

# PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

---

## DROIT AUX PRESTATIONS

### PRESTATIONS ACCORDEES

Les prestations accordées aux bénéficiaires de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles comprennent :

- la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables, les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption de travail ;
- l'indemnité journalière due à la victime pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail ;
- les prestations autres que les rentes, dues en cas d'accident suivi de mort ;
- pour les victimes atteintes d'une incapacité permanente de travail, une indemnité en capital lorsque le taux de l'incapacité est inférieur à un taux de 10 %, une rente au-delà de ce taux et, en cas de mort, les rentes dues aux ayants droit de la victime.

*Article L. 431-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié par la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 – JO du 18 décembre 2008*

### PRESCRIPTIONS

#### Victimes et ayants droit

Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations (remboursement de soins, indemnités, etc.) se prescrivent par 2 ans à compter :

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

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

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

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

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

*Cass. soc. 3 mars 1994 - M. Delaine c/ Entreprise Lagrange et autre*

La prescription biennale concernant les actions en remboursement des prestations ne vise que les prestations indûment servies à la victime, l'action en remboursement exercée par la caisse primaire d'assurance maladie contre l'employeur, qui a déclaré tardivement l'accident du travail en application de l'article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale (demande de remboursement des prestations en cas de déclaration tardive) demeure soumise à la prescription de droit commun (10 ans).

*Cass. soc. 7 avril 1994 - Société Vidéo Loisirs c/ CPAM des Yvelines*

*Articles L. 471-1, L. 162-1-14 du Code de la Sécurité sociale modifiés par Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011*

En cas d'accident susceptible d'entraîner la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la prescription de deux ans opposable aux demandes d'indemnisation complémentaire visée aux articles L. 452 1 et suivants du Code de la Sécurité sociale est interrompue par l'exercice de l'action pénale pour les mêmes faits. Et la reconnaissance de la faute inexcusable n'implique pas que l'accident ait été pris en charge comme tel par l'organisme social. En conséquence, la CPAM peut être saisie d'une demande tendant à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur moins de deux ans après le jugement correctionnel.

*Cass. civ. II, 8 octobre 2009 – n° 08.17.141*

## **CAISSE PRIMAIRE COMPETENTE**

Les prestations sont supportées par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle la victime est affiliée.

Toutefois, en cas d'accidents successifs survenus à un même travailleur, la caisse primaire compétente pour le dernier accident assume la charge des rentes afférentes à chacun des accidents du travail antérieurs. Cette caisse a qualité pour assurer la gestion desdites rentes et notamment pour recevoir tous documents, procéder à tous contrôles, prendre toute décision et exercer toute action y étant relative.

La caisse assume également la charge des prestations et indemnités autres que les rentes qui seraient dues postérieurement au transfert de la rente.

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

## PRESTATIONS EN NATURE

### LIBRE CHOIX DU PRATICIEN

La victime d'un accident du travail conserve le libre choix de son médecin, de son pharmacien et le cas échéant, des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin.

Est puni d'une amende de 12 000 € et d'un emprisonnement de 3 mois quiconque, par menaces, don, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, aura attiré ou tenté d'attirer les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie et aura porté atteinte à la liberté de la victime de choisir son médecin et son pharmacien.

Est puni des mêmes peines tout médecin ayant sciemment dénaturé les conséquences de l'accident ou de la maladie dans les certificats médicaux.

Est également puni des mêmes peines quiconque, par promesses ou menaces, aura influencé ou tenté d'influencer une personne témoin d'un accident du travail à l'effet d'altérer la vérité.

*Article L. 471-4 du Code de la Sécurité sociale modifié par Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit*

### TIERS PAYANT

La victime d'un accident du travail bénéficie du tiers payant ; elle n'a pas à faire l'avance des frais.

La caisse verse directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés à son état ainsi que pour se soumettre aux contrôles nécessaires, selon les barèmes et tarifs appliqués.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident, sauf en cas de dépassement de tarif, et dans la mesure de ce dépassement.

La caisse primaire d'assurance maladie ne peut couvrir les frais d'hospitalisation, de traitement et, le cas échéant, de transport de la victime dans un établissement privé que si cet établissement a été agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux.

Les victimes d'accidents du travail peuvent être soignées dans les établissements fondés par les caisses d'assurance maladie ou dans les établissements mutualistes conformément aux dispositions applicables.

Dans le cas où la victime est hospitalisée dans une clinique privée dont les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement hospitalier public de même nature le plus proche, la caisse primaire, sauf cas d'urgence et circonstances exceptionnelles, n'est tenue au paiement des frais que dans les limites de son tarif de responsabilité.

### TICKET MODERATEUR

La victime d'accident du travail est exonérée du ticket modérateur et est remboursée à 100% du tarif de convention pour l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement.

La participation forfaitaire de 1 € créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 est due par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

## Remboursement

Le remboursement est subordonné à l'inscription au tarif interministériel des prestations sanitaires.

Des pansements ne figurant pas dans la nomenclature ne peuvent être pris en charge par la Sécurité sociale même s'ils sont nécessaires au traitement.

*Cass. soc. 16 février 1995 - URSSM c/ Sroka (Union régionale des secours minière)*

## PRISE EN CHARGE DES SOINS APRES CONSOLIDATION

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

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

Des soins destinés à atténuer les douleurs résultant des séquelles d'un accident du travail doivent être pris en charge au titre de la législation sur les accidents du travail, indépendamment de tout état d'aggravation de l'état de la victime ou de l'existence d'une rechute.

## SUIVI MEDICAL RENFORCE

En cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à 6 mois, la caisse fait procéder périodiquement à un examen spécial conjoint de la victime par le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale en vue d'établir un protocole de soins. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé de la victime et des avancées thérapeutiques, définit notamment les actes et prestations nécessités par le traitement de l'accident ou de la maladie professionnelle, compte tenu, le cas échéant, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. Ce protocole est signé par la victime.

*Décret n° 2006-77 du 30 juin 2006 – JO du 2 juillet 2006*

Le service des prestations est subordonné au respect par la victime de l'obligation :

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

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

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

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

## INDEMNITES JOURNALIERES

### GENERALITES

En cas d'arrêt de travail dû à un accident du travail et pour compenser la perte de salaire, la victime peut percevoir des indemnités journalières.

### Point de départ de l'indemnisation

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

Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail.

### Durée d'indemnisation

Les indemnités journalières sont servies pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2 du Code de la Sécurité sociale.

*☞ L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai de 1 mois au cours duquel l'employeur doit reclasser ou licencier le salarié, mentionné à l'article L. 1226-11 du Code du travail, lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière.*

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

### Obligation de cessation d'activité professionnelle

L'exercice d'une activité rémunérée ou non est proscrit pendant la période d'incapacité.

### Contrôle des arrêts de travail

Le versement des indemnités journalières est subordonné à l'obligation par le bénéficiaire :

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

*Circulaire CNAM n° 10-2008 du 20 février 2008*

- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

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

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes.

*Article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié par loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011*

### **Reprise d'un travail léger**

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

La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant, dans les mêmes conditions.

*Article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale modifié par Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la Sécurité sociale pour 2012*

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

Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas non plus obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin-conseil la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail.

*Article L. 323-3-1 du Code de la Sécurité sociale, créé par Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011*

L'indemnité journalière peut également être rétablie lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée, au terme du délai de 1 mois après la visite médicale de reprise, lorsque le salarié n'est pas reclassé. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie.

*Article L. 433-1 du Code de la Sécurité sociale modifié par Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la Sécurité sociale pour 2012*

Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière.

### **Attestation employeur**

L'employeur doit remplir le formulaire n° S6202 « Attestation de salaire - accident du travail ou maladie professionnelle » qui permettra à la caisse d'Assurance Maladie de calculer, puis de verser d'éventuelles indemnités journalières à la victime.

Elles lui seront versées sans délai de carence tous les quatorze jours, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail et jusqu'à la date de la consolidation ou la guérison.

## CALCUL DES INDEMNITES JOURNALIERES

### Période de référence

Le salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est déterminé comme suit :

- 1/30,42<sup>e</sup> du montant de la ou des 2 dernières paies antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé mensuellement ou 2 fois par mois ;
- 1/28<sup>e</sup> du montant des 2 ou des 4 dernières paies antérieures à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé toutes les 2 semaines ou chaque semaine ;
- 1/30,42<sup>e</sup> du montant des paies afférentes au mois antérieur à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé journallement ou à intervalles réguliers, au début ou à la fin d'un travail ;
- 1/91,25<sup>e</sup> du montant du salaire des 3 mois antérieurs à la date d'arrêt du travail, si ce salaire n'est pas réglé au moins une fois par mois, mais l'est au moins une fois par trimestre ;
- 1/365<sup>e</sup> du montant du salaire des 12 mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail, lorsque l'activité de l'entreprise n'est pas continue ou présente un caractère saisonnier ou lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue.

*Décret n° 2010-1305 du 29 octobre 2010 - JO du 31 octobre*  
*Circulaire n° DSS/SD2/2010/398 du 25 novembre 2010*

### Salaire de référence

Le salaire de base correspond aux gains échus, au cours de la période de référence (qu'ils aient ou non été versés).

Le salaire s'entend de l'ensemble des salaires et des éléments annexes de celui-ci afférents à la période considérée, compte tenu, s'il y a lieu, des avantages en nature et des pourboires, déduction faite des frais professionnels et des frais d'atelier et non comprises les prestations familiales légales ni les cotisations patronales de Sécurité sociale, et ni les cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaires.

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

Sont incluses dans les salaires de référence :

- l'indemnité de scolarité ;
- les prestations qualifiées d'allocations familiales extralégales.

*Cass. soc. 18 mai 1995 - Fayolle c/ Compagnie d'assurances des Mutuelles du Mans IARD*

Une prime réglée après la date de l'arrêt de travail ne peut pas être prise en considération pour la détermination du salaire de base servant au calcul de l'indemnité journalière.

*Cass. soc. 18 mars 1999 - CPAM de Seine-et-Marne c/ Jansen*

### Assuré n'exerçant plus d'activité salariée lors d'une rechute

Au moment de la rechute, la victime exerce une activité non plus salariée mais indépendante. La rémunération prise en compte dans le calcul de l'indemnité journalière est le dernier salaire perçu avant que l'assuré ne commence son activité indépendante.

*Cass. soc. 20 décembre 2001 - CPAM de Haute-Loire c/ Bizien*

Et le salaire servant d'assiette aux indemnités versées au salarié, lors d'une rechute, est celui rendant le mieux compte de la capacité de gain de l'intéressé dans son expression la plus récente, de manière à ne pas le défavoriser, en application de l'article R. 433-7 du Code de la Sécurité sociale. Dans une espèce où l'assuré a été licencié pour motif économique entre l'accident et l'aggravation de la lésion, assimilée par la CPAM à une rechute, le salaire à prendre en compte n'est donc pas celui qui a précédé le premier arrêt de travail consécutif à l'accident mais bien le dernier salaire ayant servi de base au calcul de l'indemnité de licenciement.

*Cass. civ. II – 20 mai 2010 – n° 09-13.637*

### **Reconstitution fictive du salaire**

Le salarié embauché par une entreprise de travail intérimaire 2 jours avant l'accident qui l'a contraint à cesser le travail, perçoit des indemnités journalières calculées sur la base du salaire perçu par le salarié au moment de l'accident, comme si celui-ci avait travaillé pendant le mois dans les mêmes conditions.

*Cass. soc. 26 novembre 1998 - CPAM de la Gironde c/ Mossler*

### **Rapports de salaire et d'accessoires du salaire**

*Accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base*

Ils sont rapportés à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel ils ont été versés et d'une durée égale à la période au titre de laquelle ils ont été alloués. Il faut déclarer les sommes déjà versées à ce titre et susceptibles d'être reportées sur la période de référence.

### **Exemple**

*Un salarié payé mensuellement est victime d'un accident du travail avec arrêt immédiat le 4 juillet 2008. Il a perçu le 31 décembre 2007 une prime annuelle.*

- *la période de référence sera le mois de juin 2008 ;*
- *la prime annuelle sera déclarée en précisant la date de versement (31 décembre 2007), la période à laquelle la prime se rattache (du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007) et son montant.*

*En effet, cette prime doit être répartie sur les 12 mois civils qui suivent la date de son versement et donc 1/12<sup>e</sup> de son montant sera ajouté au salaire et aux accessoires du salaire afférents à la période de référence (juin 2008) pour le calcul de l'indemnité journalière versée au salarié en raison de son accident du travail.*

Le salaire à prendre en compte pour une visiteuse médicale payée au mois est le salaire précédant l'arrêt et les primes y afférent et non le salaire annuel.

*Cass. soc. 4 avril 1996 - Bearn et de la Soule c/ Mme Picard*

### **Prime exceptionnelle**

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

*Cass. soc. 25 novembre 1999 - SEMINTAN c/ CPAM de Nantes et autres*

### **Augmentation de salaire générale postérieure à l'accident**

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident et lorsque l'interruption du travail se prolonge au delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision.

*Article L. 433-2 du Code de la Sécurité sociale*

Lorsqu'il existe une convention collective de travail applicable à la profession à laquelle appartient la victime, celle-ci peut, si elle entre dans le champ d'application territorial de cette convention, demander que la révision du taux de son indemnité journalière soit effectuée sur la base d'un salaire journalier calculé d'après le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle dans ladite convention si cette modalité lui est favorable.

*Article R.433-10, alinéa 2, du Code de la Sécurité sociale*

La Cour de cassation fait une application stricte de ces dispositions. Ainsi, il y a lieu de tenir compte de la prime d'ancienneté et de technicité ainsi que l'avancement indiciaire pour la revalorisation des indemnités journalières perçues à la suite d'un accident du travail, et l'augmentation générale des salaires exigée par la loi peut procéder de la seule application des règles conventionnelle existantes en matière de rémunération et d'ancienneté, sans qu'il soit nécessaire qu'elle résulte donc d'une modification de la convention collective ou de ses avenants.

*Cass. civ. II – 10 décembre 2009 - n° 08.20.488*

#### **Remboursement pour frais professionnels**

Les frais professionnels, dans les professions où ils constituent un remboursement des dépenses nécessitées par la nature du travail, ne sont pas considérés comme un supplément de salaire (non soumis à cotisations) et ne sont pas pris en compte dans le calcul du salaire de référence.

*Cass. soc. 18 janvier 2001 - Holassian c/ CPAM des Bouches-du-Rhône*

#### **Interruption d'activité au cours de la période de référence**

L'employeur doit alors notifier, outre le motif d'interruption de travail, le salaire brut perdu relatif à l'interruption de travail au cours de la période de référence. Dans le cas d'une embauche ou d'un changement d'emploi récent, le salaire de base est déterminé à partir du salaire afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail. Toutefois, si le salaire de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que sera calculée l'indemnité journalière.

#### **Salariés de moins de 18 ans**

L'employeur indique le salaire minimum applicable au salarié adulte de la même catégorie.

#### **Apprentis ou stagiaires**

L'employeur précise le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié dans lequel l'apprenti ou le stagiaire aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage ou du stage.

#### **Stagiaires de la formation professionnelle**

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

*Cass. soc. 16 novembre 1995 - CPAM des Bouches-du-Rhône c/ Martineau*

### ***Demandeurs d'emploi qui participent a des actions dispensées ou prescrites par Pôle Emploi***

Le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières est égal au salaire minimum de croissance correspondant à la durée légale du travail et applicable à la date de l'accident ou, s'il lui est supérieur, à son revenu de remplacement. Toutefois, le montant de l'indemnité ainsi calculée ne peut, en aucun cas, dépasser le montant du revenu de remplacement.

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

### ***Salariés bénéficiaires d'un congé de représentation***

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

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

## **GAIN JOURNALIER DE BASE**

Le gain journalier de base servant au calcul de l'indemnité journalière est obtenu en divisant le montant du salaire pris en référence par un nombre de jours fixé réglementairement. Le mode de calcul est modifié pour les périodes d'indemnisation débutant à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010.

*Article R. 434-4 du Code de la Sécurité sociale modifié par Décret n° 2010-1305 du 29 décembre 2010*

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Paies mensuelles</li> <li>■ Paies à la quinzaine</li> <li>■ Paies à la double semaine</li> <li>■ Paies à la semaine</li> <li>■ Paies journalières ou à intervalles réguliers</li> <li>■ Paies au début ou à la fin d'un travail</li> <li>■ Paies trimestrielles ou à intervalles réguliers comprises entre 1 mois et 3 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1/30,42<sup>e</sup> de la dernière paie</li> <li>■ 1/30,42<sup>e</sup> des 2 dernières paies</li> <li>■ 1/28<sup>e</sup> des 2 dernières paies</li> <li>■ 1/28<sup>e</sup> des 4 dernières paies</li> <li>■ 1/30,42<sup>e</sup> des paies afférentes au mois antérieur à la date de l'arrêt de travail</li> <li>■ 1/30<sup>e</sup> des paies afférentes au mois antérieur à la date de l'arrêt de travail</li> <li>■ 1/91,25<sup>e</sup> du salaire des 3 mois antérieurs à l'arrêt de travail</li> </ul>
---	--

## **PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES**

### **Date d'effet**

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

### **Durée d'indemnisation**

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

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

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

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

*Ordonnance n° 2004-329 du 15 avril 2004 article 6 3° - JO du 17 avril 2004*

La guérison des blessures d'un salarié victime d'un accident du travail n'est pas acquise dès lors que la caisse primaire d'assurance-maladie continue de prendre en charge des arrêts de travail prescrits par le médecin traitant de l'intéressé.

*Cass. soc. 19 juin 1997 - CPAM de Normandie c/Société Lurem et autre*

### **Contrôle de la caisse**

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes.

*Article L.433-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié par loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011*

En cas de double nationalité française et marocaine, la nationalité française doit être seule prise en compte par le juge français, de sorte que le droit aux indemnités journalières au titre d'un accident de travail n'est pas ouvert à l'occasion d'un séjour au Maroc.

*Cass. soc. 21 mars 2002 - CPAM de Haute-Savoie c/Qoboa*

### **Versement**

L'indemnité journalière est mise en paiement par la caisse primaire d'assurance-maladie dès la réception de tout certificat médical attestant la nécessité d'arrêt de travail.

L'indemnité journalière est payable aux époques fixées par le règlement intérieur de la caisse primaire débitrice, sans que l'intervalle entre 2 paiements puisse excéder 16 jours.

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

La caisse primaire d'assurance-maladie paie valablement les indemnités journalières dues à la victime entre les mains de son conjoint ou, si la victime est mineure, soit entre ses mains, soit entre les mains de toute personne justifiant l'avoir à sa charge.

La victime peut donner délégation à un tiers pour l'encaissement des indemnités journalières. Cette délégation n'est valable que pour une seule période d'incapacité temporaire. Elle ne fait pas obstacle au droit de la caisse primaire de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les indemnités par la poste.

Un employé d'une caisse ne peut recevoir de délégation de la victime pour l'encaissement des indemnités journalières que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le conseil d'administration de la caisse.

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

### Demande de subrogation de l'employeur

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

L'employeur n'est subrogé, dans les droits du salarié, que dans la limite des sommes qu'il a effectivement versées à l'intéressé.

Dès lors, le salarié qui perçoit une rémunération inférieure au montant des indemnités journalières, est fondé à réclamer le remboursement des sommes constituées par l'excédent des indemnités journalières par rapport au salaire versé.

*Cass. soc. 9 octobre 2001 - Peron c/SA Mignon*

### Reprise des indemnités en cas d'absence de reclassement du salarié déclaré inapte

Pendant le mois qui suit l'avis d'inaptitude dressé par la médecine du travail, avant le reclassement ou le licenciement du salarié ainsi déclaré inapte, la CPAM peut verser une indemnité temporaire d'inaptitude, d'un montant journalier égal à celui de l'indemnité versée pendant l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ou la maladie professionnelle et précédant l'avis d'inaptitude.

*Articles L.433-2, D.433-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale*

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

L'indemnité est versée par la caisse, à compter du premier jour qui suit la date de l'avis d'inaptitude mentionné à l'article R. 4624-31 du Code du travail jusqu'au jour de la date de licenciement ou de reclassement du bénéficiaire, pour une durée maximale de 1 mois courant à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, au cours duquel le salarié a été déclaré inapte.

Une circulaire du 1<sup>er</sup> juillet 2010 précise les modalités d'attribution de cette indemnité temporaire d'inaptitude.

Cette circulaire est disponible sur notre site à l'adresse suivante :

**[www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/accidentstravail/docs/circulaire2010-240.pdf](http://www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/accidentstravail/docs/circulaire2010-240.pdf)**

### MONTANT DES INDEMNITES JOURNALIERES

Pendant les 28 premiers jours, l'indemnité journalière est égale à 60 % du gain journalier de base.

A partir du 29<sup>e</sup> jour, l'indemnité journalière est portée à 80 % du gain journalier de base.

#### Montant maximum

Le montant maximum des indemnités journalières est calculé sur un gain journalier de base au plus égal à 0,834% du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du paiement.

*Décret n° 93-938 du 16 juillet 1993*

Soit au **1<sup>er</sup> janvier 2014** :

- pendant les 28 premiers jours : **187,89 €** par jour,
- à partir du 29<sup>e</sup> jour : **250,52 €** par jour.

### **Dispositions d'écrêtement**

L'indemnité journalière ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime. Ce gain journalier net est déterminé à partir du salaire de référence diminué des cotisations sociales salariales d'origine légale et conventionnelle ainsi que de la CSG.

Le calcul du gain journalier net s'effectue ensuite de la même façon que celui du gain journalier de base.

*Arrêté du 3 août 1993 - JO du 17 août*

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

### **Définition du gain journalier net**

Le gain journalier net d'un salarié peut se définir comme le montant de la rémunération journalière réelle nette dont il dispose. Ce montant intègre tous les éléments de salaire pris en compte dans la base de calcul de l'indemnité journalière, desquelles sont déduites la part salariale des cotisations sociales et la CSG. La participation de l'employeur à certains frais exclus des éléments composant le salaire de référence et non soumis à cotisation, n'est également pas prise en compte dans le calcul du gain journalier net. Il s'agit principalement de la participation aux frais de transport (carte orange en région parisienne), aux frais de repas (titre restaurant), aux frais de crèche ou de garde d'enfant, de la participation de l'employeur aux cotisations à une mutuelle d'entreprise ou une mutuelle extérieure.

Les éléments pris en compte dans le gain journalier net sont identiques à ceux retenus pour la détermination du gain journalier servant de base au calcul des indemnités journalières, c'est-à-dire que sont prises en compte les sommes allouées soit à titre de rappel de rémunération pour une période écoulée, soit à titre de rémunération sous forme d'indemnités, primes ou gratifications, lorsqu'elles sont réglées postérieurement à la rémunération principale afférente à la même période de travail.

### **Déduction des cotisations salariales du gain journalier**

Les cotisations devant être déduites du gain journalier brut sont :

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

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les indemnités journalières perçues au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant.

### **Rôle de l'employeur**

L'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire d'assurance-maladie, en même temps que la déclaration d'accident, ou au moment de l'arrêt de travail si celui-ci est postérieur, une attestation indiquant la période de travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les paies, le montant et la date de ces paies. Les éléments de salaire doivent être déclarés à la caisse par l'employeur et sous sa seule responsabilité.

### **Revalorisation**

Lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 3 mois, le montant de l'indemnité journalière peut être revalorisé par application de coefficients fixés par arrêté.

Les gains journaliers ayant servi de base au calcul d'indemnités journalières correspondant à un arrêt de plus de trois mois sont revalorisés de 1,1 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Dans ce cas, la revalorisation sera effectuée soit à l'occasion du prochain règlement d'indemnités pour l'assuré en cours d'indemnisation au moment de la revalorisation, soit sur demande de l'assuré s'il n'est plus indemnisé à ce moment-là.

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

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

Les indemnités journalières revalorisées ne peuvent excéder les montants maxima en vigueur au moment du paiement.

## TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

### MAINTIEN DES INDEMNITES JOURNALIERES

L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

La reprise d'une activité partielle est possible, avec l'avis favorable du médecin traitant sur autorisation du contrôle médical, cette reprise devant être «de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure».

### PROCEDURE A SUIVRE

La victime doit immédiatement aviser sa caisse primaire et lui adresser :

- le certificat du médecin traitant accordant l'autorisation de reprise d'activité ;
- l'attestation de l'employeur indiquant la nature exacte de l'emploi et la rémunération correspondante.

Lors de toute modification dans la nature de l'emploi et/ou de la rémunération, la victime est tenue d'adresser, à sa caisse primaire, une nouvelle attestation favorable.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin-conseil, il est procédé à une contre-expertise par un médecin expert.

Si le médecin-conseil ou le médecin expert reconnaît que le travail est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure, la caisse primaire décide, s'il y a lieu, le maintien total ou partiel de l'indemnité, compte tenu de l'attestation prévue ou, si celle-ci n'a pas été produite ou lui paraît insuffisante, au vu des résultats de l'enquête effectuée.

La caisse primaire notifie sa décision à la victime par lettre recommandée.

Le versement des indemnités journalières peut donc être maintenu en tout ou partie. Par contre, le cumul entre l'indemnité journalière et le salaire de l'activité ne doit pas dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou s'il est plus élevé, le salaire antérieur à l'arrêt ayant servi de base au calcul du gain journalier de base.

### MODALITE D'INDEMNISATION PENDANT UNE PERIODE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE

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

- si la victime est rémunérée : elle bénéficie du maintien de l'indemnité journalière versée ou de sa rente ;
- si la victime n'est pas rémunérée : l'indemnisation versée doit être d'un montant équivalent au salaire journalier qu'elle percevait avant l'accident ou au SMIC s'il est plus élevé ;
- pour ce faire, l'indemnité journalière ou la rente est intégralement maintenue, et le montant est complété jusqu'à concurrence de l'un ou l'autre salaire.
- les indemnités sont versées dès le premier jour d'arrêt de travail, que ce jour soit ouvrable ou non et quelle que soit la durée de l'arrêt.

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

### Stage de rééducation professionnelle

Ce stage est réalisé en général dans un centre de rééducation professionnelle, public ou privé, qui est un établissement médico-social. À ce titre, une partie des frais de formation est prise en charge par l'assurance maladie.

Pour prétendre à un tel stage, le demandeur doit avoir été reconnu travailleur handicapé par la CDAPH (Commission des Droits pour l'Autonomie des Personnes Handicapées).

La personne handicapée doit faire sa demande auprès de :

- la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA) suivant son régime de protection sociale ;
- ou de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) avec le formulaire Cerfa n° 13788\*01 de demande de stage.

Le stage doit permettre au bénéficiaire de suivre une formation qualifiante qui débouche généralement sur un diplôme. La durée varie de 10 à 30 mois.

L'objectif est de permettre au travailleur handicapé de retourner dans le monde professionnel avec de nouvelles compétences.

Le travailleur a le statut de stagiaire de la formation professionnelle. Sa rémunération diffère selon sa situation personnelle.

- si il était, au début du stage, en arrêt de travail (pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle), il continue à percevoir les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ;
- si il est demandeur d'emploi, il peut être rémunéré :
  - par l'allocation d'aide au retour à l'emploi-formation (Aref),
  - ou dans le cadre du régime public de rémunération des stagiaires par l'État ou la région.

Dans certaines limites, la rémunération peut être cumulée avec :

- l'allocation aux adultes handicapés ;
- l'allocation compensatrice ;
- les pensions et rentes versées par la Sécurité sociale, dont la rente accidents du travail.

À l'issue de son stage, le travailleur handicapé peut parfois bénéficier d'une prime de reclassement, d'un montant de 100 €, versée par l'AGEFIPH.

*Articles L.432-6 à L.432-11 du Code de la Sécurité sociale*

## RENTES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### CONDITIONS D'ATTRIBUTION D'UNE RENTE

A la fin de la période de soins, soit il y a «guérison», soit il y a «consolidation».

Aux termes de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale, la rente versée indemnise, d'une part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, d'autre part le déficit fonctionnel permanent. Dans une espèce où une salariée a été blessée dans un accident de la circulation, constituant un accident du travail, dans lequel était impliqué le véhicule conduit par un tiers assuré auprès d'une société d'assurance, la requérante a assigné cette dernière en indemnisation. Pour débouter la CPAM de son recours subrogatoire contre le tiers et son assureur pour la rente accident du travail, la Cour d'appel retient que l'objet de cette rente est de contribuer à la réparation du préjudice subi par l'intéressée dans sa vie professionnelle du fait de son handicap et non à celle du déficit fonctionnel permanent, lequel comprend exclusivement les incidences de ce handicap sur la vie personnelle de la victime ; dans ces conditions, la caisse qui n'établirait pas avoir effectivement préalablement et de manière incontestable, versé une prestation indemnisant le déficit fonctionnel permanent de la victime serait donc mal fondée en sa demande. Selon la Cour de cassation, la Cour d'appel n'a pas à limiter ainsi l'objet de la rente accident du travail.

*Cass. civ. II, 11 juin 2009, n° 08-17.581*

### Consolidation

A la fin de la période de soins, soit il y a «guérison», soit il y a «consolidation».

La guérison, bien que considérée comme «apparente» car toujours susceptible de rechute, consiste dans la disparition des lésions traumatiques ou morbides dues à l'accident. Dans ce cas, il n'y a pas naissance d'incapacité permanente.

La consolidation correspond à l'état de santé non susceptible d'amélioration (sous réserves de rechute ou de révision).

C'est le moment où, à la fin de la période de soins, «la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif.»

La constatation de la consolidation permet l'attribution d'une rente ou d'une indemnité en capital.

### Procédure d'attribution

Dès qu'il apparaît que l'accident a entraîné, entraîne ou paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente de travail, la caisse, à quelque époque que ce soit, prend l'avis du service du contrôle médical.

Sur proposition de ce service, lorsqu'il estime que l'incapacité permanente présentée par la victime est susceptible de rendre celle-ci inapte à l'exercice de sa profession ou à la demande de la victime ou de son médecin traitant, et si cette victime relève de la médecine du travail, la caisse, sans préjudice de l'application des dispositions relatives à la réadaptation ou à la rééducation professionnelle, recueille l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant ladite victime à son employeur. A cet effet, elle adresse au médecin du travail une fiche dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

Le médecin du travail mentionne sur la fiche celles des constatations et observations faites par lui lors de la visite prévue à l'article R. 241-51 du Code du travail et qui sont relatives à l'aptitude de la victime à reprendre son ancien emploi ou à la nécessité d'une réadaptation.

Dans le délai de 15 jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le médecin du travail adresse à la caisse primaire intéressée la fiche prévue par les dispositions qui précèdent, sous pli confidentiel, à destination du médecin-conseil chargé du contrôle médical.

Dès que ce document lui est parvenu ou, à défaut, après l'expiration du délai prévu, le médecin-conseil exprime dans un rapport son avis, au vu de ces constatations et de l'ensemble des éléments d'appréciation figurant au dossier.

*Article 434-31 du Code de la Sécurité sociale*

Au vu de tous les renseignements recueillis, la caisse primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente et, le cas échéant, sur le taux de celle-ci et sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droit.

La décision motivée est immédiatement notifiée par la caisse à la victime ou à ses ayants droit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le double de cette décision est envoyé à la caisse régionale et à l'employeur au service duquel est survenu l'accident.

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

La caisse procède à cet envoi dès réception de la demande, en indiquant que la victime ou le médecin qu'elle désigne à cet effet, peuvent, dans un délai de quinzaine suivant la réception du rapport, prendre connaissance au service du contrôle médical de la caisse des autres pièces médicales.

## **DETERMINATION DU TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE**

L'incapacité permanente peut être partielle ou totale.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif figurant en annexe du livre IV du Code de la Sécurité sociale.

### **Barème indicatif**

Les éléments dont le médecin doit tenir compte, avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente sont donc : la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales ainsi que les aptitudes et qualifications professionnelles.

### **Nature de l'infirmité**

Cet élément doit être considéré comme la donnée de base à laquelle il est apporté des correctifs, en plus ou en moins, résultant des autres éléments. Cette première donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Le barème indicatif d'invalidité doit servir à cette évaluation.

### **État général**

Entrent en compte un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. Il appartient au médecin chargé de l'évaluation d'adapter en fonction de l'état général, le taux résultant de la nature de l'infirmité. Dans ce cas, il en exprime clairement les raisons.

L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures, qu'elles résultent d'accidents ou de maladie. Il en est cependant tenu compte lors de la fixation du taux médical.

## Âge

Cet élément, qui souvent peut rejoindre le précédent, doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé. Il convient ici de distinguer les conséquences de l'involution physiologique, de celles résultant d'un état pathologique individualisé. Ces dernières conséquences relèvent de l'état antérieur et doivent être estimées dans le cadre de celui-ci.

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

## Facultés physiques et mentales

Il doit être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal.

## Aptitudes et qualification professionnelles

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

Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin-conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail. La possibilité pour l'assuré de continuer à occuper son poste de travail - au besoin en se réadaptant - ou au contraire, l'obligation d'un changement d'emploi ou de profession et les facultés que peut avoir la victime de se reclasser ou de réapprendre un métier, devront être précisées en particulier du fait de dispositions de la réglementation, comme celles concernant l'aptitude médicale aux divers permis de conduire.

Le barème indicatif d'invalidité dont il est tenu compte pour la détermination du taux d'incapacité permanente est annexé dans le livre IV du Code de la Sécurité sociale afin que les victimes en aient connaissance et puissent l'opposer aux caisses.

Lorsque ce dernier barème ne comporte pas de référence à la lésion considérée, il est fait application du barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail.

## Séquelles résultant de lésions isolées

Les séquelles résultant de lésions isolées sont appréciées en partant du taux moyen proposé par le barème, éventuellement modifié par des estimations en plus ou en moins résultant de l'état général, de l'âge, ainsi que des facultés physiques et mentales.

## MODE DE CALCUL DU TAUX MEDICAL

Il faut d'abord rappeler que les séquelles d'un accident du travail ne sont pas toujours en rapport avec l'importance de la lésion initiale : des lésions, minimales au départ, peuvent laisser des séquelles considérables, et à l'inverse, des lésions graves peuvent ne laisser que des séquelles minimales ou même aboutir à une guérison.

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

La consolidation ne coïncide pas nécessairement avec la reprise d'une activité professionnelle. Dans certains cas, les séquelles peuvent être suffisamment importantes pour empêcher celle-ci, et dans d'autres, le travail peut être repris avec poursuite de soins, pendant un temps plus ou moins long, en attendant que la séquelle prenne ce caractère permanent, qui justifie la consolidation, à condition que la valeur du préjudice en résultant soit définitive.

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

La guérison, à l'inverse, ne laisse subsister aucune séquelle fonctionnelle, donc aucune incapacité permanente. Le médecin chargé de l'évaluation ne peut donc pas proposer de taux médical, car il se trouve devant un état de guérison. On peut cependant envisager qu'une maladie d'origine professionnelle oblige à un changement de profession, sans lequel la guérison ne serait pas possible, et qu'alors le préjudice résultant de l'inaptitude entraînée par la maladie en cause, soit réparé.

Dans ce cas, il appartient au médecin chargé de l'évaluation de bien mettre en évidence dans ses conclusions la nécessité d'un changement d'emploi.

### Infirmités multiples résultant d'un même accident

Par infirmités multiples, il faut entendre celles qui intéressent des membres ou des organes différents.

Lorsque les lésions portant sur des membres différents intéressent une même fonction, les taux estimés doivent s'ajouter, sauf cas expressément précisés au barème.

Pour des infirmités multiples ne portant pas sur une même fonction, il y a lieu d'estimer en premier, l'une des incapacités. Le taux ainsi fixé est retranché de 100 (qui représente la capacité totale) : la capacité restante est alors obtenue.

Sauf cas particulier prévu au barème, l'infirmité suivante est estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante, pour fixer le taux correspondant à la deuxième séquelle.

L'incapacité globale résulte de la somme des 2 taux, ainsi calculés. Elle est la même quel que soit l'ordre de prise en compte des infirmités.

#### Exemple

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

*Une lésion "B", consécutive au même accident, entraîne une incapacité chiffrable, selon le barème, à 20 %.*

*L'incapacité due pour cette 2<sup>e</sup> lésion sera : 20 % de 60 % de capacité restante, soit 12 %.*

*L'incapacité globale sera donc : 40 % + 12 % = 52 %, et ainsi de suite ...*

*Dans le cas d'une 3<sup>e</sup> lésion, pour l'exemple choisi, la capacité restante serait de 48 %.*

Cette façon de calculer l'incapacité globale résultant de lésions multiples ne garde qu'un caractère indicatif. Le médecin chargé de l'évaluation peut toujours y apporter des modifications ou adopter un autre mode de calcul à condition de justifier son estimation.

### **Infirmités antérieures**

L'estimation médicale de l'incapacité doit faire la part de ce qui revient à l'état antérieur, et de ce qui revient à l'accident. Les séquelles rattachables à ce dernier sont seules en principes indemnisables. Mais il peut se produire des actions réciproques qui doivent faire l'objet d'une estimation particulière.

Il peut arriver qu'un état pathologique antérieur absolument muet soit révélé à l'occasion de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle mais qu'il ne soit pas aggravé par les séquelles. Il n'y a aucune raison d'en tenir compte dans l'estimation du taux d'incapacité.

L'accident ou la maladie professionnelle peut révéler un état pathologique antérieur et l'aggraver. Il convient alors d'indemniser totalement l'aggravation résultant du traumatisme.

Un état pathologique antérieur connu avant l'accident se trouve aggravé par celui-ci. Étant donné que cet état était connu, il est possible d'en faire l'estimation. L'aggravation indemnisable résultant de l'accident ou de la maladie professionnelle est évaluée en fonction des séquelles présentées qui peuvent être beaucoup plus importantes que celles survenant chez un sujet sain. Un équilibre physiologique précaire compatible avec une activité donnée, peut se trouver détruit par l'accident ou la maladie professionnelle.

### **TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE INFERIEUR A 10 %**

#### **Versement d'un capital forfaitaire**

Lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, il est versé à la victime une indemnité en capital. Le montant du capital versé est forfaitaire, compte tenu du taux d'incapacité retenu.

Lorsque l'indemnité en capital a déjà été versée et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé, supérieur au taux précédemment notifié à la victime, il est tenu compte de l'indemnité en capital précédemment versée dans les conditions suivantes :

- si le nouveau taux d'incapacité reste inférieur à 10 %, la victime reçoit une indemnité en capital correspondant à ce nouveau taux, diminuée d'une somme égale à l'indemnité correspondant, à la date de la révision, à l'ancien taux ;
- si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 %, la rente due à la victime est calculée normalement ; les arrérages annuels de cette rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.

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

#### **Conversion de la rente en capital et nouveau taux d'incapacité**

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

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

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

### **Accidents successifs**

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation pour le calcul de la rente afférente au dernier accident.

Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum (80 %), l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital.

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

Ainsi, en cas d'accidents successifs, le calcul de la rente afférente au dernier accident prend en compte la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus, qu'ils aient donné lieu au versement d'une rente ou d'une indemnité en capital, pour déterminer, en application de l'article R. 434-2, la partie du taux de l'accident considéré inférieure ou supérieure à 50 %.

*Décret n° 2002-542 du 18 avril 2002 - JO du 21 avril 2002, modifiant l'article R. 434-2-1 du Code de la Sécurité sociale*

Dès lors, lorsque deux accidents successifs se produisent avec chacun un taux d'incapacité de 8 %, la victime peut bénéficier d'une rente viagère. Auparavant, la victime pouvait prétendre à deux indemnités en capital (taux d'incapacité < 10 %).

Les petits accidents successifs, portant le taux d'incapacité totale à 10 % au moins, peuvent être indemnisés au choix de la victime, soit par une indemnité en capital, soit par une rente. Si la victime choisit d'être indemnisée sous forme de rente, il est tenu compte, pour le calcul de celle-ci, des indemnités en capital précédemment versées.

Ces nouvelles dispositions sont applicables au calcul des rentes versées pour les accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 ou ayant fait l'objet d'une nouvelle fixation de réparation à compter de cette date.

Dès lors, lorsque deux accidents successifs se produisent avec chacun un taux d'incapacité de 8 %, la victime pourra bénéficier d'une rente viagère. Auparavant, la victime pouvait prétendre à deux indemnités en capital (taux d'incapacité < 10 %).

Les petits accidents successifs, portant le taux d'incapacité totale à 10 % au moins, pourront être indemnisés au choix de la victime, soit par une indemnité en capital, soit par une rente.

Si la victime choisit d'être indemnisée sous forme de rente, il sera bien sûr tenu compte, pour le calcul de celle-ci, des indemnités en capital précédemment versées.

Ces nouvelles dispositions sont applicables au calcul des rentes versées pour les accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 ou ayant fait l'objet d'une nouvelle fixation de réparation à compter de cette date.

Les articles 86 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (LFSS) apportent des précisions sur l'indemnisation de l'incapacité permanente en faveur des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dans le domaine des accidents successifs.

*1. L'article 86 de la LFSS pour 2008 concerne la réglementation afférente aux accidents successifs.*

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

*En conséquence, l'article 86 de la LFSS pour 2008 vise à encadrer ce dispositif.*

*1.1. Le montant de la rente afférente au dernier accident est plafonné*

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

*1.2. Modalités de prise en compte de l'article 86 dans l'outil informatique*

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

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

## Barème forfaitaire

Taux d'incapacité permanente en %	Montant de l'indemnité en euros au 1 <sup>er</sup> avril 2013
1	410,30
2	666,88
3	974,50
4	1 538,07
5	1 948,44
6	2 409,90
7	2 922,41
8	3 486,62
9	4 101,86

## **CALCUL DE LA RENTE**

### ***Salaire de référence***

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

### ***Changement de catégorie professionnelle***

Si la victime appartient depuis moins de 12 mois à la catégorie professionnelle dans laquelle elle est classée au moment de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération effective afférente à la durée de l'emploi dans cette catégorie celle que la victime aurait pu recevoir pendant le temps nécessaire pour compléter les 12 mois.

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

### ***Périodes d'absence***

Si, pendant la période de 12 mois, la victime a interrompu son travail (pour maladie, longue maladie, accident, maternité, chômage total ou partiel, fermeture de l'établissement, congé non payé, service militaire), il est fait état du salaire moyen qui aurait correspondu à ces interruptions de travail.

### ***Durée de travail inférieure à la durée légale***

Si la victime travaille dans une entreprise fonctionnant normalement pendant une partie de l'année seulement ou effectuant normalement un nombre d'heures inférieur à la durée légale du travail, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération afférente à la période d'activité de l'entreprise, les gains que le salarié a perçus, par ailleurs, dans le reste de l'année.

Si, par suite d'un ralentissement accidentel de l'activité économique, le travailleur n'a effectué qu'un nombre d'heures de travail inférieur à la durée légale du travail, le salaire annuel est porté à ce qu'il aurait été, compte tenu du nombre légal d'heures de travail.

### ***Rechute***

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

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

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

Le salaire de référence pris en compte correspond donc à la rémunération effective perçue par la victime sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail sur la base ayant servi au calcul des cotisations.

Le salaire de référence est revalorisé par application des coefficients de revalorisation fixés pour les rentes d'accidents du travail si, entre la date de l'arrêt de travail et la date de consolidation, un ou plusieurs arrêts de revalorisation sont intervenus.

### **Prestations familiales extralégales**

Les indemnités de scolarité ainsi que les prestations qualifiées d'allocations familiales extralégales doivent être prises en compte pour établir le salaire servant de base au calcul de la rente.

*Cass. soc. 18 mai 1995 - M. Fayolle c/ Mutuelles du Mans et autre*

### **Accessoires de salaire**

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

*Cass. soc. 23 mai 1996 - CPAM de la Charente-Maritime c/ Braud*

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

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

Une indemnité mensuelle forfaitaire versée pendant la période de référence à la victime d'un accident du travail, par son employeur, entre dans la base de calcul de la rente, dès lors qu'elle ne représente pas des frais professionnels, qu'elle est versée en contrepartie ou à l'occasion du travail et que, soumise à cotisations, elle constitue un élément annexe du salaire. Peu importe, à cet égard que l'assuré ait ou non satisfait à l'obligation d'acquitter ses cotisations.

*Cass. soc. 9 octobre 1997 - CPAM de Seine-et-Marne et autre c/ M. Le Floc'h*

Une indemnité forfaitaire versée mensuellement, en compensation de l'accomplissement d'heures supplémentaires, doit être prise en compte dans le calcul de la rente. Peu importe que cette somme ne soit pas soumise à cotisations, ni ne donne lieu à déclaration par l'employeur.

*Cass. soc. Assemblée plénière - 16 novembre 2001 - Le Floc'h c/ CPAM de Seine-et-Marne*

### **Demandeurs d'emploi participant à des actions dispensées ou prescrites par Pôle Emploi**

Le salaire servant de base au calcul de la rente des demandeurs d'emploi indemnisés ou non, est égal au salaire annuel minimum des rentes accidents du travail en vigueur à la date de l'accident.

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

### **Salariés bénéficiaires d'un congé de représentation**

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

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

*Décret n° 92-754 du 28 juillet 1992*

## Salaire utile

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

☞ *Le salaire utile correspond à la totalité du salaire réel de la victime (salaire de référence), dans la limite d'un montant fixé par arrêté, soit au 1<sup>er</sup> avril 2013 : 36 309,25 € par an.*

Lorsque le salaire de référence de la victime dépasse ce montant, le dépassement n'est pris en compte dans le calcul du salaire utile que pour 1/3 de la différence.

☞ *La limite maximale de salaire de référence prise en compte est égale à 4 fois le salaire fixé par arrêté soit actuellement :  $36\,309,25\text{ €} \times 4 = 145\,236,96\text{ €}$ .*

En d'autres termes, le salaire utile ne peut pas être inférieur à **18 154,62 €**, ni supérieur à **145 237 €**. La fraction du salaire annuel inférieure à **36 309,25 €** est prise en compte intégralement. La fraction comprise entre **36 309,24 €** et **145 236,96 €** est prise en compte à raison d'un tiers. La fraction supérieure à **145 236,96 €** n'est pas prise en compte.

## Taux de rente

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

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

## Exemples

- *taux d'incapacité permanente de 30 % ;*
- *taux de rente =  $30 / 2 = 15\%$  ;*
- *taux d'incapacité permanente de 80 % ;*
- *jusqu'à 50 % de taux d'incapacité permanente, le taux de rente est égal à la moitié soit  $50 / 2 = 25\%$  ;*
- *sur la différence :  $80\% - 50\% = 30\%$  - majoration de 1,5 soit  $30\% \times 1,5 = 45\%$  ;*
- *taux de rente =  $25\% + 45\% = 70\%$ .*

**Tableau des taux de rente**

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

## Majoration pour assistance d'une tierce personne

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

- au 1<sup>er</sup> avril 2013 : 1 096,50 € par mois.

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

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

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

*«Doit être considéré comme ne pouvant accomplir les actes ordinaires de la vie sans l'assistance d'une tierce personne, au regard de la législation de la Sécurité sociale, l'infirmes qui ne peut se lever, se vêtir, marcher, se diriger, manger, faire ses besoins seul.»*

Par extension, sont considérés comme tels : «les infirmes dont l'état physique, ou l'état mental laisse craindre que, faute de surveillance, leur vie ou celle d'autrui ne soit mise en danger.»

Il n'est pas nécessaire, pour bénéficier de la tierce personne, d'être dans l'incapacité d'effectuer tous les actes de la vie courante.

*Cass. soc. 9 décembre 1999 - Richir c/ CRAM de Nord-Picardie et autre*

*☞ C'est la Sécurité sociale qui établit la nécessité de reconnaissance d'assistance d'une tierce personne. Peu importe le classement éventuel effectué par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).*

En cas d'hospitalisation, la majoration pour tierce personne est suspendue à compter du premier jour du deuxième mois civil suivant celui au cours duquel l'assuré a été hospitalisé. Elle est rétablie le jour de la sortie de l'hôpital.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoyait la suppression de cette majoration et son remplacement par une prestation complémentaire, dès le 1<sup>er</sup> mars 2013.

*Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 - JO du 18 décembre*

En fait, en complément de la rente, lorsque le taux d'IPP est au moins égal à 80 % et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, la victime a droit :

- soit à une rente majorée de 40 %, sachant que le montant ne peut être inférieur à la majoration pour tierce personne (soit 1 096,50 € par mois) ;
- soit, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013, au versement de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

En effet, Tout bénéficiaire de la majoration pour tierce personne à la date du 28 février 2013 et qui en bénéficie encore après cette date peut opter pour le bénéfice de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne. Il peut adresser sa demande, à tout moment, à la CPAM chargée du paiement de la majoration.

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

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

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

La date d'ouverture du droit à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est le 1<sup>er</sup> jour du mois du dépôt de la demande.

*Circulaire du 12 juin 2013 relative aux modalités de mise en œuvre de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne*

### Prestation complémentaire pour recours à une tierce personne

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

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

Il n'y a pas de demande particulière à formuler, Il revient directement à la CPAM de déterminer si la victime d'un AT-MP peut bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

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

Cette grille énumère les actes suivants :

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

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

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

- 3 ou 4 actes nécessitant l'assistance d'une tierce personne = 541,22 € ;
- 5 ou 6 actes = 1082,43 € ;
- au moins 7 actes = 1623,65 € ;

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

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne est versée par la CPAM. Elle prend effet dans les conditions suivantes :

- soit à la même date que la rente d'AT-MP lorsqu'elle est attribuée simultanément à celle-ci ;
- soit à la date de révision de la rente lorsqu'elle est attribuée à l'occasion d'une modification du taux d'incapacité permanente ;
- soit, lorsqu'elle n'est pas attribuée simultanément à la rente d'AT-MP ou à l'occasion d'une modification du taux d'incapacité permanente :
  - à compter du jour de la constatation, par le médecin de la victime, de l'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie,
  - ou à la date du dépôt de la demande de prestation, si l'incapacité est constatée par le médecin-conseil, sans examen préalable par le médecin de la victime.

En cas d'hospitalisation de la victime, la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel il a été hospitalisé. Au-delà de cette période, le versement de la prestation est suspendu.

*Articles L. 434-2, R. 434-19, R. 434-34-1, D. 434-2 et D. 434-3 du Code de Sécurité sociale*

*Circulaire du 12 juin 2013 relative aux modalités de mise en œuvre de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne*

## **PAIEMENT DE LA RENTE**

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

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

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

En cas de contestations autres que celles portant le caractère professionnel de l'accident, la caisse régionale d'assurance maladie peut accorder des avances sur rentes payables dans les conditions prévues. Ces avances viennent en déduction du montant des indemnités journalières ou de la rente qui seraient reconnues être dues. Elles ne peuvent être inférieures à la rente proposée par la caisse.

Les rentes sont payables par trimestre à terme échu.

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

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

### **Paiement des rentes d'ayants droit**

Les arrérages courent du premier jour suivant la fin du mois d'arrérages au cours duquel un titulaire d'une rente d'accident de travail est décédé.

- pour les rentes mensuelles, le mois d'arrérages s'entend comme étant le mois civil ;
- pour les rentes trimestrielles, le mois d'arrérages s'entend comme allant du 15 d'un mois au 14 du mois suivant.

*Lettre CNAMTS du 5 août 1991*

Sont considérés comme ayants-droit, pour l'attribution d'une rente viagère, égale à une fraction du salaire annuel de la victime, le conjoint, le concubin, ou la personne liée par un PACS à la victime, si le mariage a été contracté, la situation de concubinage établie ou le PACS conclu antérieurement à l'accident, ou avant une date déterminée au moment du décès. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si le couple a eu un ou plusieurs enfants.

*Article L.434-8 du Code de la Sécurité sociale tel qu'issu de la loi n° 2001-1241 du 21 décembre 2001, de financement de la Sécurité sociale pour 2002 – JO du 26 décembre 2001*

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à la rente viagère que s'il a obtenu une pension alimentaire. En cas de rupture ou de dissolution du PACS, l'ex-partenaire de la victime décédée n'a droit à la rente que s'il bénéficiait d'une aide financière de cette dernière à la date du décès.

La rente ramenée au montant de ladite pension ou de ladite aide, ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de la victime inférieure à celle qui est prévue en l'absence de séparation.

S'il existe un nouveau conjoint, ou nouveau partenaire de PACS ou concubin de la victime, la rente viagère à laquelle il a droit ne peut être inférieure à un minimum.

Ce minimum est déterminé d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité, selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par décret en Conseil d'État.

*Articles L. 434-8, L. 434-16 modifiés par Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011, de financement de la Sécurité sociale pour 2012*

## REVALORISATION

Les rentes d'accident du travail sont revalorisées une fois par an, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Un taux de revalorisation de 0,80 % a été fixé au 1<sup>er</sup> septembre 2008.

Cette revalorisation s'effectue par application des coefficients de revalorisation sur le salaire minimal servant de base au calcul des rentes ainsi que sur les rentes servies.

## FISCALITE

Les rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou à leurs ayants droit ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu, à hauteur de 50 %, comme les indemnités journalières et l'indemnité temporaire d'inaptitude..

*Article 81-8<sup>e</sup> du Code général des impôts*

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

Les rentes viagères ne sont pas assujetties à la CRDS.

*Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 et Circulaire CNAMTS - ACCG 9/96 - 07/96 du 31 janvier 1996*

## REVISION - RECHUTE

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

Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment pendant un délai de 2 ans qui suit la date de guérison ou de consolidation de la blessure. Après l'expiration de ce délai, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles dont la durée ne peut être inférieure à un an. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués d'un commun accord.

En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime.

Dans le cas où la victime avait été admise au bénéfice de la majoration tierce personne et, à la date de son décès, avait été titulaire, pendant au moins une durée de 10 ans, de cette majoration pour assistance d'une tierce personne, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la caisse d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droits.

*Article L. 443 du Code de la Sécurité sociale*

## **CONVERSION DES RENTES EN CAPITAL**

La demande de conversion doit être faite à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du paiement de la rente.

La caisse doit, dès réception de la demande, faire procéder à une enquête sociale en vue de recueillir les éléments permettant d'apprécier si la conversion demandée correspond aux intérêts bien compris du titulaire de la rente.

Au vu de tous les éléments recueillis, la caisse primaire se prononce sur la demande. Elle peut, afin de sauvegarder les intérêts du titulaire de la rente, refuser la conversion ou, s'il s'agit d'une demande de conversion partielle, ne l'accorder que pour une fraction inférieure au maximum prévu.

La notification de la décision prise par la caisse est adressée à l'intéressé sous pli recommandé avec demande d'avis de réception.

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

### **Modalités de conversion**

Quels que soient le montant de la rente et le taux d'incapacité, le titulaire peut demander que le quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente, si le taux d'incapacité est de 50 % au plus, ou, s'il est plus élevé, du capital correspondant à la fraction de rente allouée jusqu'à 50 %, lui soit attribué en espèces.

Si la rente est calculée sur un taux d'incapacité au plus égal à 50 %, le titulaire peut demander que le capital représentatif de la rente ou ce capital réduit du quart au plus serve à constituer sur sa tête une rente viagère réversible pour moitié au plus sur la tête de son conjoint.

Si le taux d'incapacité est supérieur à 50 %, cette transformation ne peut être demandée que pour la portion de rente correspondant au taux d'incapacité de 50 %. La rente viagère est diminuée de façon qu'il ne résulte de la réversibilité aucune augmentation de charge pour la caisse.

Les conversions sont effectuées suivant le tarif arrêté par le ministre chargé de la Sécurité sociale d'après le taux d'incapacité permanente.

**Barème de convention des rentes viagères**

*Arrêté du 17 décembre 1954 - JO du 31 décembre complété par lettre ministérielle du 25 janvier 1960*

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

**Exemples****Taux d'incapacité permanente de 30 %**

- rente annuelle : 1 220 € ;
- âge : 42 ans ;
- conversion en capital :  $\frac{1\,220}{4} \times 14,630 = 4\,462,15 \text{ €}$  ;
- nouvelle rente :  $1\,220 - \frac{1\,220}{4} = 915 \text{ €}$  ;

**Taux d'incapacité permanente de 70 %**

- rente annuelle : 6 450 € ;
- âge : 53 ans ;
- conversion en capital, rente ramenée au taux d'incapacité de 50 % :  
 $\frac{6\,450 \times 25}{55} = 2\,931,82 \text{ €}$
- rachat sur le 1/4 de 2 931,82 € :  $\frac{2\,931,82}{4} = 732,96 \text{ €}$  ;
- capital :  $732,96 \times 11,987 = 8\,785,99 \text{ €}$  ;
- nouvelle rente :  $6\,450 - \frac{2\,931,82}{4} = 5\,717,04 \text{ €}$  ;

## **AIDES FINANCIERES AU RECLASSEMENT DES ACCIDENTES DU TRAVAIL**

### **PRIME DE FIN DE REEDUCATION**

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

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

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

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

Le montant de la prime de fin de rééducation est fixé pour chaque individu par le Conseil d'administration de la caisse ou le comité délégué à cet effet, dans la limite de 3 fois au moins et de 8 fois au plus le montant du plafond du salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière.

#### **Montant minimum**

- au 1<sup>er</sup> janvier 2013 : 926,54 €.

#### **Montant maximum**

- au 1<sup>er</sup> janvier 2013 : 2 470,77 €.

#### **Procédure d'obtention**

La demande tendant à l'octroi de la prime de fin de rééducation doit être adressée par l'intéressé à la caisse primaire dont il relève au plus tard dans le mois qui suit la fin du stage de rééducation.

La caisse procède à toutes enquêtes et vérifications qu'elle juge utiles dans l'établissement de rééducation ou l'entreprise où la rééducation a eu lieu. La décision est prise par le Conseil d'administration de la caisse qui ne peut réserver une suite favorable à la demande qu'après avis conforme du directeur de l'établissement ou du chef d'entreprise.

#### **PRET D'HONNEUR**

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

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

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

Le montant maximum est de 180 fois le plafond du salaire journalier servant de base de calcul des indemnités journalières accidents du travail,

- soit au 1<sup>er</sup> janvier 2013 : **55 592,00 €**.

Le prêt d'honneur est consenti pour une durée maximum de 20 ans. Il porte intérêt à 2 % à partir du premier jour du versement du fond.

Pour bénéficier du prêt, l'emprunteur doit s'engager à exploiter personnellement, jusqu'au remboursement complet, l'exploitation artisanale, industrielle ou agricole en vue de laquelle le prêt est sollicité.

Un nantissement (garantie sur des biens meubles et immeubles) peut être demandé par la caisse primaire.

## **MAINTIEN DES INDEMNITES JOURNALIERES PENDANT LA FORMATION PROFESSIONNELLE DU SALARIE A RECLASSER**

La victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle peut demander à participer, pendant son arrêt de travail, à des sessions de formation avec l'accord de son médecin traitant.

Il peut demander par courrier à sa CPAM que ses indemnités journalières lui soient maintenues durant ces périodes de formation.

Pour conserver le bénéfice de ses indemnités journalières, le salarié doit suivre :

- une action de formation professionnelle continue (bilan de compétences, validation des acquis de l'expérience (VAE), actions de promotion professionnelle, actions d'adaptation et de développement des compétences...);
- ou, s'il n'est pas en mesure de reprendre son poste de travail, une action d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil organisée par la CPAM. Cette formation permet au salarié de construire un projet professionnel et d'envisager un autre métier au sein de l'entreprise qui l'emploie, ou dans une autre entreprise.

*Articles L. 323-3-1 et L. 433-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale*

## **PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE**

Depuis 2010, l'Assurance Maladie, dans le cadre des politiques publiques développées afin de permettre la construction de nouveaux parcours professionnels pour les salariés les plus exposés au risque de précarité, a lancé une nouvelle offre de services, **la prévention de la désinsertion professionnelle**.

Elle doit contribuer au maintien dans l'emploi, au reclassement dans l'entreprise, à une orientation vers une autre activité ou un autre secteur... des salariés en risque de désinsertion professionnelle.

Construit en partenariat avec la médecine du travail, les médecins traitants, les employeurs, le SAMETH (service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés), le CRP (Centre de rééducation professionnelle), Pôle Emploi, Cap Emploi, cette démarche doit :

- inciter l'assuré à préparer la reprise de son activité professionnelle
- l'informer des différents dispositifs existants : visite de pré reprise, temps partiel thérapeutique, aménagement du poste de travail, bilan de compétences, contrat de rééducation professionnelle en entreprise, formation en centre de rééducation professionnelle, formation professionnelle continue, etc.
- lui faire connaître les différents interlocuteurs.

Par ailleurs, chaque CPAM développe des actions et aides sociales spécifiques, notamment financières, en tenant compte des spécificités et des besoins de chaque territoire, dans le cadre du reclassement ou de la réadaptation des personnes victimes d'accidents et de maladies, professionnels ou non.

### **Stage de rééducation professionnelle**

Ce stage est réalisé en général dans un centre de rééducation professionnelle, public ou privé, qui est un établissement médico-social. À ce titre, une partie des frais de formation est prise en charge par l'assurance maladie.

Pour prétendre à un tel stage, le demandeur doit avoir été reconnu travailleur handicapé par la CDAPH (Commission des Droits pour l'Autonomie des Personnes Handicapées).

La personne handicapée doit faire sa demande auprès de :

- la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA) suivant son régime de protection sociale ;
- ou de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) avec le formulaire Cerfa n° 13788\*01 de demande de stage.

Le stage doit permettre au bénéficiaire de suivre une formation qualifiante qui débouche généralement sur un diplôme. La durée varie de 10 à 30 mois.

Le travailleur a le statut de stagiaire de la formation professionnelle. Mais, s'il était, au début du stage, en arrêt de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle, il continue à percevoir les indemnités journalières versées par la CPAM ou la rente accident du travail.

*Articles L. 432-6 à L. 432-11 du Code de la Sécurité sociale*



## **CUMUL ENTRE PRESTATIONS ACCIDENT DU TRAVAIL ET AUTRES PRESTATIONS**

### **CUMUL ENTRE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET PENSION D'INVALIDITE SECURITE SOCIALE**

L'assuré titulaire d'une rente accident de travail, dont l'état d'invalidité subit, à la suite de maladie ou d'accident, une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de ladite législation, peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité si le degré total d'incapacité est au moins égal à 2/3. Dans ce cas, la pension d'assurance invalidité est liquidée comme il est prévu indépendamment de la rente d'accident du travail.

Toutefois, le montant minimum des pensions d'invalidité est applicable au cumul de la rente d'accident du travail et de la pension d'assurance invalidité. Ce cumul ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle que l'invalidé.

*Article L. 371-4 du Code de la Sécurité sociale*

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

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

Un assuré bénéficiant à la fois d'une rente accident du travail et d'une pension d'invalidité pour un même état ne peut demander à bénéficier en plus de cette majoration de la rente.

Dans le cas contraire, l'assuré bénéficierait, au titre de cet état, d'une pension d'invalidité et d'une rente majorée, ce qui reviendrait à l'indemniser 2 fois pour la même affection.

*Cass 2<sup>e</sup> civile 2 mai 2007 Savery/ CPAM de Nanterre*

### **CUMUL ENTRE INDEMNITES JOURNALIERES ACCIDENT DU TRAVAIL ET INDEMNITES JOURNALIERES MALADIE MATERNITE**

L'assuré ne peut cumuler l'indemnité journalière accident du travail et l'indemnité journalière maladie-maternité. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure, il reçoit l'indemnité journalière maladie ou maternité, sans déduction de délai de carence si, à cette date, la durée de la maladie est déjà égale au délai de carence.

*Article L. 371-3 du Code de la Sécurité sociale*

### **CUMUL ENTRE RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL ET INDEMNITES JOURNALIERES ACCIDENT DU TRAVAIL**

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

*Article R. 443-2 du Code de la Sécurité sociale*

## CUMUL ENTRE RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL ET AVANTAGES VIEILLESSE

Une rente accident du travail peut se cumuler avec les pensions de retraite auxquels peuvent avoir droit les intéressés en vertu d'un statut particulier, celui des fonctionnaires notamment.

La rente d'accident du travail peut également se cumuler avec les prestations de l'assurance vieillesse du régime général.

*Article L. 434-6 du Code de la Sécurité sociale*

## PRECISIONS TERMINOLOGIQUES : MALADIE, INVALIDITE, INCAPACITE, HANDICAP, INAPTITUDE

	Maladie	Invalidité	Incapacité	Handicap	Inaptitude
Définition	Incapacité temporaire de travail	Capacité de travail ou de gains réduite d'au moins deux tiers suite à une longue maladie ou à un accident d'origine non professionnelle	Capacité de travail ou de gains réduite suite à un accident ou à une maladie d'origine professionnelle	Possibilité d'obtenir ou de conserver un emploi réduit par suite d'une insuffisance ou d'une diminution des capacités physiques ou mentales	impossibilité temporaire ou définitive, partielle ou totale, d'origine professionnelle ou non, de remplir tout ou partie des tâches relevant de son contrat de travail
Reconnaissance	Médecin traitant, par un arrêt de travail	Médecin-conseil de la CPAM, sur description du médecin traitant	Médecin-conseil de la CPAM, sur description du médecin traitant	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)	Constatée par le médecin du travail exclusivement
Indemnisation	Versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale	Pension de Sécurité sociale basée sur le taux d'incapacité	- indemnité forfaitaire pour l'incapacité permanente inférieure à 10 % ; - rente calculée sur le salaire antérieur pour l'incapacité permanente égale ou supérieure à 10%	Revenu minimum garanti	Par l'employeur soit par le salaire dans le cadre d'un reclassement ou un aménagement de poste, soit dans le cadre d'indemnités de rupture spécifiques en cas de licenciement pour inaptitude

## ACCIDENTS MORTELS

### BENEFICIAIRES D'UNE RENTE

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

- le conjoint survivant ;
- le conjoint séparé de corps ou divorcé ;
- le concubin ;
- la personne liée à la victime par un pacte civil de solidarité (PACS).

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

- les enfants légitimes, naturels, adoptés ;
- les ascendants.

### PREUVE DU CARACTERE PROFESSIONNEL DE L'ACCIDENT

Lorsque le décès est survenu au moment de l'accident, ou dans un temps proche, il y a reconnaissance de l'imputabilité (présomption de cause à effet), au profit des ayants droit ou lorsque la victime avait bénéficié depuis 10 ans au moins d'une rente d'accident du travail avec majoration tierce personne.

L'ayant droit, qui entend bénéficier de la rente et se prévaloir à cette fin de la présomption d'imputabilité du décès de la victime à l'accident, doit en faire la demande à la caisse. Cette demande est assortie des justifications établissant qu'il a effectivement apporté à la victime l'assistance qualifiée assistance à tierce personne pendant la durée requise.

La caisse peut contester cette imputabilité. Dans ce cas, elle doit en informer l'ayant droit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans le délai de 20 jours suivant la date à laquelle lui sont parvenues les justifications utiles. La caisse peut faire procéder aux enquêtes et vérifications qu'elle estime nécessaires.

Si la caisse n'a pas usé de cette faculté, ou si elle n'a pu apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie tant à son égard qu'à celui de l'ensemble des ayants droit.

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

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

L'ouverture du droit à une rente viagère du concubin de la victime d'une maladie professionnelle s'apprécie à la date du décès de la victime, et non à celle de la reconnaissance du caractère professionnel de cette maladie.

*Cass. Civ.II - 4 avril 2013 - n° 10-19.233.*

### MONTANT TOTAL DES RENTES D'AYANT DROIT

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

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

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

## ATTRIBUTION DE LA RENTE AU CONJOINT

Le conjoint survivant a droit à une rente viagère à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'il ait eu, à la date du décès, une durée de 2 ans au moins. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage.

☞ *Les enfants naturels, nés avant le mariage et légitimés par ce dernier postérieurement à la reconnaissance de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle, peuvent être assimilés à des enfants issus du mariage en vertu de l'article 331 du Code civil. «Tous les enfants nés hors mariage sont légitimés de plein droit par le mariage subséquent de leurs père et mère ; la légitimation entraînant au terme de l'article 332-1 du Code civil, assimilation de l'enfant naturel à l'enfant né d'une union légitime».*

*Lettre CNAMTS du 6 avril 1992*

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à la rente viagère que s'il a obtenu une pension alimentaire. La rente viagère, ramenée au montant de ladite pension, ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de la victime inférieure à celle qui est prévue en l'absence de divorce ou de séparation de corps.

S'il existe un nouveau conjoint de la victime, la rente viagère à laquelle il a droit ne peut être inférieure à un minimum.

Le conjoint condamné pour abandon de famille est déchu de tous ses droits. Il en est de même pour celui qui a été déchu totalement de l'exercice de l'autorité parentale, sauf, dans ce dernier cas, à être réintégré dans ses droits s'il vient à être restitué dans l'autorité parentale. Les droits du conjoint déchu sont transférés sur la tête des enfants et descendants.

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

### Exemple

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

*Cass. soc. 18 janvier 2001 - Filliot c/ Caisse des dépôts et consignations*

*Cass. soc. 4 mai 2001 - Lemerrier c/ CPAM du Gard*

Le montant de la rente du conjoint est égal à :

- conjoint âgé de moins de 55 ans : 40% du salaire annuel de la victime.

*Article R. 434-8 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre*

- conjoint âgé d'au moins 55 ans : 60 % du salaire annuel.
- conjoint atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 %, quel que soit son âge : 60 % du salaire annuel.

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

*Article 75 du règlement communautaire n° 574/72*

### **Ex-conjoint divorcé ou séparé de corps**

Pour l'ex-conjoint divorcé ou séparé de corps bénéficiant d'une pension alimentaire, il y a maintien de la pension alimentaire avec un maximum de 20 % du salaire annuel de la victime.

S'il existe un nouveau conjoint, sa rente d'ayant droit est fixée dans ce cas, au minimum, à 15 % du salaire annuel de la victime.

*Article R. 434-11 du Code de la Sécurité sociale*

Les ex-conjoints bénéficiaires d'une prestation compensatoire ne peuvent bénéficier d'une rente d'ayants droit ; en effet, il n'y a pas lieu d'assimiler la prestation compensatoire à la pension alimentaire. En effet, cette prestation a un caractère mixte, indemnitaire et alimentaire.

*Lettre ministérielle du 14 février 1996*

*Cass. soc. 25 novembre 1993 - CPAM des Hauts-de-Seine c/ Cerruti*

### **Conjoint survivant remarié**

En cas de nouveau mariage, le conjoint survivant cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrérages de la rente calculés selon le taux en vigueur à la date du mariage et afférente à 3 années.

Toutefois, si le conjoint survivant a des enfants, il conserve le droit à la rente, dont le rachat est différé, aussi longtemps que l'un d'eux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin.

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, le conjoint survivant recouvre son droit à la rente, sous les réserves suivantes :

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

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

### **Exemple**

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

*Cass. soc. 8 février 2001 - Cortes c/ Caisse des Dépôts et Consignations*

### **Concubin - Partenaire lié par un pacte civil de solidarité**

Le PACS ou le concubinage doit être antérieur à l'accident ou, à défaut qu'il ait eu, à la date du décès, une durée de 2 ans au moins. Ces conditions ne sont plus requises si le couple a eu un ou plusieurs enfants.

Ces dispositions entrent en vigueur pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2001.

Ces mesures sont également applicables aux maladies professionnelles. La date à retenir est celle du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et l'activité professionnelle. Cette date est assimilable à celle de l'accident.

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

*Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre*

En l'absence de modifications législatives, la rente se poursuit en cas de mariage du concubin ou partenaire lié par un PACS.

La majoration de rente prévue pour les conjoints âgés de plus de 55 ans ou inapte ne s'applique pas au concubin ou partenaire lié par un PACS.

*Circulaire CNAM n° 46/2003 du 2 avril 2003*

L'antériorité du concubinage pourra être établie par la production d'un certificat de concubinage délivré par la mairie.

A défaut de certificat, les CPAM peuvent avoir un large pouvoir d'appréciation pour solliciter et valider les éléments de preuve comme par exemple :

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

Le cas échéant, une enquête administrative peut être diligentée.

Pour établir l'antériorité du PACS, l'intéressé devra produire le document "attestation d'inscription d'un PACS et de ses éventuelles modifications" délivré par le greffe du tribunal d'instance.

### **ATTRIBUTION DE LA RENTE AUX ENFANTS**

Ce sont les enfants légitimes ou naturels dont la filiation est légalement établie et les enfants adoptés.

Les rentes allouées sont collectives et réduites au fur et à mesure que les orphelins atteignent la limite d'âge qui leur est applicable.

S'il y a des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée distinctement au regard des dispositions qui précèdent.

Les autres descendants de la victime et les enfants recueillis par elle, si les uns et les autres sont privés de leurs soutiens naturels et tombés de ce fait à sa charge, bénéficient des mêmes avantages.

La rente est versée au père ou à la mère, au tuteur ou la personne ayant la garde de l'enfant.

La rente d'ayants droit leur est versée jusqu'à l'âge de 20 ans.

*Article R. 434-16 du Code de la Sécurité sociale modifié par décret n° 2002-1555 du 24 décembre 2002 - JO du 29 décembre*

Le montant de la rente est fixé à 25 % du salaire annuel de la victime par orphelin de père ou de mère dans la limite de 2 orphelins.

Ce montant est de 20 % par enfant, s'il y a plus de 2 enfants.

Si les enfants sont orphelins de père et de mère, ils bénéficient d'un complément de rente fixé à 10 %.

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

*Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 - JO du 26 décembre*

### **ATTRIBUTION DE LA RENTE AUX ASCENDANTS**

Chacun des ascendants reçoit une rente viagère, s'il rapporte la preuve :

- qu'il aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire, dans le cas où la victime n'avait ni conjoint, ni enfant ;
- qu'il était à la charge de la victime, dans le cas où celle-ci avait conjoint ou enfant.

La condition prévue doit être remplie soit à la date de l'accident, soit, si cela est plus favorable, à la date du décès de la victime.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être accordé à l'ascendant qui a été reconnu coupable d'abandon de famille ou qui a été déchu totalement de l'autorité parentale.

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

Le montant de la rente viagère est égal à 10 % du salaire annuel de la victime.

### **MAJORATION DES TAUX DE RENTE D'AYANTS DROIT**

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

Bénéficiaires	Montant de la rente en % du salaire utile de la victime	
	jusqu'au 31 août 2001*	à partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2001*
Conjoint	30 %**	40 %
Concubin	-	40 %
Partenaire lié par un PACS	-	40 %
Enfant :		
- 2 enfants et moins	15 %	25 %
- au-delà de 2 enfants	10 %	20 %
- orphelin de père et mère	20 %	+ 10 %

\* *Date de l'accident*

\*\* *Les nouveaux taux sont applicables à l'ensemble des rentes servies à la date d'effet du décret, soit le 31 décembre 2002 quelle que soit la date de l'accident. Les rentes versées au titre d'accidents ou de maladies antérieures au 1<sup>er</sup> septembre 2001 bénéficient de la majoration des taux.*

### **PRIS EN CHARGE PARTIELLE DES FRAIS FUNERAIRES**

Les frais funéraires de la victime décédée sont pris en charge par la CPAM, dans la limite de 1 564,5 €.

La CPAM supporte également les frais de transport du corps au lieu de sépulture (uniquement en France) demandé par la famille :

- soit lorsque la victime a quitté sa résidence pour être embauchée ;
- soit, en cas d'accident du travail, lorsque le décès s'est produit au cours d'un déplacement professionnel.

## **FISCALITE DES INDEMNITES JOURNALIERES ET RENTES ACCIDENTS DU TRAVAIL**

### **IMPOT SUR LE REVENU**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les indemnités journalières et l'indemnité temporaire d'inaptitude versée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont soumis à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant (ou exonérées à hauteur de 50 %).

Il en est de même pour les rentes viagères versées à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle.

La réforme engagée de l'imposition sur le revenu, et en particuliers la loi de finances pour 2014 n'a pas modifié ce principe d'exonération en matière d'accident du travail et maladie professionnelle.

*Article 81-8<sup>o</sup> du Code général des impôts  
LOI n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 - JO du 30 décembre*

### **CSG (Contribution Sociale Généralisée)**

Les indemnités journalières sont soumises à la CSG.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, son taux est fixé à 6,2 %.

La CSG est précomptée sur le montant brut de l'indemnité par les organismes débiteurs des prestations.

Lorsque l'employeur est subrogé dans les droits de son salarié pour la perception des indemnités journalières d'assurance maladie, il reçoit de l'organisme débiteur une indemnité journalière nette de la CSG et de la CRDS. L'employeur déduit de l'assiette des cotisations le montant brut de l'indemnité. L'organisme débiteur doit indiquer à l'employeur ce montant brut.

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

### **CRDS (Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale)**

Les indemnités journalières versées aux victimes d'accident du travail sont soumises à la CRDS au taux de 0,50 % à compter du 1<sup>er</sup> février 1996.

La CRDS est prélevée directement par la CPAM.

En cas de subrogation de l'employeur, celui-ci devra tenir compte du prélèvement.

Les rentes viagères ne sont pas assujetties à la CRDS.

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

