

## LA MALADIE

---

### PROTECTION SOCIALE

#### BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS EN NATURE

Le bénéficiaire est le salarié tel qu'il a été défini dans le cadre de l'assujettissement. Il a droit aux prestations en nature et aux prestations en espèces de l'assurance-maladie. De plus, il ouvre droit aux prestations en nature pour les membres de sa famille considérés comme ayants droit sous réserve de remplir des conditions d'ouverture du droit. L'assuré bénéficie d'un maintien de droit pendant 1 an à compter de la cessation d'activité.

*Décret n° 2007-199 du 14 février 2007*

*Articles L. 161-8 et R. 161.3 du Code de la Sécurité sociale*

Pour bénéficier du service des prestations en nature ainsi que du maintien du droit aux prestations, sont considérées comme résidant en France les personnes qui ont sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer leur foyer ou le lieu de leur séjour principal. Cette disposition n'est pas applicable aux ayants droit mineurs pour le service des prestations en nature des assurances maladie et maternité :

- le foyer s'entend du lieu où les personnes habitent normalement, c'est-à-dire du lieu de leur résidence habituelle, à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans un département d'Outre-Mer ait un caractère permanent ;
- la condition de séjour principal est satisfaite lorsque les bénéficiaires sont personnellement et effectivement présents à titre principal sur le territoire métropolitain ou dans un département d'Outre-Mer. Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 115-7 du Code de la Sécurité sociale, sont réputées avoir en France le lieu de leur séjour principal les personnes qui y séjournent pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations ;
- la résidence en France peut être prouvée par tout moyen. Un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale fixe la liste des données ou des pièces relatives à la condition de résidence.

*Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007*

*Article R. 115-6 du Code de la Sécurité sociale*

Les assurés de nationalité étrangère ont droit aux prestations de l'assurance-maladie à condition de justifier de la régularité de leur séjour en France par la production des titres suivants :

- carte de résident ;
- carte de séjour temporaire ;
- certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- récépissé de première demande de titre de séjour accompagné soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de la famille d'une personne de nationalité française ;
- récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de trois mois renouvelable portant la mention : "reconnu réfugié" ;
- récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : "étranger admis au titre de l'asile" d'une durée de validité de six mois, renouvelable ;
- autorisation provisoire de séjour ;
- passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour.

*Décret n° 2006-234 du 27 février 2006*

*Article D. 161-15 du Code de la Sécurité sociale*

Les ayants-droit sont l'époux ou de l'épouse. Le conjoint ne doit pas pouvoir prétendre aux prestations d'un régime obligatoire auquel il est affilié personnellement (artisan, commerçant, profession libérale, régime spécial, etc.). Il s'agit du conjoint légitime non divorcé, même séparé de corps. Le conjoint séparé qui n'est pas personnellement assuré continue à bénéficier des prestations en nature au même titre que le conjoint non séparé. La mention conjoint séparé de droit ou de fait doit être alors mentionnée sur les demandes de remboursement.

En cas de divorce, l'ex-conjoint continue à bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie pendant 1 an à compter de la date de transcription du jugement de divorce. Ce délai est prolongé tant qu'il a un enfant à charge et ce, jusqu'au 3<sup>e</sup> anniversaire du dernier enfant (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial). A l'expiration de ces périodes de maintien de droits, le conjoint divorcé ayant eu ou ayant à sa charge 3 enfants bénéficie d'un maintien de droits sans limitation de durée.

*Lettre ministérielle du 24 mai 1990*

Le conjoint survivant d'un assuré décédé bénéficie d'un maintien de droit pendant 1 an ou jusqu'à ce que le dernier enfant à sa charge ait atteint l'âge de 3 ans (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial). Le conjoint survivant ayant eu ou ayant à sa charge **3 enfants** bénéficie d'un maintien de droits sans limitation de durée.

*Article R. 161-5-1 du Code de la Sécurité sociale*

Le conjoint survivant divorcé non remarié, s'il bénéficie d'une pension de réversion, n'est cependant pas pris en charge au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Seul peut être reconnu le conjoint survivant non divorcé à la date du décès.

La personne qui vit en concubinage avec un assuré social et qui se trouve à sa charge effective totale et permanente a la qualité d'ayant droit. Cette qualité doit être prouvée par une simple déclaration sur l'honneur auprès de la caisse primaire de rattachement de l'assuré. La déclaration est renouvelable chaque année. Le concubin (ou concubine) qui ne remplit plus les conditions requises pour rester ayant droit continue à bénéficier d'un maintien de droit pendant 1 an ou jusqu'à ce que le dernier enfant à sa charge ait atteint l'âge de 3 ans (dans le cas où il y a naissance, recueil ou adoption d'un enfant de moins de 3 ans intervenant en fin de période de maintien de droit initial).

Le concubin (ou concubine) survivant, ayant droit de l'assuré décédé, qui a élevé au moins 3 enfants, bénéficie, sans limitation de durée, du maintien de droit.

La personne liée à un assuré social par un pacte civil de solidarité a la qualité d'ayant droit lorsqu'elle ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre. Aucune condition de durée de vie commune n'est fixée. Le partenaire lié par un PACS doit être à la charge totale effective et permanente de l'assuré co-partenaire du PACS.

*Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale*

Les enfants âgés de moins de 16 ans, non-salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, recueillis ou adoptifs ont la qualité d'ayant-droit. Les enfants de moins de 20 ans qui poursuivent leurs études, même par correspondance, ou qui sont atteints d'infirmité ou de maladies chroniques et sont dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié ont aussi la qualité d'ayant-droit. La qualité d'ayant droit cesse au 20<sup>e</sup> anniversaire. Pour continuer à bénéficier des prestations, l'enfant doit s'affilier au régime obligatoire des étudiants. Les prestations seront servies dès le lendemain de son anniversaire par le régime des étudiants. Les enfants atteignant leur 20<sup>e</sup> anniversaire, et ne relevant pas du régime étudiant, bénéficient d'un maintien de droit pendant 12 mois uniquement s'ils poursuivent des études techniques ou secondaires.

Il est possible de maintenir la qualité d'ayant droit à l'enfant qui poursuit des études à l'étranger, sous réserve que l'établissement secondaire où il est inscrit lui donne une instruction générale comportant des conditions de travail ou d'assiduité, de contrôle ou de discipline telle que l'exige la préparation pour l'obtention d'un diplôme officiel. En ce qui concerne l'enseignement post-baccalauréat, il appartient au demandeur de prouver, par tous les moyens, que les études qu'il poursuit à l'étranger préparent à l'obtention d'un diplôme officiel équivalent en France.

*Lettre CNAMTS - Bull. jur. n° 41-1991*

Les enfants de parents tous deux assurés d'un régime d'assurance-maladie et maternité peuvent être rattachés en qualité d'ayants droit à chacun des deux parents.

*Article L. 161-15-3 du Code de la Sécurité sociale*

*Article 12 - Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 - JO du 5 mars*

Les parents peuvent, conjointement ou séparément, demander à ce que les enfants soient rattachés, en qualité d'ayants droit, à chacun d'eux pour le bénéfice des prestations en nature de l'assurance-maladie. La demande peut être effectuée à tout moment. À défaut de demande par les parents, les prestations sont dues au parent qui effectue la première demande de remboursement de soins. Lorsqu'un des parents cesse d'ouvrir droit aux prestations, celles-ci sont dues au parent qui conserve la qualité d'assuré social.

*Article R. 161-8 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2004-557 du 16 juin 2004 - JO du 18 juin*

Ce rattachement est possible dans le cas où il n'y a ni séparation ni divorce. La demande de rattachement est effectuée à tout moment par le parent concerné, auprès de l'organisme d'assurance-maladie et maternité auquel il est affilié, au moyen d'un formulaire conforme au modèle défini par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. Il est mis fin au rattachement dans les mêmes conditions. L'organisme qui reçoit une demande de rattachement en informe l'organisme auquel le ou les enfants étaient exclusivement rattachés antérieurement. Les organismes concernés procèdent à l'échange de toutes les informations nécessaires à la gestion de cette affiliation.

Les élèves des établissements d'enseignement public ou privé, âgés de plus de 20 ans, qui ne bénéficient pas de protection sociale, conservent la qualité d'ayants droit jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils ont atteint leur 21<sup>e</sup> anniversaire, s'il est justifié qu'ils ont interrompu leurs études par suite de maladie.

L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3<sup>e</sup> degré ou l'allié au même degré que l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants âgés de moins de 14 ans à la charge de l'assuré, bénéficie en tant qu'ayant droit des prestations en nature de l'assurance-maladie.

La personne à charge, qui vit avec l'assuré et qui se trouve à sa charge effective totale et permanente, peut avoir, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie. La personne à charge doit, pour bénéficier de la qualité d'ayant droit, vivre avec l'assuré depuis 12 mois consécutifs.

*Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale*

La qualité de personne à charge ne peut s'appliquer qu'à une seule personne par assuré social.

*Article L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale*

Les ayants droit (autres que les enfants) sont rattachés, lorsqu'au sein du même foyer plusieurs personnes ont la qualité d'assuré, à l'assuré que ces dernières désignent d'un commun accord. La désignation peut être effectuée à tout moment, mais ne peut être modifiée qu'au terme d'une année et d'un commun accord entre les assurés. À défaut de désignation, les prestations sont dues à celui des assurés qui effectue la première demande de remboursement de soins. Lorsque l'un des assurés cesse d'ouvrir droit aux prestations, ces prestations sont dues à l'autre assuré ou, lorsqu'il existe plusieurs assurés, à l'assuré désigné d'un commun accord ou à celui qui effectue la première demande de remboursement de soins. Les intéressés doivent remplir un formulaire pour ce double rattachement.

*Arrêté du 4 mai 2007 - JO du 19 mai*

*Article R. 161-8 du Code de la Sécurité sociale*

Lorsque, dans un foyer, les parents sont tous les deux assurés sociaux, chacun peut faire reconnaître la qualité d'ayant droit à l'une des personnes à charge sans protection sociale. Concernant la notion de personne à charge une note d'information CNAMTS / DGR n° 335 du 22 juillet 1993 précise qu'il peut s'agir :

- soit de la personne qui partage la vie de couple ; la notion de couple implique que la qualité d'ayant droit, au titre de la vie commune, ne concerne qu'une seule personne (un conjoint, un concubin ou un compagnon du même sexe) ;
- soit de toute autre personne, membre de la famille ou non, ayant été ou non ayant droit de l'assuré dès lors qu'il vit avec ce dernier depuis plus d'un an et se trouve à sa charge.

## **MODALITÉS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN NATURE**

Pour bénéficier des prestations en nature, l'assuré doit remplir des conditions minimales fixées par le décret n° 93-687 du 27 mars 1993 :

- avoir cotisé sur des rémunérations au moins égales à 60 fois le SMIC horaire pendant un mois civil ou 30 jours consécutifs ;

ou

- justifier de 60 heures de travail, salarié ou assimilé, au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs ;

ou

- avoir cotisé sur des rémunérations au moins égale à 120 fois le SMIC horaire pendant 3 mois civils ou de date à date ;

ou

- justifier d'au moins 120 heures de travail, salarié ou assimilé, pendant 3 mois civils ou de date à date ;

ou

- avoir cotisé sur des rémunérations perçues pendant l'année civile au moins égales à 2 030 fois le SMIC horaire ;

ou

- avoir effectué 1 200 heures de travail, salarié ou assimilé, au cours de l'année civile.

*Article R. 313-2 - 2<sup>o</sup> du Code de la Sécurité sociale*

L'ouverture du droit est limitée à une année.

*Article L. 172-1 A du Code de la Sécurité sociale*

Les conditions de durée d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations ou de travail exigées pour l'ouverture du droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie maternité sont appréciées par rapport à l'ensemble des périodes d'affiliation aux différents régimes de Sécurité sociale et non par rapport au dernier régime d'affiliation comme ce fut le cas précédemment.

*Articles R. 172-12-1, R. 172-12-2 et R. 172-12-3 du Code de la Sécurité sociale*

La condition d'ouverture du droit est suspendue pendant 3 mois à compter de la date du début d'activité. A l'issue de ces 3 mois, l'assuré nouvellement immatriculé et âgé de moins de 25 ans, bénéficie des prestations en nature dès lors qu'il justifie :

- d'un montant de cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité au moins égal à 60 fois la valeur du SMIC en vigueur au premier jour d'activité ;

ou

- avoir effectué au moins 60 heures de travail, salarié ou assimilé.

Le bénéficiaire d'un congé parental d'éducation a droit aux prestations en nature qu'il y ait allocation parentale ou non.

*Article L. 161-9 du Code de la Sécurité sociale*

En cas de non reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en nature et en espèces du régime antérieur au congé parental d'éducation dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant toute la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité postérieure au congé parental. Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations pendant 12 mois à compter de la reprise du travail.

*Articles L. 161-9 et D. 161-2 du Code de la Sécurité sociale*

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi, bénéficient pour elles-mêmes et leurs ayants droit, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance-maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

*Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale*

Pendant le congé de présence parentale, les bénéficiaires de l'allocation de présence parentale ou les personnes en congé de présence parentale non allocataires de l'allocation, conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité du régime général. Les bénéficiaires d'un congé de présence parentale ou de l'allocation de présence parentale qui succède immédiatement à un congé parental d'éducation, ou au complément de libre choix d'activité PAJE, retrouvent, en cas de reprise d'activité, les droits aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie maternité.

*Article L. 161-9-2 du Code de la Sécurité sociale*

*Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004*

Le bénéficiaire d'un congé sabbatique a droit aux prestations en nature pendant une durée de 11 mois (durée maximale légale du congé).

Le bénéficiaire d'un congé pour création d'entreprise a droit aux prestations en nature pendant 12 mois (durée légale du congé).

En cas de création d'entreprise, le maintien de droits de 12 mois et l'exonération corrélative de cotisations dans le régime dont relève la nouvelle activité ne sont applicables qu'aux bénéficiaires de l'aide à la création d'entreprise relevant, lors de l'attribution de l'aide, d'un régime obligatoire de protection sociale en qualité d'assurés. Il s'agit des salariés, chômeurs indemnisés ou susceptibles de l'être (salariés en préavis de licenciement ou en congé ou en convention de conversion) ainsi que des allocataires du RSA exerçant précédemment une activité salariée (fin de contrat emploi-solidarité notamment). N'entrent pas dans le champ du maintien de droits les demandeurs d'emploi depuis plus de 6 mois et les allocataires du RSA ne relevant pas d'un régime de Sécurité sociale obligatoire en qualité d'assurés. Il peut notamment s'agir de personnes ne relevant d'aucun régime de protection sociale, d'anciens assurés en maintien de droits, d'ayants droit, d'anciens ayants droit, d'assurés de régimes subsidiaires (étudiants) ou d'assurés personnels. Cela peut être aussi le cas d'allocataires du RSA n'exerçant pas d'activité, assurés personnels ou ayants droit d'assurés personnels, lors de l'attribution de l'aide. Dès lors, les bénéficiaires de l'aide à la création d'entreprise dont la situation antérieure ne permet pas un maintien de droits aux prestations, peuvent bénéficier sur leur demande d'un allègement de charges sociales à titre provisionnel ou définitif.

*Lettre circulaire ACOSS n° 94-67 du 4 octobre 1994*

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale prévoit des mesures pour les détenus. Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

*Article L. 381-80 alinéa 1 du Code de la Sécurité sociale*

La liquidation d'une pension de retraite ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie, sans aucune limitation de durée.

*Articles L. 311-9 et R. 351-26-4 du Code de la Sécurité sociale*

Les personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance-maladie, maternité, de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation. A l'issue de cette période, elles retrouvent les droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie maternité, invalidité et décès, acquis antérieurement à l'ouverture du droit à l'allocation.

*Article L. 161-9-1 du Code de la Sécurité sociale*

Les périodes d'inactivité assimilées à un travail salarié sont considérées comme équivalentes à 6 fois la valeur du SMIC horaire au premier janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à 6 heures de travail salarié. Il s'agit :

- des journées indemnisées au titre de la maladie, de la maternité ou de l'invalidité à l'exclusion des journées indemnisées en application d'un maintien de droits (personnes visées par l'article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale) ou en raison de l'octroi d'une allocation de remplacement (personnes visées par l'article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale) ;
- des journées d'interruption de travail pour maladie non indemnisées par la Sécurité sociale au titre des 3 jours de délai de carence ;
- des journées d'indemnisation suite à un accident de travail ainsi que les journées pendant lesquelles l'assuré perçoit, au titre de la même législation, une rente ou allocation correspondant à une incapacité permanente d'au moins 2/3 ;
- des journées d'interruption de travail pour maladie, non indemnisées par la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré a épuisé tous ses droits et, dans la mesure où l'incapacité physique de reprendre une activité est reconnue par le contrôle médical ;
- des périodes de stage effectuées dans un établissement de rééducation professionnelle par le titulaire d'une rente d'accident du travail ;
- des périodes de détention provisoire ;
- des journées au cours desquelles l'étudiant a été affilié à l'assurance maladie-maternité des étudiants ou au cours desquelles il a bénéficié des prestations de ce régime ;
- des journées de congé formation non rémunérées par l'employeur équivalent à 8 fois la valeur du SMIC horaire au 1<sup>er</sup> janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à 8 heures de travail salarié. Le nombre des journées décomptées ne peut être supérieur à 5 pour une semaine de stage.

*Article R. 313-9 du Code de la Sécurité sociale*

*Article R. 381-24 du Code de la Sécurité sociale*

Toute personne percevant une allocation de chômage conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations du régime obligatoire dont elle relevait antérieurement ; le droit à bénéficier de ces prestations est examiné à la date de cessation de l'activité de salarié pour fait de chômage. Les personnes qui ont épuisé leurs droits au revenu de remplacement Pôle Emploi, tant qu'elles demeurent à la recherche d'un emploi, bénéficient, pour elles-mêmes et leurs ayants droit, d'un maintien aux prestations en nature de l'assurance-maladie et maternité.

*Article L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale*

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit du régime général, bénéficient pendant 1 an, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations en nature. Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance-maladie, maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé. Ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France. Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations est tenue d'informer la CPAM et de restituer la carte vitale. A défaut, elle est passible des pénalités pour fraude.

*Articles L. 161-8 et R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret du 14 février 2007 n° 2007-199*

*Article R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale*

## **DÉFINITION DES PRESTATIONS EN NATURE**

Les prestations en nature de l'assurance-maladie comportent :

- la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, les ayants droit, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de Sécurité sociale dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport ;
- la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;
- la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;
- la couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention définis par le Code de la santé publique.

*Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - JO du 5 mars*

La part garantie par la caisse primaire d'assurance-maladie ne peut excéder le montant des frais exposés. Elle est remboursée, soit directement à l'assuré, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance.

Lorsque le versement d'une prestation en nature induite résulte de l'inobservation de la nomenclature des actes professionnels, de la nomenclature d'actes de biologie médicale, ou de la facturation d'un acte non effectué, l'organisme de Sécurité sociale recouvre, auprès du professionnel de santé (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, biologiste, infirmier et pédicure), le montant correspondant. Pour son recouvrement l'indu est assimilé à une cotisation de Sécurité sociale.

*Article L. 133-4 du Code de la Sécurité sociale*

Cependant, la CPAM ne peut réclamer le remboursement de prestations versées sur la base d'actes ayant fait l'objet d'une cotation erronée, lorsque ces actes ont fait l'objet d'une demande d'entente préalable. En effet, la CPAM n'ayant pas répondu dans les 10 jours, elle est réputée avoir approuvé la cotation proposée par le praticien.

Les prestations en nature de l'assurance-maladie visées aux 1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 7 de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale, sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré. Le blocage des sommes déposées sur un compte ne peut avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et l'incessibilité des sommes. Sont exclues de cette disposition, les prestations en espèces (indemnités journalières).

*Article L. 322-7 du Code de la Sécurité sociale*

Les prestations visées sont les suivantes :

- frais médicaux ;
- frais de transport ;
- frais d'hébergement et de traitement des enfants handicapés dans les établissements spécialisés ;
- remboursement des soins relatifs à l'interruption volontaire de grossesse ;
- frais relatifs aux examens de santé obligatoires ;
- frais de vaccination.

Il reste une participation à la charge de l'assuré appelé ticket modérateur. La participation de l'assuré peut être proportionnelle aux tarifs appliqués ou être fixée à une somme forfaitairement. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont dispensés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

*Article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale*

L'article 52 de la loi de financement de Sécurité sociale pour 2008 met en place une nouvelle participation forfaitaire à la charge des assurés sous forme de franchise. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, la franchise médicale s'applique sur :

- les boîtes de médicaments à l'exception de ceux délivrés dans le cadre d'une hospitalisation ;
- les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

Toutes les personnes sont concernées par la franchise sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (C.M.U.) complémentaire ;
- les femmes enceintes à partir du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés. Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. On ne peut pas déduire :

- plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux ;
- plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

En cas de dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être :

- soit versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie ;
- soit récupérées par ce dernier lors d'une prestation de toute nature à venir.

Si la récupération ne peut être effectuée, elle est recouvrée directement auprès de l'assuré ou de l'ayant droit, sur les prestations en espèces qui lui sont, le cas échéant, versées. Si le bénéficiaire a été dispensé de l'avance de frais durant une année civile entière et qu'aucune récupération n'a pu être effectuée sur des versements en espèces, les sommes dues au titre de la franchise doivent obligatoirement être récupérées par les caisses. Dès lors qu'il leur est impossible d'agir autrement, elles sont autorisées à mettre en œuvre les procédures de recouvrement direct.

*Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007*

*Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007*

*Article D. 322-5 du Code de la Sécurité sociale*

*Circulaire interministérielle DSS/2A n° 2009-128 du 11 mai 2009*

Pour responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins, il est créé une participation forfaitaire (encore appelée franchise ou ticket modérateur d'ordre public) à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin. L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. Cette participation sera due intégralement pour tout acte de biologie médicale. Les actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation sont exclus de la participation. Lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à 4. Lorsqu'un acte de prélèvement est effectué pour la réalisation d'un acte de biologie, seul l'acte de biologie supporte une participation forfaitaire.

*Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004*

*Décret n° 2007-1166 du 1<sup>er</sup> août 2007*

Le montant de la participation est fixé à 1 euro. Cette participation se cumule avec le ticket modérateur. Lorsque le bénéficiaire de soins est dispensé de l'avance des frais, sa caisse est tenue d'imputer la participation due par l'intéressé sur les premières prestations qu'elle verse ultérieurement. La caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire. Toutefois, toute créance née à ce titre, non recouvrée à sa date de prescription, est annulée.

*Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007*

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50. Les participations forfaitaires sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.

*Articles D. 322-3 et D. 322-4 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004*

## DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES

Contrairement aux prestations en nature, l'assuré est seul bénéficiaire des prestations en espèces de l'assurance-maladie.

Lorsque l'arrêt de travail pour maladie est inférieur à 6 mois, l'assuré doit remplir les conditions suivantes, pour bénéficier des prestations en espèces :

- justifier d'au moins 200 heures de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail ;

ou

- justifier d'un salaire au moins égal à 1 015 fois le taux horaire du SMIC en vigueur au cours des 6 mois civils précédant la date de l'arrêt.

Ces deux conditions sont alternatives, ainsi même si le salarié n'a pas cotisé sur 1015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois précédant la date de l'arrêt ou s'il a bien cotisé sur cette base mais en travaillant moins de 200 heures, il est éligible aux prestations en espèces de l'assurance maladie. Les conditions de durée d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations ou de travail exigées pour l'ouverture du droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maladie maternité sont appréciées par rapport à l'ensemble des périodes d'affiliation aux différents régimes de Sécurité sociale.

*Articles R. 172-12-1 à R.172-12-3 du Code de la Sécurité sociale*

Lorsque l'arrêt de travail pour maladie est égal ou supérieur à 6 mois, l'assuré doit remplir les conditions suivantes, pour bénéficier des prestations en espèces :

- justifier d'au moins 800 heures de travail, salarié ou assimilé, au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date de l'arrêt de travail, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois ;

ou

- justifier avoir cotisé, sur la base d'un salaire égal à 2 030 fois le taux horaire du SMIC en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier, au cours des 12 mois qui précèdent l'arrêt du travail dont au moins 1 015 fois le taux horaire du SMIC au cours des 6 premiers mois de la période ;

et

- justifier d'une durée minimale d'immatriculation de 12 mois au premier jour du mois au cours duquel se situe l'arrêt.

Ces conditions d'ouverture du droit sont exigées uniquement dans le cas où l'arrêt de travail se prolonge sans interruption pendant plus de 6 mois. Dès lors qu'il y a eu reprise de travail, même de faible durée, les conditions d'ouverture du droit sont celles applicables à l'arrêt de travail inférieur à 6 mois. Lorsque l'arrêt de travail se prolonge au-delà de 6 mois, la période de référence pour l'ouverture du droit est déterminée en fonction de la même date que celle de l'interruption de travail entraînée par la maladie. L'assuré qui ne remplit pas ces conditions d'ouverture du droit (dites aggravées) lors d'un arrêt de travail supérieur à 6 mois ne peut donc prétendre aux indemnités journalières. En revanche, si un nouvel arrêt de travail, indépendant du premier et interrompant l'indemnisation est prescrit ou si les arrêts se succèdent sans que l'arrêt initial soit prolongé, les CPAM sont tenues d'examiner les droits de l'intéressé au regard des conditions d'ouverture du droit applicables pour l'attribution des indemnités journalières pendant une période de moins de 6 mois.

Selon la cour de cassation, une période de congés payés, ouvrant droit au paiement d'indemnités soumises à cotisations, doit être considérée comme période de travail salarié pour l'ouverture du droit aux indemnités journalières.

*Cass. soc. 2 décembre 1999, n° 97-22.248*

L'assuré se trouvant en situation de maintien de droit à l'issue d'un arrêt de travail supérieur à 6 mois ne peut plus percevoir des indemnités journalières maladie en cas de prolongation de l'arrêt de travail initial supérieur à 6 mois. Ses droits sont épuisés au terme de l'article R. 313-3 2<sup>e</sup> du Code de la Sécurité sociale. En revanche, s'il remplissait les conditions d'ouverture du droit simple avant la période de maintien de droit, un nouvel arrêt de travail inférieur ou égal à 6 mois pourra être indemnisé.

*Circulaire CNAM DDRI n° 5-2002 du 10 janvier 2002*

Les périodes d'inactivité assimilées à un travail salarié sont considérées comme équivalentes à 6 fois la valeur du SMIC au 1<sup>er</sup> janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à 6 heures de travail salarié. Il s'agit :

- des journées indemnisées au titre de la maladie, de la maternité ou de l'invalidité à l'exclusion des journées indemnisées en application des articles L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale (personne en maintien de droit) et L. 311-5 du Code de la Sécurité sociale (personne percevant une allocation de remplacement : chômage, ASFNE) ;
- des journées d'interruption de travail pour maladie non indemnisées par la Sécurité sociale au titre des 3 jours de délai de carence ;
- des journées d'indemnisation suite à un accident du travail ainsi que les journées pendant lesquelles l'assuré perçoit, au titre de la même législation, une rente ou allocation correspondant à une incapacité permanente d'au moins 2/3 ;
- des journées d'interruption de travail pour maladie non indemnisées par la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré a épuisé tous ses droits et dans la mesure où l'incapacité physique de reprendre une activité est reconnue par le contrôle médical ;
- des périodes de stage effectuées dans un établissement de rééducation professionnelle par le titulaire d'une rente d'accident du travail ;
- des périodes de détention provisoire ;
- des journées au cours desquelles l'étudiant a été affilié à l'assurance maladie-maternité des étudiants ou au cours desquelles il a bénéficié des prestations.
- des journées de congé formation non rémunérées par l'employeur sont, quant à elles, équivalentes à 8 fois la valeur du SMIC au premier janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à 8 heures de travail salarié. Le nombre des journées décomptées ne peut être supérieur à 5 pour une semaine de stage.

*Article R. 313-9 du Code de la Sécurité sociale*

- les congés payés doivent être considérés comme des périodes de travail salarié pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces.

*Cass. soc. 2 décembre 1999, n° 97-22.248*

L'article R. 313-1-2 du Code de la Sécurité sociale fixe la date d'examen du droit au jour de l'interruption de travail c'est-à-dire à la date de l'arrêt effectif du travail. Il convient de préciser cette notion selon que l'assuré se trouve en situation de droit ou en situation de maintien de droit. En effet, en situation de droit, la date à retenir est bien celle de l'arrêt effectif (lendemain du dernier jour de travail indiqué par l'employeur). En revanche, en situation de maintien de droit, il s'agit de la date d'effet de la rupture du contrat de travail, c'est-à-dire celle de l'issue de la période correspondant, le cas échéant, à l'indemnité de préavis et à l'indemnité compensatrice de congés payés.

En cas de licenciement pendant une période de versement d'indemnité journalière, la date de perte de qualité d'assuré social est :

- soit celle de la dernière indemnité journalière si elle se situe au-delà de la date d'effet de rupture du contrat de travail ;
- soit la date d'effet de la rupture du contrat de travail si elle se situe au-delà de la fin d'indemnisation.

À défaut de remplir les conditions d'ouverture du droit, les assurés doivent justifier :

- soit d'un montant de cotisations au moins égal à 2 030 fois le SMIC sur les 12 mois civils précédant l'arrêt ;
- soit avoir effectué 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou de 365 jours consécutifs.

*Article R. 313-7 du Code de la Sécurité sociale*

Conformément au principe de subsidiarité du dispositif de maintien de droit (2<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale), une reprise de travail interrompt une situation de maintien de droit antérieure. Toutefois, ainsi que l'a précisé le ministère, une personne qui reprend une activité ne peut pas voir son droit réduit par rapport à la situation qui aurait été la sienne en l'absence de reprise de travail. En d'autres termes, lorsqu'une incapacité interrompt une activité insuffisante pour ouvrir droit aux prestations en espèces, celles-ci peuvent être attribuées si, en l'absence de reprise de travail, l'intéressé pourrait en bénéficier au titre du maintien de droit.

*Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale*

*Article L. 311-5 3<sup>e</sup> alinéa du Code de la Sécurité sociale*

Cette dérogation peut permettre également la reconnaissance des conditions aggravées d'ouverture de droit pour indemniser un arrêt au-delà de 6 mois survenant lors d'une reprise de travail insuffisante. Dans ce cas, la première ouverture de droit n'a pas à être remise en cause et ces conditions n'ont pas à être à nouveau examinées à la date dérogatoire d'examen du droit retenue pour l'indemnisation au-delà de 6 mois. Dans le même esprit, lorsqu'un assuré vient à percevoir à nouveau une des allocations visées au premier alinéa de l'article L. 311-5 (allocation de conversion, allocation d'assurance chômage ou allocation de solidarité chômage) après une précédente période d'indemnisation chômage dont la fin remonte à moins de 12 mois, le droit maintenu lors de la première de ces périodes reste maintenu de façon identique lors de la seconde période, même si, entre-temps l'assuré a effectué une reprise de travail, celle-ci étant génératrice d'un droit moindre que celui antérieur à la première période d'indemnisation chômage.

Cette mesure a un caractère général et peut s'appliquer dans toutes circonstances, par exemple, en cas de réduction de travail. Néanmoins, s'agissant d'une mesure dérogatoire, son application, estimée au cas par cas, doit rester exceptionnelle et relève de la seule appréciation de la caisse primaire.

*Circulaire DGR n° 21-94 du 3 mars 1994*

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever du régime général, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, bénéficient pendant 12 mois, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leurs droits aux prestations des assurances maladie, maternité, décès. Toutefois, si pendant cette période l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance-maladie, maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

*Article L. 161-8 du Code de la Sécurité sociale*

*Article R. 161-3 du Code de la Sécurité sociale*

Quelle que soit la situation de l'assuré pendant la période de maintien de droit (congé sans solde, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, chômeur ayant cessé d'être indemnisé, congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie recevant des soins palliatifs), il peut bénéficier des indemnités journalières maladie-maternité, dès lors que les conditions d'ouverture du droit étaient remplies en période de droits.

*Circulaire CNAMTS n° 58-2001 du 11 avril 2001*

## CONDITIONS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES

Pour bénéficier des prestations en espèces de l'assurance maladie, l'assuré doit justifier de la constatation médicale de l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail.

*Article L. 321-1 5<sup>e</sup> du Code de la Sécurité sociale*

L'incapacité de travail ouvrant droit au bénéfice des prestations en espèces de l'assurance maladie s'entend de l'incapacité totale de se livrer à une activité professionnelle quelconque.

*Cass. soc. 31 mai 2001, n° 00-12.299*

Un assuré incapable de reprendre son activité antérieure mais pouvant reprendre une autre activité professionnelle ne peut continuer à percevoir ses indemnités journalières.

*Cass. soc. 22 octobre 1998, n° 96-22916*

Peuvent prescrire un arrêt de travail :

- un médecin traitant ;
- un chirurgien-dentiste ;
- un médecin hospitalier (suite à une hospitalisation) ;
- une sage-femme si l'arrêt est prescrit à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique (limité à 15 jours, non renouvelable).

*Article D. 331-1 du Code de la Sécurité sociale*

Le médecin délivre une lettre d'avis d'interruption de travail comportant sa signature et la durée prévisible de l'incapacité. Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical de la caisse, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail, lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi d'indemnités journalières. Ils sont tenus, en outre, de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription.

*Article L. 162-4-1 du Code de la Sécurité sociale*

En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret.

*Article L. 162-4-4 du Code de la Sécurité sociale*

La prolongation d'un arrêt de travail, qui n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant donne lieu à indemnisation dans les cas suivants :

- lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ;
- lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin remplaçant le médecin traitant ;
- lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation.

En dehors de ces cas lorsque la prolongation d'un arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cette prolongation. Il en apporte la preuve par tous moyens à la demande l'organisme d'assurance maladie. Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

*Article R. 162-1-9-1 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2004-1448 du 23 décembre 2004*

Pour tout arrêt de travail supérieur à 3 mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail pour étudier et préparer, le cas échéant, les conditions et les modalités de reprise du travail ou envisager les démarches de formation. Le médecin conseil peut, à son initiative ou celle du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail. Lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin conseil en informe préalablement le médecin traitant. Dans tous les cas, l'assuré est également informé. Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail, après examen médical de pré reprise organisé avec l'accord de l'intéressé, communique au médecin conseil, sous vingt jours à compter de la réception de sa saisine, les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions afin de préparer le retour à l'emploi.

*Article D. 323-3 du Code de la Sécurité sociale*

L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

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

## **CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL**

Le praticien conseil du service du contrôle médical qui procède à l'examen du patient et estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée en informe directement l'assuré. La CPAM prononce la suspension des indemnités journalières à compter, sauf si le praticien en décide autrement, de la date à laquelle le patient a été informé.

*Article L. 315.2 du Code de la Sécurité sociale*

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur conclut soit à l'absence de justification d'un arrêt de travail, soit à l'impossibilité de procéder à l'examen médical de l'assuré, ce médecin transmet un rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de 48 heures. Ce rapport doit préciser si le médecin a ou non procédé à un examen médical de l'assuré.

*Article L. 315-1 du Code de Sécurité sociale*

Au vu du rapport du médecin diligenté par l'employeur, le service du contrôle médical peut :

- soit demander à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières ;
- soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré.

La situation de l'assuré est impérativement réexaminée si le rapport du médecin contrôleur fait état de l'impossibilité de procéder au contrôle. À l'issue de cet examen, le service du contrôle médical peut décider soit du maintien, soit de la suspension des indemnités journalières maladie.

*Article L. 315-1 du Code de Sécurité sociale*

Le versement des indemnités journalières ne peut être suspendu d'emblée que dans le cas où le médecin contrôleur a pu examiner l'assuré et a conclu à l'absence de justification de son arrêt de travail. Dans cette situation, l'assuré peut demander un nouvel examen de sa situation auprès du service médical dans un délai fixé par décret, courant à compter de la réception de l'information de la suspension de ses indemnités. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai de 4 jours. Si dans ce délai, l'assuré dont les indemnités journalières ont été suspendues se voit prescrire un nouvel arrêt, la reprise du versement de ces indemnités est subordonnée à un avis favorable du service du contrôle médical rendu dans un délai de 4 jours.

*Article 90 de la loi n° 2009-1946 du 24 décembre 2009 de financement de la Sécurité sociale pour 2010  
Décret n° 2010-957 du 24 août 2010*

La suspension des indemnités journalières n'est envisageable que si le médecin mandaté par l'employeur a effectivement procédé à un examen médical du salarié. En toute hypothèse, la CPAM reste libre de procéder à un nouvel examen. Elle peut suspendre le paiement d'indemnités journalières sans procéder à un nouvel examen.

Lorsque le versement des indemnités journalières est suspendu à la suite de l'intervention du médecin mandaté par l'employeur, le salarié peut contester cette décision en demandant à sa caisse d'assurance maladie de saisir le service de contrôle médical. Le délai dont dispose l'assuré pour ce recours est fixé à 10 jours francs à compter de la notification de la décision de suspension. Le délai imparti au service du contrôle médical pour se prononcer sur cette demande est fixé à 4 jours francs à compter de la réception de la saisine de l'assuré.

*Article D. 315-4 du Code de la Sécurité sociale*

Il arrive qu'un salarié obtienne la prolongation de son arrêt ou la prescription d'un nouvel arrêt après une 1<sup>ère</sup> décision de suspension des IJSS. Dans ces situations, la CPAM doit suspendre automatiquement le versement des indemnités journalières, puis saisir le service de contrôle médical. Ce service rend son avis dans un délai de 4 jours :

- soit il est favorable à la prolongation ou au nouvel arrêt de travail prescrit, auquel cas la CPAM versera rétroactivement des indemnités journalières ;
- soit il lui est défavorable et le salarié ne bénéficie plus des indemnités journalières.

*Circulaire CNAM 2008-46 du 29 août 2008*

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre.

*Article L. 315-1 II du Code de la Sécurité sociale*

Un salarié en arrêt de travail peut être examiné par un médecin à la suite d'une demande de contre visite émanant de l'employeur. S'il est constaté l'absence de justification de l'arrêt de travail, il doit transmettre son avis au service du contrôle médical de la CPAM. Si le service de la CPAM conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré.

*Article L. 315.1 II du Code de la Sécurité sociale*

Le médecin conseil peut informer directement l'assuré de la date à laquelle il décide de suspendre le versement des indemnités journalières, lorsqu'ayant procédé à son examen médical il constate que la prescription d'arrêt de travail n'est pas ou plus médicalement justifiée. La suspension intervient à compter de la date de la visite.

*Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003*

La date d'effet de l'arrêt de travail est fixée au jour de l'examen médical. En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans les 2 jours suivant la date d'interruption de travail, une lettre d'avis d'interruption de travail indiquant, d'après les prescriptions du médecin, la durée probable de l'incapacité de travail.

*Article R. 321-2 du Code de la Sécurité sociale*

En cas d'envoi à la caisse d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà du délai, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant la date de prescription de l'arrêt considéré. En cas de nouvel envoi tardif, sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile, le montant des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi est réduit de 50 %.

*Article D. 323-2 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2004-1454 du 23 décembre 2004*

La preuve de l'accomplissement, par l'assuré, des formalités requises pour bénéficier des indemnités journalières peut être apportée par tout moyen (feuilles de soins délivrées à l'assuré le jour même de la prescription de l'arrêt de travail).

*Cass. soc. 1<sup>er</sup> février 1996, n° 94-15.674*

Il appartient au salarié d'apporter la preuve qu'il a envoyé le document dans les délais requis.

*Cass. soc. 11 avril 2002, n°00-20.218 et n° 00-20.836*

La preuve de l'envoi ne peut pas résulter que des seules affirmations de l'assuré. En cas de prolongation de l'arrêt de travail initial, la même formalité doit être observée dans les 2 jours suivant la prescription de prolongation. Les indemnités journalières ne peuvent être versées à une date antérieure à la constatation médicale de l'état du malade.

*Cass. soc. 14 mars 1996, n° 94-15.801*

Dès lors qu'un avis de prolongation n'a pas été adressé à la caisse dans les délais requis, la caisse peut suspendre le paiement des indemnités journalières.

*Cass. soc. 30 novembre 2000, n° 99-12.348*

L'arrêt de travail doit être réel. L'indemnité journalière n'est versée que si l'employeur certifie que l'assuré a effectivement cessé son activité. L'assuré doit envoyer deux volets de l'avis d'arrêt de travail, délivré par le médecin traitant à sa caisse primaire d'assurance maladie ainsi qu'un autre volet à son employeur. L'employeur doit délivrer une attestation précisant la période d'interruption d'arrêt de travail et le nombre d'heures correspondant ainsi que les montants des salaires bruts versés pour ladite période.

Une caisse primaire d'assurance maladie est en droit de suspendre le paiement des indemnités journalières pour un assuré se trouvant absent de son domicile en dehors des heures de sorties autorisées dès lors que le contrôle est rendu impossible, même s'il ne s'agit pas d'une intention délibérée de se soustraire au contrôle de la caisse.

*Cass. soc. 17 avril 1994, n° 92-16.753*

## **NÉCESSITÉ D'UNE PERTE DE GAIN**

La jurisprudence a défini la notion de perte de gain qui conduit à un refus de prestations en espèces lorsque l'assuré ne peut invoquer une perte de salaire. Ce principe est entériné par des textes législatifs dans certains cas :

- congé parental ;
- préretraite FNE pendant la période des 12 mois suivant la cessation d'activité.

La modulation du temps de travail nécessite une adaptation des règles d'attribution. Dans ce cas, le critère à retenir est le mode de rémunération (périodicité de la paie) et non le mode d'exercice du travail dans l'entreprise. La période à indemniser se décompte comme dans les conditions de droit commun à partir de la date où le repos est à la fois prescrit et observé.

Les incapacités intervenues en périodes non travaillées non payées ne donnent pas lieu à versement d'indemnité journalière (absence de perte de gain). L'indemnisation débute donc au jour où l'assuré aurait dû reprendre le travail. Pour des raisons pratiques, cette indemnisation se poursuit de façon continue sans tenir compte des alternances, sauf opposition du médecin conseil, et dans la limite des règles de durée de droit. Pour les mêmes raisons pratiques, les incapacités intervenues en période de travail sont indemnisées de façon continue.

*Circulaire DGR n° 21-94 du 3 mars 1994*

Dans le cas de travail le week-end, une prescription d'arrêt pour une période s'étendant au plus du lundi au vendredi n'est pas indemnisable puisque le salarié ne subit pas de perte de salaire. Si la prescription d'arrêt englobe la période de travail habituelle alors, le salarié est indemnisé à compter de la date où il devait reprendre le travail lorsque la prescription intervient en période non travaillée.

Les précédentes dispositions ne sont pas applicables au travail à temps partiel mensualisé. En effet, en cas de mensualisation, le travail est effectué quelques jours par semaine et le salaire calculé en conséquence mais, étant payée mensuellement, la rémunération est considérée comme répartie sur l'ensemble du mois. L'indemnité journalière, conformément aux dispositions de l'article R. 323-4, est attribuée pour chaque jour du mois.

*Article L. 323-1 1<sup>er</sup> alinéa du Code de la Sécurité sociale*

La protection sociale attribuée à une personne exerçant une activité reconnue comme réduite par Pôle Emploi continue d'être celle maintenue au titre du chômage indemnisé. En conséquence, l'indemnité journalière est calculée sur la base des 3 dernières rémunérations antérieures à l'indemnisation débutée par Pôle Emploi.

*Circulaire CNAMTS n° 2001-106 du 13 août 2001*

### **Versement des prestations en espèces**

Les indemnités journalières peuvent être servies sur une durée maximale de 3 ans. L'indemnité journalière est due pour chaque journée d'arrêt de travail ouvrable ou non. Le nombre maximal d'indemnités journalières est fixé à 360 jours. L'assuré ne peut donc recevoir au maximum, pour une période quelconque de 3 années, plus de 360 indemnités journalières, que ce soit au titre d'une ou plusieurs maladies. En fait, la période de référence prise en compte pour le calcul du nombre d'indemnités correspond aux 3 années antérieures à la date de l'arrêt de travail prescrit.

*Articles L. 323-1 et R. 323-1 du Code de la Sécurité sociale*

La période de 3 ans à retenir se trouve modifiée au fur et à mesure que l'arrêt de travail se prolonge de telle façon qu'un assuré qui, au début de la maladie, n'a pu être indemnisé parce qu'il dépassait les 360 indemnités journalières, peut recevoir par la suite les indemnités journalières si, au cours d'une nouvelle période de 3 ans, le chiffre de 360 n'est pas atteint.

La Sécurité sociale applique un délai de carence de 3 jours en matière d'arrêt maladie. Les indemnités journalières ne sont versées qu'à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail. Le premier jour du délai de carence part du jour de l'examen médical, ou du lendemain si l'assuré a consulté le médecin au cours d'une journée où il a travaillé. Le délai de carence est retenu lors de chaque période d'arrêt de travail.

Les indemnités journalières sont payées directement à l'assuré par la CPAM. L'employeur qui maintient tout ou une partie du salaire de l'assuré en arrêt de travail, peut avec l'accord de l'assuré, obtenir la 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 auxdites indemnités pour la période considérée.

Lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de celui-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues. Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie tout ou partie du salaire pendant la période de maladie sans opérer cette déduction peut être subrogé par l'assuré dans ses droits aux indemnités journalières pour la période considérée, à condition que le salaire maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant des indemnités dues pour la même période. Dans les autres cas, l'employeur est seulement fondé à poursuivre auprès de l'assuré le recouvrement de la somme correspondant aux indemnités journalières, dans la limite du salaire maintenu pendant la même période. L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas de maladie, peuvent en informer la caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

*Article R. 323-11 du Code de la Sécurité sociale*

L'employeur n'est subrogé dans les droits du salarié aux indemnités journalières de Sécurité sociale que dans la limite des sommes qu'il a effectivement versées à l'intéressé au titre de la rémunération dont celui-ci bénéficie pendant ses absences pour maladie ou accident. Dès lors que le montant des indemnités journalières est plus élevé que la rémunération versée par l'employeur au salarié, l'entreprise doit reverser la différence au salarié.

*Article R. 323-11 du Code de la Sécurité sociale*

Les indemnités journalières perçues par un assuré durant un arrêt de travail, peuvent être d'un montant supérieur à celui de sa rémunération mensuelle. Aux termes de l'article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale : «il est tenu compte du salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond» (de cotisation vieillesse). Ainsi, dans l'hypothèse où l'une des paies incluses dans la période de référence (3 mois précédant la date d'interruption de travail lorsque le salaire ou l'activité ont un caractère régulier) est supérieure aux salaires habituels parce que comportant des primes, gratifications ou autres avantages soumis à cotisation, l'indemnité journalière servie sera effectivement d'un montant plus élevé que la rémunération versée par l'employeur. Aucun texte de portée générale, ne précise l'utilisation de ces sommes excédentaires mais la jurisprudence de la Cour de cassation a clairement établi que l'employeur n'était subrogé dans les droits du salarié aux indemnités journalières que dans la limite des sommes qu'il lui a effectivement versées au titre de la rémunération servie pendant ses absences. En conséquence, dans de telles situations, le différentiel est versé directement à l'assuré salarié.

*Circulaire CNAMTS n° 2001-106 du 13 août 2001*

## CONTRÔLE MÉDICAL

L'assuré en arrêt de travail est tenu de se soumettre à tout contrôle médical. Si l'assuré n'est pas présent à son domicile lors d'un contrôle, en dehors des heures autorisées, il peut être convoqué dans les 8 jours devant le contrôle médical. Dans le cas où le contrôle est impossible, la caisse est en droit de supprimer le versement des indemnités journalières. Toutefois, la caisse primaire d'assurance-maladie ne peut suspendre le service des prestations en espèces dès lors que l'absence de l'assuré est motivée par certaines nécessités de la vie courante (par exemple : assuré se trouvant obligé de prendre un repas à l'extérieur) bien que l'assuré ait pris ses dispositions dans l'éventualité d'un contrôle. Une CPAM est en droit de supprimer les indemnités journalières maladie à un assuré qui a rendu impossible son contrôle en débranchant l'interphone afin de se reposer, peu importe que l'assuré n'ait pas cherché à se soustraire volontairement au contrôle de la caisse.

*Cass. soc. 27 mai 1993, n° 91-14.465*

L'assuré doit apporter la preuve de l'envoi de l'arrêt de travail qui permet à la caisse d'organiser son contrôle. Une caisse peut suspendre le paiement des indemnités journalières à un salarié qui quitte la circonscription de la caisse sans autorisation préalable.

*Cass. soc. 26 janvier 1995, n° 91-20827*

Lorsqu'un agent de contrôle n'a pu accéder au domicile du malade en raison d'un code non porté à la connaissance de la caisse et du fait que l'interphone n'était pas encore en service ; la caisse ne doit pas suspendre le paiement des indemnités journalières dans la mesure où l'assuré n'a pas cherché à se soustraire au contrôle de la caisse ni volontairement enfreint le règlement intérieur.

*Cass. soc. 16 juin 1994, n° 92-14612*

Par principe, le versement des indemnités journalières de Sécurité sociale est 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<sup>e</sup>, 9 décembre 2010, n° 09-14.575 et n° 09-16.140*

A la même date, la Cour de cassation valide aussi le fait que la suspension du contrat de travail d'un salarié pour cause de maladie, suspend l'exercice d'un mandat représentatif (CHSCT en l'espèce) y compris pendant les heures de sorties autorisées.

*Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 9 décembre 2010, n° 09-17.449*

Le régime des heures de sorties autorisées est assoupli par décret. Le praticien indique sur l'arrêt de travail :

- soit que les sorties ne sont pas autorisées ;
- soit qu'elles le sont. Dans ce cas, l'assuré doit rester présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux.

Toutefois, le praticien peut, par dérogation à cette disposition, autoriser les sorties libres. Dans ce cas, il porte sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant.

*Article R. 323-11-1 du Code de la Sécurité sociale*  
*Décret n° 2007-1348 du 12 septembre 2007*

Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

*Article L. 315-1 du Code de la Sécurité sociale*

Tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service de contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation. En cas de suspension du service des indemnités journalières, la caisse en informe l'employeur.

*Article L. 315-2 du Code de la Sécurité sociale*

Les arrêts continus de moins de 6 mois ou les arrêts répétitifs sur la base d'un critère de fréquence des prescriptions d'arrêt sont contrôlés. Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation par le bénéficiaire :

- d'observer les prescriptions du praticien ;
- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ;
- de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, la caisse peut retirer, à titre de pénalités, tout ou partie des indemnités journalières dues.

## ATTESTATION DE SALAIRE MALADIE ET REMPLISSAGE

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

**[www.gereso.com/edition/absences/attestsalairemaladie.pdf](http://www.gereso.com/edition/absences/attestsalairemaladie.pdf)**

L'assuré doit produire une attestation établie par son employeur selon le modèle CERFA indiqué ci-dessus. Cette attestation sert à déterminer le montant de l'indemnité journalière qui sera servie. Cette attestation de salaire est à présent dématérialisée. Cette dématérialisation à la source, c'est-à-dire chez l'employeur, entraîne un certain nombre de conséquences quant à la gestion des pièces justificatives. Les premières sont relatives à la signature de l'assuré sur les formulaires dématérialisés (EFI ou EDI), les secondes ont trait à la valeur juridique des messages et pièces jointes aux envois. La signature de l'assuré(e) est requise pour les congés maternité et paternité lors de l'engagement à cesser toute activité pendant la durée dudit congé. Au demeurant la cessation d'activité est une obligation légale qui s'impose à l'assuré(e).

*Article L. 331-3 alinéa 1 in fine du Code de la Sécurité sociale*

La signature de l'assuré(e) est également requise pour l'acceptation de la subrogation par l'employeur. Dans ces deux cas, dès lors que la dématérialisation des attestations de salaire est réalisée à la source, chez l'employeur, soit par le remplissage d'un formulaire en ligne (EFI) soit par la génération d'un fichier structuré issu de son système d'information (EDI) il n'est physiquement et techniquement pas possible de faire signer l'assuré. Dans ces conditions, la signature de l'assuré(e) ne doit pas être exigée pour les attestations de salaire dématérialisées ce qui n'empêche pas la mise en œuvre des contrôles relatifs à la cessation d'activité pendant la durée des congés maternité et paternité sur le fondement de l'article L. 331-3 précité.

La lettre-réseau LR-DFC-8/2005 du 21 janvier 2005 rappelle qu'une pièce justificative est une pièce qui démontre la véracité d'une situation. Par ailleurs, l'article 1316-1 du Code civil précise que l'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité. La pièce justificative, quels qu'en soient le support et ses modalités de transmission seront donc opposables à la condition que son émetteur soit identifié et que le flux correspondant soit sécurisé, afin de garantir l'intégrité du document.

Un arrêté du 28 juin 2013 fixe le nouveau modèle d'attestation de salaire à utiliser en cas de d'arrêt de travail pour maladie non professionnelle, congé de maternité ou d'adoption, congé de paternité et d'accueil de l'enfant, ou pour la femme enceinte dispensée de travail.

Ce formulaire porte le numéro Cerfa 11135\*03 et peut être obtenu auprès des organismes d'assurance maladie. Il est également disponible sur les sites internet [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr) pour remplissage à l'écran et/ou impression ([www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/arrêt-maladie/l-8217-attestation-de-salaire/une-obligation-legale.php](http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/arrêt-maladie/l-8217-attestation-de-salaire/une-obligation-legale.php)). Les employeurs ne doivent donc plus utiliser l'ancien formulaire.

*Arrêté du 28 juin 2013, JO 16 juillet*

### Attestation de salaire

L'attestation de salaire est obligatoire. C'est sur la base de cette attestation que l'Assurance Maladie examine le droit aux indemnités journalières et en réalise le calcul. Établir une attestation de salaire est obligatoire pour tout arrêt de travail ou congé quel qu'en soit le motif : maladie, maternité, paternité, adoption, accident du travail ou maladie professionnelle. Cette obligation légale s'impose à tout employeur, que celui-ci soit une entreprise ou un particulier.

- si le ou la salariée a plusieurs employeurs, chacun d'eux devra établir une attestation de salaire ;
- si l'employeur refuse d'établir une attestation de salaire lors de l'arrêt de travail ou du congé, il risque d'encourir des sanctions prononcées par le Tribunal des Prud'hommes.

C'est sur la base des éléments portés sur l'attestation de salaire que l'Assurance Maladie détermine si le salarié(e) remplit les conditions requises pour avoir droit aux indemnités journalières pendant son arrêt de travail ou son congé et, si tel est le cas, en calcule le montant. Les indemnités journalières lui seront ensuite versées, ou à l'employeur en cas de subrogation.

L'attestation de salaire est à remplir :

- dès réception de l'avis d'arrêt de travail dans le cas d'un arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle ;
- dès le début du congé dans le cas d'un congé maternité, d'un congé paternité ou d'un congé d'adoption.

Lorsque le salarié(e) reprend son travail, l'employeur doit en principe en informer sa caisse d'Assurance Maladie : il faut établir une nouvelle attestation de salaire sur laquelle l'employeur doit la date de reprise effective du travail.

L'attestation de salaire comprend 5 zones qu'il convient de remplir avec soin. En effet, c'est en fonction des renseignements fournis que l'Assurance Maladie va déterminer si le salarié(e) remplit les conditions requises pour avoir droit aux indemnités journalières, en calculer le montant, et les lui verser (ou à l'employeur en cas de subrogation). Pour commencer, dans le titre du formulaire, il convient de cocher la case adaptée à la situation du salarié : « maladie », « maternité » ou « paternité » selon les cas cela permet d'indiquer le motif de l'arrêt de travail et de savoir le salaire de référence à prendre en compte.

### **Zone 1 : Employeur**

L'employeur doit indiquer ses coordonnées complètes et son numéro SIRET. Si la société est une entreprise de travail temporaire, il faut cocher la case prévue à cet effet.

### **Zone 2 : Assuré(e)**

Dans cette zone, il faut indiquer les renseignements suivants concernant le salarié(e) :

- son numéro de Sécurité sociale (15 chiffres au total) ;
- son état-civil (indiquer le nom de jeune fille pour une femme mariée) ;
- sa catégorie professionnelle (exemples : ouvrier qualifié, vendeur, cadre, apprenti, etc.).

### **Zone 3 : Renseignements permettant l'étude des droits**

Le motif de l'arrêt : indiquer par exemple « maladie » dans la case intitulée « situation à la date de l'arrêt ».

La date du dernier jour de travail du salarié : noter le dernier jour de présence, même si la journée de travail n'a pas été achevée.

La date de reprise du travail : si l'employé n'a pas encore repris son travail, cocher la case « non repris à ce jour ».

La reprise à temps partiel : cocher cette case si le médecin a prescrit au salarié la reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique, appelée aussi mi-temps thérapeutique.

Si l'employé exerce une activité à caractère continu :

- indiquer le montant des cotisations salariales acquittées (au taux de 0,75 %) et calculées sur les rémunérations qu'il a perçues au cours des six derniers mois civils précédant la date de début de son congé ;
- ou cocher la case « plus de 200 h » si les 200 heures de travail ont bien été effectuées au cours des trois mois civils (ou 90 jours consécutifs) précédant la date de début du congé.

Si le salarié exerce une profession à caractère discontinu (intermittent du spectacle, artiste auteur, saisonnier, intérimaire, travailleur à domicile, etc.) :

- indiquer le montant de ses cotisations salariales acquittées au titre de l'assurance maladie (au taux 0,75 %) et calculées sur les rémunérations perçues au cours des douze mois civils (ou 365 jours consécutifs) précédant la date de début de son congé ;
- ou cocher la case « plus de 800 h » si les 800 heures de travail ont bien été effectuées au cours des douze mois civils (ou des 365 jours consécutifs) précédant la date de début de son congé.

### **Zone 3bis : Salaires de référence**

Le calcul de l'indemnité journalière repose sur deux éléments :

- la période de référence : pour un salarié, il faut prendre en compte les trois derniers salaires précédant la date de début de congé ; pour les professions à caractère discontinu, les revenus perçus dans les douze mois précédant la date de début de congé ;
- les salaires de référence pris en considération sont ceux inclus dans la période de référence ; ce sont les salaires bruts après cotisations, c'est-à-dire les salaires soumis aux cotisations légales, réglementaires, conventionnelles et à la Contribution Sociale Généralisée (C.S.G.).

Il convient de veiller à bien reporter une paie par ligne, suivant la périodicité (exemple : les trois dernières paies échues pour un salarié payé au mois ; les six dernières paies échues s'il est rémunéré à la quinzaine). Il faut toujours préciser si les salaires indiqués sont des montants bruts ou nets, afin d'éviter tout retard ou erreur dans le calcul des indemnités journalières. Sur le formulaire d'attestation de salaire, la case « salaire rétabli » est à remplir lorsque le salarié n'a pas travaillé trois mois consécutifs dans l'entreprise. Une nouvelle base de calcul, dite « salaire rétabli » ou « salaire reconstitué », est alors effectuée pour permettre le calcul de son indemnité journalière. En cas d'absence non autorisée ou de contrat de travail à temps partiel, il n'y a pas lieu à rétablir le salaire.

Dans ce cas, l'employeur doit compléter :

- le motif de l'absence avec les sigles appropriés (voire au verso de l'attestation : par exemple MAL pour maladie ou COP pour congés payés, etc.) ;
- le nombre d'heures réellement effectuées par le salarié ;
- le nombre d'heures qu'aurait réellement accompli le salarié s'il avait pu travailler à temps complet à ce poste ;
- le salaire rétabli sur la base de l'emploi à temps complet.

Si la personne chargée du remplissage de l'attestation rencontre des difficultés pour remplir cette rubrique, l'employeur peut adresser les photocopies des bulletins de paie à la caisse d'Assurance Maladie du salarié.

### **Zone 4 : attestation sur l'honneur**

Le salarié doit signer l'attestation sur l'honneur en cas de congé maternité, paternité ou adoption. Le ou la salarié(e) s'engage ainsi à bien cesser toute activité :

- pendant au moins huit semaines pour la future mère qui part en congé maternité ;
- pendant toute la durée légale du congé paternité pour le père (entre un à onze jours).

### **Zone 5 : demande de subrogation**

Lorsqu'un accord de branche ou la convention collective de l'entreprise le prévoit, l'employé peut continuer à toucher un salaire total ou partiel pendant son congé. L'employeur peut alors demander la subrogation. Pour finir, il faut dater et signer l'attestation de salaire avant de l'envoyer.

## L'attestation de salaire en ligne

Il est possible de faire l'attestation de salaire directement en ligne. Cette possibilité est ouverte aux chefs d'entreprise, responsables de la paie et des déclarations sociales, responsables des ressources humaines... Ceci a pour but de gérer plus facilement et plus rapidement les arrêts de travail des salarié(e)s. Pour ce faire, l'employeur doit se connecter sur, sur le site net-entreprises, et s'inscrire au service « Attestation de salaire ». Entièrement sécurisé et gratuit (hors coût de la connexion internet), fiable et rapide, ce service permet de gérer facilement tout type d'arrêt de travail : en quelques clics, l'attestation est remplie et transmise automatiquement à la caisse d'Assurance Maladie du salarié(e). L'attestation de salaire en ligne est un service proposé aux employeurs dont les salariés dépendent du régime général d'Assurance Maladie, mais accessible uniquement aux entreprises disposant d'un numéro SIRET. Aussi, un particulier employeur, ne peut pas utiliser ce service en ligne.

## Salaire de référence

Les indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) de maladie non professionnelle sont égales à 50 % du gain journalier de base (2/3 à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail pour les assurés ayant au moins 3 enfants à charge). Les modalités de calcul du gain journalier de base varient selon la périodicité de la paie. Par exemple, le gain journalier de base d'un salarié mensualisé est égal à 1/91,25 du brut soumis à cotisations des 3 dernières payes antérieures à l'arrêt de travail.

Alors que le salaire de référence était le Plafond Mensuel de Sécurité Sociale, il est depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 limité à 1,8 fois le SMIC. Le salaire retenu pour déterminer le gain journalier de base servant à calculer les IJSS est désormais pris en compte au titre de chaque paie dans la limite de 1,8 SMIC calculé sur la base de la durée légale du travail.

*Article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale*

Pour un salarié mensualisé et avec un SMIC horaire à 9,43 €, le salaire mensuel devrait être pris en compte dans la limite de 2 574,45 €. Avant cette réforme, on se référait au plafond de la sécurité sociale soit 3 086,00 € en 2013. Cela a pour effet de minorer le montant des IJSS. Le montant maximal des IJSS est désormais plafonné aux montants suivants :

- en principe : 1/730 de 1,8 SMIC calculé sur la base de la durée légale du travail, soit 42,32 € au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (au lieu de 50,73 € avec les anciennes règles) ;
- à compter du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail pour les assurés ayant au moins 3 enfants à charge : 1/547,5 de 1,8 SMIC, soit 56,43 € au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (au lieu de 67,64 € avec les anciennes règles).

*Article R. 323-9 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2011-1957 du 26 décembre 2011, JO du 27 décembre*

L'administration précise que ce nouveau calcul concerne les seuls arrêts ayant débuté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les arrêts ayant débuté avant ne sont pas concernés pas plus que ceux qui se prolongent après cette date. Le plafond pris en compte dans ces cas est donc le plafond mensuel de la sécurité sociale pour la totalité de la période indemnisée. Toutefois, en cas d'affection de longue durée, il convient de comparer les IJSS dues en raison d'un nouvel arrêt prescrit en 2012 avec l'ancien mode de calcul lorsque l'arrêt initial a été prescrit en 2011. L'administration confirme que cette réforme concerne les seules IJSS maladie à l'exclusion des IJ maternité, paternité, adoption ainsi que celles versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Le capital décès n'est pas non plus concerné par la réforme.

L'administration précise encore que le SMIC pris en compte correspond, dans le cas général d'un salaire versé mensuellement, à celui des trois payes antérieures à la date d'interruption de travail. En pratique, pour un arrêt en février 2012, il convient donc de prendre en compte les valeurs successives du SMIC en novembre, décembre et janvier 2012.

*Circulaire DSS/SD2 n° 2011-497 du 30 décembre 2011*

Un rappel de salaire afférant à la période de référence (3 dernières paies) mais versé ultérieurement à cette période est exclu du gain journalier de base pour déterminer le calcul de l'indemnité journalière.

*Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 22 janvier 2009, n° 07-21504*

### Exemple

*Arrêt de travail en mars 2011. Les salaires de l'assuré sont les suivants :*

- décembre 2012 = 1 600 € ;
- janvier 2013 = 2 220 € ;
- février 2013 = 3 000 €.

*Les salaires seront pris en compte pour le calcul, dans la limite du plafond soit :*

- décembre 2012 = 1 600 € ;
- janvier 2013 = 2 220 € ;
- février 2013 = 2 574,45 €.

*Soit 6 394,45 €.*

Le gain journalier de base s'établit de la façon suivante :

**Salaires bruts des 3 mois précédents l'arrêt de travail dans la limite du PMSS / 91,25**

Dans l'exemple précédent cela donne un gain journalier de base de 6 394,45 € / 91,25 soit 70,08 €.

L'indemnité journalière maladie brute se calcule quant à elle de la façon suivante :

**Gain journalier de base x 50 %**

Dans l'exemple précédent, le montant de l'indemnité journalière brute est de 70,08 € x 50 % soit 35,04 €.

Le gain journalier servant au calcul de l'indemnité journalière est déterminé en fonction de la périodicité des paies :

- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des 3 dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire est réglé mensuellement ;
- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des 6 dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire est réglé 2 fois par mois ;
- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des paies des 3 mois antérieurs à la date d'interruption de travail lorsque le salaire est réglé journallement ;
- 1/84<sup>e</sup> du montant des 6 dernières paies antérieures à la date d'interruption de travail lorsque le salaire est réglé toutes les 2 semaines ;
- 1/84<sup>e</sup> du montant des 12 dernières paies antérieures à la date d'interruption de travail lorsque le salaire est réglé chaque semaine ;
- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des paies des 3 mois antérieurs à la date d'interruption de travail lorsque le salaire n'est pas réglé au moins 1 fois par mois, mais l'est au moins 1 fois par trimestre ;
- 1/365<sup>e</sup> du montant du salaire des 12 mois antérieurs à la date d'interruption de travail lorsque le travail n'est pas continu ou présente un caractère saisonnier.

*Article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale*

Si l'assuré percevant les indemnités journalières a, au moins, trois enfants à charge, l'indemnité est égale à 2/3 du gain journalier de base et ce, à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu.

Le montant maximum de l'indemnité journalière est égal à 1/720<sup>e</sup> du plafond annuel de Sécurité sociale en vigueur le jour de l'arrêt de travail :

- soit au **1<sup>er</sup> janvier 2013** :  $30\,893,36 \text{ €} / 730 = \mathbf{42,32 \text{ €}}$  ;
- soit au **1<sup>er</sup> janvier 2013** :  $30\,893,36 \text{ €} / 547,50 = \mathbf{56,43 \text{ €}}$ , en cas de majoration pour 3 enfants à charge.

Le montant minimum de l'indemnité journalière n'est versé que si l'arrêt de travail a une durée supérieure à 6 mois. Le montant minimum est attribué à compter du premier jour du 7<sup>e</sup> mois. Son montant est égal à 1/365<sup>e</sup> du montant minimum des pensions d'invalidité (AVTS), soit au **1<sup>er</sup> avril 2013** :  $3\,359,80 \text{ €} / 365 = \mathbf{9,20 \text{ €}}$ .

Le décret prévoit que la nouvelle réglementation s'applique aux assurés dont la période d'indemnisation débute à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, mais, par simplification, on retient comme fait générateur de l'application de la nouvelle réglementation la date de l'arrêt de travail. La nouvelle réglementation est applicable aux arrêts de travail débutant à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010 et donnant lieu, compte tenu du délai de carence de trois jours (article R. 323-1, 1<sup>o</sup>, du Code de la Sécurité sociale), à indemnisation à compter du 4 décembre. Ainsi, la réforme ne s'applique pas aux arrêts de travail ayant débuté avant le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et toujours en cours à cette date. De même, elle ne s'applique pas aux prolongations, au sens de l'article L. 162-4-4 du Code de la Sécurité sociale, d'un arrêt de travail initial prescrit antérieurement au 1<sup>er</sup> décembre 2010. Dans ces deux cas de figure, la date de l'arrêt de travail étant antérieure au 1<sup>er</sup> décembre 2010, les indemnités journalières seront calculées sur la base de 360 jours pour la totalité de la période indemnisée. S'agissant des affections de longue durée, la nouvelle réglementation s'applique aux arrêts de travail débutant à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, peu importe que ces arrêts soient en lien avec une affection de longue durée reconnue antérieurement à cette date. Ce cas de figure est différent de celui de la prolongation d'un arrêt de travail initial : on est là en présence d'arrêts de travail successifs, même si ces arrêts ont une cause médicale unique.

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

#### **Assuré cotisant sur des bases forfaitaires**

Pour les assurés cotisant sur des bases forfaitaires comme les employés de maison, les stagiaires de formation professionnelle, les adultes rémunérés par l'État ou autre, les indemnités journalières sont déterminées en fonction du salaire forfaitaire sur la base duquel ont été calculées les cotisations pendant la période de référence.

Pour les journalistes à la pige, VRP, travailleurs à domicile, artistes et musiciens de spectacle, mannequins, les indemnités journalières sont calculées sur la rémunération ayant donné lieu à précompte au cours des 4 trimestres civils qui précèdent l'arrêt de travail. Les indemnités journalières sont calculées dans la limite du plafond de Sécurité sociale, du salaire réglé lors de chaque paie durant la période de référence et servant de base au calcul de la cotisation pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès. Le montant de chacun des salaires compris dans la période de référence, servant de base au calcul de l'indemnité journalière s'apprécie lors de chaque paie dans la limite du plafond correspondant à la périodicité de celle-ci et non par référence à un salaire mensuel moyen calculé sur l'ensemble de l'année.

En cas de changement d'emploi ou d'employeur au cours de la période de référence, une comparaison est faite entre le montant global des rémunérations effectivement perçues dans les différents emplois avec celui auquel l'assuré aurait pu prétendre s'il avait travaillé chez le dernier employeur durant toute la période de référence. C'est le montant le plus élevé qui est retenu.

S'il y a un changement du mode de rémunération, l'indemnité journalière est calculée sur la base de la rémunération la plus proche de l'arrêt de travail considérée comme ayant été en vigueur durant toute la période de référence. Ainsi en est-il lorsque la paie horaire devient mensuelle.

Lorsque la maladie est survenue au cours d'une période d'inactivité (chômage, congés, ...) l'indemnité est calculée sur la base de la rémunération perçue avant la date de cessation effective de travail.

Si la période de référence est incomplète (tel peut-être le cas pour les nouveaux immatriculés ou en cas de reprise d'activité salariée depuis peu de temps), l'indemnité est calculée sur une base de rémunération fictive, rétablie comme si l'assuré avait travaillé pendant toute la période de référence.

Pour les salariés travaillant à temps partiel, lorsque l'assiette des cotisations fait l'objet d'un abattement (par application des dispositions des articles R. 242-7 à R. 242-11 du Code de la Sécurité sociale), il est tenu compte du salaire brut perçu par l'assuré, sans abattement, dans la limite du plafond correspondant.

#### **Régularisation annuelle des salaires (colonnes 4 et 5)**

En cas de régularisation annuelle des salaires, le montant des sommes ayant donné lieu à régularisation se répartit, pour le calcul de l'indemnité journalière en cas de maladie, sur une période d'une durée égale à la période à laquelle s'applique la régularisation effectuée et qui suit immédiatement cette dernière période.

*Article R. 362-2 du Code de la Sécurité sociale*

Aussi, si au cours de l'année civile qui précède la période de référence, un versement régularisateur de cotisations est intervenu, l'employeur indique ces sommes sur l'attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières maladie-maternité, en précisant la période et les sommes concernées.

#### **Exemple : arrêt de travail en mai 2013**

*Salaires de référence : février, mars, avril 2013.*

*Salaires de régularisation à prendre en compte : période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012.*

#### **Exemple : arrêt de travail en mars 2013**

*Salaires de référence : décembre 2012, janvier et février 2013.*

*Salaires de régularisation à prendre en compte : période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 et période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012.*

#### **Maladie et congés payés**

L'indemnité journalière est calculée sur la base des salaires antérieurs à la date d'arrêt effectif du travail précédant les congés payés. Par exemple, si le dernier jour de travail est le 24 juillet et que le salarié est en congés payés du 25 juillet au 20 août, si la maladie est constatée le 3 août alors les salaires de référence seront les mois d'avril, mai et juin.

Si la maladie est constatée le 23 août (après la reprise du travail) alors les salaires de référence sont les mois de mai, juin et juillet.

Après l'évolution de jurisprudence sur l'accident de trajet, la question de savoir si un salarié pouvait prétendre à l'acquisition de congés payés, au titre de la période de suspension de son contrat de travail pour maladie non professionnelle, restait en suspens. La Cour de cassation a refusé cette assimilation pour la maladie ordinaire, appliquant strictement les dispositions du code du travail énumérant les périodes considérées comme du travail effectif pour la détermination de la durée du congé.

*Article L. 3141-5 du Code du travail*

Ainsi, sauf usage ou disposition conventionnelle plus favorable, un salarié ne peut pas prétendre à l'acquisition de congés payés en cas de suspension du contrat pour maladie ordinaire.

*Cass. Soc, 13 mars 2013, n° 11-22.285*

## RÉGIMES SOCIAL ET FISCAL DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE

Lorsque l'arrêt de travail est supérieur à trois mois, le montant de l'indemnité journalière peut être revalorisé par application de coefficients fixés par arrêté. Dans ce cas, la revalorisation est 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 est alors effectuée sur la base du salaire normal de sa catégorie professionnelle. Il peut également s'agir d'une augmentation prévue par un accord collectif concernant une ou plusieurs entreprises signataires de la convention collective.

*Articles L. 323-4 et R. 323-6 du Code de la Sécurité sociale*

Les indemnités journalières maladie versées par les organismes de Sécurité sociale et la mutualité sociale agricole ou pour leur compte, sont soumises à l'impôt sur le revenu suivant les règles applicables aux traitements et salaires.

*Article 80 quinquies du Code général des impôts*

Cependant, ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu, les indemnités allouées aux personnes atteintes d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Si l'employeur bénéficie de la subrogation, il déclare les rémunérations dont il a la charge effective (salaire diminué des indemnités journalières).

Les indemnités journalières maladie sont soumises au remboursement de la dette sociale. Le taux est fixé à 0,5 % et prélevé à compter du 1<sup>er</sup> février 1996. La CRDS est précomptée directement par la caisse primaire d'assurance-maladie. En cas de subrogation de l'employeur celui-ci, doit tenir compte de ce prélèvement.

*Circulaire CNAMTS ACCG n° 9/96 - DGR n° 7/96 du 31 janvier 1996*

Les indemnités journalières sont soumises à CSG. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, le taux de la CSG est fixé à 6,2 %. Le nouveau taux de CSG sur les indemnités journalières est applicable aux prestations servies au titre d'arrêts de travail postérieurs au 31 décembre 1997.

*Circulaire DSS/SDF-GSS/SB n° 97-833 du 31 décembre 1997*

La CSG est précomptée sur le montant brut de l'indemnité par les organismes débiteurs. 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 de cotisation le montant brut de l'indemnité. L'organisme débiteur doit indiquer à l'employeur ce montant brut.

*Circulaire DSS/SDF-GSS/SB n° 96-785 du 31 décembre 1996*

Les indemnités journalières maladie ne sont, par contre, pas cotisables.

## LES AFFECTIONS « LONGUE DURÉE »

### Indemnité journalière en cas d'arrêt lié à une Affection de Longue Durée (ALD)

Lorsque l'assuré est atteint d'une affection de longue durée telle que définie à l'article L. 324-1 du Code de la Sécurité sociale, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption. La continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

- 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 ; Un assuré exerçant simultanément une activité salariée et non-salariée, atteint d'une affection longue durée, doit cesser également son activité non-salariée sauf s'il est autorisé par sa caisse primaire d'assurance maladie ;
- 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.

Dans le cadre d'une affection longue durée, aux termes de la lettre ministérielle du 23 novembre 1964, le délai de carence n'est retenu qu'une seule fois au cours d'une même période de 3 ans, soit lors du premier arrêt de travail ayant servi à déterminer cette période de 3 ans. Il est cependant à noter qu'en cas de rechute précédée d'une reprise de travail d'une durée minimale d'un an, il est ouvert un nouveau délai de 3 ans. Il est alors appliqué un délai de carence à l'occasion du premier arrêt de la nouvelle période de 3 ans.

*Articles L. 323-1-1° et R. 323-1-3° du Code de la Sécurité sociale*

En cas de rechute ALD, il y a lieu de faire une comparaison entre le montant de l'indemnité journalière tel que calculé sur la base des salaires précédant la rechute à indemniser et le montant de l'indemnité journalière servi au dernier jour du précédent arrêt de travail en rapport avec l'affection considérée.

*Circulaire ministérielle n° 44-SS du 18 avril 1956*

*Article 50 du RICP*

Une telle comparaison ne peut être effectuée qu'au sein d'une même période de 3 ans, pendant laquelle des indemnités journalières sont susceptibles d'être versées à un assuré au titre d'une affection longue durée et ne peut donc être appliquée dès lors que la période de 3 ans est échu.

*Articles L. 323-1-1° et R. 323-1-3° du Code de la Sécurité sociale*

Il convient de rappeler que, contrairement à la règle de majoration pour enfant à charge, cette comparaison ne s'effectue pas au regard d'une indemnité journalière servie pour un arrêt d'une durée supérieure à six mois.

*Circulaire DGR - n° 42/98 du 28 avril 1998*

La rechute doit elle-même avoir été indemnisée pendant plus de six mois avant de donner lieu à majoration pour compensation de CSG. Lorsque l'assuré souffre de plusieurs affections de longue durée, les dispositifs précités sont appliqués, le cas échéant, pour chaque affection considérée.

*Circulaire CNAM du 13 août 2001*

### **Affections concernées**

Les conditions d'attribution sont remplies dès l'instant où la caisse, après avis du contrôle médical, reconnaît que l'assuré est atteint :

- d'une maladie figurant sur la liste des 30 maladies au titre des affections de longue durée ;
- d'une maladie ne figurant pas dans le tableau lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement réunies :
  - le malade est atteint soit d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant,
  - cette ou ces affections nécessite(nt) un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements.

*Article R. 322-6 du Code de la Sécurité sociale*

Les compétences liées à la gestion des affections longue durée sont transférées au directeur de la caisse locale ou, à défaut, au directeur de la caisse régionale d'assurance maladie.

*Décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008*

Pour limiter les différences de traitement entre assurés présentant une affection de longue durée hors liste, le ministère de la santé propose aux médecins conseils d'assurance maladie, un certain nombre de critères leur permettant de prendre leurs décisions d'admission ou de renouvellement d'ALD. Le caractère insuffisamment explicite des critères, tel que « traitement particulièrement coûteux » peut entraîner une disparité d'application. La circulaire définit 5 éléments dont 3 doivent être remplis « dont obligatoirement le traitement médicamenteux ou l'appareillage. La durée d'exonération lors de la 1<sup>re</sup> admission doit être fixée selon le « potentiel évolutif de l'affection » soit en principe 2 ans, voire 5 ans pour les cas les plus graves.

*Circulaire DSS/SD1MCGR n° 2009-308 du 8 octobre 2009*

Le médecin atteste qu'il a pris connaissance du protocole de soins et que ses prescripteurs figurant sur l'ordonnance bizona, sont conformes au protocole de soins.

*Article D. 324-1 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 2004-1050 du 4 octobre 2004 - JO du 5 octobre*

En matière de prestations en nature, le bénéficiaire reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Il s'agit d'une personne atteinte d'une maladie inscrite sur la liste des 30 maladies. La liste comporte en annexe des critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

*Article L. 322.3 du Code de la Sécurité sociale*

En cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à 6 mois : l'assuré peut être pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité, après avis du contrôle médical. La décision prononçant la suppression de la participation, prise sur avis du contrôle médical par la caisse primaire d'assurance-maladie, fixe la durée de la période pour laquelle elle est valable. La décision d'exonération peut être renouvelée à l'expiration de cette période s'il est reconnu, sur avis du contrôle médical, que le malade est toujours traité pour une affection inscrite sur la liste. La décision de renouvellement fixe la durée de la période pour laquelle elle est valable.

Le bénéficiaire reconnu, par le contrôle médical, atteint d'une affection non inscrite sur la liste des 30 maladies et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, voit sa participation supprimée pour les frais d'analyses ou d'examens de laboratoires relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

*Article D. 615-1 du Code de la Sécurité sociale*

*Décret n° 92-720 du 23 juillet 1992*

Pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant et le médecin-conseil établissent conjointement un protocole de diagnostic et de soins. Ce protocole définit les actes et les prestations nécessités par l'affection pour lesquels le patient bénéficie d'une prise en charge à 100 % du tarif de convention ou d'une limitation du ticket modérateur.

*Article L. 324.1 du Code de la Sécurité sociale*

## **Prestations en espèces**

Le délai de carence de 3 jours n'est appliqué qu'une seule fois. En cas d'arrêts de travail successifs dus à l'affection de longue durée, l'assuré bénéficie de l'indemnisation dès le premier jour de chaque arrêt.

L'assuré atteint d'une affection de longue durée peut percevoir les indemnités journalières sans interruption durant 3 ans. La période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie, est calculée de date à date pour chaque affection.

Dans le cas d'interruption suivie d'une reprise de travail, un nouveau délai de 3 ans est ouvert dès l'instant où la reprise d'activité a, au moins duré, un an sans que cette période ait été interrompue du fait de l'affection de longue durée au titre de laquelle a été servie l'indemnité journalière dont le versement constitue le point de départ du délai de 3 ans.

*Cass. soc. 20 janvier 1994, n° 91-15.878*

Le montant de l'indemnité journalière en cas d'affection de longue durée est identique à celui de l'indemnité journalière maladie.

Le gain journalier servant au calcul de l'indemnité journalière est déterminé en fonction de la périodicité des paies :

- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des 3 dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire est réglé mensuellement ;
- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des 6 dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire est réglé 2 fois par mois ;
- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des paies des 3 mois antérieurs à la date d'interruption de travail lorsque le salaire est réglé journallement ;
- 1/84<sup>e</sup> du montant des 6 dernières paies antérieures à la date d'interruption de travail lorsque le salaire est réglé toutes les 2 semaines ;
- 1/84<sup>e</sup> du montant des 12 dernières paies antérieures à la date d'interruption de travail lorsque le salaire est réglé chaque semaine ;
- 1/91,25<sup>e</sup> du montant des paies des 3 mois antérieurs à la date d'interruption de travail lorsque le salaire n'est pas réglé au moins 1 fois par mois, mais l'est au moins 1 fois par trimestre ;
- 1/365<sup>e</sup> du montant du salaire des 12 mois antérieurs à la date d'interruption de travail lorsque le travail n'est pas continu ou présente un caractère saisonnier.

*Article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale*

Si l'assuré percevant les indemnités journalières a, au moins, trois enfants à charge, l'indemnité est égale à 2/3 du gain journalier de base et ce, à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu.

Le montant maximum de l'indemnité journalière est égal à 1/730<sup>e</sup> du plafond annuel de Sécurité sociale en vigueur le jour de l'arrêt de travail :

- soit au **1<sup>er</sup> janvier 2013** :  $30\,893,36 \text{ €} / 730 = \mathbf{42,32 \text{ €}}$  ;
- soit au **1<sup>er</sup> janvier 2013** :  $30\,893,36 \text{ €} / 547,50 = \mathbf{56,43 \text{ €}}$ , en cas de majoration pour 3 enfants à charge.

Le montant minimum de l'indemnité journalière n'est versé que si l'arrêt de travail a une durée supérieure à 6 mois. Le montant minimum est attribué à compter du premier jour du 7<sup>e</sup> mois. Son montant est égal à 1/365<sup>e</sup> du montant minimum des pensions d'invalidité (AVTS), soit au **1<sup>er</sup> avril 2013** :  $3\,359,80 \text{ €} / 365 = \mathbf{9,20 \text{ €}}$ .

En cas de changement d'employeur au cours de la période de référence, le gain le plus élevé est pris en considération. Est reconstitué :

- soit un salaire théorique, comme s'il avait travaillé chez le dernier employeur pendant toute la période de référence ;
- soit le gain réel résultant de la somme des salaires effectivement perçus par les différents employeurs.

En cas de changement de mode de paiement (paie mensuelle au lieu d'une paie hebdomadaire), le calcul est effectué en tenant compte du salaire le plus proche de l'arrêt de travail (salaire qu'il aurait perçu s'il avait travaillé).

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 50 % du gain journalier de base tel que défini ci-dessus. Si l'assuré percevant les indemnités journalières a au moins 3 enfants à charge, l'indemnité est égale à 2/3 du gain journalier de base et ce, à partir du 31<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu. Les enfants peuvent être considérés à charge jusqu'à l'âge de 20 ans pour ouvrir droit à la majoration de l'indemnité journalière d'un assuré.

### Liste des affections « longue durée »

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Aplasie médullaire et autres cytopénies chroniques ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH) ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Hypertension artérielle sévère ;
- Infarctus coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Maladie de Parkinson ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- Paraplégie ;
- Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- Affections psychiatriques de longue durée ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- Spondylarthrite ankylosante grave ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active, lèpre ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ;
- Virus de l'immunodéficience humaine (syndrome immunodéficitaire acquis).

*Décret n° 2004 - 1049 du 4 octobre 2004 - JO du 5 octobre*



## DROIT DU TRAVAIL

La maladie non professionnelle du salarié n'est pas très encadrée par la loi. Il est donc nécessaire de rechercher dans la convention collective applicable, voire dans les usages d'entreprise, la conduite à suivre en cas d'arrêt maladie du salarié.

### DROITS ET OBLIGATIONS DU SALARIÉ

La suspension du contrat de travail pour cause de maladie non professionnelle implique la double obligation pour le salarié :

- de prévenir son employeur ;
- de justifier cette absence par l'envoi du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail.

Les modalités de l'envoi du certificat médical sont fréquemment prévues par la convention collective ou des accords collectifs de branche ou interprofessionnels. A défaut de précision, la loi de mensualisation prévoit que le salarié doit justifier de son arrêt de travail auprès de l'employeur, dans les 48 heures.

*Loi du 19 janvier 1978 relatif à la mensualisation*

Les accords collectifs peuvent prévoir que le respect des modalités conventionnelles conditionne le bénéfice des garanties de ressources elles-mêmes conventionnelles. C'est le plus souvent la convention collective ou le règlement intérieur de l'entreprise qui détermine quel délai de prévenance le salarié doit respecter. Il est préférable de prévenir l'employeur, au moins par téléphone, dès le premier jour d'absence, pour que celle-ci ne soit pas considérée comme injustifiée.

En l'absence de toute disposition, légale ou conventionnelle, la jurisprudence considère que le délai d'envoi du certificat médical doit être « raisonnable », c'est-à-dire de quelques jours seulement.

Le non-respect de la double obligation de prévenir l'employeur et d'envoyer un certificat médical peut caractériser la faute du salarié. Les sanctions de celle-ci sont fonction de sa gravité. Elles peuvent aller jusqu'au licenciement. En tout état de cause, le salarié dont l'absence est injustifiée ne doit pas être considéré, de ce seul fait, comme démissionnaire. En effet, la démission ne peut résulter que d'une volonté claire et non équivoque de démissionner.

La qualification de la faute dépend de la possibilité ou de l'impossibilité pour le salarié d'adresser un certificat médical à l'employeur dans les plus brefs délais. S'il s'avère que le salarié était dans l'impossibilité matérielle ou physique de remplir son obligation, notamment parce qu'il est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, son licenciement pour faute grave est injustifié. Le fait que l'employeur était au courant de l'état de santé du salarié ôte le caractère fautif à l'absence injustifiée.

### Exemple

*Ne constitue pas une faute grave le fait pour un salarié d'omettre d'envoyer à l'employeur la prolongation de son arrêt de travail, dès lors que l'employeur a été informé de l'arrêt de travail initial du salarié, par l'envoi d'un certificat médical. C'est une faute susceptible d'être sanctionnée disciplinairement mais ce n'est pas une faute grave susceptible de priver le salarié de son préavis et de son indemnité de rupture, en cas de licenciement.*

*Cass. soc. 11 janvier 2006, n° 04-41231*

### Exercice d'une activité pendant un arrêt-maladie

Le fait d'exercer une activité de loisirs ou professionnelle pendant l'arrêt maladie ne démontre pas systématiquement que le salarié est capable de travailler. Ainsi, le certificat médical peut autoriser des heures de sortie ou permettre un repos « à la campagne », ce qui permet au salarié de se soustraire plus ou moins au contrôle de l'employeur ou de la Sécurité sociale sur ses activités. Tout dépend de l'activité entreprise par le salarié pendant son arrêt maladie. La jurisprudence tient compte :

- du caractère pénible et de la rémunération de l'activité exercée ;
- de la compatibilité de cette activité avec l'état de santé du salarié ;
- de la fréquence des absences du salarié.

Aussi, lorsque le salarié exerce une activité professionnelle rémunérée, ou pour son compte, pendant un arrêt de travail pour maladie, sa faute grave peut être reconnue, si cette activité est manifestement incompatible avec son état de santé ou si elle permet de remettre en cause son indisponibilité. À l'inverse, ne devrait pas constituer une faute grave le fait d'exercer une activité, essentiellement de loisirs, autorisée par le médecin ou, tout du moins, compatible avec l'état de santé du salarié, sans qu'il existe un but lucratif permanent.

### Exemple

*Dès lors qu'aucun acte de déloyauté n'a été commis, le fait pour un salarié de se trouver sur un stand de brocante un dimanche matin, pendant un arrêt de travail médicalement justifié, ne constitue pas une cause réelle et sérieuse de licenciement. En effet, il ne s'agit pas d'un manquement à ses obligations contractuelles.*

*Cass. soc. 21 mars 2000, n° 97-44370*

### 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 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*

### **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 de maladie 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<sup>e</sup>, 9 décembre 2010, n° 09-17.449*

### **Congés payés**

Le salarié absent pour maladie 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 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.

Après l'évolution de jurisprudence sur l'accident de trajet, la question de savoir si un salarié pouvait prétendre à l'acquisition de congés payés, au titre de la période de suspension de son contrat de travail pour maladie non professionnelle, restait en suspens. La Cour de cassation a refusé cette assimilation pour la maladie ordinaire, appliquant strictement les dispositions du code du travail énumérant les périodes considérées comme du travail effectif pour la détermination de la durée du congé.

*Article L. 3141-5 du Code du travail*

Ainsi, sauf usage ou disposition conventionnelle plus favorable, un salarié ne peut pas prétendre à l'acquisition de congés payés en cas de suspension du contrat pour maladie ordinaire.

*Cass. Soc, 13 mars 2013, n° 11-22.285*

### **Ancienneté**

Les absences pour maladie 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 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 maladie est assimilée à du temps de travail effectif pour les droits que le salarié tire de son ancienneté.

### **Période d'essai**

La période d'essai peut être prolongée d'une durée strictement équivalente à la durée de l'absence du salarié, sauf disposition conventionnelle ou contractuelle excluant expressément la prise en compte de l'absence. Cette prolongation, à distinguer du renouvellement de la période d'essai, est justifiée par l'objet même de l'essai : apprécier les compétences professionnelles du salarié. En effet, l'employeur n'est pas en mesure de juger les capacités de l'intéressé pendant son absence.

### **Contre-visite médicale**

En contrepartie de son obligation d'assurer une indemnisation complémentaire au salarié en arrêt maladie, 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 salariés en arrêt maladie 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 en arrêt maladie 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 cause de maladie 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 malade 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*

Toutefois, il est désormais possible de rompre un CDD suite à une inaptitude constatée par le médecin du travail.

#### **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 maladie 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 réalisées 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° 07-45656*

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<sup>e</sup> 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 (Code du travail article L. 1226-2). 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° 09-66.954*

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 une absence maladie**

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*

## PAIE

La suspension du contrat de travail débute avec l'arrêt de travail consécutif à la maladie et ne prend fin qu'après la visite médicale de reprise lorsqu'elle est nécessaire.

*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 DE MALADIE

### Les conditions pour bénéficier du maintien de salaire

Sauf, convention collective plus favorable, la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 sur la mensualisation, entérinant l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, et qui imposait une indemnisation minimale de la part de l'employeur, en cas d'accident et de maladie, a été abrogée. Un nouveau régime d'indemnisation complémentaire employeur a été mis en place par un accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, puis 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 (3 ans auparavant) ;
- 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 indemnifiés dans les 12 mois précédents. 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.

	Ancienneté	Indemnisation à 90 %	Indemnisation à 2/3
<b>Durée d'indemnisation et montant du salaire brut déduction faite des indemnités de Sécurité sociale</b>	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 maladie, cette indemnisation complémentaire versée par l'employeur débute à partir du 8<sup>e</sup> 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. Mais il n'est pas possible de déduire les sommes perçues par le salarié au titre d'une assurance individuelle souscrite par lui.

*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 du non-respect de son règlement intérieur, elles sont réputées servies intégralement pour le calcul de l'indemnisation complémentaire employeur.

*Article D. 1226-6 du Code du travail*

### **Exemple**

*Un salarié est absent pour maladie à compter du 4 janvier 2013 et jusqu'au 31 mai 2013. Il a une ancienneté de 5 ans. L'indemnisation interviendra à compter du 11 janvier 2013. Le salarié sera indemnisé à hauteur de 90 % de son salaire jusqu'au 9 février 2013. Il sera ensuite indemnisé à hauteur de 2/3 de son salaire jusqu'au 11 mars 2013. La période allant du 12 mars 2013 au 31 mai 2013 n'est pas indemnisée.*

*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<sup>er</sup> jour de l'arrêt.*

*Si, dans l'exemple précédent, le salarié avait été indemnisé pour un arrêt du 1<sup>er</sup> au 20 décembre 2012, 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 premier janvier de l'année suivante.*

*Cass. soc. 14 octobre 2009, n° 07-44.834*

### **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, et 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<sup>er</sup> 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 la 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 maladie ;
- 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 n'a pu effectivement être utilisé.

*Circulaire du Ministre des Transports - 24 décembre 1982*

### **Versement des primes**

Sauf disposition conventionnelle plus favorable, les absences pour maladie 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 l'un et/ou l'autre jour de travail encadrant 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 arrêt maladie durant le mois d'avril 2013 avec un salaire habituel de 2 275,05 € par mois.*

*SBI = salaire brut initial (salaire à maintenir)*

*Complément employeur = SBI - IJSS*

*Indemnités journalières = (2 275,05 x 3 / 91,25) x 50 % = 37,40 €*

*Indemnités journalières brutes = 37,40 x (30-3) = 1 009,80 €*

*Indemnités journalières nettes de 942,14 € (CSG à 6,20 % et CRDS à 0,50 %)*

Le bulletin suivant illustre le bulletin habituel du salarié présent l'intégralité du mois et qui travaille.

□

**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

<b>SALAIRE (Base 151,67 H)</b>	<b>2275,05</b>
<b>ABSENCE MALADIE</b>	<b>-2275,05</b>
<b>MAINTIEN DE SALAIRE</b>	<b>2275,05</b>
<b>SALAIRE BRUT</b>	<b>2275,05</b>

COTISATIONS SOCIALES	BASE	PART SALARIALE		PART PATRONALE	
		TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
CRDS	2260,34	0,50%	11,30168413		
CSG Déductible	2260,34	5,10%	115,2771781		
CSG Non Déductible	2260,34	2,40%	54,2480838		
<b>VIELLESSE</b>					
TA	2275,05	6,75%	153,57	8,40%	191,10
Totalité	2275,05	0,10%	2,28	1,60%	36,40
<b>URSSAF AUTRES</b>					
ALLOC FAMILIALES	2275,05			5,40%	122,85
ACCIDENT DU TRAVAIL	2275,05			1,30%	29,58
MALADIE	2275,05	0,75%	17,06	12,80%	291,21
Cont. Solidarité Autonomie	2275,05			0,30%	6,83
FNAL	2275,05			0,50%	11,38
VERSEMENT TRANSPORT	2275,05			2,00%	45,50
TAXE PREVOYANCE	25,10			8,00%	2,01
<b>CHOMAGE</b>					
TA + TB	2275,05	2,40%	54,60	4,00%	91,00
AGS	2275,05		0,00	0,40%	9,10
<b>RETRAITE COMPLEMENT.</b>					
ARRCO T1	2275,05	3,00%	68,25	4,50%	102,38
ARRCO T2	0,00	8,00%	0,00	12,00%	0,00
AGFF T1	2275,05	0,80%	18,20	1,20%	27,30
AGFF T2	0,00	0,90%	0,00	1,30%	0,00
<b>PREVOYANCE/MUTUELLE</b>					
MUTUELLE			16,00		16,00
PREVOYANCE TA	2275,05	0,35%	7,96	0,31%	6,96
PREVOYANCE TT	2 275,05	0,05%	1,14	0,09%	2,14
<b>TOTAL DES RETENUES</b>			<b>519,88</b>		<b>991,73</b>

<b>NET A PAYER</b>	<b>1 755,17</b>
<b>CSG/CRDS</b>	<b>65,55</b>
<b>NET IMPOSABLE</b>	<b>1 820,72</b>

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 bulletin suivant montre le même salarié qui est absent l'intégralité du mois d'avril 2013 avec un maintien de salaire brut. On constate alors qu'il gagne plus que s'il avait travaillé. Cela s'explique par le fait que les indemnités journalières ne sont pas soumises à cotisations sociales.

□

**BULLETIN DE SALAIRE**

SALARIE	EMPLOYEUR
Nom et Prénom :	Nom ou Raison sociale :
Adresse :	Adresse :
N° SS :	N° SIRET :
Emploi :	URSSAF :
Coefficient :	Convention collective :
	APE :

Période du : 1 au 30 avril 2013

<b>SALAIRE (Base 151,67 H)</b>	<b>2275,05</b>
<b>ABSENCE MALADIE</b>	<b>-2275,05</b>
<b>MAINTIEN DE SALAIRE</b>	<b>2275,05</b>
<b>SALAIRE BRUT</b>	<b>2275,05</b>

COTISATIONS SOCIALES	BASE	PART SALARIALE		PART PATRONALE	
		TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
CRDS	2260,34	0,50%	11,30168413		
CSG Déductible	2260,34	5,10%	115,2771781		
CSG Non Déductible	2260,34	2,40%	54,2480838		
<b>VIELLESSE</b>					
TA	2275,05	6,75%	153,57	8,40%	191,10
Totalité	2275,05	0,10%	2,28	1,60%	36,40
<b>URSSAF AUTRES</b>					
ALLOC FAMILIALES	2275,05			5,40%	122,85
ACCIDENT DU TRAVAIL	2275,05			1,30%	29,58
MALADIE	2275,05	0,75%	17,06	12,80%	291,21
Cont. Solidarité Autonomie	2275,05			0,30%	6,83
FNAL	2275,05			0,50%	11,38
VERSEMENT TRANSPORT	2275,05			2,00%	45,50
TAXE PREVOYANCE	25,10			8,00%	2,01
<b>CHOMAGE</b>					
TA + TB	2275,05	2,40%	54,60	4,00%	91,00
AGS	2275,05		0,00	0,40%	9,10
<b>RETRAITE COMPLEMENT.</b>					
ARRCO T1	2275,05	3,00%	68,25	4,50%	102,38
ARRCO T2	0,00	8,00%	0,00	12,00%	0,00
AGFF T1	2275,05	0,80%	18,20	1,20%	27,30
AGFF T2	0,00	0,90%	0,00	1,30%	0,00
<b>PREVOYANCE/MUTUELLE</b>					
MUTUELLE			16,00		16,00
PREVOYANCE TA	2275,05	0,35%	7,96	0,31%	6,96
PREVOYANCE TT	2 275,05	0,05%	1,14	0,09%	2,14
<b>TOTAL DES RETENUES</b>			<b>519,88</b>		<b>991,73</b>

<b>NET A PAYER</b>	<b>1 755,17</b>
<b>CSG/CRDS</b>	<b>65,55</b>
<b>NET IMPOSABLE</b>	<b>1 820,72</b>

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 par le salarié. 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/CDRS 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. Ces dernières restent à la charge du salarié. 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 » est égale à : GN = 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 - $SBI < P + \frac{IJSS}{1 - T}$	$SRB = \frac{SBI (1 - T) - (IJSS \text{ nettes} + P (t - T))}{1 - t}$
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 (97 % x 7,50 %) 7,275 %

CRDS (97 % x 0,50 %) 0,485 %

Assurance-maladie 0,75 %

Assurance vieillesse déplafonnée 0,10 %

Assurance vieillesse plafonnée 6,65 %

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.

Nous reprendrons les mêmes données que l'exemple du maintien pris pour le salaire brut afin d'illustrer le maintien de salaire net et l'application de la garantie sur le net sans déduction de la CSG et de la CRDS.

□

**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

<b>SALAIRE (Base 151,67 H)</b>	<b>2275,05</b>
<b>ABSENCE MALADIE</b>	<b>-2275,05</b>
<b>MAINTIEN DE SALAIRE</b>	<b>2275,05</b>
<b>IJSS BRUTE</b>	<b>-1009,80</b>
<b>GARANTIE SUR LE NET</b>	<b>-199,49</b>
<b>SALAIRE BRUT</b>	<b>1065,76</b>

COTISATIONS SOCIALES	BASE	PART SALARIALE		PART PATRONALE	
		TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
CRDS	1067,37	0,50%	5,3368612		
CSG Déductible	1067,37	5,10%	54,43598424		
CSG Non Déductible	1067,37	2,40%	25,61693376		
<b>VIELLESSE</b>					
TA	1065,76	6,75%	71,94	8,40%	89,52
Totalité	1065,76	0,10%	1,07	1,60%	17,05
<b>URSSAF AUTRES</b>					
ALLOC FAMILIALES	1065,76			5,40%	57,55
ACCIDENT DU TRAVAIL	1065,76			1,30%	13,85
MALADIE	1065,76	0,75%	7,99	12,80%	136,42
Cont. Solidarité Autonomie	1065,76			0,30%	3,20
FNAL	1065,76			0,50%	5,33
VERSEMENT TRANSPORT	1065,76			2,00%	21,32
TAXE PREVOYANCE	20,26			8,00%	1,62
<b>CHOMAGE</b>					
TA + TB	1065,76	2,40%	25,58	4,00%	42,63
AGS	1065,76		0,00	0,40%	4,26
<b>RETRAITE COMPLEMENT.</b>					
ARRCO T1	1065,76	3,00%	31,97	4,50%	47,96
ARRCO T2	0,00	8,00%	0,00	12,00%	0,00
AGFF T1	1065,76	0,80%	8,53	1,20%	12,79
AGFF T2	0,00	0,90%	0,00	1,30%	0,00
<b>PREVOYANCE/MUTUELLE</b>					
MUTUELLE			16,00		16,00
PREVOYANCE TA	1065,76	0,35%	3,73	0,31%	3,26
PREVOYANCE TT	1 065,76	0,05%	0,53	0,09%	1,00
<b>TOTAL DES RETENUES</b>			<b>252,73</b>		<b>473,77</b>

<b>IJSS NETTES</b>	<b>942,14</b>
<b>NET A PAYER</b>	<b>1 755,17</b>
<b>CSG/CRDS</b>	<b>30,95</b>
<b>NET IMPOSABLE</b>	<b>843,99</b>

Payé le :

Par virement du :

*Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin sans limitation de durée*

### Exemple

Voici l'exemple du 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<sup>er</sup> au 30 avril 2013.

**Etape 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. Nous calculons la perte selon la méthode horaire réelle conformément aux préconisations de la Cour de cassation (se reporter à la partie « congés enfant malade » pour plus de précisions). Ce salarié travaillant 35 heures hebdomadaires à raison de 7 heures par jour, sa carence est la suivante :  $(1\ 800 \times 35) / 154 = 409,09$  €, soit une perte de salaire de 409,09 €.

**Etape 2** : calcul du complément de salaire sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociale.

Indemnités journalières maladie :  $1\ 800 \times 3 / 91,25 \times 50\% = 29,59$  € bruts soit 27,61 € nets par jour. Le salarié étant absent pendant l'intégralité du mois d'avril, le montant total des indemnités journalières sera de 798,93 € bruts soit 745,40 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  $1\ 620 - 798,93 - 409,09 = 411,98$  €.

□ **BULLETIN DE SALAIRE**

SALARIÉ	EMPLOYEUR
Nom et Prénom : Adresse : N° SS : Emploi : Coefficient :	Nom ou Raison sociale : Adresse : N° SIRET : URSSAF : Convention collective :
Période du : 1 au 30 avril 2013	
<b>SALAIRE (Base 151,67 H)</b>	<b>1800,00</b>
<b>ABSENCE MALADIE</b>	<b>-1800,00</b>
<b>MAINTIEN DE SALAIRE</b>	<b>1620,00</b>
<b>IJSS BRUTE</b>	<b>-798,93</b>
<b>CARENCE</b>	<b>-409,09</b>
<b>SALAIRE BRUT</b>	<b>411,98</b>

  

COTISATIONS SOCIALES	BASE	PART SALARIALE		PART PATRONALE	
		TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
CRDS	422,42	0,50%	2,11209135		
CSG Déductible	422,42	5,10%	21,54333177		
CSG Non Déductible	422,42	2,40%	10,13803848		
<b>VIEILLESSE</b>					
TA	411,98	6,75%	27,81	8,40%	34,61
Totalité	411,98	0,10%	0,41	1,60%	6,59
<b>URSSAF AUTRES</b>					
ALLOC FAMILIALES	411,98			5,40%	22,25
ACCIDENT DU TRAVAIL	411,98			1,30%	5,36
MALADIE	411,98	0,75%	3,09	12,80%	52,73
Cont. Solidarité Autonomie	411,98			0,30%	1,24
FNAL	411,98			0,50%	2,06
VERSEMENT TRANSPORT	411,98			2,00%	8,24
TAXE PREVOYANCE	17,65			8,00%	1,41
<b>CHOMAGE</b>					
TA + TB	411,98	2,40%	9,89	4,00%	16,48
AGS	411,98		0,00	0,40%	1,65
<b>RETRAITE COMPLEMENT.</b>					
ARRCO T1	411,98	3,00%	12,36	4,50%	18,54
ARRCO T2	0,00	8,00%	0,00	12,00%	0,00
AGFF T1	411,98	0,80%	3,30	1,20%	4,94
AGFF T2	0,00	0,90%	0,00	1,30%	0,00
<b>PREVOYANCE/MUTUELLE</b>					
MUTUELLE			16,00		16,00
PREVOYANCE TA	411,98	0,35%	1,44	0,31%	1,26
PREVOYANCE TT	411,98	0,05%	0,21	0,09%	0,39
<b>TOTAL DES RETENUES</b>			<b>108,29</b>		<b>193,74</b>

  

<b>IJSS NETTES</b>	<b>745,4</b>
<b>NET A PAYER</b>	<b>1 049,09</b>
<b>CSG/CRDS</b>	<b>12,25</b>
<b>NET IMPOSABLE</b>	<b>315,94</b>

Payé le : \_\_\_\_\_ Par virement du : \_\_\_\_\_

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin sans limitation de durée

## 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 malade 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, et plafonnée au niveau du salaire le plus élevé versé dans l'entreprise, et dans les limites de 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. L'ancienneté est considérée ici comme la durée totale d'appartenance à l'entreprise sans que soient 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'une maladie il n'y a lieu à aucun rétablissement de salaire. La RSP est donc amputée.

*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 de maladie, 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*

### **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 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*

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*

L'intéressement peut varier selon les unités de travail mais cette notion 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. Ce n'est pas le cas en maladie non professionnelle.

*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 de maladie non professionnelle, 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 exclusion des 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. Un accord prévoyant une pondération de la répartition de l'intéressement plus que proportionnelle à la durée de l'absence est illégal. 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<sup>e</sup>, 16 décembre 2003, n° 02-30.904*

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<sup>er</sup> 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 ou non, 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*

