

ETRE VICTIME D'UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE



Les prestations de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie en métropole et par les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

Définition

Maladie professionnelle : Une maladie est dite « professionnelle » si elle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque encouru lors de l'exercice d'une activité professionnelle. Les maladies professionnelles font l'objet d'une liste. Il est néanmoins possible de faire reconnaître une maladie professionnelle au cas par cas, même si elle ne figure pas dans cette liste.

Dès leur embauche (sans délai de carence), les travailleurs salariés ou assimilés bénéficient de la protection contre le risque professionnel. Cette protection est également étendue à diverses catégories de personnes (élèves des établissements techniques, les apprentis, les stagiaires, les participants à des actions d'insertion professionnelle, les détenus exerçant un travail pénal, etc.).

L'**accident du travail** est celui qui survient par le fait ou à l'occasion du travail. Est également considéré comme un accident du travail, l'accident de trajet, c'est-à-dire l'accident dont est victime le travailleur alors qu'il se rend à son travail ou en revient, ou celui dont il est victime entre le lieu de travail et le lieu où il prend habituellement ses repas.

Formalités

Dans le cadre d'une maladie professionnelle, l'assuré doit remplir et transmettre à sa caisse primaire d'assurance maladie le formulaire de déclaration, au plus tard 15 jours suivant le début de l'arrêt de travail éventuellement prescrit par un médecin.

En cas d'accident du travail, la victime doit en informer son employeur dans les 24 heures. Ce dernier doit déclarer l'accident à la caisse primaire d'assurance maladie dans les 48 heures. Il remettra à son salarié une feuille d'accident qui lui permettra de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

Réparation

Une période d'incapacité temporaire (totale ou partielle) s'ouvre immédiatement après l'accident (ou la constatation de la maladie). Cette période est close par la guérison de la victime ou la consolidation des lésions. Les prestations de l'assurance accidents du travail sont servies à la victime sans condition d'immatriculation ou de durée d'activité préalable.

Prestations dues en cas d'incapacité temporaire

Prise en charge des soins

Les prestations en nature de l'assurance accident du travail sont servies à la victime dans les mêmes conditions que les prestations en nature de l'assurance maladie. Toutefois, les soins (médicaux, chirurgicaux, de pharmacie) sont pris en charge à 100 %. En cas d'hospitalisation, il n'y a pas de forfait journalier à payer et la victime est exonérée du paiement forfaitaire de 24 € pour actes lourds. Certaines prestations telles que les prothèses dentaires et les appareillages sont pris en charge à 150 %.

L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais grâce au système du tiers payant : la caisse d'affiliation règle directement les sommes dues aux praticiens, auxiliaires médicaux et établissements de soins.

Prestations en espèces

Indemnités journalières

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu ainsi qu'aux prélèvements sociaux :

- 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).
- Le jour de l'accident, la victime a droit à son salaire, payé par l'employeur.
-

- Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail, elle a droit à une indemnité journalière égale à 60 % du salaire journalier (calculé sur la base du salaire du mois civil précédant l'arrêt de travail divisé par 30,42). Cette indemnité ne peut pas dépasser 205,84 € par jour.
- A partir du 29e jour d'arrêt, l'indemnité est portée à 80 % du salaire journalier (dans la limite de 274,46 € maximum par jour), sans condition d'enfant à charge comme cela est le cas dans le cadre de l'assurance maladie.
- Au-delà de 3 mois d'arrêt de travail, l'indemnité peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires.

Dans tous les cas, l'indemnité ne peut pas excéder le salaire journalier net.

Indemnités temporaires d'incapacité

L'assuré déclaré inapte suite à une maladie professionnelle peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'incapacité pendant une durée d'1 mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'incapacité, sous réserve de remplir les conditions d'attribution et de ne percevoir aucune rémunération au cours de cette période.

Le montant de l'indemnité est égal au montant de la dernière indemnité journalière accident du travail - maladie professionnelle (AT-MP) versée pendant l'arrêt de travail lié à la maladie professionnelle ayant entraîné l'incapacité.

La durée de versement de l'indemnité qui est d'en principe 1 mois peut être réduite dans les deux situations suivantes :

- L'assuré perçoit une rémunération pendant la période de versement de l'indemnité temporaire d'incapacité
- Une proposition de reclassement ou un licenciement intervient en moins d'un mois.

Prestations dues en cas d'incapacité permanente : les rentes

Au moment de la consolidation, le médecin conseil de l'Assurance maladie examine l'assuré et lui attribue, si les séquelles le justifient, un taux d'incapacité permanente reposant sur des critères et barèmes spécifiques.

- Un taux inférieur à 10 % ouvre droit à une indemnité en capital versée en une seule fois. Son montant forfaitaire fixé par décret dépend du taux d'incapacité (de 1% à 9%).

Taux d'incapacité	Montants au 1 ^{er} avril 2022
1 %	426,92 €
2 %	693,91 €
3 %	1 014 €
4 %	1600,44 €
5 %	2 027,47 €
6 %	2 507,64 €
7 %	3 040,96 €
8 %	3 628,07 €
9 %	4 268,27 €

- Si le taux est supérieur ou égal à 10 %, l'assuré perçoit une rente d'incapacité permanente. Elle est versée chaque mois (pour un taux supérieur ou égal à 50 %) ou chaque trimestre (pour un taux compris entre 10 et 50 %).

Rente due à la victime

Le montant de la rente est calculé à partir de deux éléments : le taux d'incapacité permanente de la victime et le montant du salaire antérieur. La rente est dite viagère ; elle est versée jusqu'au décès de la victime.

Le taux d'incapacité permanente (IPP)

Ce taux est déterminé de la façon suivante :

- Dans un premier temps, la caisse primaire recherche le taux d'incapacité réelle en s'appuyant sur plusieurs éléments : résultats d'expertise, barème officiel, état général de la victime, son âge, ses facultés physiques et mentales, ses aptitudes et qualifications professionnelles.
- Ce taux fait ensuite l'objet d'une correction : il est réduit de moitié jusqu'à 50 % et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %.

Le salaire

Le salaire annuel minimum (S) pris en considération pour le calcul d'une rente au taux d'incapacité au moins égal à 10 % est fixé à 18 985,61 € (salaire minimum des rentes) au 1er avril 2022.

Jusqu'à 2 fois ce salaire S ($18\,985,61\,€ \times 2 = 37\,971,21\,€$) le salaire de la victime est entièrement pris en considération. La fraction de salaire annuel de la victime qui excéderait 2 S, sans dépasser 8 S (151 884,87 €) est prise en compte pour 1/3.

La fraction excédant 8 fois le salaire minimum des rentes est abandonnée.

Tierce personne

La rente d'incapacité permanente peut être complétée par la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) dès lors que la victime présente au moins 80 % d'incapacité permanente et qu'elle est incapable d'accomplir seule au moins 3 actes ordinaires de la vie courante.

Le montant de la PC RTP est modulé en fonction du besoin d'assistance, lequel est déterminé par le service médical de la caisse débitrice de la rente à partir d'une grille d'appréciation de 10 actes que la victime ne peut pas accomplir seule.

Les trois montants forfaitaires sont les suivants (au 1er avril 2022) :

- 573,31 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule 3 ou 4 actes de la grille
- 1 146,64 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule 5 ou 6 actes de la grille
- 1 719,99 € lorsque la victime ne peut pas accomplir seule au moins 7 actes de la grille ou lorsque en raison de troubles neurologiques la victime présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Rentes dues aux survivants

Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle entraîne le décès de la victime, certains ayants droit peuvent prétendre à une rente de survivants :

- Le conjoint, le concubin ou la personne liée à la victime par un pacte civil de solidarité peut prétendre à une rente égale à 40 % du salaire de la victime. De plus, si l'intéressé est âgé de plus de 55 ans ou présente une incapacité de travail d'au moins 50 %, le montant de la rente viagère est porté à 60 % du salaire annuel de l'assuré décédé.
A l'inverse, si il y a eu divorce, séparation de corps ou rupture du Pacs, et le défunt était tenu de verser une pension alimentaire ou une aide financière, ou si le défunt vivait avec un nouvel époux, partenaire pacsé ou concubin, le montant de la rente est réduit de 20 %.

- Les enfants légitimes ou adoptés, âgés de moins de 20 ans. La rente est en principe de 25 % du salaire annuel de la victime, pour chacun des deux premiers enfants et 20 % par enfant au-delà de deux. Lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère, le taux de la rente est égal à 30 % ;
- Les ascendants qui se trouvaient en état d'obtenir une pension alimentaire si la victime n'avait ni conjoint, ni enfant. Si la victime avait un conjoint ou un enfant, les ascendants devaient être à la charge de la victime. La rente est en principe fixée à 10 % du salaire annuel de la victime, sans que les rentes pour l'ensemble des ascendants puissent excéder 30 %.

La somme des rentes dues aux survivants ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de la victime. Le cas échéant, le montant de chaque rente versée sera diminué proportionnellement.