

**ACCIDENT DU TRAVAIL -
MALADIE PROFESSIONNEL**

**INVALIDITE
- HANDICAP**

Mise à jour : octobre 2006

ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

L'ACCIDENT DE TRAVAIL

DEFINITION

L'accident de travail est un **accident** "survenant 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" (Code de la sécurité sociale – article L 411-1).

C'est "un fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail, et qui est à l'origine d'une lésion corporelle" (arrêt de la cour de cassation, 24 avril 1969).

La législation sociale admet la présomption d'imputabilité.

La Sécurité Sociale assume la **responsabilité financière** (prestations en espèces, rentes, prestations en nature.)

UN CAS PARTICULIER : L'ACCIDENT DE TRAJET

Accident arrivant à un salarié pendant son **trajet aller ou retour** entre le lieu de travail et :

- le restaurant, la cantine ou tout autre lieu habituel de restauration,
- son domicile,
- une résidence secondaire,
- un lieu où il se rend habituellement pour des raisons familiales
- En cas de covoiturage, les détours imposés par la récupération des différents salariés sont pris en compte.

En cas d'accident de trajet, la présomption d'imputabilité n'est pas retenue. La charge de la preuve appartient au salarié, qui doit prouver sa bonne foi à l'aide de constats et de témoignages.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Evolution du nombre et de la fréquence des accidents du travail depuis 2000

	2000	2001	2002	2003*	2004*
Nombre d'accidents du travail	1.361.259	1.345.608	1.326.355	1.276.732	1.221.185
Nombre d'accidents de trajet	131.886	130.601	127.567	120.074	114.190
Indice de fréquence ⁽¹⁾	79,2	76,6	73,7	71,1	68,4

(1) L'indice de fréquence correspond au nombre d'accidents du travail reconnus par milliers de salariés.

* Données provisoires Source : CNAM

Évolution de la gravité des accidents du travail depuis 2000

	2000	2001	2002	2003*	2004*
Nombre d'accidents du travail avec incapacité permanente	48.923	43.875	47.877	49.632	nd.
Indice de gravité	16,1	14,5	16,0	18	19,5

* données provisoires Source : Direction de la sécurité sociale

PERSONNES CONCERNÉES

Les salariés, les élèves de l'enseignement technique, secondaire et spécialisé, les stagiaires de formation professionnelle, les demandeurs d'emploi participant à des actions dispensées ou prescrites par l'ANPE, les détenus sans condition d'ouverture des droits.

DEMARCHE À SUIVRE PAR LE SALARIE

- **Prévenir** ou faire prévenir l'employeur dès que possible, de préférence sous 24 heures.
- Remplir une **déclaration d'accident de travail** en précisant l'identité du ou des témoins.
- Récupérer la **feuille d'accident de travail** au près de l'employeur ou à défaut la caisse.
- Faire établir un **certificat médical initial** par le médecin de son choix (en cas d'arrêt de travail, le salarié peut justifier de son absence en faisant parvenir, à son employeur, le certificat d'arrêt de travail annexé au certificat médical.)

DEMARCHE À SUIVRE PAR L'EMPLOYEUR

L'employeur doit remettre immédiatement au salarié la **feuille d'accident** qui lui permet de se faire soigner, sans faire l'avance des frais, sur la base du tarif sécurité sociale.

Il a **48 heures pour déclarer l'accident à la caisse d'assurance maladie** par recommandé avec accusé de réception. S'il n'effectue pas la déclaration d'accident auprès de la caisse, le salarié peut le faire lui-même dans les 2 ans qui suivent l'accident.

L'employeur **peut formuler des réserves** quant au caractère professionnel de l'accident lors de la déclaration d'accident de travail, ainsi d'ailleurs qu'au cours de la période d'instruction du dossier.

LA MALADIE PROFESSIONNELLE

DEFINITION

Une maladie professionnelle est **la conséquence directe de l'exposition** d'un travailleur à un risque physique, électrique, chimique ou biologique. Elle peut aussi être la conséquence des conditions dans lesquelles un travailleur exerce de façon habituelle son activité professionnelle (article L 461-1 du code de la sécurité sociale).

CONDITIONS DE RECONNAISSANCE

Pour être reconnue d'origine professionnelle, la maladie doit appartenir à **l'un des tableaux** de maladies professionnelles fixés par décret et doit être contractée dans les **conditions** mentionnées à ce tableau. Dans ce cas il existe une présomption d'origine qui ouvre pleinement les droits sociaux. La déclaration de la maladie peut se faire à distance de l'exposition professionnelle dans des **délais** définis dans les tableaux des maladies professionnelles.

Toutefois, si une ou plusieurs conditions administratives ne sont pas remplies, ou bien si la maladie ne figure pas dans l'un des tableaux et a entraîné le décès ou une **incapacité d'au moins 25%**, elle peut être reconnue comme maladie professionnelle par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Il s'agit alors d'une **maladie hors tableau**.

EPIDEMIOLOGIE

En 1999 la CNAMTS a enregistré 24 000 cas de maladies professionnelles, soit 4 fois plus qu'en 1988.

Il est intéressant de noter que près de 85% des prises en charge concernent uniquement trois tableaux :

- Tableau n° 57 : affections péri articulaires (65%)
- Tableau n°30 : pathologies liées à l'amiante (10%)
- Tableau n°98 : lombalgies dorsalgies (près de 10%)

Évolution du nombre de cas de maladies professionnelles depuis 2000

	2000	2001	2002	2003*	2004*
Nombre de maladies professionnelles constatées et reconnues	30.224	34.519	39.919	43.847	43.175
Nombre de maladies professionnelles mortelles	239	365	426	494	n.d.

* données partielles et provisoires Source : CNAM

DEMARCHE A SUIVRE

C'est à la victime de faire la déclaration (cerfa n°60-3950). Elle envoie les 4 premiers volets à sa caisse **dans un délai de quinze jours suivant l'arrêt de travail** ou au plus tard **dans les deux ans suivant la date du certificat médical faisant état du lien entre sa maladie et le**

travail, au-delà il y a forclusion. Attention toute fois, la prise en charge n'est pas rétroactive, elle débute à la date de réception du certificat médical.

Si la maladie ne figure pas dans les tableaux et que ceux-ci viennent à être modifiés dans un sens favorable à la victime, celle-ci doit se manifester dans les trois mois auprès de la caisse. Pour permettre le calcul des indemnités journalières, la victime joint à la déclaration de maladie professionnelle, une attestation de salaire établie par le dernier employeur mais il ne peut émettre de réserves quant au caractère professionnel de la maladie, car c'est au **médecin conseil** d'en établir l'imputabilité.

PARTICULARITES COMMUNES AUX AT-MP

CONSEQUENCES IMMEDIATES

Exonération du ticket modérateur : prise en charge à 100 %, sur la base du tarif sécurité sociale, de tous les frais de soins ou d'hospitalisation (y compris le forfait journalier).

Dispense d'avance des frais : application du tiers payant, facturation à la caisse par l'intermédiaire de la feuille d'accident de travail délivrée par l'employeur.

Pas de licenciement pendant l'accident du travail.

EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

La victime bénéficie d'indemnités journalières. Elles sont dues pour tous les jours, ouvrables ou non, à compter du lendemain du jour de l'accident : sans délai de carence. L'indemnité correspond à **60% du gain journalier de base pendant les 28 premiers jours et à 80% de celui-ci à compter du 29^{ième} jour, elle n'est pas imposable.** (50% en maladie)

ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

- Etablir le certificat médical initial qui décrit l'état de la victime, le siège, la nature des lésions, les séquelles fonctionnelles et les conséquences immédiates (soins, arrêt de travail). Ce certificat doit être rempli avec beaucoup de soin car il est la base de toute la prise en charge.
- Rédiger des certificats de prolongation tant que l'état du salarié n'est pas stabilisé et qu'il n'est pas apte à reprendre le travail ou qu'il nécessite des soins.
- À la fin des soins, et même si le patient a déjà repris son travail, il doit faire le certificat final qui indique les séquelles éventuelles de l'accident.
- Si des soins sont nécessaires après consolidation pour éviter l'aggravation des séquelles. Le médecin traitant peut établir un protocole pour soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

EN CAS DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Il établit le certificat médical initial en précisant les symptômes caractérisant l'affection et éventuellement le numéro du tableau auquel elle appartient. Ce certificat doit faire le **lien entre l'affection et le travail**. Si la maladie n'appartient à aucun tableau mais que le lien de

causalité est évident, le médecin se doit tout de même de faire le certificat, ce qui permettra de faire évoluer les tableaux.

Il établit éventuellement des certificats de prolongation des soins ou d'arrêt de travail et à la fin des soins le certificat final qui indique les séquelles éventuelles de la maladie. En cas d'incapacité permanente ou de rechute les formalités sont les même que pour les accidents de travail.

L'avenir professionnel de la victime pouvant être compromis, le médecin se doit de l'aider dans ses démarches. Si l'état de la victime le nécessite, il l'aidera à obtenir une réadaptation ou un reclassement professionnel. Si la victime est dans l'incapacité de reprendre son activité antérieure il l'accompagnera dans ses démarches pour que soit prononcé l'inaptitude ou l'invalidité.

Pour que l'**invalidité** soit reconnue il faut que les pertes de capacité de travail et de gain soit **d'au moins les deux tiers** par rapport à l'état antérieur. *Ce qui est réparé au titre de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle n'entre pas directement en compte.* Cependant si la victime subi une aggravation non susceptible d'être indemnisée au titre de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle, elle peut alors faire valoir ses droits à l'invalidité. La demande sera accompagnée d'un certificat médical très détaillé.

LA TIERCE PERSONNE

Si la victime d'AT-MP nécessite la présence pratiquement constante d'une tierce personne pour réaliser les actes ordinaires de la vie (IPP supérieure ou égale à 80%), sa rente ou sa pension d'invalidité peuvent être majorées (40%). Elle doit alors remplir avec l'aide de son médecin le questionnaire relatif à l'attribution d'une majoration tierce personne.

LE CERTIFICAT INITIAL

Il doit être établi par le médecin à la demande de la victime. Le plus rapidement possible. Le médecin n'a pas à juger du caractère professionnel ou non de l'accident. Il décrit les lésions de façon objective et précise. Ce premier certificat reste la **référence opposable** pour la CPAM, d'où l'importance de sa rédaction détaillée.

Le certificat doit être envoyé par le médecin directement au service administratif de la caisse : le secret médical est levé (Articles L.441-6 et L.461-5 du code de la sécurité sociale). Il ne doit donc figurer sur le document que les constatations d'ordre médical qui sont en lien direct avec l'accident.

Le délai de traitement est de 30 jours. Si nécessité d'enquête ou d'examen complémentaire, le délai peut être prolongé au maximum de 2 mois. En l'absence de décision dans ce délai, le caractère professionnel est reconnu.

LE CERTIFICAT DE PROLONGATION

En cas d'évolution défavorable, le médecin peut être amené à remplir un certificat de prolongation. Celui-ci précise la nécessité de poursuite des soins, la poursuite de l'arrêt de travail, ou l'apparition d'une nouvelle lésion en rapport avec l'accident de travail. Pour les lésions déclarées à posteriori, le salarié ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité, c'est à lui d'apporter la preuve du lien entre l'accident et la lésion nouvellement décrite.

LE CERTIFICAT FINAL

Il doit être établi par le médecin lorsque l'état de la victime est stabilisé. Le médecin décrit de façon objective et précise les éventuelles séquelles. Trois cas peuvent se présenter :

- les soins ne sont pas nécessaires et il n'y a pas de séquelles, ce qui correspond à une **"guérison avec retour à l'état antérieur"**
- les soins ne sont pas nécessaires et les séquelles sont minimales, il s'agit d'une **"guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure"**
- les soins n'ont plus un caractère curatif mais un caractère d'entretien et l'état est stable avec séquelles, on parle alors de **"consolidation avec séquelles"**

Le médecin ne doit pas omettre de noter la date de guérison ou de consolidation mais ne doit pas proposer de taux d'incapacité permanente partielle (IPP), c'est le médecin conseil qui s'en charge.

LE ROLE DU MEDECIN CONSEIL

Il convoque l'assuré chaque fois que l'arrêt de travail va dépasser six mois. Il envisage la suite et propose :

- la prolongation de l'arrêt de travail,
- la reprise de l'activité salariée à temps complet,
- la reprise de l'activité à temps partiel (Code de la Sécurité Sociale article L 323-3),
- l'évaluation des séquelles avec la définition du taux d'incapacité permanente partielle
- la mise en place de mesure visant à prévenir l'invalidité,
- la nécessité de soins d'entretien sur proposition du médecin généraliste,
- en cas de rechute, il prononce un avis qui s'impose à la caisse. (accord ou non de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie)

REPRISE D'ACTIVITE À TEMPS PARTIEL

Si le médecin conseil a donné son aval, la reprise du travail à temps partiel peut être mise en place. Il faut pour cela que l'assuré prenne contact avec le médecin du travail, que celui-ci le juge apte, et que le poste sur lequel il travaille soit compatible avec un temps partiel.

Les délais pour l'obtention de toutes les conditions nécessaires à la reprise du travail à temps partiel sont longs. Ce qui explique que cette mesure soit malheureusement peu utilisée.

PREVENTION DE L'INVALIDITE

Lorsque la reprise du travail est susceptible de poser des difficultés, le médecin conseil peut dans le souci de prévenir l'invalidité, informer l'assuré sur les possibilités de reclassement professionnel. Il peut aussi, avec l'accord de l'assuré, faire une demande au service social de mise en place d'un processus de maintien dans l'emploi. Il remplit alors une fiche de liaison médico-sociale.

INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Le patient est convoqué par le médecin conseil qui l'examine et propose un taux d'IPP. Ce taux est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et

mentales, ainsi que d'après les aptitudes et la qualification professionnelle, compte tenu d'un barème d'invalidité (article L 434 du code de la sécurité sociale). Si la victime a subi un déclassement professionnel ou une perte de salaire il le signale afin qu'un coefficient professionnel soit éventuellement ajouté à l'IPP

Si le taux est inférieur à 10%, un capital est versé à la victime, s'il est supérieur ou égale à 10%, la victime est indemnisée sous la forme d'une rente trimestrielle.

La rente va dépendre du taux d'IPP :

- en dessous de 50% la rente est divisée par 2
- au dessus de 50% elle est multipliée par 1.5 depuis l'an 2000 (avant multipliée par 2)

Ex : IPP de 60% => rente de : $(50/2) + (10 \times 1.5) = 25 + 15 = 40\%$

IPP de 45% => rente de : $(45/2) = 22.5\%$

Le taux de la rente peut être égal à celui de l'IPP s'il y a faute inexcusable de l'employeur à l'origine de l'accident.

Les Tableaux fixant les taux d'IPP en fonction des séquelles sont très insuffisants, il faut savoir négocier une aggravation pour algodystrophie ou perte d'emploi.

SOINS D'ENTRETIEN

La consolidation étant le pré requis indispensable à l'indemnisation, il arrive que le certificat final soit établi alors que la victime nécessite encore des soins d'entretien indispensables à la non aggravation de son état. Pour que ces soins continuent d'être gratuits, il est nécessaire que le médecin généraliste établisse un "protocole de soins après consolidation"(cerfa n°649 03 2001).

Ce protocole doit être validé par le médecin conseil. Celui-ci peut valider tout ou parti du protocole, il peut aussi le refuser dans son intégralité. En cas de litige l'avis de l'expert permet de trancher.

RECHUTE, AGGRAVATION

Une fois la guérison ou la consolidation établie, toute récurrence subite et naturelle de l'affection sans intervention d'une cause extérieure peut être considérée comme une rechute.

La victime a à sa charge d'apporter la preuve du lien unique direct et certain entre le fait nouveau et l'accident antérieur. Mais c'est le médecin conseil qui donne son accord ou non pour la reconnaissance de la rechute. Si la rechute est reconnue, le dossier est ré ouvert, et la caisse délivre une nouvelle feuille de soins pour une durée déterminée. Si lors du certificat final il est fait état d'une aggravation de l'état de santé de la victime, une réévaluation de l'IPP est possible.

EN CAS DE LITIGE : LE MEDECIN EXPERT

L'assuré peut, à tout moment, contester l'avis du médecin conseil. Il envoie à sa caisse une demande écrite par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de sa contestation, le nom et l'adresse de son médecin.

Le médecin du service médical de la caisse s'accorde avec le médecin de la victime pour désigner un médecin expert. Celui-ci appartient le plus souvent à la liste des "Experts spécialisés en matière de Sécurité sociale près de la cour d'appel". *Le médecin traitant peut récuser l'expert proposé et le médecin conseil doit alors proposer un autre expert => pour le médecin traitant, se renseigner sur la valeur de l'expert...*

Après avoir examiné le dossier et le blessé, après avoir entendu le médecin conseil et le médecin traitant, l'expert rédige ses conclusions sur l'imprimé fourni par la caisse. L'avis de l'expert s'impose à tous. Il prend effet à la date du litige quelque soit le délai nécessaire à l'obtention de cet avis. Les parties conservent une possibilité de recours devant la commission de recours amiable et le tribunal des affaires de Sécurité sociale.

Si le désaccord porte sur l'IPP l'assuré peut saisir la commission régionale d'invalidité et d'incapacité permanente si il n'obtient pas satisfaction il peut faire appel à la commission nationale technique. Les jugements de cette commission peuvent faire l'objet de pourvoi en cassation.

Toutes ces procédures sont payées par la caisse, *cependant durant tout ce temps l'assuré n'est pas indemnisé.*

ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL

Tout salarié victime d'un accident de travail est revu par le médecin du travail au moment de la reprise pour réévaluer son aptitude au poste de travail *quel que soit la durée de l'arrêt de travail.*

▪ READAPTATION, RECLASSEMENT

La victime d'une affection liée au travail a droit à des séjours de réadaptation et à des stages de reclassement professionnel afin de reprendre son activité antérieure ou d'acquérir une nouvelle spécialité.

La commission technique d'orientation et de reclassement professionnel ou COTOREP peut être saisie par la victime. Elle aura alors besoin d'un certificat médical détaillé.

Le médecin du travail doit évaluer les possibilités de réadaptation au sein de l'entreprise d'un salarié présentant des séquelles.

C'est seulement après avoir fait la preuve que l'entreprise ne dispose pas de poste adéquat, qu'il peut prononcer une

▪ INAPTITUDE, INVALIDITE

Si l'inaptitude au poste est prononcée par le médecin du travail, (après deux consultations à exactement 15 jours d'intervalle, le premier pour juger de l'inaptitude du salarié à son ancien poste, le second pour confirmer que le salarié ne peut être reclassé dans aucun autre poste dans cette entreprise, au moment de la reprise et après que le médecin conseil ait prononcé l'aptitude à un travail) la victime qui ne peut être reclassée sera licenciée et n'aura d'autre solution que de s'inscrire au chômage.

Dans ce cas-là, le salarié touchera des indemnités de licenciement aggravé par le fait du caractère professionnel de la maladie.

Accidents du travail, maladie professionnelle, maladie, invalidité et handicap

NB : FINANCEMENT DE LA BRANCHE AT-MP (tiré du projet de loi de financement de la sécurité sociale adopté par l'Assemblée Nationale au cours de sa séance du 09/11/2005)

Les dépenses de la branche AT-MP représentent moins de 3 % des quelque 380 milliards d'euros de dépenses prévus pour la sécurité sociale en 2006. Elles relèvent pour près de 90 % du régime général : en 2006, le montant prévisionnel des dépenses de la branche AT-MP de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est fixé à 9,9 milliards d'euros.

Les versements de la branche aux deux « fonds de l'amiante » augmentent encore de manière très significative, puisque la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) passe de 200 millions en 2005 à 315 millions en 2006, tandis que celle versée au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) est portée de 600 à 700 millions d'euros. La progression des dépenses de prestations de la branche AT-MP devrait être plus modérée : la croissance des dépenses de rentes AT-MP devrait être nulle en volume en 2006 et de 1,8 % en valeur en raison de la revalorisation du point de rente à compter du 1^{er} janvier 2006 ; les prestations d'incapacité temporaire devraient augmenter de 2,4 %.

En l'absence de mesure nouvelle, le déficit de la branche aurait dû s'accroître pour atteindre 566 millions d'euros en 2006, après un déficit estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale à 534 millions d'euros en 2005. Mais le Gouvernement a pris la décision de **relever, par décret, de 0,1 point le taux des cotisations AT-MP**, apportant ainsi à la branche un surcroît de recettes, qui devrait permettre de ramener l'an prochain le besoin de financement aux alentours de 152 millions d'euros. Ce prélèvement supplémentaire intervient à la suite de la création, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, d'une nouvelle contribution à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante, qui est venue abonder le Fcaata. La progression des dépenses conduit donc, depuis deux ans, à majorer les prélèvements pour contenir le déficit de la branche. Cette situation incite à envisager des réformes plus structurelles, susceptibles de rétablir les conditions d'un équilibre durable des comptes.

LA MALADIE -- L'INVALIDITE

EN CAS D'ARRÊT MALADIE :

LES OBLIGATIONS DU SALARIÉ : FORMALITÉS

Le salarié à 48 heures pour **informer** la caisse d'assurance-maladie et son employeur, ou, s'il s'agit d'un chômeur indemnisé, son agence ASSEDIC.

La **prolongation** de l'arrêt de travail ne peut être établie seulement par :

- le médecin qui a prescrit le premier arrêt de travail
- le médecin traitant
- le médecin spécialistes consulté à la demande du médecin traitant
- ou à l'occasion d'une hospitalisation.

L'absence du domicile est autorisée uniquement pendant les **heures de sortie** autorisées et pas plus de trois heures de suite pendant toute la durée de l'arrêt de travail, y compris les samedis et dimanches et jours fériés. En cas de non-respect le salarié s'expose à la suspension du versement des indemnités journalières.

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

- Conditions d'ouverture :

Elles varient en fonction de la durée de l'arrêt de travail :

-- arrêt inférieur à six mois :

le salarié doit justifier d'avoir travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois précédant l'arrêt de travail.

-- arrêt est supérieur à six mois :

le salarié doit justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social à l'aide de son arrêt ; il doit également justifier avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, dont 200 heures au moins pendant les trois premiers mois ; ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, dont 1015 fois au moins le montant du SMIC horaire pendant les six premiers mois.

- Montant de l'indemnité journalière :

Elle est égale à **50 % du salaire journalier** de base calculée sur la moyenne des salaires des trois mois précédant l'arrêt de travail.

Montant maximal : 43,15 € par jour (au 1er janvier 2006).

Les indemnités journalières maladie sont versées pour chaque jour de l'arrêt de travail (y compris les samedis et dimanches et jours fériés), mais après un délai de carence de trois jours (sauf en cas de convention collective particulière) et pendant une durée maximale de trois ans. Les indemnités journalières maladie sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont relatives à une affection longue durée.

Elles sont versées tous les 14 jours et au maximum pendant trois ans.

Au bout de six mois d'arrêt de travail, la caisse d'assurance-maladie exige de remplissage de protocole similaire au protocole d'exonération pour définir une **longue maladie**. Après six mois d'arrêt de travail une **reprise en mi-temps thérapeutique** possible, mais l'employeur n'est pas obligé de l'accepter.

Mais après six mois d'absence, l'employeur a également le droit de licencier le salarié malade s'il peut prouver qu'il se trouve dans l'obligation de le remplacer.

INVALIDITE

LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION

- la demande est faite par l'assuré directement.
- il doit être âgé de moins de 60 ans
- il doit justifier au cours des 12 mois précédents l'interruption de travail de ses droits : avoir travaillé au moins 800 heures (dont 200 heures au cours des trois premiers mois) ; ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du SMIC horaire (dont 1015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six premiers mois (dont 1015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six premiers mois)
- il doit présenter une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de ce travail.

MONTANT DE LA PENSION D'INVALIDITÉ

○ **Invalidité de première catégorie :**

Si l'assuré capable d'exercer une activité rémunérée à temps partiel, il peut bénéficier d'une invalidité de première catégorie.

Celle-ci est égale à 30 % du salaire annuel moyen calculé sur une base des salaires des 10 meilleures années d'activité, en étant d'un montant minimal de 250,78 € par mois (au 1er janvier 2006) et au maximum de 776,70 € par mois (au 1er janvier 2006).

○ **Invalidité de deuxième catégorie :**

L'assuré est alors incapable d'exercer une activité professionnelle. Le montant de cette pension est égal à 50 % du salaire moyen, calculé sur la base des salaires des 10 meilleures années d'activité.

Montant mensuel minimal : 250,78 € (au 1er janvier 2006).

Montant maximal : 1294,50 € (au 1er janvier 2006).

○ **Invalidité de troisième catégorie :**

L'assuré est incapable d'exercer une activité professionnelle, et il est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le montant de la pension d'invalidité **est le même qu'en deuxième catégorie.**

Mais l'assuré peut bénéficier d'une **majoration forfaitaire pour tierce personne de 982,15 €** par mois (au 1er janvier 2006)

Les pensions d'invalidité sont versées chaque mois à terme échu (sauf en Alsace et Moselle où ils se sont versés à terme à échoir). Elles sont soumises à la C. S. G. et la CRDS, à l'impôt sur le revenu. En revanche la majoration pour tierce personne n'est pas imposable.

Protection sociale :

Les titulaires d'une pension d'invalidité bénéficient d'une prise en charge à 100 % sur la base de la limite des tarifs de la sécurité sociale sauf pour les médicaments à vignette bleue qui se reste remboursée à 35 %.

Allocation supplémentaire : le Fonds Spécial d'Invalidité (FSI)

L'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité peut être versée en complément d'une pension d'invalidité ou d'une pension de veufs ou de veuves et invalides si les ressources (y compris l'allocation supplémentaire) sont inférieurs à un plafond annuel fixé (au 1er janvier 2006) à :

-- 7 500,53 € pour une personne seule (soit 625 € par mois);

-- 13 137,69 € pour un couple marié (soit 1 095 € par mois).

Le montant de cette allocation est au maximum (au 1er janvier 2006) de :

-- 4314,03 € par an pour une personne seule

-- 7 118,77 € par an pour un couple marié.

L'allocation supplémentaire n'est pas imposable. Les sommes versées au titre du fonds spécial d'invalidité sont récupérées en partie ou en totalité sur la succession, si l'actif net dépasse 39 000€.

RAPPEL : Les plafonds du FSI sont inférieurs à ceux de l'ASS (Allocation Solidarité Spécifique) qui est versée aux chômeurs en fin de droits (chômage indemnisé).

-- 980 € mensuel soit 11 760 € par an pour un célibataire,

-- 1 540 € mensuel pour un couple soit 18 480 € annuel (montants au 1er janvier 2005).

LA COTOREP => CDAPH

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
La MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée), regroupe les équipes des commissions précédentes (COTOREP, CDES) ainsi que celles du Site pour la Vie Autonome (SVA).

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, (CDAPH), nouvelle instance en charge des décisions d'attribution des prestations et d'orientation, remplace la CDES et la COTOREP.

Elle comprend deux sections :

-- la première section concerne les relations de la personne handicapée avec le travail :

reconnaissance de la qualité du travailleur handicapé, orientation vers le travail en milieu ordinaire ou protégé, aide financière de retour à l'emploi.

-- la deuxième section attribue des allocations (allocation pour adultes handicapés, allocation compensatrice), elles évaluent le **taux d'incapacité**, et elles orientent vers les **établissements d'accueil spécialisé** pour handicapés.

Qui peut saisir la CDAPH ?

-- la personne handicapée elle-même ;

-- ses parents ou des personnes qui en ont la charge effective, ou qui en sont les représentants légaux ;

-- le directeur de la Ddass et le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ;

-- l'ANPE, avec l'accord du handicapé, lorsqu'elle a enregistré une demande d'emploi de celui-ci ;

-- l'organisme d'assurance maladie intéressée ;

-- l'organisme ou service appelé à payer une allocation à l'intéressé au titre de son handicap ;

-- où l'autorité responsable de tout centre, établissements ou service intéressé.

La demande est réalisée avec le formulaire de « demande d'une personne adulte handicapé ». Ce formulaire comprend deux parties : une partie administrative où sont spécifiées les demandes concernées (reconnaissance de travailleur handicapé, AAH, carte d'invalidité...) ; et une partie médicale, qui peut être rempli par le médecin traitant.

L'instruction : elle va vérifier que la personne ne peut pas bénéficier d'une autre aide et en particulier de l'invalidité. La personne handicapée doit donc fournir un certificat de la caisse d'assurance-maladie, après avoir fait toutes ses démarches de demande d'invalidité, qui se concluront *soit par une absence de droit administratif, soit par la justification d'un montant de l'invalidité inférieure au montant de pension de l'AAH, auquel cas la personne peut bénéficier du versement de compléments AAH.*

La convocation : la personne handicapée, s'il y a lieu son représentant légal, pouvant être assistés par une personne de son choix, sont convoqués pour un examen médical par un médecin de la CDAPH qui va émettre un avis.

Le dossier de la personne va être étudié par l'équipe technique de la CDAPH, dont la composition est arrêtée par le préfet et le président du conseil général. Cette équipe étudie les cas soumis à la commission, recueille les avis nécessaires et présente la synthèse de ses travaux à la commission qui statue.

La décision : elle est prise par la commission (*actuellement non encore nommée dans le 67*). Lorsque l'avis est favorable, cette décision est valable au maximum cinq ans dans le cas ordinaire, mais peut être portée à 10 ans pour des personnes présentant un handicap irréversible ou non susceptible d'évoluer favorablement.

○ **La première section**

Elle a reconnu la qualité de **travailleur handicapé**. Actuellement sous trois catégories (en voie de disparaître) :

- A : handicap léger
- B : handicap modéré
- C : handicap grave.

Quel en est l'intérêt ? à double tranchant...

- les **mesures d'aide à l'emploi** : tout employeur dont l'entreprise compte plus de 20 salariés doit dans son effectif avoir au moins 6 % de travailleurs handicapés. Si l'employeur n'applique pas cette obligation, il doit verser une contribution financière à l'AGEFIPH dont les fonds sont utilisés pour des actions en faveur des handicapés.
- La personne n'est pas obligée de déclarer cette reconnaissance de travailleurs handicapés auprès de son futur employeur. Par compte le médecin du travail de la **déclarer inapte au poste de travail** projeté en fonction du handicap ou apte à un poste de l'entreprise sous réserve.

Elle peut orienter les travailleurs handicapés vers :

-- le placement en milieu ordinaire de travail :

Avec une **pré orientation** possible effectué par des organismes de bilan ayant pour objectif d'évaluer les quelques citer elles des personnes handicapées afin de définir la meilleure orientation possible et un projet professionnel tenant compte de leur attitude intellectuelle et physique et de leur souhait personnel. Ils peuvent déboucher sur des stages d'une durée moyenne de huit semaines (qui ne dépasse pas 12 semaines) pendant lesquelles la personne handicapée reçoit une aide financière calculée sur la base des rémunérations des stagiaires de la formation professionnelle.

Avec une **formation** soit par l'apprentissage, soit par l'éducation, la rééducation professionnelle, le ré entraînement au travail

-- les ateliers protégés et centres de distribution de travail à domicile :

⇒ capacité de travail supérieur ou égal à un tiers de la capacité normale

Ils ont une double finalité : faire accéder grâce à une structure et des conditions de travail aménagées, à une vie sociale et professionnelle des personnes handicapées momentanément ou durablement incapables d'exercer une activité professionnelle dans le secteur ordinaire de la production ou en atelier protégé ; permettre à celles qu'ils peuvent, de quitter le centre et d'accéder au milieu ordinaire de travail ou un atelier protégé. À l'inverse, d'autres pourront

être dirigés secondairement vers d'autres modes d'hébergement (foyers de vie, foyers occupationnels).

○ **La deuxième section**

-- elle chiffre le **taux d'incapacité** ;

-- elle décide de l'attribution de la **carte d'invalidité** (pour les personnes handicapées adulte dans le taux d'incapacité permanente est au moins égale à 80 %). Cette carte d'invalidité donne droit : à des avantages fiscaux, à une exonération éventuelle de la taxe de télévision, à des réductions tarifaires dans les transports en commun, à des places réservées dans les transports en commun et à une priorité aux guichets dans les organismes publics (si la carte porte la mention *station debout pénible*)

-- elle instruit les demandes de **macarons « grands invalide civil »** (GIC) ouvrant le droit à accéder aux places réservées de stationnement.

-- elle décide de **l'attribution des allocations**,

-- elle décide de **l'affiliation à l'assurance vieillesse** gratuite de la tierce personne qui s'occupe de la personne handicapée ;

-- elle **oriente** le demandeur vers un établissement social ou médico-social (foyers d'hébergement, foyers de vie ou occupationnel, foyers à double tarification, maison d'accueil spécialisé)

Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

L'AAH financé par l'État est versé par la caisse d'allocations familiales, sous condition de ressources, aux personnes à partir de 20 ans atteintes d'une incapacité permanente est égal ou supérieur à 80 % (*ou de 50 à 80 % en cas d'impossibilité de se procurer un emploi : savoir aller en appel d'un refus d'AAH pour taux inférieur à 80% !*).

C'est un minimum social, une prestation non contributive de la sécurité sociale, gérée par les organismes débiteurs des prestations familiales et financée sur le budget de l'État.

Conditions d'attribution :

Pour bénéficier de l'AAH, l'intéressé doit remplir des conditions d'âge, résider en France, dans les DOM ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, disposait d'un titre de séjour ou de documents justifiant la régularité du séjour en France pour les personnes de nationalité étrangère et bénéficier de ressources inférieures au plafond des ressources fixées, au 1er juillet de l'année de référence, pour l'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs salariés ;

Le montant mensuel maximal de l'AAH est égal au 12e du **minimum vieillesse annuel**, soit 599,49 € (juillet 2005). Il peut être cumulé avec les revenus d'activité, ses revenus étant affectés d'un abattement de deux points

-- 40 % s'ils sont inférieurs à 300 fois le montant du SMIC horaire

-- 30 % s'ils sont inférieurs à 700 fois ce même montant ;

-- 20 % s'ils sont inférieurs à 1100 fois ce montant ;

-- 10 % s'ils sont inférieurs à 1500 fois ce montant.

En compléments de l'AAH :

La majoration pour vie autonome

Le complément d'AAH est remplacé par une majoration pour vie autonome depuis juillet 2005. Son montant mensuel est fixé à **100 €**.

Elle est versée aux bénéficiaires de l'AAH dont l'incapacité est d'au moins 80 % et qui :

- disposent d'un **logement indépendant** pour lequel ils reçoivent une aide personnelle au logement. N'est pas considéré comme disposant d'un logement indépendant la personne hébergée par un particulier à son domicile, sauf s'il s'agit de son conjoint, de son concubin ou dans son partenaire de Pacs ;
- perçoivent l'AAH à taux plein *ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail* ;
- ne perçoivent pas de revenus d'activité à caractère professionnel propre.

La garantie de ressources

Une garantie de ressources pour personnes handicapées est instauré en juillet 2005 : elle est composée de l'AAH et d'un complément de ressources. Le montant mensuel de cette garantie (qui a fait écrire dans les médias que l'AAH était revalorisée au 3/4 du SMIC) est fixé à **766 €** jusqu'au 31 décembre 2005. Elle est versée au bénéficiaire de l'AAH dont l'IPP est d'au moins 80 % et :

- **dont la capacité de travail est, compte tenu de leur handicap, inférieure à 5 %** (*c'est à dire très peu de personnes sont concernées...*)
- qui n'ont pas perçu de revenus d'activité à caractère professionnel propre depuis un an à la date de dépôt de la demande ;
- qui dispose d'un logement indépendant ;
- y perçoivent l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail.

QUELQUES CAS CLINIQUES

Monsieur S. 45 ans :

Ce monsieur travaille dans une entreprise de fabrication des sièges en mousse de voitures depuis 22 ans. Il parle très très mal le français, il est le père de quatre enfants dont deux sont mariés. De ce que je peux comprendre, il travaille à longueur de journée les bras en l'air avec une soufflerie d'air froid qui lui vient sur les épaules.

Il consulte pour des douleurs des épaules : une pathologie de la coiffe des rotateurs est confirmée avec une rupture de tendon. Après quelques essais de traitements médicaux en arrêt de travail pour pathologie professionnelle reconnue au tableau 57, les spécialistes recommandent une intervention chirurgicale de l'épaule droite pour commencer. Celle-ci va se compliquer d'une algodystrophie sévère, qui conduit le chirurgien à refuser d'intervenir sur la deuxième épaule. Après deux ans d'évolution, le médecin conseil décrète la fin de l'arrêt de travail et un état de « stabilisation avec séquelles » est établi. -- Il ne peut même plus balayer chez lui...

L'IPP après contestation de l'avis du médecin conseil s'élève à 45 %, elle entraîne donc une rente de 22,5 % du salaire moyen annuel calculé sur la base des 10 derniers salaires de cet homme. Il ne peut plus reprendre son travail, et deux certificats d'inaptitude au poste sont établis par le médecin du travail qui permettent à l'employeur de le licencier.

Quelle attitude à retenir ?

- savoir négocier l'IPP en présentant les arguments d'algodystrophie et de perte de l'emploi ainsi que de la capacité de travail : 45% est un « beau » taux obtenu (...)
- le patient licencié pour inaptitude va toucher pendant deux ans la rente + le chômage
- lorsque ses droits au chômage seront échus, une invalidité de 1^o catégorie est demandée (sur d'autres motifs de maladie) ; en complément, l'ASS est demandée (femme travaillant à temps partiel et deux enfants à charge) – il n'y aurait pas droit avec l'invalidité de 2^o catégorie mais alors au FSI dont les plafonds sont moindres...
- lorsque sa femme trouve un travail à temps complet, le couple ne bénéficie plus de l'ASS (dépasse le plafond) et la 2^o catégorie peut être négociée au vue de l'aggravation de l'état médical.

Madame B. 48 ans :

C'est la maman de trois petites filles adorables accouchées par césarienne. Son mari gagne un SMIC aussi fait elle des ménages à mi-temps pour arrondir les fins de mois. Malheureusement cette dame est également asthmatique, et les efforts liés à la respiration vont provoquer des éventrations successives, le chirurgien dira qu'il ne sait plus où accrocher ses filets... Elle ne peut plus travailler.

Que peut-on faire pour l'aider ?

- Invalidité de 2^o catégorie (sur un mi-temps = 200€)
- Complément AAH (jusqu'à 600€)

Penser à lui rappeler au moment de la retraite qu'elle pourra continuer à toucher un complément AAH à sa retraite (car elle n'aura pas beaucoup de retraite) et ce n'est pas la CAF qui l'en informera...