

2 0 2 5

Santé Info Droits PRATIQUE

— D.4 —

SANTÉ ET TRAVAIL LES DROITS DES VICTIMES D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

DE QUOI S'AGIT-IL ?

L'organisation du régime général de la Sécurité sociale se répartit en cinq branches : aux côtés de la branche maladie (maladie, maternité, invalidité), famille, retraite et recouvrement, se trouve la branche accident du travail et maladie professionnelle.

Les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle bénéficient d'un régime de Sécurité sociale spécifique et, à ce titre, d'une protection particulière. Leurs droits diffèrent donc de ceux des assurés sociaux atteints de maladie ordinaire et même de ceux atteints d'affection de longue durée.

Le critère de distinction est que l'atteinte à l'état de santé trouve son origine dans la relation de travail.

Cette fiche ne peut prétendre à l'exhaustivité tant le champ de la réglementation et la jurisprudence en la matière est dense. En ce sens, elle n'abordera que la situation des salariés du régime privé, les agents de la fonction publique étant couverts par une législation dédiée. Nous n'évoquerons pas non plus, de façon détaillée, les problématiques spécifiques aux relations salariés/employeurs et les contentieux pouvant parfois en découler, notamment en matière de faute inexcusable ou de licenciement, ni les responsabilités des tiers dans l'accident.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT DU TRAVAIL ?

L'article L411-1 du Code de la Sécurité sociale (CSS) définit l'accident du travail comme **l'accident, quelle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le**

montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ou la nature de leur statut.

Les **accidents de trajet** sont constitutifs d'un accident de travail dès lors que l'accident est survenu sur le trajet travail-domicile ou travail-lieu de restauration.

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

Il n'existe pas de définition juridique de la maladie professionnelle. Une maladie peut être considérée comme professionnelle **lorsqu'elle est la conséquence directe de l'exposition d'un**

travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE : QUELLES DIFFÉRENCES ?

A quelques exceptions près qui sont surtout d'ordre procédural (exposées plus loin), le régime applicable aux maladies professionnelles est calqué sur celui des accidents du travail.

A noter, par exemple, que la notion de «date de l'accident», souvent

évoquée dans les textes, correspond, pour la maladie professionnelle, à la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

QUELS BÉNÉFICIAIRES ?

Toute personne se trouvant **sous la subordination d'un employeur** : c'est ce critère qui justifie l'application du régime. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un contrat de travail, ni que la personne soit assurée sociale, ni même qu'elle soit en situation régulière au regard du droit au séjour.

Le régime de Sécurité sociale est également étendu à des catégories particulières de personnes telles que les conseillers prud'hommes ou les représentants associatifs, la liste exhaustive et limita-

tive est consultable à l'article L412-8 du Code de la Sécurité sociale. Les personnes ou organismes (associations, pour ses bénévoles, par exemple) non couverts par le régime général peuvent s'assurer volontairement, auprès des Caisses de Sécurité sociale, pour les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Ils ne peuvent bénéficier, à ce titre, ni des indemnités journalières ni du versement d'un capital (articles R743-3 à R743-10 du CSS).

LES MODALITÉS DE RECONNAISSANCE

1. La déclaration

En cas d'accident du travail, la victime doit informer son employeur dans un délai de 24h (sauf cas de force majeure, motif légitime ou impossibilité), de vive voix ou par tout moyen conférant date certaine, c'est à dire un courrier recommandé ou un courrier électronique.

A défaut, l'accident peut être déclaré dans un délai de deux ans suivant l'évènement.

Le médecin constatant les lésions doit, de son côté, établir deux certificats médicaux (un pour la Sécurité sociale et un pour l'assuré) décrivant l'état de la victime et les conséquences de l'accident, ainsi qu'un avis d'arrêt de travail, si c'est nécessaire.

C'est l'employeur qui déclare ensuite l'accident à la caisse de Sécurité sociale dont dépend la victime dans un délai de 48h à compter du moment où il a pris connaissance de la survenance de l'accident et même s'il a des réserves. Il peut la remplacer par une inscription au registre des accidents bénins s'il n'a entraîné ni arrêt de travail ni soins médicaux et informer le comité social et économique.

Articles L441-1 à L441-6 et R441-1 à R441-5 du CSS

En cas de maladie professionnelle, la victime doit adresser à sa **caisse de Sécurité sociale** une demande de prise en charge dans **un délai de 15 jours à compter de la cessation du travail**. A défaut, elle conserve un délai de **deux ans** qui court à compter soit de la fin de l'activité professionnelle à l'origine de la maladie soit de la constatation médicale, par certificat, du lien possible entre la maladie et l'activité concernée.

Articles L461-1 et L461-5 et R461-5 du CSS

2. La procédure spécifique de reconnaissance de la maladie professionnelle

L'article L461-1 du Code de la Sécurité sociale qualifie la maladie de professionnelle dès lors qu'elle est inscrite au sein d'un des **tableaux des maladies professionnelles** dédiés et qu'elle a été contractée dans les conditions visées au même tableau.

Les tableaux des maladies professionnelles, classés par groupe d'affections, sont consultables en Annexe II du Code de la Sécurité sociale. Pour chaque maladie, sont indiqués :

- le délai de prise en charge : c'est-à-dire le délai au cours duquel la victime peut solliciter une prise en charge de la maladie par la Sécurité sociale, délai qui commence à courir à compter de la fin de l'exposition au risque ;
- une liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer cette maladie.

Si la maladie remplit ces conditions, elle est présumée être d'origine professionnelle.

A défaut, elle peut néanmoins être reconnue comme professionnelle à la double condition qu'elle ait été **essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle ait entraîné le décès de celle-ci ou une incapacité permanente au moins égale à un taux de 25%**.

Dans ce dernier cas ou si la maladie est bien inscrite sans remplir tous les critères indiqués aux tableaux, il est néanmoins possible d'engager une procédure de reconnaissance : le dossier est alors confié au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), composé d'experts médicaux, dont l'avis s'impose à la caisse d'Assurance Maladie.

A compter de sa saisine, le CRRMP dispose d'un délai de 4 mois (allongé de 2 mois, en cas d'examen et enquêtes complémentaires) pour instruire le dossier.

La procédure devant ce comité est précisée au sein des articles D461-26 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

3. Feuille d'accident

Formulaire permettant la prise en charge des soins et l'indemnisation de la victime, ce document doit être remis par l'employeur au salarié, dès qu'il est informé de la survenance de l'accident, ou par la Caisse de Sécurité sociale en cas de maladie professionnelle.

Il est constitué de trois volets, un pour l'assuré, un pour le médecin et un pour l'établissement de santé ou le pharmacien, sur lequel ils indiquent leurs honoraires.

4. Décision de la Caisse

A compter de la réception de la déclaration et du certificat médical initial, la Caisse doit statuer sur le caractère professionnel de la situation dans un délai de :

- 30 jours pour un accident du travail ;
- 3 mois pour une maladie professionnelle.

Aux termes de l'article R441-8 du Code de la Sécurité sociale, **l'absence de réponse dans ce délai vaut reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, de la maladie, de la rechute ou de la nouvelle lésion.**

Cependant, un délai d'investigation supplémentaire de 90 jours peut par ailleurs être utilisé, sous réserve d'en informer la victime dans le délai initial.

La décision motivée de la caisse est notifiée à la victime (ou à ses ayants droit, en cas de décès), à l'employeur et au médecin traitant. Elle doit mentionner les voies et délais de recours.



LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

Les soins nécessaires, entraînés par l'accident du travail ou la maladie professionnelle, sont pris en charge par la Sécurité sociale. Les prestations sont délivrées, à titre provisionnel, à la victime jusqu'à notification de la Caisse (article R441-15 du CSS).

Les soins de santé couvrent, aux termes des articles L431-1 et L432-3 du CSS :

- Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, et notamment les frais d'hospitalisation ;
- Les frais afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables et aux prothèses dentaires ;
- Les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement de santé ;
- Tous les frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle, le reclassement et la reconversion professionnelle de la victime.

Ces frais visés sont ceux habituellement pris en charge par l'Assurance maladie, c'est-à-dire, qu'ils doivent être inscrits au sein de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), ou de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Sur cette base, les soins sont pris en charge à 100% du tarif de la Sé-

curité sociale. Il en est de même, et pour tous les soins, (pas uniquement ceux en lien avec l'accident ou la maladie professionnelle), pour les victimes et leurs ayants droit lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 66,66% (article R160-10 du CSS).

Une majoration est appliquée pour les aides techniques et prothèses dentaires qui sont alors prises en charge à 150% du tarif de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés par la victime. Sont également pris en charge le forfait journalier hospitalier ainsi que le forfait à 24€ sur les actes « lourds » ou « coûteux ».

En revanche, la victime reste redevable de la participation forfaitaire de 2€ ainsi que des franchises ainsi que des éventuels dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels.

Pour plus d'informations, sur ces dispositifs, consulter la fiche Santé Info Droits pratique [C.6 – Forfaits et franchises](#).

La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est dispensée d'avancer les frais pour les soins nécessités dans ce cadre, c'est-à-dire que la Caisse de Sécurité sociale verse directement aux professionnels et établissements de santé consultés les prestations délivrées sous réserve de présenter la feuille d'accident susmentionnée (art. L432-1 du CSS).

L'INDEMNISATION DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Article L433-1 et suivants du CSS

L'indemnisation à la charge de la Sécurité sociale :

Les indemnités journalières sont versées au lendemain de l'accident du travail et ce, pendant toute la durée de l'arrêt de travail et en cas de rechute ou d'aggravation, jusqu'à la reprise, la guérison complète, la consolidation de l'état de santé de la victime ou son décès, sans limite administrative de durée.

Contrairement aux arrêts de travail pour maladie sans origine professionnelle aucune condition administrative préalable de durée de travail ou de cotisations, n'est exigée.

Aucun jour de carence n'est, par ailleurs, appliqué.

Une reprise à temps partiel thérapeutique ou reprise d'un travail léger (qui se traduit par le maintien du versement des indemnités journalières) est également possible sous réserve de l'accord conjoint entre le médecin traitant, le médecin conseil de la Sécurité sociale et le médecin du travail.

Dans les limites d'un plafond fixé chaque année, l'indemnité journalière correspond à 60% du salaire de référence pendant les 28 premiers jours d'arrêt puis à 80% de ce même salaire de référence. Ce dernier est calculé, pour les salariés mensualisés, sur la base du dernier salaire perçu.

L'indemnisation à la charge de l'employeur :

Le salaire du jour de l'accident est pris en charge par l'employeur. Puis, il a une obligation de maintien du salaire qui vient compléter les indemnités journalières versée par la Sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L1226-1 et D1226-1 à D1226-8 du Code du Travail. Cette indemnisation intervient dès le 1^{er} jour de l'indemnisation de l'arrêt de travail dès lors que le salarié présente un an d'ancienneté dans l'entreprise. Son montant et sa durée varie en fonction de cette ancienneté.

Des conventions ou accords collectifs peuvent prévoir des dispositifs plus favorables. Par ailleurs, des contrats d'assurance prévoyance contractés individuellement ou collectivement par l'entreprise peuvent compléter l'indemnisation de la victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Des informations plus complètes sont accessibles dans la fiche Santé Info Droits Pratique [D.1 – Les revenus des salariés en arrêt maladie](#).

Le régime fiscal des indemnités journalières de la Sécurité sociale :

Elles sont soumises à la CSG, à la CRDS ainsi qu'à l'impôt sur le revenu dans la limite de 50% de leur montant (article 80 quinquies du Code général des impôts).

L'INDEMNISATION EN CAS D'INCAPACITÉ PERMANENTE

Si après la consolidation, des lésions au caractère permanent persistent, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut se voir attribuer une rente ou un capital destiné à réparer les préjudices qu'elle a subis du fait de cet événement.

La procédure

La victime peut solliciter, auprès de sa Caisse de Sécurité sociale, l'indemnisation de son incapacité permanente dans un délai de 2 ans

à compter soit de l'accident soit de la fin des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, par l'envoi d'un certificat médical de consolidation rédigé par son médecin traitant.

Le médecin conseil de la Sécurité sociale peut également fixer la consolidation en sollicitant l'avis du médecin traitant par certificat médical.

Art. L441-6 et R433-17 du CSS

Le taux d'incapacité

Ce taux est fixé par le service médical de la caisse d'assurance maladie sur la base du certificat médical éventuellement délivré par le médecin traitant de la victime ainsi qu'après avis du médecin du travail, dans l'hypothèse d'une inaptitude définitive au poste de travail.

Il est par ailleurs déterminé en fonction des critères suivants : nature de l'infirmité, état général de la victime, ses facultés physiques et mentales et, enfin, ses aptitudes et sa qualification professionnelles (articles L434-2 et R434-32). Le médecin conseil de la Sécurité sociale propose un taux d'incapacité en se fondant sur la base d'estimation des préjudices incluse au sein des barèmes indicatifs d'invalidité prévus à cet effet, l'un pour les accidents du travail et l'autre pour les maladies professionnelles (annexés au Livre IV du Code de la Sécurité sociale).

La traduction du taux d'incapacité en indemnisation

La détermination de cette traduction se fait en fonction du niveau du taux d'incapacité.

- Indemnisation en capital pour un taux d'incapacité inférieur à 10%, la victime perçoit une somme d'argent, en une seule fois, dès que la décision de la caisse devient définitive (voies et délais de recours épuisés). Son montant, différent pour chaque taux (entre 1% et 9%), est fixé selon un barème forfaitaire revalorisé chaque année.
- Indemnisation en rente pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 10%, la victime a droit au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité, celui-ci ayant été préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux inférieure à 50% et augmenté de la moitié pour la partie supérieure à 50% (article R434-2 du CSS).

Exemples

1/ Pour un taux d'incapacité de 30% :

$30\% \text{ (partie du taux inférieure à } 50\%) / 2 = 15$

La rente correspondra donc au salaire annuel multiplié par 15%.

2/ Pour un taux d'incapacité de 70% :

$50\% \text{ (partie du taux inférieure à } 50\%) / 2 = 25$

$20\% \text{ (partie du taux supérieure à } 50\%) * 1,5 = 30$

$25+30=55$

La rente correspondra donc au salaire annuel multiplié par 55%.

Le salaire annuel moyen pris en compte correspond à la rémunération effective totale perçue au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à la maladie. Des situations professionnelles ou salariales spécifiques sont envisagées notamment par l'article R434-29 du CSS.

Des modalités de calcul sont également appliquées sur ce salaire annuel en fonction de son montant. Sur cette question, se reporter aux articles R434-28 et R434-29 du CSS.

Le versement de la rente déterminée, revalorisée chaque année au 1^{er} avril, est effectuée, jusqu'au décès de la victime, chaque trimestre pour un taux d'incapacité entre 10% et 50% et chaque mois, pour un taux supérieur à 50%.

Caractéristiques spécifiques de la rente et du capital

La rente ou le capital sont des prestations incessibles et insaisissables.

Elles sont également exonérées d'impôts sur le revenu ainsi que de la CSG et de la CRDS.

Elles sont par ailleurs cumulables avec une pension de retraite, un salaire et, sous certaines conditions, avec une pension d'invalidité (articles L371-4 et R371-1 du CSS).

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne

Au moment de l'attribution de son taux par le médecin conseil de la Sécurité sociale ou à la demande de la victime, il peut lui être attribué, en complément sa rente, une prestation pour recours à tierce personne si :

- elle présente une incapacité égale ou supérieure à 80% et
- elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie.

Cette prestation est évaluée selon les besoins de la personne et en fonction d'un barème fixé par décret (articles L434-2 alinéa 3 et R434-3 du CSS).

La conversion de la rente accident du travail / maladie professionnelle

Il est possible, dans certaines conditions précises, de solliciter auprès de la caisse de Sécurité sociale, la conversion d'une rente ou d'une partie de celle-ci soit en capital au profit de la victime elle-même, soit en rente viagère réversible sur la tête du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin de la victime. Les modalités de conversion dépendent du taux d'incapacité.

Pour plus d'informations, se reporter aux articles L434-3 à L434-5 et R434-5 à R434-9 du CSS.

Indemnisation des ayants droit d'une victime décédée

Sous certaines conditions, l'époux, concubin ou partenaire de PACS, les enfants et/ou les ascendants de la victime décédée peuvent ouvrir droit à une rente (articles L434-7 à L434-14 et R434-10 à R434-18 du CSS) ainsi qu'à la prise en charge des frais funéraires de la victime (articles L435-1 et L435-2 du CSS).

EN SAVOIR
PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

- Fiche **Santé Info Droits Pratique D.1 Les revenus des salariés en arrêt maladie**
- Fiche **Santé Info Droits Pratique C.3 - Le contentieux de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale**

EVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>