, à compter de la visite médicale de reprise, pour réaliser le reclassement du salarié.

Article L. 1226-11 du Code du travail

En cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail, le délai de 1 mois court à compter du second examen médical effectué dans le cadre de la procédure de constatation de l'inaptitude.

Cass. soc. 4 juin 1998, n° 95-45.311

En principe, il y a toujours nécessité de deux examens médicaux espacés de 15 jours pour prononcer l'inaptitude définitive du salarié. Toutefois, un seul examen médical suffit à déclarer le salarié inapte si cela ressort clairement de l'avis d'inaptitude. Exceptionnellement, l'inaptitude peut être déclarée après un seul examen médical lorsque le maintien du salarié à son poste entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou pour celle des tiers.

Article R. 4624-31 du Code du travail

Cette situation de danger immédiat peut se matérialiser de deux manières :

- soit la situation de danger ressort de l'avis du médecin du travail ;
- soit cet avis indique, outre la référence à l'article R. 4624-31 du Code du travail, qu'une seule visite est effectuée.

Exemple

Un employeur avait licencié un salarié pour inaptitude physique et impossibilité de reclassement à la suite d'un unique examen médical le déclarant inapte à tout poste dans l'entreprise. Mais le salarié a contesté la validité de son licenciement en raison de l'absence de second examen médical. L'employeur s'est justifié en rappelant que le médecin du travail lui avait adressé un courrier daté du même jour que l'avis d'inaptitude dans lequel il mentionnait une situation de danger immédiat, ainsi que le fait qu'il ne procéderait pas à une seconde visite. Peu importe pour les juges, seules comptent les mentions portées dans l'avis d'inaptitude. Celui-ci portant seulement la mention « à revoir », ils en ont déduit que l'inaptitude du salarié n'avait pas été régulièrement constatée en l'absence de second examen médical de reprise et que le licenciement prononcé en raison de l'état de santé du salarié était nul. Ainsi, les employeurs ne doivent jamais se fier à un courrier adressé par le médecin du travail pour savoir si une inaptitude « danger immédiat » après une seule visite a été prononcée, mais uniquement aux mentions portées sur l'avis d'inaptitude.

Cass. soc. 16 décembre 2010, n° 09-66954

Le délai d'un mois n'est pas suspendu par la demande d'autorisation de licencier un salarié protégé, effectuée auprès de l'inspection du travail.

Cass. soc. 18 janvier 2000, n° 97-44.939

La durée de 1 mois a été fixée par le législateur pour permettre à l'employeur de rechercher toute solution de reclassement et, si nécessaire, de procéder à une transformation de poste. En outre, il convient de ne pas laisser durablement le salarié sans ressources. Mais cette durée d'un mois est une durée maximale, le reclassement ou le licenciement pouvant être effectif avant son terme.

Réponse ministérielle n° 46366 - JOANQ du 28 août 2000, p. 5075

Si le salarié n'est pas reclassé dans l'entreprise à l'issue du délai d'un mois, ou s'il n'est pas licencié, l'employeur est tenu de verser à l'intéressé, dès l'expiration du délai, le salaire correspondant à l'emploi occupé avant la suspension du contrat de travail.

Article L. 1226-11 du Code du travail

Cette disposition légale s'applique également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail. Le but est ici de lutter contre l'éventuelle inertie de l'employeur. Ainsi, au terme du délai de 1 mois, l'employeur n'a plus d'autre choix que :

- tenter un nouveau reclassement ;
- engager une procédure de licenciement ;
- verser la rémunération à un salarié qui ne peut plus occuper son poste de travail.

Cass. soc. 18 avril 2000, n° 98-40.314

Le versement des salaires peut, le cas échéant, être ordonné en référé. Il n'y a pas lieu de déduire les sommes versées au salarié par la Sécurité sociale ou un organisme de prévoyance, pendant la suspension du contrat.

Cass. soc. 19 mai 1998, n° 95-45.637 et n° 96-41.839

Le salarié est en droit de refuser le reclassement qui lui est proposé pour un motif légitime, notamment lorsqu'il est assorti d'une diminution de sa rémunération, ou si le poste proposé se situe dans un autre établissement éloigné, impliquant déménagement, recherche d'un autre emploi pour son conjoint, etc. Dans ces hypothèses, le refus du salarié de la modification de son contrat de travail ne doit pas être considéré comme abusif. Il implique le licenciement du salarié et non sa démission. L'imputabilité à l'employeur de la rupture du contrat est due au caractère professionnel de l'inaptitude physique du salarié.

Cass. soc. 14 avril 1988, n° 87-40.179

Licenciement du salarié non reclassé suite à un accident de trajet

L'employeur peut prendre l'initiative de rompre le contrat de travail pour inaptitude physique en cas d'impossibilité de reclassement conformément aux directives du médecin du travail ou en cas de refus par le salarié d'un poste répondant aux prescriptions médicales. Le licenciement doit être prononcé au cours d'un délai d'un mois suivant la constatation de l'inaptitude du salarié par le médecin du travail. Passé ce délai, l'employeur est redevable du salaire correspondant à l'emploi occupé avant la suspension du contrat de travail jusqu'à la rupture effective du contrat.

Article L. 1226-4 du Code du travail

L'employeur doit respecter la procédure de licenciement pour motif personnel, tout en tenant compte de l'état de santé du salarié, en lui permettant notamment de se faire représenter lors de l'entretien préalable de licenciement, s'il se trouve dans l'impossibilité de se déplacer. Il est préférable de motiver le licenciement par l'impossibilité de reclasser le salarié, et non par son refus d'un poste de reclassement.

Cass. soc. 9 avril 2002, n° 99-44.192

Le salarié a droit à une indemnité de licenciement, légale voire conventionnelle. Mais il n'a pas légalement droit à l'indemnité compensatrice de préavis, dans la mesure où son inaptitude l'empêche de l'exécuter.

Cass. soc. 6 février 2001, n° 98-43.272

La Cour de cassation a toutefois décidé que le salarié, même dans l'impossibilité physique d'exécuter son préavis, pouvait prétendre à une indemnité compensatrice de préavis, lorsque le licenciement est sans cause réelle et sérieuse « en raison du manquement de l'employeur à son obligation de reclassement consécutive à l'inaptitude ».

Cass. soc. 26 novembre 2002, n° 00-41.633

L'inertie de l'employeur est sévèrement sanctionnée par le législateur. Ainsi, lorsque le salarié déclaré inapte par le médecin du travail n'est ni reclassé, ni licencié au terme du délai légal de 1 mois, l'employeur est tenu de reprendre le paiement des salaires.

Article L. 1226-4 du Code du travail

L'employeur doit ainsi verser sa rémunération à un salarié qui ne peut plus occuper son poste de travail du fait de son inaptitude, jusqu'à ce qu'une décision de reclassement ou de licenciement soit prise. Selon la jurisprudence, le salarié a deux stratégies face à l'inertie de son employeur :

- soit se prévaloir devant le juge de la poursuite de son contrat de travail et donc du versement des salaires, jusqu'à ce que l'employeur prenne l'initiative de rompre les relations contractuelles pour inaptitude physique ;
- soit faire constater en justice la rupture du contrat de travail pour manquement de l'employeur à son obligation de payer les salaires, cette rupture devant s'analyser en un licenciement sans cause réelle et sérieuse.

Cass. soc. 11 juillet 2000, n° 98-45.471

ÉPARGNE SALARIALE

LA PARTICIPATION

Tous les salariés de l'entreprise doivent pouvoir bénéficier de la réserve spéciale de participation.

Article L. 3324-3 du Code du travail

La détermination des bénéficiaires est fondée sur le critère d'appartenance juridique à l'entreprise et se traduit par l'existence d'un contrat de travail (de droit français). Tous les salariés, au sens du droit du travail, doivent pouvoir bénéficier de la répartition de la réserve spéciale de participation. Ainsi, il est impossible d'exclure un salarié victime d'un accident de travail, d'une maladie professionnelle ou d'un accident de trajet du bénéfice de la réserve spéciale de participation. La répartition de la réserve spéciale de participation entre les bénéficiaires est calculée proportionnellement au salaire perçu ou au revenu professionnel imposé à l'impôt sur le revenu au titre de l'année précédente. Elle est plafonnée au niveau du salaire le plus élevé versé dans l'entreprise, et dans les limites des plafonds de répartition individuelle.

Article L. 3324-5 du Code du travail

Une durée minimale d'ancienneté dans l'entreprise ou le groupe peut être exigée pour bénéficier de la participation. Cette condition d'ancienneté ne peut excéder 3 mois. L'accord peut être plus favorable pour le salarié et fixer une durée d'ancienneté plus courte ou ne prévoir aucune condition d'ancienneté. L'ancienneté est considérée ici comme la durée totale d'appartenance à l'entreprise sans que puissent être déduites les périodes de suspension du contrat de travail.

Article L. 3342-1 du Code du travail

Pour la détermination de l'ancienneté éventuellement requise, sont pris en compte tous les contrats de travail exécutés au cours de la période de calcul et des 12 mois qui la précèdent. La durée d'appartenance juridique à l'entreprise doit être déterminée en tenant compte de la totalité de l'ancienneté acquise par le salarié, que celle-ci soit acquise au titre d'un ou de plusieurs contrats de travail.

Les critères de répartition sont en principe fonction des clauses prévues dans l'accord instituant la participation. Faute d'accord entre les signataires, la répartition se fait en totalité proportionnellement aux salaires perçus dans la limite du plafond fixé à l'article D. 3324-10 du Code du travail (4 plafonds annuels de Sécurité sociale). D'une façon générale, hormis le critère uniforme, la répartition de la réserve spéciale de participation doit se faire en application d'une proportionnalité rigoureuse. La définition de la présence ou du salaire ne peut conduire à faire échec à cette proportionnalité.

Circulaire interministérielle du 6 avril 2005

L'article L. 3324-5 du Code du travail fixe les règles en matière de répartition de la réserve spéciale de participation. Celle-ci peut être répartie :

- proportionnellement au salaire perçu ;
- de façon uniforme ;
- proportionnellement à la durée de présence ;
- conjointement entre ces différents critères.

Répartition en fonction du salaire

La répartition de la réserve spéciale de participation peut se faire en totalité ou en partie, proportionnellement aux salaires perçus par chaque bénéficiaire au cours de l'exercice. Par salaire, il faut entendre les salaires à prendre en compte au sens de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Lorsque le salarié est absent en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la rémunération à prendre en compte pour la répartition de la RSP, est celle qu'il aurait perçue le salarié pendant la même période s'il avait travaillé. Il convient de rétablir intégralement les salaires. A l'inverse, il n'y a lieu à aucun rétablissement de salaire en cas d'accident de trajet et la réserve spéciale de participation du salarié est diminuée de ce fait.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Répartition selon la durée de présence

Cette répartition est de nature à atténuer la hiérarchie des salaires. La notion de durée de présence doit être précisée dans l'accord. Dans tous les cas, la durée de présence inclut les périodes de travail effectif auxquelles s'ajoutent les périodes légalement ou conventionnellement assimilées à du travail effectif. C'est pourquoi, les absences pour accident du travail ou maladie professionnelle doivent être considérées comme du temps de présence. En matière d'accident de trajet, la durée de l'arrêt sera ou non prise en compte selon les dispositions de la convention collective. Les parties peuvent aussi prévoir une notion de présence plus favorable (par exemple présence dans les effectifs sans déduction des périodes d'absence) mais en aucun cas des dispositions moins favorables (par exemple exclure les salariés en arrêt pour accident de travail).

Un salarié absent en raison d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle percevra le même montant qu'un salarié présent. Tel n'est pas le cas en matière d'absences pour accident de trajet.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Répartition uniforme

La loi n° 2001-152 du 19 février 2001 permet aux entreprises de retenir dans l'accord de participation une répartition qui soit en totalité ou en partie uniforme. L'enveloppe est divisée entre tous les salariés bénéficiaires sans tenir compte du salaire ou du temps de présence. Ainsi, un salarié à temps partiel recevra le même montant qu'un salarié à temps plein, un salarié embauché en cours d'année la même somme qu'un salarié présent toute l'année. Dans les faits, ce type de répartition est très rarement retenu par les partenaires sociaux. Il est à souligner que, dans de nombreux accords, le terme de « répartition uniforme » est improprement employé : en effet, il désigne parfois un mode de répartition où est prise en compte la durée de présence sans pénalisation de l'absentéisme (tenant compte des seules entrées/sorties au cours de l'exercice, et du travail à temps partiel, le cas échéant, du salarié). Cette formule de répartition permet d'atténuer la hiérarchie des salaires. Dans le cadre de cette répartition, le montant est identique pour tous les salariés. Le montant de la RSP est divisé par le nombre de salariés sans tenir compte du salaire ou du temps de présence. De ce fait, les absences pour maladie professionnelle, accident du trajet et accident de travail n'ont aucun impact dans cette répartition.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Utilisation des critères de répartition

Lorsque le critère de salaire ou celui de la durée de présence est retenu, la répartition ne peut être que proportionnelle à ces critères, sous réserve de l'application de clauses plus favorables. L'entreprise ne peut, par conséquent, surpénaliser l'absentéisme. Au contraire, l'entreprise peut instaurer un salaire plancher pour la répartition de la réserve spéciale de participation et/ou un salaire plafond. En cas d'utilisation conjointe des différents critères, ceux-ci ne peuvent s'appliquer à une masse unique de participation : la répartition d'une masse unique de participation au prorata des salaires effectivement perçus, affectés d'un coefficient de présence surpénalisant l'absentéisme est, par conséquent, prohibée. Par contre, un calcul effectué sur deux masses distinctes conserve un caractère proportionnel. Chaque critère doit donc s'appliquer à une « sous-masse » distincte.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Le salarié qui a été en accident de travail, de trajet ou en maladie professionnelle bénéficie de l'intéressement ou de la participation. Même si l'accord prévoit une condition d'ancienneté de 3 mois sur l'exercice, les périodes de suspension du contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, ne peuvent pas être déduites.

Article L. 3342-1 du Code du travail
Circ. min. du 14 septembre 2005 - JO 1^{er} novembre

Si le mode de répartition entre les salariés prévu par l'accord d'intéressement ou de participation est uniforme, l'arrêt de travail n'aura pas d'impact sur la fraction d'épargne attribuée au salarié. En revanche, en cas de répartition proportionnelle à la durée de présence du salarié, il est possible de déduire les absences pour maladie non professionnelle. Et si la répartition est proportionnelle au salaire, le brut réduit, compte tenu de la maladie, peut constituer la base de calcul. A contrario, il est possible de déduire qu'il faut impérativement reconstituer le salaire en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail.

Cass. Soc, 16 novembre 2004, n° 02-41.941

L'INTÉRESSEMENT

Tous les salariés de l'entreprise ou des établissements du groupe, entrant dans le champ d'application de l'accord, doivent pouvoir bénéficier des produits de l'intéressement.

Article L. 3344-1 du Code du travail

L'article L. 3313-2 du Code du travail permet à l'entreprise de limiter le champ d'application de l'intéressement à certains établissements de l'entreprise. L'accord peut, par conséquent, exclure un ou plusieurs établissements de l'entreprise. Un établissement peut être considéré comme tel dès lors qu'il y a une implantation géographique distincte, un caractère de stabilité et qu'il présente une autonomie administrative et économique suffisante. Cette autonomie se traduit par l'existence d'une structure de direction dotée de pouvoirs en matière de gestion du personnel et d'organisation du service. Lorsqu'il existe des comités d'établissements, l'accord d'intéressement peut moduler son champ d'application en considérant les différents centres d'activité de l'entreprise ayant donné lieu à l'institution de ces comités. A défaut, la notion d'établissement est appréciée en fonction des critères retenus pour la mise en place d'un comité. Si l'accord peut exclure un établissement, l'accord ne peut exclure, à l'intérieur d'une entreprise ou d'un établissement ou d'une unité de travail, une catégorie de salariés.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

L'accord peut exiger une durée minimum d'ancienneté qui ne peut excéder 3 mois.

Article L. 3342-1 du Code du travail

Pour la détermination de l'ancienneté éventuellement requise, sont pris en compte tous les contrats de travail exécutés au cours de la période de calcul et des 12 mois qui la précèdent. L'ancienneté correspond à la durée totale d'appartenance juridique à l'entreprise. Il est tenu compte du temps de travail effectif sans que les périodes de suspension du contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, puissent être déduites. Un accord d'intéressement ne peut écarter les salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté ainsi que ceux qui, remplissant les conditions d'ancienneté, ne justifieraient pas du minimum d'ancienneté du fait d'absences non assimilées à du travail effectif.

Cass. soc. 21 octobre 2003, n° 01-21.353

La répartition de l'intéressement peut être modulée selon les unités de travail de l'entreprise ou l'établissement mais la notion d'unité de travail n'est pas définie par le Code du travail. Les critères constitutifs de l'unité de travail sont les suivants :

- salariés travaillant habituellement ensemble ;
- salariés exerçant des tâches proches ou identiques ;

- salariés ayant des conditions de travail analogues ;
- salariés étant placés sous la responsabilité d'un même encadrement.

L'unité de travail peut être constituée par différentes structures, variant selon l'activité de l'entreprise. Il peut s'agir :

- d'un bureau ;
- d'un service ;
- d'un atelier ;
- d'une unité de production, d'un magasin, d'un chantier ;
- du service nouveau d'une entreprise.

L'unité de travail ne peut se confondre avec un salarié unique, sous peine de constituer un intéressement personnalisé ou avec une catégorie de salariés.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Répartition de l'intéressement

L'accord peut prévoir une répartition uniforme, proportionnelle aux salaires ou à la durée de présence ou retenir conjointement ces différents critères. L'accord d'intéressement ne peut, par contre, fonder la répartition sur des critères de performances individuelles des salariés.

Article L. 3314-5 du Code du travail

Cass. soc. 13 avril 1995, n° 93-15.295

Modalités d'appréciation des critères

D'une façon générale, hormis le critère uniforme, la répartition de l'intéressement doit se faire en application d'une proportionnalité rigoureuse. La définition de la présence ou du salaire ne peut conduire à faire échec à cette proportionnalité. Ainsi, la Cour de cassation exclut toute réduction sur la prime individuelle d'intéressement plus que proportionnelle à la durée des absences intervenues au cours de l'exercice. De la même façon, la définition du salaire ne peut conduire à restreindre le droit à intéressement de certaines catégories de salariés, voire à les exclure du bénéfice de l'intéressement, ce qui remettrait en cause le caractère collectif de l'intéressement.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Modalités d'application des critères

La répartition de l'intéressement peut être différenciée en fonction du ou des critères retenus. Si le critère du salaire ou celui de la durée de présence est retenu, la répartition ne peut être que proportionnelle à ces critères. La solution est identique en cas d'utilisation conjointe des différents critères. Dans ce cas, il convient de considérer que les critères ne peuvent être combinés pour s'appliquer à une masse unique d'intéressement. Au contraire, chaque critère doit s'appliquer à une « sous-masse » distincte.

Répartition en fonction du salaire

L'accord doit définir la notion de salaire retenue pour la répartition de l'intéressement. La répartition peut se faire en fonction du salaire effectivement versé au salarié durant l'année ou en fonction du salaire de référence correspondant à la rémunération habituelle des salariés. Il peut être tenu compte, en cas d'absence (maladie, accident du travail, ...) d'un salaire de référence correspondant à la rémunération habituelle du salarié. Toutefois, en cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, la rémunération prise en compte sera celle qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler. Il en va différemment si le salarié est en accident de trajet puisque cette absence n'est pas légalement assimilée à du travail effectif.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Répartition selon la durée de présence

Cette répartition est de nature à atténuer la hiérarchie des salaires. La notion de durée de présence doit être précisée dans l'accord. Dans tous les cas, la durée de présence inclut les périodes de travail effectif auxquelles s'ajoutent les périodes légalement ou conventionnellement assimilées à du travail effectif. C'est pourquoi, les absences pour accident du travail ou maladie professionnelle doivent être considérées comme du temps de présence. En matière d'accident de trajet, la durée de l'arrêt sera ou non prise en compte selon les dispositions de la convention collective. Les parties peuvent aussi prévoir une notion de présence plus favorable (par exemple présence dans les effectifs sans déduction des périodes d'absence) mais en aucun cas des dispositions moins favorables (par exemple exclure les salariés en arrêt pour accident de travail).

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Lorsque la répartition des primes d'intéressement entre les salariés est strictement proportionnelle à la durée de leur présence au sein de celle-ci au cours de l'exercice, le fait pour un salarié d'être privé de l'intéressement en raison de son absence pendant la durée de l'exercice est conforme aux principes régissant l'intéressement.

Cass. soc. 25 février 2003, n° 00-21.268

A l'inverse, un accord prévoyant une réduction de l'intéressement en fonction de certaines absences, institue une pénalisation de ces absences et non une répartition de l'intéressement en fonction de la durée de présence dans l'entreprise.

Cass. soc. 7 mai 2003, n° 01-21.033

De la même façon, toute clause d'un accord prévoyant une réduction du montant de l'intéressement plus que proportionnelle à la durée de l'absence est contraire au caractère collectif de l'intéressement. En l'espèce, l'accord pondérait chaque mois la prime d'intéressement en fonction des absences autres que celles dues aux accidents du travail, maladie professionnelle, maternité, heures de délégation des représentants du personnel, de façon plus que proportionnelle à la durée de l'absence. La Cour de cassation se fonde sur ce caractère plus que proportionnel pour juger la clause illégale. De la même façon, la clause d'un accord d'intéressement instaurant une minoration de la prime d'intéressement jusqu'à un seuil de 40 jours d'absence, seuil au-delà duquel les absences n'ont plus aucune incidence n'institue pas une répartition uniforme et ne peut donner lieu à exonération de cotisations sociales des primes distinguées.

Cass. civ. 2^e, 16 décembre 2003, n° 2-30.904

De même, la clause d'un accord d'intéressement ayant pour effet d'instituer une pénalisation des absences, et non une répartition de l'intéressement en fonction de la durée de présence dans l'entreprise au cours de l'exercice, prive les primes du caractère de rémunération collective de sorte que celles-ci ne peuvent ouvrir droit aux exonérations légales.

Cass. soc. 1^{er} avril 1999, n° 97-17.515

Répartition uniforme

La loi n° 2001-152 du 19 février 2001 permet aux entreprises de retenir dans l'accord d'intéressement une répartition qui soit en totalité ou en partie uniforme. L'enveloppe est divisée entre tous les salariés bénéficiaires sans tenir compte du salaire ou du temps de présence. Ainsi, un salarié à temps partiel recevra le même montant qu'un salarié à temps plein, un salarié embauché en cours d'année la même somme qu'un salarié présent toute l'année. Dans les faits, ce type de répartition est très rarement retenu par les partenaires sociaux. Il est à souligner que, dans de nombreux accords, le terme de « répartition uniforme » est improprement employé : en effet, il désigne parfois un mode de répartition où est prise en compte la durée de présence sans pénalisation de l'absentéisme (tenant compte des seules entrées/sorties au cours de l'exercice, et du travail à temps partiel, le cas échéant, du salarié). Cette formule de répartition permet d'atténuer la hiérarchie des salaires. Dans le cadre de cette répartition, le montant est identique pour tous les salariés. Le montant de l'intéressement est divisé par le nombre de salariés sans tenir compte du salaire ou du temps de présence. De ce fait, les absences pour maladie professionnelle, accident du trajet et accident de travail n'ont aucun impact dans cette répartition.

Circulaire du 14 septembre 2005 relative à l'épargne salariale, NOR SOCX0508715C

Préavis

Selon l'article L. 1234-5 du Code du travail, la dispense par l'employeur de l'exécution du travail pendant le préavis ne doit entraîner, jusqu'à l'expiration de ce délai, aucune diminution des salaires et avantages y compris l'indemnité de congés que le salarié aurait reçus s'il avait accompli son travail.

Un accord d'intéressement ne peut déroger à ces dispositions en limitant le bénéfice de celui-ci au temps effectivement travaillé à l'exclusion des périodes non ouvrées.

Cass. soc. 28 janvier 1998, n° 95-42.250

Absence pour grève

La retenue opérée sur une prime d'intéressement suite à une grève est admise dès lors que les périodes d'absences exclusives de retenues énumérées par l'accord d'intéressement sont légalement assimilées à un temps de travail effectif, toutes les autres absences qu'elle qu'en soit la cause, donnant lieu à abattement.

Cass. soc. 5 février 2003, n° 00-45.998

CONTESTATIONS EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL, DE MALADIE PROFESSIONNELLE ET D'ACCIDENT DE TRAJET

Le contentieux de la Sécurité sociale repose sur 4 grands principes : unicité, rapidité, technicité et gratuité. La procédure nécessaire au bon fonctionnement des recours doit être strictement respectée, tant par les assurés sociaux ou ayants droit que par les organismes de Sécurité sociale concernés. Le contentieux de la Sécurité sociale est scindé en 4 types de contentieux :

- le contentieux général ;
- le contentieux technique ;
- l'expertise médicale ;
- le contentieux du contrôle technique.

LES RÈGLES DE PREUVE EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL, DE MALADIE PROFESSIONNELLE ET D'ACCIDENT DE TRAJET

La matérialité des faits

La législation relative aux risques professionnels distingue 3 types de risque :

- l'accident du travail survenu par le fait ou à l'occasion du travail ;
- l'accident de trajet survenu lors du trajet entre le lieu de travail du salarié et son domicile ou son lieu habituel de restauration ;
- la maladie professionnelle qui est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Bien qu'il existe une présomption d'imputabilité à la charge de l'employeur en matière d'accident du travail, la preuve du fait accidentel (ou matérialité des faits) incombe à la victime. Cette preuve n'est en général pas difficile à apporter surtout lorsqu'il y a des témoins. En revanche elle est plus difficile à rapporter lorsque le salarié se trouvait seul au moment des faits. La jurisprudence affirme qu'il appartient à celui qui se prétend victime d'un accident du travail d'établir autrement que par ses propres affirmations les circonstances exactes de l'accident et son caractère professionnel. La déclaration accident du travail de l'employeur lorsqu'elle ne relate que les affirmations du salarié ne suffit pas à établir la matérialité des faits.

La présomption d'imputabilité

Si la victime apporte la preuve que la lésion corporelle est soudainement survenue au temps et au lieu de son travail, elle bénéficie de la présomption d'imputabilité de cette lésion à son activité professionnelle. Le caractère professionnel de l'accident est alors reconnu, sauf si la caisse ou l'employeur prouve que la lésion a une origine totalement étrangère au travail ou que la victime n'était pas sous l'autorité de l'employeur. En l'absence de présomption d'imputabilité, c'est à la victime d'apporter tous les éléments de preuve du lien avec le travail. La présomption d'imputabilité permet au salarié de ne pas avoir à faire la preuve que l'accident est lié au travail. Il appartient à l'employeur ou à la caisse de prouver que l'accident n'a aucun lien avec le travail. Dès lors que la victime a apporté la preuve de la matérialité de l'accident c'est-à-dire que l'accident est bien survenu à l'occasion du travail alors elle bénéficie de la présomption d'imputabilité. Son accident est présumé être un accident du travail peu importe à ce titre la date d'apparition des lésions.

L'accident est considéré comme accident de trajet lorsque la victime ou ses ayants-droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions requises sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la Caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes. En ce sens, le témoignage de personnes ayant assisté à l'accident peut être essentiel. Leur identité doit figurer sur la déclaration.

Destruction de la présomption d'imputabilité

Cette présomption est une présomption simple que l'employeur peut détruire en apportant la preuve contraire : l'accident n'est pas imputable au travail. Il peut le faire en :

- prouvant que la lésion a une cause totalement étrangère au travail (attention en cas de doute, ce dernier profite au salarié) ;
- prouvant que lors de l'accident la victime s'était soustraite à l'autorité du chef d'entreprise ;
- prouvant que la victime avait un état pathologique préexistant et que le travail n'a joué aucun rôle dans la lésion.

Attention en cas de refus d'autopsie suite à la mort de la victime, la présomption d'imputabilité est remise en cause. L'impossibilité de l'autopsie doit résulter du don du corps à la science ou de l'incinération du défunt conformément à ses vœux pour ne pas remettre en cause la présomption d'imputabilité.

LE CONTENTIEUX TECHNIQUE

Les décisions concernées par ce contentieux

Le contentieux technique règle les contestations relatives :

- à l'état ou au degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie non régie par la législation sur les accidents du travail et à l'état d'incapacité au travail ;
- à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment, au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- à l'état d'incapacité de travail pour l'application des dispositions du livre VII du code rural autres que celles relevant soit du contentieux général de la Sécurité sociale, soit des juridictions de droit commun en vertu des articles 1169, 1234-17 et 1234-25 du Code rural ;
- aux décisions des caisses régionales d'assurance maladie et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accident du travail agricole et non agricole, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents du travail, la détermination de la contribution au titre du fonds commun des accidents du travail prévue par l'article L. 437-1 du Code de la Sécurité sociale.

Article L. 143-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Les juridictions compétentes

Le contentieux de l'invalidité, de l'incapacité permanente et de l'incapacité au travail est, en ce qui concerne les professions non agricoles, dévolu en première instance et suivant les cas, aux tribunaux du contentieux de l'incapacité.

Dans le cas où la contestation de la victime portant sur l'état d'incapacité permanente fait apparaître des difficultés d'ordre médical relatives au caractère professionnel d'une lésion, le tribunal du contentieux de l'incapacité, après avoir recueilli les observations de la caisse primaire d'assurance maladie, se prononce par une même décision sur le caractère professionnel de la lésion et sur le taux de l'incapacité permanente, à condition que ce caractère professionnel n'ait pas fait l'objet d'une décision d'un organisme de Sécurité sociale encore susceptible de recours et qu'il ne soit pas l'objet d'un litige soumis à une autre juridiction ou à l'expertise effectuée. Les réclamations concernant le taux d'incapacité permanente en accident du travail ou maladie professionnelle peuvent, sur demande du requérant, être soumises au préalable à la commission de recours amiable. 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, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la juridiction compétente.

Article R. 143-1 du Code de la Sécurité sociale

Les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) sont présidés par des magistrats honoraires et composés uniquement d'assesseurs représentant de travailleurs salariés, d'employeurs ou de travailleurs indépendants. Le tribunal du contentieux de l'incapacité est saisi des recours par déclaration faite, remise ou adressée au secrétariat du tribunal où elle est enregistrée.

Article R. 143-7 du Code de la Sécurité sociale

Le secrétaire convoque, par lettre simple, les parties intéressées au moins 8 jours à l'avance. Dans le cas où l'une des parties n'a pas déféré à une première convocation, elle doit être convoquée à une nouvelle audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La partie présente est convoquée à cette nouvelle audience verbalement avec émargement du dossier et remise par le secrétariat d'un bulletin mentionnant la date de l'audience.

Article R. 143-8 du Code de la Sécurité sociale

Les médecins membres des tribunaux peuvent prendre connaissance des dossiers médicaux au secrétariat du tribunal. Durant les 3 jours précédant immédiatement la séance, cette communication est réservée au président et au médecin expert, qui peuvent se faire remettre les dossiers pour examen.

Article R. 143-8 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale

Le tribunal fait procéder par les moyens qui lui paraissent les meilleurs, à l'instruction de l'affaire. Il examine l'intéressé ou le fait examiner soit par le tribunal de sa résidence, soit par un praticien qualifié s'il est dans l'impossibilité de se déplacer par suite de son état ou de circonstances particulières, telle que sa résidence à l'étranger ou hors du territoire métropolitain. Il peut néanmoins statuer sur pièces lorsque figurent au dossier des constatations médicales suffisantes. Le tribunal peut prescrire tous examens médicaux et toutes analyses, ainsi que toutes enquêtes qu'il juge utiles. Ces examens et enquêtes sont faits au lieu désigné par le tribunal et le résultat doit lui en être communiqué dans le mois suivant la date de leur prescription. Le tribunal peut également recueillir toutes informations sur les éléments qui peuvent influencer sur la solution du litige, notamment sur l'orientation professionnelle éventuelle du requérant et sur ses possibilités de placement. Le secrétariat du tribunal adresse, par lettre recommandée, à chaque partie ou au médecin désigné par elle, une copie du rapport médical et des documents consignant les résultats des examens, analyses ou enquêtes qu'il a prescrits ou les informations qu'il a recueillies conformément aux dispositions qui précèdent. Le requérant, la caisse dont la décision est contestée et la caisse primaire d'assurance maladie supportent respectivement les frais d'honoraires du médecin qu'ils ont désigné.

Article R. 143-8 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Le recours contre la décision de la caisse doit être présenté dans le délai de deux mois à compter de la date de la notification de cette décision. Toutefois, en cas de recours amiable, ce délai est interrompu. Il court à nouveau à compter soit du jour de la notification au requérant de la décision de la commission de recours amiable, soit à l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 143-1 du Code de la Sécurité sociale. Le recours n'est pas suspensif, sous réserve de dispositions législatives particulières, et notamment de celles du premier alinéa de l'article L. 241-9 du Code de l'action sociale et des familles. Outre les mentions prescrites par l'article 58 du Code de procédure civile, la déclaration indique, le cas échéant, le nom et l'adresse du médecin que le demandeur désigne pour recevoir les documents médicaux. Elle contient un exposé sommaire des motifs de la demande. Elle est accompagnée d'une copie de la décision contestée.

Article R. 143-7 du Code de la Sécurité sociale

Dans les 10 jours suivant la réception de la réclamation, le secrétariat du tribunal en adresse copie à la caisse intéressée et l'invite à présenter ses observations écrites dans un délai de 10 jours ; il invite les autres organismes intéressés à faire connaître le médecin qu'ils désignent pour siéger au tribunal.

Dans le cas où la contestation de la victime portant sur l'incapacité permanente fait apparaître des difficultés d'ordre médical relatives au caractère professionnel d'une lésion, le secrétaire du tribunal du contentieux de l'incapacité invite la caisse primaire d'assurance maladie à présenter ses observations écrites dans un délai de 10 jours. Les observations de la caisse sont rédigées en double exemplaire, dont l'un est remis ou adressé à l'assuré et l'autre au secrétariat de la juridiction.

Article R. 143-8 du Code de la Sécurité sociale

L'article L. 143-10 du Code de la Sécurité sociale prévoit la transmission du dossier médical au médecin expert ou au médecin désigné par le juge, par le praticien conseil du service du contrôle médical de la caisse, dans le cadre du contentieux relatif à la fixation du taux d'incapacité permanente de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Un décret en précise les modalités d'application

Article R. 143-32 et R. 143-33 du Code de la Sécurité sociale

L'entier rapport médical comprend :

- l'avis et les conclusions motivées données à la caisse d'assurance maladie sur le taux d'incapacité permanente à retenir ;
- les constatations et les éléments d'appréciation sur lesquels l'avis s'est fondé.

Article R. 143-33 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque la juridiction du contentieux technique de la Sécurité sociale saisie d'une contestation mentionnée aux 2° et 3° de l'article L. 143-1 a désigné un médecin expert ou un médecin consultant, son secrétariat demande au praticien-conseil du contrôle médical dont le rapport a contribué à la fixation du taux d'incapacité permanente de travail objet de la contestation de lui transmettre ce rapport. Le praticien-conseil est tenu de transmettre copie de ce rapport en double exemplaire au secrétariat de la juridiction dans un délai de 10 jours à compter de la réception de la demande. Chaque exemplaire est transmis sous pli fermé avec la mention « confidentiel » apposée sur l'enveloppe.

Le secrétariat de la juridiction notifie dans les mêmes formes un exemplaire au médecin expert ou au médecin consultant ainsi que, si l'employeur en a fait la demande, au médecin mandaté par celui-ci pour en prendre connaissance. Il informe la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle de la notification au médecin mandaté par l'employeur par tout moyen permettant d'établir sa date certaine de réception.

Article R. 143-32 du Code de la Sécurité sociale

En dehors des cas de taux d'incapacité inférieur à 10 % dans lesquels le tribunal statue en dernier ressort, les parties peuvent relever appel de la décision du tribunal. La caisse primaire peut également, dans les mêmes conditions, relever appel de la décision reconnaissant le caractère professionnel d'une lésion. L'appel doit être introduit dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision prise par le tribunal.

Article R. 143-23 du Code de la Sécurité sociale

Dès réception du dossier, les parties sont invitées à présenter un mémoire. Elles disposent, pour ce faire, d'un délai de 20 jours.

Article R. 143-25 du Code de la Sécurité sociale

La clôture de l'instruction est notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins 15 jours avant la tenue de l'audience. Les parties ont la possibilité de présenter des observations orales lors de l'audience.

Article R. 143-29 du Code de la Sécurité sociale

Il n'est donc plus question de statuer uniquement sur pièces. La décision est notifiée sans délai, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article R. 143-29 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale

Les contestations des décisions des tribunaux du contentieux de l'incapacité qui peuvent faire l'objet d'un appel, sont portées devant une Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des Accidents du Travail (CNITAT). La Cour Nationale de l'Incapacité est présidée par des magistrats du siège de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la CNITAT a son siège et composée d'assesseurs, représentant les travailleurs salariés, d'une part, ou les employeurs ou les travailleurs indépendants, d'autre part. Selon que les contestations intéressent les professions non agricoles ou les professions agricoles, la liste des représentants des travailleurs salariés et des employeurs ou des travailleurs indépendants est établie par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture, sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées. La cour nationale de l'incapacité comporte 4 sections :

- une section traitant de l'invalidité, de l'inaptitude et de l'incapacité ;
- une section traitant de la tarification ;
- une section traitant des contestations relatives aux personnes handicapées ;
- une section spécifique aux contestations en matière de législation sociale agricole, qu'il s'agisse de l'invalidité, de l'incapacité, de la tarification ou encore des affaires relatives aux personnes handicapées.

Article R. 143-15 et suivants du Code de la Sécurité sociale

La CNITAT est saisie par lettre recommandée avec avis de réception adressée à son secrétariat général.

Article R. 143-22 du Code de la Sécurité sociale

Cet appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé avec avis de réception au secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité qui a rendu le jugement. La déclaration indique les noms, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé. Elle désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la Cour. Le secrétaire du tribunal du contentieux de l'incapacité enregistre l'appel et sa date ; il délivre, ou adresse par lettre simple, récépissé de la déclaration. Dès l'accomplissement des formalités par l'appelant, le secrétaire avise, par lettre simple, la partie adverse de l'appel. Simultanément, il transmet au secrétariat général de la Cour l'intégralité du dossier de l'affaire avec copie du jugement, de la déclaration de l'appelant et de la lettre avisant la partie adverse. Les parties sont dispensées de faire appel à un avoué ou un avocat.

Article R. 143-24 du Code de la Sécurité sociale

Dès réception du dossier d'appel, le secrétaire général de la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des Accidents du Travail invite les parties en cause, ou leur représentant, à présenter dans un délai de 20 jours, un mémoire accompagné, le cas échéant, des observations de la personne qu'elles ont choisie pour les assister. Le secrétaire général de la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des Accidents du Travail assure la communication des mémoires et des pièces jointes aux parties, ou, le cas échéant, au médecin qu'elles ont désigné lorsqu'il s'agit de documents médicaux, et les avise qu'elles peuvent présenter des observations en réplique et des pièces nouvelles dans un délai de 20 jours courant de la réception de cette communication. Les mémoires, pièces et observations produites par les parties sont établis en triple exemplaire.

Article R. 143-15 du Code de la Sécurité sociale

Les comparaissent en personne et présentent leurs observations orales ou écrites. Elles ont toutefois la faculté de se faire assister ou représenter par un avoué ou un avocat si elle le souhaitent.

Article R.143-26 du Code de la Sécurité sociale.

Lorsque l'affaire n'est pas en état d'être jugée, le président de la section à laquelle elle a été confiée en assure l'instruction. Il peut inviter les parties à fournir les explications qu'il estime nécessaires à la solution du litige et les mettre en demeure de produire, dans un délai qu'il détermine, tous documents ou justifications propres à éclairer la Cour, faute de quoi il peut passer outre et renvoyer l'affaire devant la section qui tirera toute conséquence de l'abstention de la partie ou de son refus. Il peut ordonner, le cas échéant à peine d'astreinte, la production de documents détenus par un tiers s'il n'existe pas d'empêchement légitime. Il peut ordonner, même d'office, toute mesure d'instruction et notamment désigner, à titre de consultation, un ou plusieurs médecins experts chargés d'examiner le dossier médical soumis à la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des Accidents du Travail. Il constate la conciliation, même partielle, des parties et l'extinction de l'instance. Il tranche les difficultés relatives à la communication des pièces. Il procède aux jonctions et disjonctions d'instance. Les décisions du président de section chargé d'instruire l'affaire n'ont pas, au principal, l'autorité de la chose jugée. Elles ne sont susceptibles d'aucun recours indépendamment de la décision sur le fond. Toutefois, elles peuvent être déférées par simple requête à la CNITAT dans un délai de 15 jours à compter de leur notification lorsqu'elles constatent l'extinction de l'instance.

Article R. 143-27 du Code de la Sécurité sociale

Le secrétaire général de la Cour adresse copie des procès-verbaux d'enquête et des rapports de consultation ou d'expertise sous pli recommandé avec demande d'avis de réception à chaque partie ou, le cas échéant, au médecin désigné à cet effet, s'il s'agit d'un rapport médical. La transmission à la partie ou au médecin désigné comporte l'indication que la partie ou le médecin désigné dispose d'un délai de vingt jours à compter de la notification de cette transmission pour présenter ses observations écrites.

Article R. 143-28 du Code de la Sécurité sociale

La décision est notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article R. 143-29 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale

Les décisions rendues, en dernier ressort, par les tribunaux des affaires de Sécurité sociale et par les Tribunaux du contentieux de l'Incapacité, les arrêts de la Cour d'Appel et les décisions de la Cour Nationale Technique peuvent être attaqués devant la Cour de cassation.

Article L. 144-1 du Code de la Sécurité sociale

Le pourvoi en cassation est formé par ministère d'un avocat au conseil d'État et à la Cour de cassation. Il est instruit et jugé conformément aux règles de la procédure ordinaire dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions en vigueur.

Article R. 144-1 du Code de la Sécurité sociale

Le demandeur ou le défendeur au pourvoi peut, à condition de justifier de ressources inférieures à un chiffre limite fixé par arrêté conjoint du ministre de la Justice, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget, en tenant compte des situations de famille, formuler une demande en vue d'obtenir la dispense du paiement des honoraires de l'avocat. La demande est soumise à une commission composée de membres représentant le ministre de la Justice et le ministre chargé de la Sécurité sociale et des membres choisis parmi les avocats et les anciens avocats au Conseil d'État et à la Cour de Cassation, dans des conditions fixées par arrêté conjoint du garde des Sceaux, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. La décision de la commission doit intervenir dans le délai de 2 mois qui suit le dépôt de la demande. Elle n'est pas susceptible de recours. Peuvent former pourvoi, dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision aux parties :

- le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de Sécurité sociale ;
- le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

Lorsque le litige pose la question de savoir si la législation applicable est celle afférente aux professions non agricoles ou celle afférente aux professions agricoles, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant peuvent chacun former pourvoi dans le délai mentionné ci-dessus. Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, demandeurs ou défendeurs au pourvoi, sont dispensés du ministère d'avocat. Le pourvoi introduit par ces fonctionnaires est formé directement au greffe de la Cour de cassation.

Article R. 144-3 du Code de la Sécurité sociale

En cas de renvoi par la Cour de cassation devant le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale ou la Cour d'Appel par elle désignée ou devant la Cour Nationale technique, il appartient à l'une des parties au pourvoi de saisir la juridiction de renvoi par simple lettre recommandée adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction.

Article R. 114-4 du Code de la Sécurité sociale

Avant de statuer sur une demande soulevant une question de droit nouvelle, présentant une difficulté sérieuse et se posant dans de nombreux litiges, les juridictions de l'ordre judiciaire peuvent, par décision non susceptible de recours, solliciter l'avis de la Cour de cassation qui se prononce dans le délai de 3 mois à compter de sa saisine. Il est sursis à toute décision sur le fond de l'affaire jusqu'à l'avis de la Cour de cassation. Toutefois, les mesures d'urgence ou conservatoires nécessaires peuvent être prises. L'avis rendu ne lie pas la juridiction qui a formulé la demande. Il est communiqué aux parties. Ces dispositions ne sont pas applicables en matière pénale. Lorsque le juge envisage de solliciter l'avis de la Cour de cassation, il en avise les parties et le ministère public. Il recueille leurs observations écrites éventuelles dans le délai qu'il fixe, à moins qu'ils n'aient déjà conclu sur ce point. Dès réception des observations ou à l'expiration du délai, le juge peut, par une décision non susceptible de recours solliciter l'avis de la Cour de cassation en formulant la question de droit qu'il lui soumet. Il sursoit à statuer jusqu'à la réception de l'avis ou jusqu'à l'expiration du délai. La décision sollicitant l'avis est adressée, avec les conclusions et les observations écrites éventuelles, par le secrétariat de la juridiction au greffe de la Cour de cassation. Elle est notifiée, ainsi que la date de transmission du dossier, aux parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le ministère public auprès de la juridiction est avisé ainsi que le premier président de la Cour d'appel et le procureur général lorsque la demande d'avis n'émane pas de la cour. La Cour de cassation rend son avis dans les 3 mois de la réception du dossier. L'avis est adressé à la juridiction qu'il l'a demandée, au ministère public auprès de cette juridiction, au premier président de la Cour d'Appel et au procureur général lorsque la demande n'émane pas de la Cour.

LE CONTENTIEUX DE L'EXPERTISE MÉDICALE

Les contestations d'ordre médical sont soumises à la procédure d'expertise médicale. Les contestations sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut d'accord dans le délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ; celui-ci avise immédiatement la caisse de la désignation de l'expert. Dans le cas où l'expert est désigné par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits, sous la rubrique Experts spécialisés en matière de Sécurité sociale, sur les listes des experts judiciaires. Les cours d'appel procèdent à l'inscription des experts de cette spécialité après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, le médecin-conseil de la caisse primaire ou de la caisse régionale d'assurance maladie ou de la caisse de mutualité sociale agricole.

Article R. 141-1 du Code de la Sécurité sociale

L'expertise est pratiquée soit à la demande de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, soit sur l'initiative de la caisse primaire ou de la caisse régionale d'assurance maladie. La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale. La caisse doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est saisie porte sur une question d'ordre médical. En matière d'assurance maladie, les contestations relatives à l'état du malade s'entendent également des contestations concernant les affections de longue durée. L'expertise prévue ci-dessus est effectuée à la demande de l'assuré ou de la caisse. Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

Le malade ou 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.

Article R. 141-2 du Code de la Sécurité sociale

En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les 3 jours qui suivent :

- soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical ;
- soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime ;
- soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Article R. 141-2 du Code de la Sécurité sociale

Dès qu'elle est informée de la désignation du médecin expert, la caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement :

- l'avis du médecin traitant nommément désigné ;
- l'avis du médecin conseil ;
- lorsque l'expertise est demandée par le malade ou la victime, les motifs invoqués à l'appui de la demande ;
- la mission confiée à l'expert ou au comité et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

La caisse adresse au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée de ce protocole, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Article R. 141-3 du Code de la Sécurité sociale

L'avis technique de l'expert s'impose à l'intéressé comme à la caisse (ainsi qu'à la juridiction compétente). Au vu de l'avis technique le juge peut, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise.

Article L. 141-2 du Code de la Sécurité sociale

De ce fait, une Cour d'appel doit suivre l'avis technique dans la mesure où il n'y a pas eu de nouvelle demande d'expertise.

Cass. soc. 20 janvier 1994, n° 91-14.984

Le médecin expert ou le comité informe immédiatement le malade ou la victime, des lieux, date et heure de l'examen. Dans le cas où l'expertise est confiée à un seul médecin expert, celui-ci doit aviser le médecin traitant et le médecin conseil qui peuvent assister à l'expertise. Le médecin expert ou le comité procède à l'examen du malade ou de la victime, dans les 5 jours suivant la réception du protocole mentionné ci-dessus, au cabinet de l'expert ou à la résidence du malade ou de la victime si ceux-ci ne peuvent se déplacer. Le médecin expert ou le comité établit immédiatement les conclusions motivées en double exemplaire et adresse, dans un délai maximum de 48 heures, l'un des exemplaires à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, l'autre au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie. En ce qui concerne les bénéficiaires de l'assurance maladie, les conclusions sont communiquées dans le même délai au médecin traitant et à la caisse. Le rapport du médecin expert ou du comité comporte : le rappel du protocole, l'exposé des constatations qu'il a faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis et ses conclusions motivées. Le médecin expert ou le comité dépose son rapport au service du contrôle médical avant l'expiration du délai d'un mois à compter de la date à laquelle ledit expert a reçu le protocole, à défaut de quoi il est pourvu au remplacement de l'expert à moins qu'en raison des circonstances particulières à l'expertise, la prolongation de ce délai n'ait été obtenue. La caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

Article R. 141-4 du Code de la Sécurité sociale

La caisse doit prendre une décision et la notifier au malade ou à la victime dans un délai maximum de 15 jours suivant la réception des conclusions motivées. La décision de la caisse, prise à la suite de l'avis de l'expert ou du comité, est exécutoire par provision, nonobstant toute contestation.

Articles R. 141-5 et R. 141-6 du Code de la Sécurité sociale

Expertise ordonnée par une juridiction

Lorsque le différend fait apparaître, en cours d'instance, une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale ne peut statuer qu'après mise en œuvre de la procédure d'expertise médicale. Dans ce cas, la mission confiée à l'expert ou au comité, ainsi que les questions qui leur sont posées, sont fixées par une décision du tribunal. Le médecin expert ou le comité adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande d'expertise qui lui a été adressée par la caisse. Le secrétaire du tribunal transmet, au plus tard dans les 48 heures suivant sa réception, copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

Article R. 142-24 du Code de la Sécurité sociale

Décret n° 92-460 du 19 mai 1992

Ces dispositions sont également applicables devant la Cour d'appel. La caisse primaire d'assurance maladie doit, en cas de décès de la victime d'un accident, si les ayants droit le sollicitent ou avec leur accord et si la CPAM le considère utile à la manifestation de la vérité, demander au tribunal d'instance compétent de faire procéder à l'autopsie de la victime. Si les ayants droit s'opposent à l'autopsie, il leur appartient d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès.

Article L. 442-4 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque le différend porte sur une décision prise après mise en œuvre de la procédure médicale prévue à l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité sociale, le Tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si une des parties en cause en fait la demande.

Article R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

Le tribunal ordonne la nouvelle expertise au vu du rapport et au vu des observations des parties. Dans le cas où l'assuré est directement destinataire du rapport, celui-ci est joint à la requête introductive d'instance. Dans les autres cas, le rapport d'expertise est communiqué au tribunal par le service du contrôle médical de la caisse d'affiliation de l'assuré. Le nouvel expert est désigné par le tribunal parmi les experts spécialisés en matière de Sécurité sociale. La mission de l'expert et les questions qui lui sont posées sont fixées par décision du tribunal. L'expert procède à l'examen du malade ou de la victime dans les 5 jours suivant la notification de sa désignation.

Le rapport de l'expert comporte le rappel de l'énoncé de la mission et des questions fixées par le tribunal. L'expert adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans un délai d'un mois à compter de la date de notification de la décision le désignant. Le secrétaire du tribunal transmet au plus tard dans les 48 heures suivant sa réception copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

Article R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

Les honoraires et les frais, notamment d'examens complémentaires liés à la nouvelle expertise sont mis à la charge de la partie qui succombe à moins que le juge, par décision motivée, n'en attribue la totalité ou une fraction à la charge d'une autre partie.

Article R. 144-6 du Code de la Sécurité sociale

MODALITÉS DIVERSES D'EXPERTISE

	Expertise médicale à l'initiative de l'assuré ou de la Caisse (R. 141-1 à 10 du CSS)	Expertise à l'initiative du tribunal des affaires de Sécurité sociale (R. 142-24 du CSS)	Expertise tribunal des affaires de Sécurité sociale (R. 142-24-1 du CSS)
Nature de la décision contestée	Décision technique médicale ou dentaire	Décision d'ordre administratif	Première expertise L. 141-1 du CSS
Protocole	OUI rédigé par le praticien conseil	OUI rédigé par le praticien conseil suivant mission fixée par TASS	OUI questions posées directement par le juge à l'expert
Avis praticien conseil sur protocole	OUI	OUI	NON
Avis praticien traitant sur protocole	OUI	OUI	NON
Choix de l'expert	libre ; noms proposés par le praticien conseil sur la liste si désaccord	Accord entre praticien conseil et praticien traitant sur liste Cour d'appel	Par le juge sur liste Cour d'appel
Portée de la décision	L'expertise s'impose aux parties	L'expertise est directement communiquée au TASS Il s'agit d'un avis technique qui ne s'impose pas au tribunal	Ne s'impose pas au tribunal : simple avis technique
Voie de recours	Commission de recours amiable puis TASS	Appel du jugement du tribunal en chambre sociale de la Cour d'appel	Appel du jugement du tribunal en chambre sociale de la Cour d'appel

Annexe 2 de la circulaire DGR n° 2798-92

ENSM n° 1508-92

AC n° 52-92 du 20 octobre 1992

LE CONTENTIEUX GÉNÉRAL

Les décisions concernées par ce contentieux

Le contentieux général de la Sécurité sociale obéit à une obligation de procédure à savoir :

- la Commission de Recours Amiable ;
- le Tribunal des Affaires de la Sécurité sociale ;
- la Chambre Sociale de la Cour d'Appel.

L'article L. 142-1 du Code de la Sécurité sociale précise que cette organisation du contentieux général règle les différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de la Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux. Le contentieux général concerne donc plus particulièrement les litiges sur l'affiliation, les cotisations, les prestations et les validations. Le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale connaît en première instance des litiges relevant du contentieux général de la Sécurité sociale. La Cour d'appel statue sur les appels interjetés contre les décisions rendues par le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale.

Article L. 142-2 du Code de la Sécurité sociale

Ces dispositions ne sont pas applicables :

- aux contestations régies le contentieux technique ;
- au contrôle technique exercé à l'égard des praticiens ;
- aux recours formés contre les décisions des autorités administratives ou tendant à mettre en jeu la responsabilité des collectivités publiques à raison de telles décisions ;
- aux poursuites pénales engagées en application des législations et réglementations de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole.

Les juridictions compétentes

Au début de la procédure, il convient de saisir la Commission de Recours Amiable

Articles R. 142-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Les réclamations relevant du contentieux général de la Sécurité sociale formées contre les décisions prises par les organismes de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole de salariés ou de non-salariés sont soumises à une commission de recours amiable composée et constituée au sein du conseil d'administration de chaque organisme. Cette commission doit être saisie dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai. La caisse, pour pouvoir opposer la forclusion, doit apporter la preuve de la date de notification de sa décision.

Cass. soc. 28 octobre 1999, n° 98-13.333

Toutefois, les contestations formées à l'encontre des décisions prises par les URSSAF, organismes chargés du recouvrement des cotisations, concernant les majorations et les pénalités de retard doivent être présentées à la commission de recours amiable dans le délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure.

La commission de recours amiable est composée de :

- 2 administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant ;
- 2 administrateurs choisis parmi les autres catégories d'administrateurs.

Toutefois, la commission de recours amiable instituée au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend 3 administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs et 3 administrateurs choisis parmi les représentants des salariés. Lorsque la réclamation est formée par une personne n'exerçant aucune activité professionnelle, la commission est constituée comme s'il s'agissait d'une réclamation présentée par un travailleur salarié. Lorsque la réclamation est formée par un ou plusieurs ayants droit d'un travailleur salarié, la commission est constituée comme en matière de réclamation présentée par un salarié.

En cas d'accident survenu dans la circonscription d'un organisme de Sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, autre que l'organisme dont relève l'assuré, ce dernier organisme peut charger la commission instituée auprès de l'organisme du lieu de l'accident d'examiner les réclamations formées contre ses décisions. Lorsque les bénéficiaires résident dans la circonscription d'un organisme autre que l'organisme dont relève l'assuré, les mêmes pouvoirs peuvent être confiés à la commission instituée au sein du conseil d'administration de l'organisme du lieu de résidence.

La commission de recours amiable donne, sur les affaires qui lui sont soumises, son avis au conseil d'administration, qui statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée. Toutefois, le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à la commission dans les conditions qu'il détermine. En cas de partage des voix au sein de la commission, il est statué par le conseil d'administration de la caisse. Lorsque les réclamations sont formées contre les décisions prises soit par une commission prévue par une disposition législative ou réglementaire ou par les statuts de l'organisme, soit à la suite d'un avis formulé par ladite commission, le conseil d'administration statue directement sur ces réclamations sans les soumettre préalablement à la commission.

Lorsque la décision du conseil d'administration ou de la commission n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale. Ce délai d'un mois court à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de Sécurité sociale. Toutefois, si des documents sont produits par le réclamant après le dépôt de la réclamation, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents.

Le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale est présidé par un magistrat du siège du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal des affaires de Sécurité sociale a son siège, ou par un magistrat du siège honoraire, désigné pour trois ans par ordonnance du premier président de la cour d'appel prise après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel. Il comprend, en outre, un assesseur représentant les travailleurs salariés et un assesseur représentant les employeurs et travailleurs indépendants. Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire. Toutefois, lorsque le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale est appelé à déterminer si le régime applicable à l'une des parties à l'instance est celui d'une profession agricole ou celui d'une profession non agricole, il est composé, outre son président, de deux assesseurs représentant les travailleurs salariés dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole, et de deux assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants, dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole.

Article L. 142-4 du Code de la Sécurité sociale

Les assesseurs sont nommés pour trois ans par ordonnance du premier président de la Cour d'appel, prise après avis du président du Tribunal des Affaires de Sécurité sociale, sur une liste dressée dans le ressort de chaque tribunal par les autorités compétentes de l'État en matière de Sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, sur proposition des organisations patronales et ouvrières les plus représentatives, des organismes d'allocation vieillesse de non-salariés définis aux titres II, III et IV du livre VI du Code de la Sécurité sociale et des organismes d'assurance vieillesse agricole définis au chapitre 4 du titre II du livre VII du Code rural. Un nombre égal d'assesseurs suppléants est désigné conjointement et dans les mêmes conditions. Avant d'entrer en fonctions, les assesseurs et assesseurs suppléants prêtent individuellement serment devant la Cour d'appel.

Le secrétariat du Tribunal des Affaires de Sécurité sociale est assuré par un agent de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales dans la circonscription de laquelle fonctionne ledit tribunal ou un agent retraité des directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Toutefois, le secrétariat du tribunal des affaires de Sécurité sociale est assuré, en ce qui concerne les contestations relatives aux décisions des organismes de mutualité sociale agricole, par un agent de l'État désigné en commun par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et par le chef du service régional de l'Inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles.

Article R. 142-15 du Code de la Sécurité sociale

Le secrétaire est désigné au début de chaque année judiciaire. Il prête serment devant le Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel le tribunal a son siège. Le secrétaire est tenu, notamment, d'inscrire sur un registre spécial, coté par première et dernière, paraphé par le président du tribunal des affaires de Sécurité sociale, de suite et sans aucun blanc, les réclamations déposées ou reçues par lettre recommandée. Il tient les rôles et le registre des délibérations du tribunal, rédige les procès-verbaux et délivre à toute personne intéressée, des extraits des décisions prises par le tribunal. Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire ou de l'employeur intéressé ou le siège de l'organisme défendeur en cas de conflit entre organismes ayant leur siège dans le ressort de juridictions différentes.

Article R. 142-12 du Code de la Sécurité sociale

Le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à concurrence du taux de compétence en dernier ressort fixé pour les tribunaux d'instance. La décision du Tribunal des Affaires de Sécurité sociale n'est pas susceptible d'opposition. Le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale est 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 prévu pour le recours auprès de la commission de recours amiable. La forclusion ne peut être opposée toutes les fois que le recours a été introduit dans les délais soit auprès d'une autorité administrative, soit auprès d'un organisme de Sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

Sans préjudice des dispositions en vigueur relatives à l'assistance et à la représentation devant le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale, les parties peuvent se faire assister et représenter devant cette juridiction soit par leur conjoint, soit par l'un de leurs ascendants ou descendants en ligne directe. Le secrétaire du tribunal convoque les parties par lettre recommandée avec avis de réception ou par la remise de l'acte au destinataire contre émargement ou récépissé, 15 jours au moins avant la date d'audience ; copie de la convocation est envoyée le même jour par lettre simple. Toutefois, les organismes de Sécurité sociale peuvent en toutes circonstances être convoqués par lettre simple. La convocation doit contenir les noms, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date et l'heure de l'audience. La convocation est réputée faite à personne lorsque l'avis de réception est signé par son destinataire ou son mandataire. En cas de retour au secrétariat du tribunal de la lettre recommandée qui n'a pu être remise à son destinataire, le président ordonne :

- soit une nouvelle convocation par lettre recommandée avec avis de réception lorsqu'il apparaît que la première lettre recommandée n'a pas été réclamée par son destinataire ;
- soit une nouvelle convocation par acte d'huissier de justice lorsqu'il apparaît que le destinataire n'habite pas à l'adresse indiquée ou que le destinataire n'a pas retiré la deuxième convocation.

Dans le cas où l'audience n'a pu se tenir en raison de l'absence d'une des parties, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le greffe, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

Article R. 142-19 du Code de la Sécurité sociale
Décret n° 99-449 du 2 juin 1999

Dans tous les cas d'urgence, le président du Tribunal des Affaires de Sécurité sociale peut, dans les limites de la compétence dudit tribunal, ordonner en référé toutes les mesures qui ne se heurtent à aucune contestation sérieuse ou que justifie l'existence d'un différend. Le président du Tribunal des Affaires de Sécurité sociale peut, dans les mêmes limites, prescrire en référé les mesures conservatoires ou de remise en état qui s'imposent, soit pour prévenir un dommage imminent, soit pour faire cesser un trouble manifestement illicite. Dans les cas où l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable, il peut accorder une provision au créancier.

Articles L. 142-8, R. 142-19 et suivants du Code de la Sécurité sociale

Le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête, consultation ou expertise. Le président peut, en outre, et en tout état de la procédure mettre les parties en demeure, par une ordonnance non susceptible de recours, de produire dans un délai qu'il détermine, toutes pièces écrites, conclusions ou justifications propres à éclairer le tribunal, faute de quoi le tribunal peut passer outre et statuer, sauf à tirer toutes conséquences de l'abstention de la partie ou de son refus.

Article R. 142-22 du Code de la Sécurité sociale

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter par :

- leur conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;
- un avocat ;
- suivant le cas, un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession, ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;
- un administrateur ou un employé de l'organisme parti à l'instance ou un employé d'un autre organisme de Sécurité sociale ;
- un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Les parties peuvent déposer des observations sur papier libre, celles de l'organisme de Sécurité sociale étant rédigées en double exemplaire dont l'un est remis ou adressé à l'assuré et l'autre au secrétariat de la juridiction. Le commissaire de la République de région peut présenter des observations écrites ou verbales. Les observations écrites sont transmises à l'assuré et à l'organisme.

Le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale peut recueillir tous les éléments d'information utiles auprès du directeur régional des affaires sanitaires et sociales et du chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole. Il peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation. Il peut également ordonner une expertise pour les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ou en cas de contestations portant sur l'avis technique. Dans ce cas, la procédure d'expertise médicale s'applique.

Article L. 141-1 du Code de la Sécurité sociale

Le médecin-expert est désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin-conseil.

Une Cour d'appel qui a mis en œuvre la procédure d'expertise médicale en désignant elle-même le médecin-expert outrepassé ses pouvoirs. Le rôle des juges doit donc se limiter à fixer l'étendue de la mission du médecin-expert.

Cass. Soc. 14 octobre 1999, n° 97-20.826

Lorsqu'un différend porte sur une décision prise après mise en œuvre de la procédure d'expertise médicale, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si une des parties en cause en fait la demande.

Article R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

Le secrétaire du tribunal notifie par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans la quinzaine, les décisions à chacune des parties convoquées à l'audience. Le secrétaire transmet au directeur régional des affaires sanitaires et sociales et au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la protection sociale agricole, dès le retour d'un des avis de réception, un exemplaire de la décision portant indication de la date de la notification. Les parties peuvent interjeter appel de la décision auprès de la chambre sociale de la Cour d'appel dans le délai d'un mois à compter de la notification.

L'appel est porté devant la chambre sociale de la cour d'appel. Il est formé, instruit et jugé suivant la procédure sans représentation obligatoire. Les parties peuvent interjeter appel dans un délai d'un mois à compter de la notification. Peuvent également interjeter appel dans le même délai, à compter de la notification aux parties :

- le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de Sécurité sociale ;
- le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole. Lorsque le litige pose la question de savoir si la législation de Sécurité sociale applicable est celle afférente aux professions non agricoles ou celle afférente aux professions agricoles, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant peuvent chacun interjeter appel dans les mêmes délais.

L'appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé au secrétariat de la juridiction qui a rendu le jugement. La déclaration indique les noms, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé. Elle désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

Article R. 142-28 du Code de la Sécurité sociale

L'opposition peut être formée par une partie contre l'arrêt de la Cour d'appel uniquement s'il n'est pas établi que la lettre de convocation lui soit parvenue et si elle n'a pas été citée en personne par exploit d'huissier.

Les dispositions relatives à la procédure d'expertise médicale devant le Tribunal des Affaires de Sécurité sociales sont applicables à la procédure devant la Cour d'appel.

Articles R. 142-22 à R. 142-24-1 du Code de la Sécurité sociale

Les décisions rendues, en dernier ressort, par les Tribunaux des Affaires de Sécurité sociale et par les Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité, les arrêts de la Cour d'appel et les décisions de la cour nationale technique peuvent être attaqués devant la Cour de cassation.

Article L. 144-1 du Code de la Sécurité sociale

Le pourvoi en cassation est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation. Il est instruit et jugé conformément aux règles de la procédure ordinaire dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions en vigueur.

Article R. 144-1 du Code de la Sécurité sociale

Le demandeur ou le défendeur au pourvoi peut, à condition de justifier de ressources inférieures à un chiffre limite fixé par arrêté conjoint du ministre de la Justice, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget, en tenant compte des situations de famille, formuler une demande en vue d'obtenir la dispense du paiement des honoraires de l'avocat. La demande est soumise à une commission composée de membres représentant le ministre de la Justice et le ministre chargé de la Sécurité sociale et des membres choisis parmi les avocats et les anciens avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation, dans des conditions fixées par arrêté conjoint du garde des Sceaux, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. La décision de la commission doit intervenir dans le délai de 2 mois qui suit le dépôt de la demande. Elle n'est pas susceptible de recours. Peuvent former pourvoi, dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision aux parties :

- le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de Sécurité sociale ;

- le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

Lorsque le litige pose la question de savoir si la législation applicable est celle afférente aux professions non agricoles ou celle afférente aux professions agricoles, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant peuvent chacun former pourvoi dans le délai mentionné ci-dessus. Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, demandeurs ou défendeurs au pourvoi, sont dispensés du ministère d'avocat. Le pourvoi introduit par ces fonctionnaires est formé directement au greffe de la Cour de cassation.

Article R. 144-3 du Code de la Sécurité sociale

En cas de renvoi par la Cour de cassation devant le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale ou la Cour d'appel par elle désignée ou devant la Cour Nationale Technique, il appartient à l'une des parties au pourvoi de saisir la juridiction de renvoi par simple lettre recommandée adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction.

Article R. 114-4 du Code de la Sécurité sociale

Avant de statuer sur une demande soulevant une question de droit nouvelle, présentant une difficulté sérieuse et se posant dans de nombreux litiges, les juridictions de l'ordre judiciaire peuvent, par décision non susceptible de recours, solliciter l'avis de la Cour de cassation qui se prononce dans le délai de 3 mois de sa saisine. Il est sursis à toute décision sur le fond de l'affaire jusqu'à l'avis de la Cour de cassation ou, à défaut, jusqu'à l'expiration du délai ci-dessus mentionné. Toutefois, les mesures d'urgence ou conservatoires nécessaires peuvent être prises. L'avis rendu ne lie pas la juridiction qui a formulé la demande. Il est communiqué aux parties. Ces dispositions ne sont pas applicables en matière pénale. Lorsque le juge envisage de solliciter l'avis de la Cour de cassation, il en avise les parties et le ministère public. Il recueille leurs observations écrites éventuelles dans le délai qu'il fixe, à moins qu'ils n'aient déjà conclu sur ce point. Dès réception des observations ou à l'expiration du délai, le juge peut, par une décision non susceptible de recours solliciter l'avis de la Cour de cassation en formulant la question de droit qu'il lui soumet. Il sursoit à statuer jusqu'à la réception de l'avis ou jusqu'à l'expiration du délai. La décision sollicitant l'avis est adressée, avec les conclusions et les observations écrites éventuelles, par le secrétariat de la juridiction au greffe de la Cour de cassation. Elle est notifiée, ainsi que la date de transmission du dossier, aux parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le ministère public auprès de la juridiction est avisé ainsi que le premier président de la Cour d'appel et le procureur général lorsque la demande d'avis n'émane pas de la cour. La Cour de cassation rend son avis dans les 3 mois de la réception du dossier. L'avis est adressé à la juridiction qu'il l'a demandée, au ministère public auprès de cette juridiction, au premier président de la cour d'appel et au procureur général lorsque la demande n'émane pas de la cour.

LE CONTENTIEUX DU CONTRÔLE TECHNIQUE

Ce contentieux concerne plus particulièrement le corps médical au titre de l'article L 145-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section du conseil régional de discipline des médecins ou des chirurgiens-dentistes dite section des assurances sociales du conseil régional de discipline et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes sont de la compétence de ce contentieux particulier. Les sanctions susceptibles d'être prononcées par le conseil régional ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes sont :

- l'avertissement ;
- le blâme, avec ou sans publication ;
- l'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

Dans le cas d'abus d'honoraires, le conseil régional et la section spéciale peuvent également prononcer le remboursement à l'assuré du trop-perçu, même s'ils ne prononcent aucune des sanctions ci-dessus prévues. Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu ci-dessus, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de Sécurité sociale. Tout praticien qui contrevient aux décisions du conseil régional ou de la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes, en donnant des soins à un assuré social, alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à la caisse de Sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celle-ci a été amenée à payer audit assuré social du fait des soins qu'il a donnés ou des ordonnances qu'il a prescrites.

TARIFICATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Le décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010 réforme le système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à compter du 1^{er} janvier 2012.

Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont à la charge exclusive des employeurs. Elles sont assises sur les rémunérations ou gains des salariés.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

Article L. 241-5 du Code de la Sécurité sociale

Dans une logique de responsabilisation des entreprises face aux risques liés à la santé et à la sécurité au travail rencontrés par leurs salariés, l'article 22 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 a supprimé les exonérations de cotisations accidents du travail et maladies professionnelles de l'ensemble des dispositifs d'exonération totale. En application de l'article L. 241-5 modifié du Code de la Sécurité sociale, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. Les organismes de recouvrement ne doivent plus exonérer totalement les employeurs du paiement des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles. Ce principe s'applique :

- à tout employeur implanté sur le territoire français (entreprise, administration, association, particulier employeur...) ;
- pour l'ensemble de ses salariés ou assimilés, quelles que soient leurs conditions de travail (contrat, rémunération, temps de travail...).

Aux termes de l'article 3 du décret, la réforme s'applique à compter de la tarification 2012, sous réserve des dispositions suivantes :

- le taux brut individuel de cotisation pour 2012 est calculé sur la valeur du risque définie selon les modalités antérieures au décret pour les années 2008 et 2009 et sur la valeur du risque définie selon les nouvelles modalités pour l'année 2010 ;
- le taux brut individuel de cotisation pour 2013 est calculé sur la valeur du risque définie selon les règles antérieures pour l'année 2009 et sur la valeur du risque définie selon les nouvelles modalités pour les années 2010 et 2011 ;

Les trois principales nouveautés sont les suivantes :

- réforme des seuils de tarification ;
- abandon de la tarification sur la base des coûts réels pour les établissements soumis à la tarification mixte ou individuelle ;
- possibilité pour les entreprises à établissements multiples soumises à la tarification individuelle ou mixte d'opter pour un taux unique.

SEUILS DE TARIFICATION

Le mode de tarification est déterminé en fonction de l'effectif global de l'entreprise, tel que défini à l'article D. 242-6-16 du Code de la Sécurité sociale, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements :

- 1° La tarification collective est applicable aux entreprises dont l'effectif global est de moins de 20 salariés ;
- 2° La tarification individuelle est applicable aux entreprises dont l'effectif global est au moins égal à 150 salariés ;
- 3° La tarification mixte est applicable aux entreprises dont l'effectif global est compris entre 20 et 149 salariés.

Article D. 242-6-2 du Code de la Sécurité sociale

TARIFICATION INDIVIDUELLE SUR LA BASE DE COÛTS MOYENS

Le taux net de cotisation reste constitué par le taux brut affecté, comme auparavant de quatre majorations. Le taux brut individuel reste calculé en fonction de la valeur du risque propre à l'établissement et de la masse salariale. En revanche, la valeur du risque n'est plus calculée en fonction du coût de chaque accident ou maladie pris isolément, mais sur la base d'un coût moyen des sinistres de gravité comparable, calculé par secteur d'activité, au niveau national.

Articles D. 242-6-3 et D. 242-6-4 du Code de la Sécurité sociale

Il est en effet prévu que la valeur du risque propre à l'établissement comprend la somme des termes suivants :

1° Le produit du nombre total d'accidents du travail ou de maladies professionnelles déclarés pendant la période triennale de référence ayant donné lieu à des soins ou ayant entraîné un arrêt de travail par le coût moyen de la catégorie dans laquelle sera rattaché chaque accident ou chaque maladie ;

2° Le produit du nombre total d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant, pendant la période triennale de référence, soit entraîné le décès de la victime, soit donné lieu à la notification d'un taux d'incapacité permanente par le coût moyen de la catégorie dans laquelle est rattaché chaque accident ou chaque maladie.

Les accidents du travail et maladies professionnelles sont classés en six catégories d'incapacité temporaire et en quatre catégories d'incapacité permanente pour lesquelles sont calculés des coûts moyens.

Article D. 242-6-6 du Code de la Sécurité sociale

Classement des sinistres par catégories

Le classement des sinistres dans l'une des catégories de risques est définitif. Pour l'accident ou la maladie ayant donné lieu à une incapacité temporaire, le classement dans l'une des catégories suivantes a lieu le 31 décembre de l'année qui suit celle de sa déclaration, sans prise en compte de l'incapacité temporaire reconnue après rechute.

Articles D. 242-6-6 et D. 242-6-7 du Code de la Sécurité sociale

Les catégories de sinistres sont les suivantes :

- sans arrêt ou arrêt de moins de 4 jours ;
- arrêt de 4 à 15 jours ;
- arrêt de 16 à 45 jours ;
- arrêt de 46 à 90 jours ;
- arrêt de 91 à 150 jours ;
- arrêt de plus de 150 jours.

Pour l'accident ou la maladie ayant donné lieu à une incapacité permanente (IP), le classement dans l'une des catégories ci-après est opéré lors de la première notification du taux d'incapacité permanente ou, en cas de décès, lors de la reconnaissance de son caractère professionnel.

L'incapacité permanente reconnue après révision ou rechute n'est pas prise en compte. Il en va de même du décès survenu après consolidation.

Articles D. 242-6-6 et D. 242-6-7 du Code de la Sécurité sociale

Les catégories de sinistres sont les suivantes :

- Pour le bâtiment et les travaux publics, un barème spécifique est mis en place :
 - IP < 10 %,
 - IP ≥ 10 % ou décès pour le gros œuvre,
 - IP ≥ 10 % ou décès pour les activités de second œuvre,
 - IP ≥ 10 % ou décès pour les activités de bureaux ;
- Autres secteurs d'activités :
 - IP < 10 %,
 - IP de 10 à 19 %,
 - IP de 20 à 39 %,
 - IP de 40 % ou plus ou décès.

Fixation des coûts moyens

Le coût moyen des sinistres de gravité comparable, calculé au niveau national, par secteur d'activité, est déterminé annuellement par arrêté ministériel, dans les conditions fixées par les articles D. 242-6-4 et D. 242-6-5 du Code de la Sécurité sociale.

Les coûts moyens sont fixés pour la cotisation 2013 par l'arrêté du 17-12-2012 BS 2/13 inf. 174 n° 2 à 4. Un ajustement des coûts moyens est opéré dans certains secteurs d'activités pour tenir compte de leurs spécificités liées à leur proportion de salariés à temps partiel et à leur durée de travail.

Article D. 242-6-8 du Code de la Sécurité sociale

Les secteurs concernés sont fixés comme suit par un arrêté du 21 décembre 2011 :

- -Les coûts moyens fixés par arrêté bénéficient d'un abattement de 10 % dans les secteurs d'activités suivants :
 - autres spectacles et services récréatifs (bal, dancing, patinage, curiosités naturelles, spectacles son et lumière, parcs zoologiques privés, parcs d'attraction et de loisirs, exploitation de jeux automatiques, etc.),
 - cabinets dentaires,
 - blanchisserie et teinturerie de détail, y compris laverie automatique,
 - cabinets d'auxiliaires médicaux,
 - sportifs professionnels, y compris entraîneurs joueurs, quel que soit le classement de l'établissement qui les emploie : rugby, escalade, moto, handball, basket, hockey, équitation, volley-ball, football, ski, cyclisme,
 - cabinets de médecin,
 - attractions foraines (sauf les artistes) avec montage de manèges ou de chapiteaux,
 - projection de films cinématographiques,
 - attractions foraines (sauf les artistes) sans montage de manège ;
- Dans les secteurs d'activités suivants **l'abattement est de 20 %** :
 - restauration type rapide y compris wagons-lits et wagons-restaurants,
 - sportifs professionnels, pour les sports non visés par ailleurs, incluant également les entraîneurs non joueurs des sports visés par le code risque 926 CH, quel que soit le classement de l'établissement qui les emploie, arbitres et juges,
 - services personnels divers (autre que le code risque 93.0NB),
 - services de nettoyage de locaux et d'objets divers,
 - acheminement et distribution de presse gratuite ou payante.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la réforme le taux de cotisation d'un établissement était calculé sur la base de toutes les dépenses engagées (indemnités journalières, soins hospitaliers, médicaments...) pour des accidents du travail ou des maladies professionnelles dont avaient été victimes ses salariés, sans limitation dans le temps. Ainsi, un accident du travail survenu dans un établissement dans les années 1980 ou 1990 pouvait encore avoir des conséquences sur le taux de cotisation de cette entreprise en 2011, même si celle-ci avait depuis développé des politiques de prévention très actives. Avec la réforme, les effets d'un accident ou d'une maladie professionnelle sont limités dans le temps. Un sinistre survenant en année N est pris en compte pour le calcul du taux de cotisation en années N + 2 à N + 4, et ce sur la base de coûts moyens. Un sinistre et ses conséquences en termes de soins et d'indemnités ne sont imputés qu'une seule fois pour fixer le taux de cotisation d'une entreprise. Les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont ainsi plus prévisibles pour le chef d'entreprise, qui voit ce sinistre n'apparaître qu'une seule fois sur son compte.

Incidences de la réforme sur la tarification mixte

Les taux nets mixtes de cotisation restent déterminés par l'addition des deux éléments suivants :

1° Une fraction du taux net collectif fixé pour l'activité professionnelle dont relève l'établissement ou l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque ;

2° Une fraction du taux net individuel qui serait attribué à l'établissement ou à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque si ce taux leur était applicable. En revanche, du fait de la modification des seuils, les fractions de taux à retenir pour cette addition sont modifiées comme suit :

FRACTION À RETENIR	TAUX INDIVIDUEL	TAUX COLLECTIF
ANCIEN SYSTÈME	(Effectif – 9)/191	1 - [(Effectif – 9)/191]
NOUVEAU SYSTÈME	(Effectif - 19)/131	1 - [(Effectif – 19)/131]

Article D. 242-6-13 du Code de la Sécurité sociale

Option pour un taux unique

L'alinéa 3 de l'article D. 242-6-1 du Code de la Sécurité sociale institue une possibilité d'option pour un taux unique pour les entreprises à établissements multiples. Il est en effet prévu que l'entreprise qui relève d'une tarification individuelle ou mixte peut demander, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à bénéficier d'un taux unique pour l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque. Cette option de calcul est définitive pour la catégorie de risque concernée. Il nous semble néanmoins utile d'attirer l'attention sur le fait que le taux unique peut s'avérer plus onéreux que le maintien de taux distincts. Notamment du fait que la règle d'écêtement appliquée établissement par établissement permet dans certains cas d'éviter que certaines conséquences de sinistres ne soient répercutées alors qu'elles le seraient en cas de taux unique. L'option pour le taux unique doit donc être bien réfléchie par l'entreprise avant d'être mise en œuvre. Seules les entreprises en tarification mixte ou individuelle ont la possibilité de demander à bénéficier d'un taux unique pour l'ensemble de leurs établissements appartenant à la même catégorie de risque. Cependant, le taux unique ne peut être demandé pour les établissements de ces entreprises qui sont classés sous un des codes risques figurant dans la liste fixée par arrêté ministériel des activités professionnelles relevant d'un taux collectif.

Circulaire DSS SD2C/2011/116 du 5 avril 2011 n° 3-2

La possibilité de demander à bénéficier du taux unique ne s'applique pas aux entreprises du bâtiment et des travaux publics (BTP) compte tenu de la définition spécifique de la notion d'établissement pour les activités relevant de ce secteur. Cependant, pour les chantiers, ateliers, dépôts magasins ou services de ces entreprises dont l'activité est rattachée à un autre comité technique national que celui du BTP, un taux unique pourra être demandé.

Arrêté 28 mars 2011

L'entreprise qui souhaite bénéficier d'un taux unique pour l'ensemble de ses établissements doit adresser sa demande à la CARSAT, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, avant le quatrième trimestre de l'année civile en cours pour une application au 1^{er} janvier de l'année civile suivante. A défaut, le taux de cotisation est calculé pour chaque établissement. Les entreprises qui souhaitent bénéficier d'un taux unique à compter du 1^{er} janvier 2013 doivent donc adresser leur demande avant le 1^{er} octobre 2012. L'entreprise doit adresser sa demande à la CARSAT dans la circonscription de laquelle se trouve son siège social. Pour les entreprises dont le siège social est situé à l'étranger, la demande doit être adressée à la CARSAT dans la circonscription de laquelle se trouve le principal établissement situé en France.

Arrêté 28 mars 2011

Le taux de cotisation unique applicable à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque de la même entreprise est déterminé et notifié par la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve le siège social ou, à défaut, le principal établissement sis en France, hors des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D. 242-6-22 du Code de la Sécurité sociale

Lorsque l'entreprise bénéficie d'un taux unique, le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues. Le taux unique est donc calculé en fonction de la valeur du risque propre à l'ensemble des établissements de l'entreprise appartenant à la même catégorie de risque rapportée à la masse totale des salaires payés au personnel respectif. Pour le calcul des écrêtements de taux, les variations de taux s'apprécient la première année par rapport à un taux unique correspondant à la moyenne des taux nets notifiés des établissements appartenant à la même catégorie de risque de l'année précédente, pondérée par la masse salariale de la dernière année connue des mêmes établissements.

Article D. 242-6-4 du Code de la Sécurité sociale

Le choix d'un taux unique étant définitif pour la catégorie de risque concernée :

- l'entreprise ne pourra plus solliciter ensuite le calcul d'un taux par établissement ;
- le taux unique sera également applicable aux établissements nouvellement créés appartenant à la même catégorie de risque que ceux de l'entreprise bénéficiant d'un taux unique.

Circulaire DSS SD2C/2011/116 du 5 avril 2011 n° 2

UNITÉ DE TARIFICATION

Notion d'établissement

Le taux de cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est fixé par établissement.

Article D. 242-6-1 du Code de la Sécurité sociale

La notion d'établissement a été précisée par l'administration et la jurisprudence. Plusieurs éléments sont pris en compte pour définir la notion d'établissement : sa localisation, son activité et son autonomie de fonctionnement. Lorsque plusieurs activités se trouvent regroupées au sein d'un même établissement, la caisse régionale doit déterminer l'activité principale et ne notifier qu'un seul taux de cotisation sauf pour les activités relevant du bâtiment et des travaux publics. Si, sauf cas particulier, la détermination des taux se fait par établissement, le mode de tarification applicable aux établissements d'une même entreprise, quels que soient le lieu de leur implantation, l'activité qu'ils exercent et le nombre de salariés qu'ils occupent est fonction de l'effectif global de cette entreprise.

Par exemple, constitue un établissement distinct susceptible d'être assujéti à une tarification particulière en ce qui concerne les cotisations d'accidents du travail toute entité présentant une implantation distincte et une activité propre, même si elle est rattachée pour sa gestion à une entreprise englobant d'autres activités.

Cass. Civ. 2, 14 janvier 2010, n° 09-11.453

Récemment la Cour a été très claire : pour la tarification AT/MP, pas d'établissement distinct sans activité distincte.

Cass. Civ. 2, 4 avril 2013, n° 12-15.784

Le classement de l'établissement consiste à lui attribuer un numéro de risque. Ce numéro sert à déterminer, sur la base de barèmes annuels, le taux des cotisations d'accidents du travail en cas de tarification collective ou de tarification mixte. En application de l'article L. 242-5 Code de la Sécurité sociale, c'est la caisse régionale d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se situe l'établissement qui procède à son classement. La caisse régionale d'assurance maladie choisit dans une nomenclature des risques établie par type d'activité le numéro qui convient à chaque établissement. Elle dispose pour ce faire du code NAF (nomenclature d'activités françaises) attribué à l'établissement par les services de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). C'est l'activité de l'employeur qui est déterminante, même si elle est sans rapport avec la nature des travaux effectués par certains salariés.

Ainsi, le taux applicable à une femme de ménage exclusivement chargée du nettoyage et de l'entretien des locaux professionnels d'un avocat est le taux correspondant au risque 930-00 (justice, auxiliaire de justice, contentieux) et non celui correspondant au risque 895-000 (nettoyage de locaux et d'objets divers).

Cass. Soc., 20 novembre 1974, Caisse régionale du Centre c/ Dubrac

En cas de pluralité d'activités au sein d'un même établissement, le classement est effectué en fonction de son activité principale, qui est celle exercée par le plus grand nombre de salariés.

Si les activités existant dans l'établissement sont exercées par un nombre égal de salariés, le classement est effectué en fonction de l'activité qui engendre le risque le plus important. Toutefois, sont considérés comme constituant des établissements distincts les chantiers ou ateliers dont l'activité relève du comité technique national des industries du bâtiment et des travaux publics ; la tarification de ces établissements est déterminée d'après les règles fixées pour les établissements rattachés audit comité.

Arrêté du 17 octobre 1995 modifié, art. 1^{er} -I-1°, al. 2 et 3

Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse régionale toute circonstance de nature à aggraver les risques.

Article L. 242-5 du Code de la Sécurité sociale

Si, aux termes de l'alinéa 3 de l'article L. 242-5 du Code de la Sécurité sociale, le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque, les dispositions de son premier alinéa imposent que le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles soit déterminé annuellement pour chaque catégorie de risque par la caisse régionale d'assurance maladie. Ces dispositions s'opposent à ce que la modification d'un taux de cotisation, qui avait acquis un caractère définitif faute pour l'employeur de l'avoir contesté dans les délais requis, puisse prendre effet au cours du même exercice annuel.

Cass. AP, 16 février 2007, n° 06-10.168

Notion d'effectif

L'effectif de l'entreprise permet de déterminer à quel mode de tarification des accidents du travail elle est soumise. Il s'agit ici de préciser de quelle façon les salariés sont pris en compte dans l'effectif. Le nombre de salariés d'un établissement est égal à la moyenne des nombres de salariés présents au dernier jour de chaque trimestre civil de la dernière année connue. Des règles particulières sont prévues en ce qui concerne les établissements de travail temporaire et pour ceux employant des dockers. Le nombre de salariés d'une entreprise qui exploite plusieurs établissements est égal à la somme du nombre de salariés de chaque établissement, à l'exception des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D. 242-6-12 du Code de la Sécurité sociale

Par salariés présents, il faut entendre non pas les seuls salariés ayant effectivement travaillé le dernier jour ouvré du trimestre, mais les salariés figurant sur les effectifs à cette date, y compris, par conséquent, les salariés malades ou en congé. Toutefois, ne doivent pas être pris en compte pour déterminer les effectifs d'un établissement ou d'une entreprise :

- 1° Les élèves et étudiants visés à l'article D. 242-6-18 ;
- 2° Les artistes du spectacle et mannequins visés à l'article L. 311-3 (15°) ;
- 3° Les salariés dont les activités relèvent du bâtiment et des travaux publics ;
- 4° Les dockers maritimes visés à l'article D. 242-6-15.

Article D. 242-6-12 du Code de la Sécurité sociale

C'est l'effectif global de l'entreprise qui doit être pris en compte pour déterminer le mode de tarification applicable à tous les établissements de cette entreprise. Le nombre de salariés d'une entreprise est égal à la somme du nombre de salariés de chaque établissement à l'exception des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Toutefois, chaque caisse régionale concernée procède à la tarification des établissements permanents situés dans sa circonscription territoriale, quel que soit le lieu du siège social de l'entreprise dont relèvent ces établissements. La dernière année connue est, non pas l'année précédant celle au cours de laquelle est appliquée la cotisation, mais l'année antérieure. Ainsi, l'effectif à considérer pour déterminer la cotisation applicable en 2013 est celui de 2011.

Modes de tarification

Il existe trois modes de tarification :

- la tarification collective, par activité professionnelle ou par groupe d'activités ;
- la tarification individuelle réelle en fonction du risque propre à l'établissement ;
- la tarification mixte qui combine, dans une proportion variant en fonction de l'effectif global de l'entreprise, taux collectif et taux réel.

L'application de l'un ou l'autre mode de tarification dépend de l'effectif de l'entreprise, sachant qu'une fois cet effectif calculé, l'unité de tarification est l'établissement.

Tarification collective

La tarification collective est celle qui s'applique sur le plan national à une même activité professionnelle ou à un groupe d'activités professionnelles.

Articles D. 242-6-6 et D. 242-6-10 du Code de la Sécurité sociale

La tarification collective s'applique, en principe, aux établissements ne dépassant pas un certain seuil d'effectif. Certains établissements y sont toutefois soumis, quel que soit leur effectif, en raison de leur activité.

Les taux collectifs s'appliquent aussi aux établissements nouvellement créés selon des modalités particulières.

Les tarifs des cotisations dits taux collectifs sont applicables aux établissements occupant habituellement moins de 20 salariés. Ils ne sont pas applicables aux établissements appartenant à une même entreprise lorsque l'effectif global de ladite entreprise est au moins égal à 20 salariés.

Article D. 242-6-2 du Code de la Sécurité sociale

Ils sont calculés par risque ou groupe de risques définis selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, suivant les règles prévues aux articles D. 242-6-2 à D. 242-6-4 du Code de la Sécurité sociale, en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues. Les groupes de risques visés à l'article D. 242-6-6 du Code de la Sécurité sociale sont constitués d'activités professionnelles relevant d'un même comité technique national, en tenant compte des catégories de risques et des résultats statistiques. Ils doivent comprendre au moins 1 000 salariés. Chaque groupement de risques est constitué pour une période minimum de trois ans.

Article 3 de l'arrêté du 17 octobre 1995 modifié

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe chaque année, après avis des comités techniques nationaux compétents, les taux bruts qu'elle adresse au plus tard le 30 novembre au ministre chargé de la sécurité sociale. Celui-ci établit, par arrêté, les taux nets en fonction de ces taux bruts et des majorations telles qu'approuvées ou fixées en application de l'article D. 242-6-5 du Code de la Sécurité sociale. Ces tarifs entrent en vigueur à partir du premier jour du trimestre civil suivant leur publication au Journal officiel de la République française.

Article D. 242-6-6 du Code de la Sécurité sociale

Les taux collectifs sont applicables aux entreprises concernées, y compris lorsqu'ils sont plus élevés que le taux qui leur serait appliqué si elles relevaient de la tarification individuelle ou mixte.

Cass. Soc. 4 février 1971, CGPNV c/ Cram de Paris

TARIFICATION INDIVIDUELLE OU RÉELLE

La tarification réelle des cotisations d'accident du travail dues par un établissement consiste à fixer le taux de ces cotisations en fonction de la valeur du risque propre à cet établissement. La tarification réelle est applicable aux entreprises qui ne comportent qu'un seul établissement et dont l'effectif habituel de salariés est au moins égal à 150, ou à chaque établissement d'une même entreprise lorsque l'effectif global habituel de ladite entreprise est au moins égal à 150. Les taux individuels sont déterminés par les caisses régionales d'assurance maladie suivant les règles fixées aux articles D. 242-6-1 à D. 242-6-4, en fonction de la valeur du risque et de la masse salariale de chaque établissement, sous réserve des dispositions de l'article D. 242-6-8.

En application de ces dispositions les caisses déterminent le taux net de cotisation, dit taux réel, en additionnant trois éléments :

- le taux brut ;
- une majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents de trajet ;
- des majorations pour charges.

Article D. 242-6-7 du Code de la Sécurité sociale

Pour les établissements ou groupes d'établissements qui ont été autorisés à assumer la charge partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en application de l'article L. 413-13 du Code de la Sécurité sociale, les taux de la cotisation due par les employeurs sont calculés selon les dispositions des articles D. 242-6-2 à D. 242-6-4.

Taux brut

Le taux brut est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement à la masse totale des salaires payés au personnel, pour les trois dernières années connues.

Article D. 242-6-3 du Code de la Sécurité sociale

Les résultats d'une année ne pouvant être exploités au plus tôt que l'année suivante, la dernière année connue est l'avant-dernière par rapport à l'année de tarification. Ainsi pour la tarification 2013 les années de références sont les années 2009 à 2011.

Valeur du risque

La valeur du risque comprend : les prestations, les indemnités journalières, les indemnités en capital, les capitaux représentatifs des rentes et les capitaux des accidents et maladies professionnelle mortels. Sont exclues en revanche : les dépenses liées aux accidents de trajet, certains frais de rééducation professionnelle ainsi que certaines dépenses engagées par les caisses d'assurance maladie et inscrites sur un compte spécial.

Salaires à prendre en compte

En application de l'article D. 242-6-2 du Code de la Sécurité sociale le taux brut est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement à la masse totale des salaires payés au personnel. Les employeurs communiquent le montant total des salaires par catégories de risque telles que prévues à l'article L. 242-5 du Code de la Sécurité sociale.

Majorations du taux brut et du taux net

Aux termes de l'article D. 242-6-2 du Code de la Sécurité sociale, le taux net de cotisation est constitué par le taux brut affecté de trois majorations :

1. Une majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents du trajet, fixée en pourcentage des salaires ;
2. Une majoration couvrant les frais de rééducation professionnelle, les charges de gestion du fonds national des accidents du travail, les dépenses liées aux prélèvements au profit des fonds visés à l'article R. 252-5 du Code de la Sécurité sociale (prévention des accidents du travail, action sanitaire et sociale, contrôle médical, prévention, éducation et information sanitaire, gestion administrative), le versement annuel mentionné à l'article L. 176-1 du même code (versement de la branche accidents du travail à la branche maladie), calculée en pourcentage du taux brut augmenté de la majoration forfaitaire accident de trajet ;
3. Une majoration couvrant les dépenses correspondant aux compensations inter-régimes fixée en pourcentage des salaires.

Le taux net de la cotisation d'accident du travail est désormais constitué par le taux brut affecté de quatre majorations à savoir les mêmes que précédemment auxquelles il convient de rajouter les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite dans le cadre du dispositif de départ anticipé pour pénibilité. La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a prévu que les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite dans le cadre du dispositif de départ anticipé pour pénibilité seraient couvertes par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche vieillesse de la sécurité sociale. La loi a également prévu que le montant de cette contribution serait pris en compte dans les éléments de calcul de la cotisation accident du travail, un décret devant déterminer les conditions d'application de cette prise en compte.

Articles L. 241-3 et L. 241-5 du Code de la sécurité sociale

Le montant des majorations 2013 est fixé par l'arrêté du 21 décembre 2012.

Variation du taux

L'article D.242-6-11 fixe des butoirs aux variations des taux des cotisations pour les établissements cotisant sur la base d'un taux mixte ou d'un taux réel. Pour les établissements qui cotisent sur la base d'un taux mixte ou d'un taux réel, le taux notifié ne peut varier d'une année sur l'autre :

- soit en augmentation de plus de 25 % si le taux de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus d'un point si le taux de l'année précédente est inférieur ou égal à 4 ;
- soit en diminution de plus de 20 % si le taux de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus de 0,8 point si le taux de l'année précédente est inférieur ou égal à 4.

Article D. 242-6-11 du Code de la Sécurité sociale

Compte employeur

La caisse régionale d'assurance maladie tient, pour chaque établissement, un relevé appelé compte employeur sur lequel sont portés les éléments nécessaires au calcul du taux brut. La déclaration annuelle des données sociales comporte un volet qui est adressé par l'Urssaf à la caisse régionale d'assurance maladie en vue de la tenue du compte et de la tarification des accidents du travail. La caisse primaire d'assurance maladie communique à la caisse régionale tous les éléments nécessaires à la tenue des comptes d'employeur relatifs aux accidents du travail.

Article R. 243-1 du Code de la Sécurité sociale

Pour chaque accident du travail, la caisse primaire donne avis immédiatement à la caisse régionale de la déclaration d'accident. Elle lui communique le montant total des dépenses engagées pendant la période d'incapacité temporaire, à l'exception des frais de rééducation professionnelle. Toute modification apportée au montant desdites dépenses en cas de contestation du caractère professionnel de l'accident ou de rechute est immédiatement portée à la connaissance de la caisse.

Article R. 441-6 du Code de la Sécurité sociale

Avant de procéder à la notification des taux des établissements échappant à l'application d'un taux collectif, les caisses régionales communiquent à chaque employeur la liste des noms des accidentés (avec arrêt de travail et « graves ») pour lesquels des sommes ont été débitées au compte collectif dont ils relèvent, ainsi que le montant annuel des salaires entrant dans le calcul du taux individuel. En outre, pour les établissements relevant de la tarification individuelle, la caisse régionale indiquera le montant des sommes inscrites au compte individuel de l'employeur en regard du nom de chaque victime d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il appartiendra à la caisse régionale de préciser que le défaut de réponse de la part de l'employeur, dans un délai fixé par elle, sera considéré comme une acceptation. Depuis le 6 avril 2011, le compte AT/MP en ligne remplace l'ancien compte employeur en ligne. Disponible sur net-entreprises.fr, ce service permet aux employeurs de gérer leurs risques professionnels. Le compte AT/MP en ligne est un service ouvert à toutes les entreprises relevant du régime général de sécurité sociale. Si une entreprise a plusieurs établissements, un seul compte lui suffit pour suivre la sinistralité de tous ses établissements.

En revanche, les tiers déclarants (experts-comptables, organismes de gestion agréés, holding ou maison mère) ne peuvent pas accéder directement au compte AT/MP de leurs clients ou de leurs filiales. Le compte AT/MP en ligne permet aux employeurs de consulter les taux de cotisation accidents du travail et maladies professionnelles qui leur ont été notifiés et le détail de leur calcul.

Grâce à une mise à jour quotidienne, les employeurs peuvent suivre en temps réel les accidents du travail et maladies professionnelles récemment reconnus impactant leurs futurs taux.

Une rubrique « comprendre la tarification » donne des éléments d'information sur la nouvelle tarification entrée en vigueur en 2012 ainsi que les barèmes des coûts moyens par secteur d'activité.

Toutes les données sont téléchargeables aux formats Excel et pdf, facilitant leur archivage et leur exploitation. L'adhésion au service s'effectue sur le site www.net-entreprises.fr

Le service devient accessible 15 jours après l'adhésion. Comme l'ensemble des services proposés sur ce site, le compte AT/MP est un service entièrement gratuit.

TARIFICATION MIXTE

La tarification mixte des accidents du travail est un mode de tarification intermédiaire entre la tarification collective et la tarification réelle. Ces taux sont déterminés par la caisse régionale d'assurance maladie. Les taux nets de cotisation, dits taux mixtes, sont applicables aux entreprises qui ne comportent qu'un seul établissement et dont l'effectif habituel de salariés est compris entre 20 et 149, ou à chaque établissement d'une même entreprise lorsque l'effectif global habituel de salariés de cette entreprise est compris entre 20 et 149.

Article D. 242-6-9 du Code de la Sécurité sociale

Le taux mixte est obtenu par l'addition des deux éléments suivants :

- une fraction du taux collectif fixé pour l'activité professionnelle dont relève l'établissement ;
- une fraction du taux net réel qui serait attribué à l'établissement si ce taux lui était applicable.

Les fractions de taux définies ci-dessus varient en fonction du nombre de salariés de l'entreprise dans les proportions fixées par le tableau ci-après :

Nombre de salariés de l'entreprise	Fraction du taux réel de l'établissement	Fraction du taux collectif de l'établissement
20 à 149	Effectif – 19/141	1 – Effectif – 19/141

RÉGIMES SPÉCIAUX DE TARIFICATION

La tarification des accidents du travail fait l'objet de règles particulières qui sont propres, soit à certains établissements, soit à certains secteurs d'activité, soit à certains salariés ou assurés, soit à certains départements.

Sièges sociaux et bureaux

Selon l'article 1-III de l'arrêté du 17 octobre 1995 modifié, les sièges sociaux et bureaux des entreprises constituent des établissements distincts qui doivent faire l'objet d'une tarification particulière s'ils répondent à deux conditions, l'une tenant à l'indépendance du risque administratif, l'autre à la sédentarité du personnel.

Les risques d'accidents du travail auxquels est exposé le personnel des sièges sociaux et bureaux ne doivent pas être aggravés par d'autres risques relevant de la même entreprise tels que ceux engendrés par les chantier, magasin, atelier, dépôt, qu'ils soient ou non distincts géographiquement.

En cas de localisation géographique identique aux bureaux et à un établissement de la même entreprise, l'utilisation commune par le personnel d'installations telles que entrées, aires de circulation piétonne, parc de stationnement, cantine et restaurant de l'entreprise, vestiaire, locaux sanitaires, ne saurait être considérée comme un motif de refus d'appliquer les modalités particulières de tarification des sièges sociaux et bureaux, dans la mesure où cette utilisation commune n'est pas susceptible d'aggraver le risque d'accidents du travail du personnel des bureaux. Un plan de circulation précisant, notamment, les aires de stationnement réservées aux véhicules légers et utilitaires établit, le cas échéant, cette non-aggravation.

Arrêté du 17 octobre 1995 modifié art. 1-III.

Récemment, ayant relevé, par une appréciation souveraine de la valeur et de la portée des éléments de preuve versés au débat, qu'existaient dans les locaux concernés, des possibilités d'avoir accès au lieu où se situaient les activités de production, la CNITAAT en a exactement déduit que ces possibilités d'accès, nonobstant les consignes données au personnel de bureau et les précautions matérielles prises, étaient de nature à aggraver le risque.

Cass. Civ. 2, 20 janvier 2012, n° 10-26.578

De plus, le personnel employé dans les sièges sociaux et bureaux doit être sédentaire. Si le personnel employé dans les sièges sociaux et bureaux n'est pas sédentaire, le taux « bureau » peut quand même être appliqué si maximum 20 % de l'effectif n'est pas sédentaire à partir de 21 salariés.

Arrêté du 17 octobre 1995 modifié art. 1-III, 2°

Ainsi, justifie sa décision la CNITAAT qui, ayant relevé que le rapport de l'inspecteur de la tarification avait été établi sur la base de diverses constatations faites en présence d'un responsable de l'entreprise, retient, par une appréciation souveraine de la valeur et de la portée des éléments de preuve versés au débat par les parties, que 11 salariés sur les 45 de l'établissement étaient amenés à se déplacer pour le compte de l'employeur et en déduit que le nombre de salariés non sédentaires était supérieur dans cet établissement à la limite de 20 % fixée par l'article 1^{er} - III - de l'arrêté du 17 octobre 1995.

Cass. Civ. 2, 20 janvier 2012, n° 10-26.578

Les sièges sociaux et bureaux, étant, lorsque les conditions examinées ci-dessus sont réunies, considérés comme des établissements distincts, sont justiciables des règles générales de tarification. Le taux collectif spécifique qui leur est applicable est fixé chaque année par arrêté. Comme les autres, le taux 2013 des sièges sociaux et bureaux est fixé par l'arrêté du 24 décembre 2012.

Établissements nouveaux

L'article D.242-6-13 du Code de la sécurité sociale prévoit une tarification particulière des accidents du travail pour les établissements nouvellement créés. Il ne donne toutefois pas de définition positive de ce qu'il faut considérer comme établissement nouveau mais précise ce qu'il n'est pas. Dès lors il convient, pour mieux cerner cette notion, de se référer également à la jurisprudence rendue en la matière. Selon cet article, ne peut être considéré comme un établissement nouvellement créé celui issu d'un précédent établissement dans lequel a été exercée une activité similaire avec les mêmes moyens de production et ayant repris au moins la moitié du personnel.

Une société ayant changé les moyens de production d'un établissement ne peut être déboutée de sa demande tendant à ce que cet établissement soit considéré comme un établissement nouveau au motif qu'il n'est nullement établi que le matériel nouvellement acquis est différent de celui précédemment utilisé ou qu'il engendre un risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle inférieur.

Cass. Soc. 30 juin 2011, n° 10-23.746

Les taux collectifs sont applicables aux établissements nouvellement créés durant l'année de leur création et les deux années civiles suivantes, quel que soit leur effectif ou celui de l'entreprise dont ils relèvent. A l'expiration de ce délai, les taux collectif, mixte ou réel, sont applicables à ces établissements en fonction de leur effectif ou de l'effectif de l'entreprise dont ils relèvent. Pour les taux réel ou mixte, il est tenu compte des résultats propres à ces établissements et afférents aux années civiles, complètes ou non, écoulées depuis leur création.

Article D. 242-6-17 du Code de la sécurité sociale

Bâtiments et travaux publics

Les règles de tarification des accidents du travail s'appliquent aux entreprises du bâtiment et des travaux publics sous réserve d'aménagements particuliers s'agissant de la définition de la notion d'établissement, du calcul du taux net en cas d'application de la tarification individuelle et de la tarification applicable au personnel sédentaire de ces entreprises. Les seuils d'effectif déterminant le mode de tarification applicable sont ceux de droit commun. En ce qui concerne les activités relevant du secteur des industries du bâtiment et des travaux publics, sont considérés comme des établissements distincts au sein d'une même entreprise :

- l'ensemble des chantiers de bâtiment ou de travaux publics dont l'activité relève d'un même numéro de risque ;
- l'ensemble des ateliers, des dépôts, des magasins ou des services dont l'activité rattachée au comité technique national des industries du bâtiment et des travaux publics relève d'un même numéro de risque ;
- le siège social ou les bureaux répondant à certains critères.

RISTOURNES ET COTISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

La caisse régionale peut accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté interministériel pour tenir compte selon le cas :

- soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur ;
- soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation, révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 8113-7 du Code du travail ou résultant d'une inobservation des mesures de prévention prescrites en application des articles L. 22-1 et L.422-4 du Code de la sécurité sociale. En cas de carence de la caisse, l'autorité compétente de l'État peut statuer.

Article L. 242-7 du Code de la Sécurité sociale

Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par deux arrêtés des 16 et 19 septembre 1977 modifiés à plusieurs reprises. L'arrêté du 16 septembre 1977 relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, a été modifié par arrêté du 25 février 1985 (JO 15 mars) et par arrêtés du 15 décembre 1987 (JO 20), 25 juillet 1990 (JO 14 août), 23 décembre 1992 (JO 21 janvier 1993), 20 mai 1994 (JO 1^{er} juin), 29 décembre 1995 (JO 3 janvier 1996).

L'arrêté du 19 septembre 1977 relatif à l'attribution de ristournes sur la majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents de trajet a été modifié par arrêtés du 25 février 1985 (JO 15 mars), 15 décembre 1987 (JO 20) et 30 juillet 1991 (JO 10 août). Ces deux arrêtés ont été complétés par une circulaire d'application n° 31 SS du 7 novembre 1977, publiée au BOSS 77-46. Cette situation maintient expressément en vigueur les instructions des précédentes circulaires qui ne sont pas contradictoires avec elle. Un arrêté du 12 juin 1984 (JO 29) a étendu le bénéfice des ristournes sur cotisations au cas du changement de mode de tarification. Enfin, la loi 87-39 du 27 janvier 1987 (JO 28) a étendu l'imposition des cotisations supplémentaires dans une hypothèse où l'accident du travail résulte de la faute grave de l'employeur.

Un arrêté du 9 décembre 2010 (JO 15 p. 21900) fixe désormais les règles selon lesquelles les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ou, en Ile-de-France et en Alsace-Moselle, les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), peuvent accorder des ristournes sur les cotisations dues au titre des accidents du travail ou imposer des cotisations supplémentaires. Sur le plan formel, l'arrêté du 9 décembre 2010 abroge et remplace l'arrêté du 16 septembre 1977 qui régissait jusqu'à présent ces questions. L'autorité compétente pour statuer au nom de l'État, en application du 5^e alinéa de l'article L. 242-7 du Code de la sécurité sociale, était le préfet de région. L'autorité compétente pour statuer au nom de l'État est désormais le responsable du service national de contrôle des organismes de sécurité sociale.

RISTOURNES

Les ristournes peuvent porter soit sur les cotisations d'accidents du travail elles-mêmes, soit sur la majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents de trajet. Ces deux types de ristournes peuvent se cumuler dans certaines limites.

Établissements concernés

Le bénéfice de ristournes sur les cotisations d'accidents du travail est accordé aux employeurs pour tenir compte des mesures de prévention prises dans leurs établissements. Des ristournes peuvent être accordées sous réserve que les établissements concernés cotisent à la date de prise d'effet de la décision d'attribution d'une ristourne sur la base de taux de cotisations fixés en application des articles D. 242-6-6 et D. 242-6-9 ou des articles D. 242-31 et D. 242-6-33 du Code de la sécurité sociale. Sont concernés les établissements soumis :

- à la tarification collective en raison de leur effectif en application des articles D. 242-6-6 (cas général) et D. 242-31 (Alsace-Moselle) ;
- ou à la tarification mixte en application des articles D. 242-6-9 (cas général) et D. 242-33 (Alsace-Moselle).

Pour pouvoir bénéficier des ristournes, les établissements concernés doivent :

- avoir accompli un effort de prévention soutenu et pris dans ce sens des mesures susceptibles de diminuer la fréquence et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- être à jour de leurs cotisations et les avoir acquittées régulièrement au cours des douze derniers mois précédant la date de prise d'effet de la décision d'attribution d'une ristourne.

Des assouplissements à cette dernière condition sont exceptionnellement admis en faveur des entreprises du bâtiment et des travaux publics lorsqu'elles justifient d'un retard de paiement de la part des collectivités publiques pour lesquelles elles travaillent.

Procédure

Les ristournes sont accordées, soit à l'initiative de la caisse régionale, soit à la demande de l'employeur sur un rapport motivé du service prévention de la caisse, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou, à défaut, des délégués du personnel, et après avis favorable du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et du comité technique régional compétent ou de la commission paritaire permanente constituée en application de l'article 7 bis de l'arrêté du 9 avril 1968. La procédure d'attribution des ristournes sur cotisations d'accidents du travail et sur la majoration forfaitaire pour accidents de trajet a été modifiée par arrêté du 1^{er} août 2005. Depuis l'entrée en vigueur de cet arrêté ces ristournes sont accordées à l'initiative de la caisse régionale sur un rapport motivé de son service prévention, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel et après avis favorable du comité technique régional compétent (ou de la commission paritaire permanente constituée en application de l'article 7 bis de l'arrêté du 9 avril 1968). L'avis favorable préalable du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle n'est plus nécessaire : celui-ci est dorénavant simplement informé. Les comités techniques régionaux peuvent, pour les questions relatives à l'attribution de ristournes ou à l'imposition de cotisations supplémentaires déléguer la totalité ou une partie de leurs pouvoirs à des commissions paritaires permanentes comprenant au moins deux représentants des employeurs et deux représentants des travailleurs choisis parmi les membres des comités techniques intéressés.

Forme des ristournes

Les ristournes sont allouées sous forme d'une réduction du taux de cotisation dont le montant ne pourra excéder 25 % pour les établissements cotisant aux taux collectifs. Pour les établissements soumis à la tarification mixte, la réduction ne sera appliquée qu'à la fraction du taux collectif qui entre dans le calcul de leur taux. Cette fraction est celle qui figure au tableau de l'article D. 242-6-9 du Code de la sécurité sociale.

Date d'effet et durée

Les ristournes sont allouées à compter du premier jour du mois civil qui suit la décision de la caisse régionale. Leur durée ne peut excéder un an sans nouvel examen du comité technique régional compétent ou de la commission paritaire permanente. Le bénéfice de la ristourne peut, à tout moment, être supprimé ou suspendu par la caisse régionale, après avis conforme du comité technique régional intéressé ou de la commission paritaire permanente.

MAJORATION POUR ACCIDENTS DE TRAJET

L'arrêté modifié du 19 septembre 1977 a défini les établissements bénéficiaires des ristournes sur la majoration pour accidents de trajet, la procédure suivant laquelle elles sont accordées et la portée de ces ristournes.

Établissements concernés

En application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 19 septembre 1977 modifié et de l'article 4 du décret 47-457 du 14 mars 1947 modifié (régime d'Alsace-Moselle), les caisses régionales d'assurance maladie peuvent accorder une ristourne sur la majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents du trajet aux établissements quel que soit le mode de tarification auquel ils sont soumis (tarification collective, mixte et individuelle) qui ont pris des mesures susceptibles de diminuer la fréquence et la gravité des accidents de trajet. Ces établissements doivent être à jour de leurs cotisations et les avoir acquittées régulièrement au cours des douze derniers mois précédant la date de prise d'effet de la décision d'attribution d'une ristourne. En outre, durant la période de douze mois sus-indiquée, aucun risque exceptionnel de la nature de ceux définis à l'article L. 242-7 du Code de la sécurité sociale ne doit avoir été constaté dans lesdits établissements.

Les réalisations qu'il est conseillé de prendre en considération et par ordre prioritaire sont les suivantes étant souligné, d'une part, que cette liste n'est pas limitative, d'autre part, que cet ordre prioritaire peut être modifié en fonction de caractéristiques locales.

- transport collectif organisé ou financé par l'entreprise ;
- aménagement des horaires, éventuellement avec décalage en accord avec les entreprises des environs.
- journée continue avec restaurant d'entreprise ou réfectoire ;
- aménagement des abords de l'entreprise ou participation financière à ces aménagements ;
- régulation des mouvements du personnel (passerelles, passages souterrains, feux de signalisation, éclairage, panneaux, etc.) ;
- vérification de l'état mécanique des engins de transport du personnel ;
- divers (action d'information et éléments non cités ci-dessus pouvant avoir une action sur les accidents du trajet).

Cela dit, la diversité des mesures qui peuvent être prises en considération et les appréciations différentes que l'on peut avoir sur leur efficacité, n'incitent pas à prescrire une formule qui permettrait de fixer mathématiquement, à l'aide de paramètres correspondant à ces mesures, le montant de la ristourne à accorder. Le coût global des réalisations effectuées peut constituer une des indications intéressantes pour la détermination du montant de la ristourne, ce critère devant être corrigé évidemment par celui de l'efficacité supposée de ces réalisations.

Circ. CNAM PAT 02-74 du 2 juillet 1974

Procédure

La ristourne est accordée à l'initiative de la caisse régionale sur un rapport motivé de son service prévention, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel et après avis favorable du directeur régional du travail et de la main-d'œuvre et du comité régional compétent ou de la commission paritaire permanente constituée en application de l'article 7 bis de l'arrêté du 9 avril 1968.

Montant de la ristourne

La ristourne est allouée sous la forme d'une réduction du taux net de la cotisation. Son montant ne peut être inférieur à 25 % ni supérieur à 87,7 % de la majoration.

Article 4 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Date d'effet et durée

La ristourne est allouée à compter du premier jour du mois qui suit la décision de la caisse régionale. Sa **durée** ne peut excéder un an sans nouvel examen du comité technique régional compétent ou de la commission paritaire permanente.

Article 4 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Le bénéfice de la ristourne peut, à tout moment, être supprimé ou suspendu par la caisse régionale, après avis conforme du comité technique régional intéressé ou de la commission paritaire permanente.

Article 6 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Cumul de ristournes

Un établissement pourra, le cas échéant, s'il est soumis à la tarification collective ou à la tarification mixte bénéficier simultanément de la ristourne sur la majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents de trajet et de la ristourne sur cotisation d'accidents du travail prévue à l'arrêté du 16 septembre 1977. Dans ce cas, le total des deux réductions accordées ne pourra pas excéder :

- pour les établissements soumis à la tarification collective et cotisant sur la base d'un taux inférieur à 2 % et quel que soit son mode de détermination : 0,50 % des salaire ;
- pour les établissements soumis à la tarification collective et cotisant sur la base d'un taux égal ou supérieur à 2 % : 25 % du taux net de la cotisation.

Pour les établissements soumis à la tarification mixte cotisant sur la base d'un taux égal ou supérieur à 2 %, la somme des deux éléments suivants :

- 25 % de la fraction du taux collectif ;
- le produit du pourcentage de la fraction correspondante du taux propre à l'établissement concerné, par le montant maximal de la ristourne sur la majoration pour accidents de trajet.

Article 5 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

COTISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Établissements concernés

Des cotisations supplémentaires peuvent être imposées à tout employeur dont l'exploitation présente des risques exceptionnels. Ces cotisations, dont les modalités d'application sont développées ci-après ne doivent pas être confondues avec la cotisation complémentaire prévue par l'article L. 452-2 du Code de la Sécurité sociale à l'encontre des employeurs ayant provoqué des accidents du travail par leur faute inexcusable. En application de l'article L. 242-7 du Code de la Sécurité sociale une cotisation supplémentaire peut être imposée pour tenir compte des risques exceptionnels présentés par l'exploitation :

- révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 8113-7 du Code du travail ;
- ou résultant d'une inobservation des mesures de prévention prescrites en application des articles L. 422-4 et L. 422-1 du Code de la Sécurité sociale et dont l'exécution relève ou non de la procédure d'injonction.

Modalités d'application

En dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L.8113-7 du Code du travail, une cotisation supplémentaire ne peut être imposée à un employeur qu'après :

- soit l'envoi d'une injonction dans les cas où cette procédure s'impose ;
- soit d'une lettre recommandée dans les autres cas.

Injonction préalable

Les mesures qui relèvent de cette procédure sont celles visées à l'article L. 422-4 et, dans les conditions fixées par l'arrêté ministériel, à l'article L. 422-1 (1^{er} alinéa) du Code de la Sécurité sociale. Il s'agit :

- des « mesures justifiées de prévention » que la caisse régionale d'assurance maladie peut prendre ;
- des dispositions générales élaborées par une caisse régionale qui ne font pas l'objet d'une extension ;
- de certaines mesures des dispositions générales étendues lorsque l'arrêté d'extension le prévoit.

L'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé en cas de :

- méconnaissance des dispositions générales étendues au plan national par la Caisse nationale d'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L.422-1, à moins que l'arrêté d'extension n'en dispose autrement ;
- récidive, dans un délai de trois ans ;
- ou persistance, après l'expiration du délai imparti pour y remédier, de la situation qui a donné lieu à l'imposition d'une cotisation supplémentaire.

Une cotisation supplémentaire peut désormais également être appliquée sans nouvelle injonction préalable en cas de **répétition dans un établissement**, dans un délai déterminé, de certaines situations particulièrement graves de **risque exceptionnel** définies par arrêté et qui ont donné lieu à une première injonction à cet établissement. La liste des situations particulièrement graves de risque exceptionnel est la suivante :

- risque de chute de hauteur ;
- risque d'ensevelissement ;
- risque d'incendie et d'explosion ;
- risque lié à l'amiante et aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) ;
- risque lié aux travaux en espaces confinés ;
- risque lié à la conduite de véhicules et d'engins sans formations et autorisations adaptées ;
- risque lié aux manutentions lourdes ou répétitives ;

- risque lié à l'accès aux pièces nues sous tension électrique ;
- risque lié à l'accès aux organes en mouvement d'un équipement de travail.

Article L. 422-4 du Code de la Sécurité sociale

En cas de répétition de l'une des situations ci-dessus dans un délai de 6 mois à compter du premier constat ayant conduit à une injonction, la caisse régionale peut, après avis favorable du Comité technique régional (CTR) ou de la commission paritaire permanente à laquelle il a délégué ses pouvoirs, imposer à l'employeur une cotisation supplémentaire sans injonction préalable. Cette cotisation est due à compter de la nouvelle constatation du risque. L'inspecteur ou le contrôleur du travail informe la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles compétente des mesures qu'il a prises à l'encontre d'une entreprise dans laquelle il a constaté une situation particulièrement grave de risque exceptionnel, notamment dans le cas de situations de danger grave et imminent ou de risque sérieux pour l'intégrité physique des travailleurs mentionnées au titre III du livre VII de la quatrième partie du Code du travail.

Article R. 8112-6 du Code du travail

Procédure

L'injonction est faite, **après enquête sur place** effectuée par un ingénieur-conseil ou un contrôleur de sécurité, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Elle doit indiquer avec précision les mesures à prendre par l'employeur, les possibilités techniques de réalisation, fixer le délai d'exécution et mentionner qu'à l'expiration de ce délai l'employeur est passible d'une cotisation supplémentaire. L'injonction doit également faire mention de la faculté pour l'employeur d'introduire un recours devant le directeur régional du travail et de la main-d'œuvre. Après exécution complète des mesures prescrites, l'employeur est tenu d'en aviser, par lettre recommandée, la caisse régionale qui peut faire procéder à la vérification.

Article 10 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Information de l'employeur par lettre recommandée

Lorsque l'exécution des mesures de prévention visées ne relève pas de la procédure d'injonction, la caisse régionale informe l'employeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, qu'à la suite de l'enquête effectuée sur place par un ingénieur-conseil ou un contrôleur de sécurité, il est passible d'une cotisation supplémentaire. Les motifs justifiant l'imposition de cette cotisation sont donnés à l'employeur.

Article 11 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Consultations à effectuer par l'employeur

Lorsqu'il existe un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou un organisme professionnel en tenant lieu, l'employeur doit l'informer soit de l'injonction qui lui a été faite, soit de la lettre qui lui a été adressée, dès réception de ces documents et le consulter sur les modalités d'exécution des mesures à prendre. S'il n'existe ni CHSCT ni organisme professionnel en tenant lieu, l'employeur doit informer et consulter les délégués du personnel. L'employeur doit adresser à l'inspection du travail et à la caisse régionale le compte rendu de la délibération du CHSCT ou de l'organisme professionnel en tenant lieu ou, à défaut, l'avis émis par le ou les délégués du personnel dans les quinze jours suivant la date de cette délibération ou de cet avis.

Article 12 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Recours de l'employeur

Dans le cas où l'employeur désire user du droit de recours devant le directeur général du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui lui est donné par les dispositions du premier alinéa de l'article L. 422-4 du Code de la Sécurité sociale, il doit en saisir le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle par lettre recommandée, au plus tard dans les huit jours suivant la réception soit de l'injonction, soit de la lettre prévues respectivement par les articles 10 et 11 ci-dessus. La caisse régionale est avisée, dans la même forme, de ce recours qui est suspensif. Pour les chantiers d'une durée inférieure à trois mois, le délai précité est réduit à quatre jours ouvrables. Le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle notifie sa décision simultanément au requérant et à la caisse régionale dans le délai de quinze jours.

Le délai d'exécution des mesures prescrites par l'injonction ne recommence à courir qu'à partir de la date de la décision du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

La procédure visant à l'imposition de la cotisation supplémentaire, dans le cas de mesures de prévention ne relevant pas de l'injonction ne doit être engagée qu'à partir de la date de la décision du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Le défaut de décision du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans le délai prescrit équivaut au rejet du recours.

Article 13 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Décision de la caisse

Selon l'article 9 de l'arrêté du 16 septembre 1977, l'imposition d'une cotisation supplémentaire n'est possible qu'après avis favorable du comité technique régional compétent ou de la commission permanente à laquelle celui-ci a délégué ses pouvoirs. Cette décision est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception. Les recours contre la décision de la caisse sont portés devant la CNITAAT.

MONTANT ET VERSEMENT

Le montant de la cotisation supplémentaire ne peut dépasser 25 % de la cotisation normale.

Le maximum de 25 % pourra être doublé sans injonction préalable :

- en cas de récidive après constatation par un agent de contrôle de la caisse régionale de l'absence ou de l'insuffisance d'une mesure de prévention de même nature que celle qui a motivé l'imposition d'une première cotisation supplémentaire, dans un délai maximal de trois ans à compter de la date de cette imposition ;
- en cas de non-réalisation de l'une des mesures prescrites dans un délai de six mois à compter du premier jour d'application de la cotisation supplémentaire.

Ce délai est réduit à deux mois lorsque la cotisation supplémentaire s'applique à des chantiers temporaires.

Dans l'hypothèse où un employeur persisterait à refuser de prendre l'une des mesures dont la non-exécution a motivé la cotisation supplémentaire initiale, la caisse régionale, dans un délai de six mois à dater de l'expiration du premier délai de six mois ou de deux mois visé à l'alinéa précédent, pourra porter sans injonction préalable la cotisation supplémentaire à deux fois le montant de la cotisation normale.

Article 9 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

Le taux de la cotisation supplémentaire, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimal sont désormais fixés par arrêté. La cotisation supplémentaire est désormais au moins égale à 25 % de la cotisation normale. Le montant minimal de la cotisation supplémentaire ne peut être inférieur au montant résultant de l'application d'une majoration de 25 % de la cotisation normale calculée sur une période de 3 mois, sans pouvoir être inférieur au montant forfaitaire de 1 000 €.

Article 8 de l'arrêté du 9 décembre 2010

La caisse régionale notifie les décisions de cotisations supplémentaires par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La notification doit indiquer à l'employeur que le taux de la cotisation supplémentaire sera automatiquement majoré en cas de non-réalisation des mesures prescrites à l'expiration des délais impartis.

Articles 8 et 9 de l'arrêté du 9 décembre 2010

Si l'employeur ne prend pas l'une des mesures dont la non-exécution a motivé la cotisation supplémentaire dans le délai qui lui a été imparti par le CTR, délai qui ne peut être supérieur à 6 mois (2 mois pour les chantiers temporaires), le montant de la cotisation supplémentaire est automatiquement porté à 50 % de la cotisation normale. Si l'employeur persiste dans son refus de prendre les mesures prescrites dans un délai de 6 mois (2 mois pour les chantiers temporaires) à dater de l'expiration du premier délai fixé par le CTR, le montant de la cotisation supplémentaire est automatiquement porté à 200 % de la cotisation normale.

Article 8 de l'arrêté du 9 décembre 2010

En cas de récidive au sein du même établissement, après constatation par un agent de contrôle de la caisse régionale de l'absence ou de l'insuffisance d'une mesure de prévention de même nature que celle qui a motivé l'imposition d'une première cotisation supplémentaire, dans un délai maximal de 3 ans à compter de la date d'imposition de cette cotisation supplémentaire, le montant de la cotisation supplémentaire sera porté au minimum à 50 % de la cotisation normale après avis favorable du CTR compétent ou de la commission paritaire permanente à laquelle il a délégué ses pouvoirs. Si l'employeur persiste dans son refus dans un délai de 6 mois (2 mois pour les chantiers temporaires) à dater de la nouvelle constatation du risque, le montant de la cotisation supplémentaire est automatiquement porté à 200 % de la cotisation normale.

Article 9 de l'arrêté du 9 décembre 2010

La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels.

Article L.242-7 du Code de la sécurité sociale

L'imposition de cotisations supplémentaires peut, à tout moment, être réduite, supprimée ou suspendue par la caisse régionale après avis conforme du comité technique régional compétent ou de la commission paritaire. En tout état de cause, elle cesse d'avoir effet à partir de la date d'exécution des mesures de prévention relevant ou non de la procédure d'injonction. L'employeur est tenu d'aviser de cette exécution, par lettre recommandée, la caisse régionale qui peut faire procéder à la vérification.

Articles 14 et 15 de l'arrêté du 19 décembre 1977 modifié

NOTIFICATION DES TAUX

En application des articles D. 242-6-17 et D. 242-36 du Code de la Sécurité Sociale, toute décision émanant d'une caisse régionale d'assurance maladie et relative à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles est notifiée à l'employeur par lettre simple, sauf dans les cas suivants, qui donnent lieu à l'envoi d'une notification par lettre recommandée avec demande d'avis de réception :

- 1° Taux calculés mixtes ou réels ;
- 2° Imposition de cotisations supplémentaires ou complémentaires ;
- 3° Attribution de ristournes ;
- 4° Décision de la caisse sur recours gracieux.

Article 5 de l'arrêté du 17 octobre 1995 modifié

En vertu de l'article D. 242-6-17 alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale les taux de cotisations d'accident du travail applicables à certaines catégories particulières ne font pas l'objet d'une notification. Ces catégories sont les suivantes :

- les voyageurs de commerce, représentants, placiers non exclusifs (au service de plusieurs employeurs) ;
- les vendeurs-colporteurs de presse, porteurs de presse visés à l'article L. 311-3 (18°) du Code de la Sécurité sociale ;
- les vendeurs à domicile visés à l'article L. 311-3 (20°) du Code de la Sécurité sociale ;
- les personnes accueillant à domicile, à titre onéreux, des enfants pour le compte de particuliers et des personnes âgées ou adultes handicapés sur leur propre demande ou pour le compte de particuliers ;
- les personnes occupées exclusivement au service de particuliers : employés de maison (femme de ménage, lingère, couturière, blanchisseuse à la journée, chauffeur de maître, etc.) ;
- les personnes effectuant des travaux de courte durée pour le compte de particuliers (travaux de bureaux ou assimilables ou travaux industriels ou relevant de professions du bâtiment).

Pour certaines catégories de personnel le taux collectif de cotisation publié au Journal officiel est directement applicable à l'employeur, de sorte que ce taux n'est pas notifié par la caisse à l'employeur. Les catégories de personnel concernées sont désormais les suivantes :

- voyageur de commerce, représentant, placier non exclusif (au service de plusieurs employeurs) ;
- salarié d'un employeur ne comportant pas d'établissement en France, visé à l'article L. 243-1-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- vendeur-colporteur de presse, porteur de presse visés à l'article L. 311-3 (18°) du Code de la Sécurité sociale ;
- vendeur à domicile visé à l'article L. 311-3 (20°) du Code de la Sécurité sociale ;
- accueil à domicile, à titre onéreux, d'enfants pour le compte de particuliers et de personnes âgées ou d'adultes handicapés sur leur propre demande ou pour le compte de particuliers ;
- cadets de golf ;
- toute personne occupée exclusivement au service de particuliers : employés de maison (femme de ménage, lingère, couturière, blanchisseuse à la journée, chauffeur de maître, etc.) ;
- toute personne effectuant des travaux de courte durée pour le compte de particuliers : travaux de bureaux ou assimilables ;
- toute personne effectuant des travaux de courte durée pour le compte de particuliers : travaux industriels ou relevant de professions du bâtiment ;
- salarié bénéficiant du titre de travail simplifié dans les départements d'outre-mer et à Saint-Pierre-et-Miquelon en application de l'article L. 1522-3 du Code du travail.

Arrêté du 28 mars 2011

Tant qu'aucun taux ne lui a été notifié, l'employeur est tenu de verser les cotisations au taux antérieurement applicable. La notification ouvre également le délai de recours contentieux. Tant que la notification n'a pas été effectuée, l'employeur doit verser, à titre provisionnel, les cotisations dues au titre des accidents du travail sur la base du taux antérieurement applicable.

Article D. 242-6-17 du Code de la Sécurité sociale

Si, aux termes de l'alinéa 3 de l'article L. 242-5 du Code de la Sécurité sociale, le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque, les dispositions de son premier alinéa imposent que le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles soit déterminé annuellement pour chaque catégorie de risque par la caisse régionale d'assurance maladie. Ces dispositions s'opposent à ce que la modification d'un taux de cotisation, qui avait acquis un caractère définitif faute pour l'employeur de l'avoir contesté dans les délais requis, puisse prendre effet au cours du même exercice annuel.

Cass. AP. 16 février 2007, n° 06-10.168

Dès lors qu'est admise la validité d'un erratum publié au Journal officiel en vue de rectifier une erreur matérielle commise lors de la publication de l'arrêté annuel fixant les taux de cotisation d'accidents du travail, la rectification s'incorpore au texte initial et prend effet à la date d'entrée en vigueur de ce dernier.

Cass. Soc. 8 mars 1989, n° 1054 P

La question s'est posée de savoir à quelle date prend effet la seconde notification émanant de la caisse régionale, par laquelle elle corrige le premier taux notifié à l'employeur. Lorsqu'à la suite de la publication de l'arrêté annuel fixant le barème des cotisations du travail afférent à une branche d'activité, la caisse régionale a notifié à une entreprise un taux correspondant à un numéro de risque déterminé sans indiquer que cette notification avait un caractère provisoire, la caisse, qui n'allègue pas que cette notification n'avait pas été faite en connaissance de cause ou qu'il y ait eu fraude ou dissimulation de la part de l'entreprise, ne peut, quel que soit le caractère impératif et d'ordre public des règles de tarification, faire rétroagir au 1^{er} janvier de l'année le taux différent qu'elle a ultérieurement notifié à l'entreprise, sa nouvelle décision ne pouvant prendre effet avant la date de sa notification.

Cass. Soc. 24 juin 1976, CRAM du Centre c/ Etablissement Breton

Si, aux termes de l'alinéa 3 de l'article L. 242-5 du Code de la Sécurité sociale, le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque, les dispositions de son premier alinéa imposent que le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles soit déterminé annuellement pour chaque catégorie de risque par la caisse régionale d'assurance maladie. Ainsi dans le cas où un employeur regroupe à compter du 1^{er} septembre trois établissements en un seul, la caisse régionale d'assurance maladie ne saurait notifier un nouveau taux de cotisation prenant effet au 1^{er} septembre.

Cass. Civ. 2^e, 3 juin 2010, n° 09-67.853

Après avoir constaté que les conséquences financières d'un accident de trajet avait été inscrites par erreur sur le compte de l'employeur, et que ces montants erronés influençaient directement la fixation du taux les années suivantes, la Cour nationale qui a relevé ensuite que la caisse avait ultérieurement retiré ces sommes du compte de l'employeur et rectifié en conséquence le taux fixé pour 2008, ce dont il se déduisait qu'elle reconnaissait la nécessité de réparer les conséquences de cette erreur, en a déduit à bon droit qu'elle ne pouvait plus dès lors opposer la forclusion résultant de l'article R. 143-21 du Code de la Sécurité sociale pour refuser de rectifier les taux fixés pour les exercices antérieurs à partir des mêmes montants erronés.

Cass. Civ. 2^e, 17 février 2011, n° 10-10.256

La Cour de cassation admet qu'une première notification faite à titre provisoire n'engage pas la caisse qui peut donc faire prendre effet à sa seconde notification au 1^{er} janvier de l'année en cause.

Lorsque la caisse découvre des modifications de la situation de l'employeur, non déclarées ou déclarées avec retard par ce dernier, et remettant en cause les tarifications annuelles antérieures, il est fait exception au principe de non-rétroactivité du second taux notifié. En pareil cas, la caisse est fondée, si ces modifications justifient un alourdissement de la cotisation, à réclamer à due concurrence un complément de cotisations pour les années antérieures concernées, dans la limite de la prescription.

La notification du taux de cotisation n'a qu'un caractère provisoire lorsque, à la date de la notification, la caisse ne dispose pas des éléments nécessaires au reclassement de la société.

Dans ce cas la caisse peut donc, après avoir notifié un taux pour l'exercice, reclasser l'activité de la société sous un nouveau risque et mettre à sa charge un taux de cotisations rectifié prenant effet au 1^{er} janvier de cet exercice.

Cass. Civ. 2^e, 17 mars 2010, n° 09-10.896