

Cours de droit social

(W. MILLET)

MODULE VIII – LE REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE : LES PRESTATIONS

Le régime général verse des prestations en nature remboursant des dépenses médicales ainsi que des prestations en espèces compensant la perte de salaire en cas d'arrêt de travail, dès lors que le salarié remplit les conditions d'ouverture des droits (II). Mais au préalable, le salarié doit tout d'abord être immatriculé et affilié au régime général (I).

I. L'assujettissement au Régime Général de Sécurité Sociale

Sont assujetties obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées 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 (L. 311-2 du CSS).

En d'autres termes, doivent être immatriculées et affiliées au régimes général, l'ensemble des travailleurs subordonnés, c'est-à-dire exerçant un travail sous la subordination d'autrui et perçoive une rémunération (*cf. module n° III sur la formation du contrat de travail*).

Comme le lien de subordination n'est pas toujours facile à démontrer, le code de la sécurité sociale énumère certaines catégories professionnelles assujetties au régime général de plein droit, c'est-à-dire à la seule condition d'être rémunérée, sans nécessité d'établir un lien de subordination (L. 311-3 du CSS) :

- Les travailleurs à domicile,
- Les VRP,
- Les mannequins,
- Les gérants minoritaire ou égalitaire de SARL,
- Les présidents et directeurs généraux de SAS,
- Les artistes du spectacle,
- Les assistant(e)s maternel(le)s,
- Les journalistes rémunérés à la pige,
- Etc.

L'immatriculation est l'opération administrative par laquelle une personne est inscrite sur la liste des assurés sociaux, c'est-à-dire l'opération au terme de laquelle l'assuré social se voit attribuer son numéro de sécurité sociale.

Exemple de n° de SS : 1 86 12 01 034 057 75

Sexe : 1 = masculin, 2 = féminin

Année de naissance

Mois de naissance

Département de naissance

N° de commune de naissance

Numéro d'ordre de naissance sur le registre des naissances

Clé de contrôle

Pour une personne née en France, l'immatriculation intervient à l'âge de 18 ans (16 ans pour les mineurs émancipés). Pour la personne née à l'étranger, l'immatriculation intervient lors d'une démarche effectuée par la personne elle-même ou par son employeur au moment de son embauche via la DPAE (déclaration préalable à l'embauche).

L'affiliation est l'opération par laquelle l'assuré est rattaché à la CPAM du ressort de sa résidence habituelle

L'assuré social reçoit ensuite sa carte vitale et une attestation papier sur laquelle figure son numéro de sécurité sociale qui lui est attribué à vie.

II. Les prestations du Régime Générale de Sécurité Sociale

Elles varient selon les grandes familles de risques sociaux : l'assurance maladie (1.), l'assurance maternité (2.), l'assurance invalidité (3.), l'assurance décès (4.), l'assurance accidents du travail et maladie professionnelle (5.).

(NB : ne sont pas abordés dans le cadre de ce cours les prestations servies par l'assurance vieillesse et les prestations familiales).

1. L'assurance maladie

Elle rembourse totalement ou partiellement les dépenses médicales, paramédicales et les frais d'hospitalisation (sous réserve que le salarié remplisse les conditions d'ouvertures des droits) (a.), et verse des prestations en espèces destinées à compenser la perte de salaire à la suite d'un arrêt de travail (b.)

a. Les prestations en nature

- **Les conditions d'ouverture des droits**

Depuis le 1er janvier 2016, avec la **protection universelle maladie (PUMA)**, les conditions d'ouverture des droits sont simplifiées : les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale. Les droits sont ouverts dès la 1^{ère} heure travaillée.

A noter : Si l'assuré social n'exerce aucune activité, c'est-à-dire qu'il n'est ni salarié ni travailleur indépendant : les droits sont ouverts sur critère de résidence. L'assuré doit résider en France de manière stable et régulière, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois à l'ouverture des droits, puis au moins 6 mois par an.

■ Les dépenses remboursées

Le code de la sécurité sociale liste les frais médicaux faisant l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire :

- Frais de médecine générale et spéciales,
- Frais de soins dentaires et prothèses dentaires,
- Frais pharmaceutiques,
- Frais d'optique
- Appareillage et prothèses auditives,
- Frais d'analyse et d'examens de biologie médicale et de laboratoire,
- Imagerie médicale
- Frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins (« hospitalisation traditionnelle », « hospitalisation psychiatrique », « hospitalisation en soins de suite et de réadaptation ») ;
- Cures thermales ;
- Frais de transport ;
- Etc.

Pour se faire rembourser, l'assurer doit justifier de ses frais à la CPAM via une feuille de soins papier ou électronique délivrée par le médecin, et le cas échéant accompagnée de l'ordonnance rédigée par le prescripteur. Lorsque l'assuré possède une carte vitale et que le professionnel de santé est équipé, la feuille de soins est **télétransmise directement à l'assurance maladie**.

Certains traitements, pour être remboursés, impliquent d'obtenir en amont l'accord de sa CPAM : on parle d'**entente préalable** (exemples : traitements d'orthopédie dento-faciale, certains appareillage médicaux, transports longues distances, etc.). Le défaut de réponse sous quinzaine vaut acceptation.

L'assurance maladie calcule son remboursement sur un tarif de responsabilité (également appelée tarif opposable ou tarif conventionnel) : la **BRSS** (base de remboursement de la Sécurité sociale). La **BRSS est donc le montant sur lequel la Sécurité sociale calcule son propre remboursement** (c'est-à-dire applique son taux de remboursement). Ce tarif de responsabilité est fixé par voie de convention entre les représentants de l'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats de professionnels de santé, ou par voie réglementaire.

La différence entre la BRSS et le remboursement de la sécurité sociale constitue le **ticket modérateur**, c'est-à-dire la partie de dépenses restant à la charge de l'assuré. Son montant varie fortement selon la nature des prestations concernées. S'agissant d'une population salariée, il est pris en charge par la complémentaire santé dans le cadre du « contrat responsable ».

- Pour faciliter l'accès aux soins, il existe des cas **d'exonération du ticket modérateur** (exemple : en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, en cas d'hospitalisation de plus de 30 jours, en cas de grossesse à compter du 6^{ème} mois, en cas d'affection de longue durée, etc.).

- Il existe aussi des cas de **majoration du ticket modérateur**, par exemple lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonné : absence de déclaration de médecin traitant, consultation d'un spécialiste sans être adressé par le médecin traitant (exceptant les praticiens pour lesquels l'accès direct est autorisé tels que le gynécologue, l'ophtalmologue, le psychiatre, etc.)

La différence entre la BRSS et la dépense réelle constitue un reste à charge de l'assuré : les **dépassemens d'honoraires** de certains professionnels de santé ne font pas partie du ticket modérateur (*le cas échéant le reste à charge est supporté en tout ou partie par une complémentaire santé selon le niveau de garantie souscrit*).

A côté du ticket modérateur, sont également prévues des participations financières de l'assuré à certaines dépenses médicales (sauf cas d'exonération)

- **Participation forfaitaire de 1 €** sur toutes les consultations médicales, examens radiologiques et analyse de biologie. Elle ne s'applique pas sur les soins dentaires, les actes des sages-femmes et auxiliaires médicaux, et sur les actes réalisés au cours d'une hospitalisation. Limitée à 50 € / an, elle est déduite directement du montant du remboursement.
- **Franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires** : 0,50 € par boîte de médicament ou acte paramédical, et 2 € par transport sanitaire, le tout limité globalement à 50 €/an
- **Le forfait journalier hospitalier** : Il constitue une participation de l'assuré aux frais d'hébergement et d'entretien en cas d'hospitalisation supérieure à 24h. Son montant est fixé à 20 € par jour (15 € en psychiatrie).

b. Les prestations en espèces

Elles compensent la perte de salaire provoquée par la maladie ou l'accident d'origine non-professionnelle, c'est-à-dire qui ne sont pas survenus au temps et lieu de travail. On parle d'indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS).

Les conditions d'ouverture des droits :

- Arrêt de travail ne dépassant pas 6 mois : soit avoir cotisé sur au moins 1015 fois le SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail, soit avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail.
- Arrêt de travail au-delà du 6^{ème} mois : être immatriculé depuis au moins 12 mois à la date de l'arrêt de travail et soit avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail

Le montant des IJSS :

Les IJSS sont attribuées pour chaque jour calendaire d'interruption de travail, après l'expiration d'un **délai de carence de 3 jours**. Le délai de carence s'applique à chaque arrêt de travail sauf :

- Si le salarié bénéficie d'une prolongation de l'arrêt initial (après une reprise d'activité de 48 heures maximum entre la fin de l'arrêt initial et le début de l'arrêt de prolongation)

- Si le salarié se voit prescrire des arrêts successifs dans le cadre d'une ALD (affection de longue durée, dont le caractère de gravité et/ou le caractère chronique nécessite une thérapeutique prolongée et coûteuse).

Le salarié a droit au maximum à 360 IJSS sur une période de 3 années consécutives (ou versement pendant 3 ans maximum en cas d'ALD).

L'IJSS est égale à 50% du salaire journalier de base, lequel est calculé sur la moyenne des salaires bruts des 3 derniers mois précédant l'arrêt dans la limite de 1,8 fois le SMIC puis divisé par 91,25.
 Ainsi, l'IJSS ne pourra pas dépasser **1/730^{ème} de 1,8 fois le SMIC annuel**, c'est-à-dire 46 € / jour en 2021.

Exemple : salaire de 2000 € par mois les 3 mois précédant l'arrêt de travail.

$$\text{IJSS} = 50\% \times (2000 \times 3 / 91,25) = 32,87 \text{ € / jour}$$

Les IJSS sont versées par la CPAM tous les 14 jours, revalorisable en cas d'augmentation générale des salaires lorsque l'arrêt de travail excède 3 mois, et soumises à l'impôt sur le revenu (sauf ALD) et CSG/CRDS.

2. L'assurance maternité

Elle sert des prestations remboursant les dépenses médicales liées à la grossesse et à l'accouchement (a), ainsi que des prestations en espèces pour compenser la perte de salaire découlant de l'arrêt de travail pour maternité (b).

a. Les prestations en nature

Les conditions d'ouverture des droits sont identiques à l'assurance maladie. La femme enceinte doit déclarer sa grossesse à la CPAM (et à sa caisse d'allocation familiale) dans les 14 premières semaines, au moyen d'un imprimé spécifique rempli par le médecin ou le/la sage-femme. Le professionnel de santé peut également télétransmettre la déclaration directement en ligne.

Du début de la grossesse jusqu'à la fin du 5^{ème} mois, le régime général prend en charge à 100% du tarif conventionnel certaines dépenses liées à la grossesse (consultations prénatales obligatoires, séances de préparation à la naissance, etc.), assortie de la dispense d'avance de frais (tiers payant).

A partir du 6^{ème} mois et jusqu'à 12 jours après la date d'accouchement, l'assurée bénéficie d'une prise en charge à 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et de laboratoires, d'appareillage et d'hospitalisation, peu importe qu'ils soient en rapport ou non avec la grossesse. Pendant cette période, la femme enceinte est alors exonérée du paiement du ticket modérateur, des franchises médicales et du forfait hospitalier. Elle bénéficie également du tiers payant.

b. Les prestations en espèces

Les indemnités journalières de maternité compensent la perte de salaire pendant le congé de maternité.

▪ Conditions d'ouverture des droits

La salariée doit :

- Justifier de 10 mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement
- Avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois ou 90 jours précédent l'interruption de travail (ou 600 heures sur les 12 derniers mois), soit avoir cotisé sur un salaire égal à 1015 fois le SMIC horaire au cours des 6 derniers mois précédent l'interruption de travail (ou 2030 fois le SMIC horaire au cours des 12 derniers mois)
- Respecter un arrêt de travail d'au moins 8 semaines (2 semaines avant l'accouchement et 6 semaines après)

La durée du congé maternité varie en fonction du nombre d'enfant :

- **1^{er} et 2^{ème} enfant** : 6 semaines de congé prénatal + 10 semaines de congé postnatal = **16 semaines** ;
- **3^{ème} enfant et +** : 8 semaines de congé prénatal + 18 semaines de congé postnatal = **26 semaines** ;
- **Jumeaux** : 12 semaines de congé prénatal + 22 semaines de congé postnatal = **34 semaines** ;
- **Triplés ou plus** : 24 semaines de congé prénatal + 22 semaines de congé postnatal = **46 semaines** ;

Dans certains cas, la femme enceinte peut demander à avancer le début du congé prénatal (et réduire le postnatal d'autant), ou réduire le congé prénatal (et augmenter le postnatal d'autant).

En cas de maladie dû à la grossesse ou aux suites de l'accouchement, attestée par un certificat médical, la durée du congé maternité peut être augmentée jusqu'à 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement ou 4 semaines après la date de l'accouchement.

▪ Montant des indemnités journalières de maternité

L'indemnité journalière est versée sans délai de carence, et calculée selon les étapes suivantes :

- Détermination du salaire journalier de base : sommes des 3 derniers salaires brut précédent l'interruption de travail, divisé par 91,25. Le salaire mensuel pris en compte est plafonné au PMSS (3428 € en 2021)
- Retrait d'un taux forfaitaire de 21% par la CPAM

L'IJ maternité ne peut donc pas être supérieure à 89,03 € / jour ($3 \times \text{PMSS} / 91,25 - 21\%$), ni inférieure à 9,66 € (1/365^{ème} de la pension d'invalidité minimum).

La prestation est soumise à l'impôt sur le revenu, la CSG et la CRDS.

A noter : Après la naissance de l'enfant, un **congé paternité et d'accueil de l'enfant** peut être accordé au père salarié (ou au conjoint, concubin ou partenaire de PACS de la mère) d'une durée de 11 jours calendaires (porté à 25 jours à compter du 01/07/2021).

Également, un **congé d'adoption** peut être accordé à la mère et/ou au père adoptif(s) à partir du jour où l'enfant arrive au foyer (ou 7 jours avant son arrivée). Sa durée est globalement égale à celle du congé postnatal.

3. L'assurance invalidité

Elle accorde au salarié une pension d'invalidité destinée à compenser la perte de salaire résultant d'une réduction de sa capacité de travail ou de gain au moins des deux tiers, à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non-professionnelle. Cela signifie que le salarié n'est plus en mesure de se procurer un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale des travailleurs de sa catégorie et de sa région.

- Conditions d'ouverture des droits

4 conditions :

- Le médecin-conseil de la CPAM doit constater une réduction d'au moins 2/3 de la capacité de travail de l'assuré (en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et de la formation professionnelle du salarié) ;
- L'assuré ne doit pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (62 ans) ;
- L'assuré doit avoir été immatriculé depuis au moins 12 mois à la date de l'arrêt de travail suivi d'invalidité, ou à la date de constatation médicale de l'invalidité,
- L'assuré doit avoir au cours des 12 mois précédent l'interruption de travail, avoir travaillé au moins 600 heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire

L'état d'invalidité est apprécié par le médecin-conseil de la CPAM soit après consolidation de la blessure ou stabilisation de son état, soit à l'expiration de son droit à IJSS, soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité en cas d'usure prématûre de l'organisme.

Son montant dépend de la catégorie d'invalidité attribuée par le médecin-conseil.

- Montant

Le montant de la pension est calculé sur le salaire moyen des 10 meilleures années d'activité (limité au plafond annuel de sécurité sociale soit 3428€ *12 en 2021)

Le montant dépend de la catégorie d'invalidité attribuée par le médecin-conseil de la CPAM. Il existe 3 catégories de pension d'invalidité :

- **1^{ère} catégorie** : les invalides capables d'exercer une activité professionnelle rémunérée : **30%** du salaire annuel moyen (min : 293,97 € / max : 1028,40 € par mois)
- **2^{ème} catégorie** : les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque : **50%** du salaire annuel moyen (min : 293,97 € / max : 1714 € par mois)
- **3^{ème} catégorie** : les invalides incapables d'exercer une activité professionnelle, et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie ordinaire : **50%** du salaire annuel moyen (min : 293,97 € / max : 1714 € par mois) + **majoration pour tierce personne** (1123,04 € par mois).

La pension est versée mensuellement. Son montant est revalorisé chaque année au 1^{er} avril. Elle peut être révisée en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état de l'assuré. Elle peut être suspendue sous certaines conditions en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée. Elle se transforme en pension vieillesse à l'âge légal de départ à la retraite (sauf si le salarié continue de travailler).

La pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu, à la CSG et la CRDS.

A noter : une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) peut être versée en complément d'une pension d'invalidité lorsque les ressources de l'assuré sont inférieures à un montant minimal (1400 € / mois pour un couple ou 800 € par mois pour une personne seule). Son montant est égal à la différence entre le plafond de ressources précité et les ressources perçues par l'assuré ou le couple.

A noter : le conjoint survivant lui-même invalide aura droit à une pension d'invalidité de veuve ou veuf (cf. 4. L'assurance décès)

▪ La carte d'invalidité

L'assuré invalide peut bénéficier sous certaines conditions d'une carte « mobilité inclusion mention invalidité » attribuée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), en fonction de la teneur de son handicap. Elle donne droit à certains avantages tels qu'une exonération de la redevance télévisuelle, des réductions tarifaires et des places réservées dans les transports en communs, des places de stationnement réservées, des priorités au guichet dans les organismes publics, etc.

4. L'assurance décès

▪ Le capital décès

Elle garantit aux ayants droit du salarié décédé le paiement d'un capital décès au titre d'un secours d'urgence (notamment pour faire face aux frais d'obsèques). L'assuré doit avoir été en activité salariée moins de 3 mois avant son décès et justifier d'un minimum d'heure de travail ou de cotisations définis réglementairement.

Son montant est **forfaitaire**, fixé par décret et revalorisé chaque année (**3476 € au 1^{er}/04/2021**). Il n'est soumis ni à la CSG, ni à la CRDS, ni aux cotisations sociales et à l'impôt sur les successions, ni à l'impôt sur le revenu.

Le capital est attribué par priorité aux **bénéficiaires dits « prioritaires », c'est-à-dire à la charge effective, totale et permanente du défunt peu importe l'existence ou non d'un lien de parenté** (*par exemple cas du bénéficiaire sans activité professionnelle dont les besoins étaient assurés par le défunt*). **En présence de plusieurs personnes prioritaires, le code de la SS instaure un ordre de préférence** : conjoint ou partenaire de PACS / à défaut les enfants / à défaut les descendants (parents ou grands-parents) / à défaut tout autre personne à charge (exemple : concubin, frère, sœur, etc). En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang, le capital est partagé entre eux. Le bénéficiaire prioritaire dispose d'un mois pour formuler la demande de capital à la CPAM dont dépendait l'assuré (formulaire S3180). A défaut il perd son droit de priorité et peut formuler sa demande au même titre qu'un bénéficiaire non prioritaire (cf. ci-dessous).

Si aucun bénéficiaire prioritaire ne se manifeste dans le délai, alors des **bénéficiaires « non prioritaires », c'est-à-dire n'ayant pas à justifier avoir été à la charge du défunt, peuvent se manifester dans les 2 ans du décès**. L'ordre de préférence est alors : le conjoint ou partenaire de PACS / à défaut les descendants (enfant ou petits-enfants...) / à défaut les descendants (parents, grands-parents...).

▪ La pension de veuf ou de veuve invalide

Cette pension est accordée au conjoint survivant du salarié défunt sous réserve :

- D'être âgé de moins de 55 ans ;
- D'être atteint d'une invalidité médicalement reconnue réduisant sa capacité de travail d'au moins deux tiers ;
- De justifier que le défunt était à la date de son décès bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de retraite (ou titulaire du droit à pension).

Le montant de la pension de veuve ou veuf invalide est calculé en fonction de l'âge du conjoint décédé :

- **Décès avant l'âge légal de la retraite** : 54 % de la pension d'invalidité de 2e catégorie dont il bénéficiait ou aurait bénéficié ;
- **Décès après l'âge légal de la retraite** : 54 % de la pension de vieillesse dont il bénéficiait ou aurait bénéficié.

Le montant est majoré de 10% si le bénéficiaire a eu au moins 3 enfants.

5. L'assurance accidents du travail et maladie professionnelle

Elle s'applique à toute personne titulaire d'un contrat de travail, relevant du régime général de sécurité sociale, **sans qu'aucune durée d'immatriculation minimum ou d'activité professionnelle minimum ne soit requise.**

Elle s'applique également à certaines personnes n'étant pas à proprement parler sous la subordination juridique de l'employeur, mais l'exposant à des risques professionnels (étudiants à l'occasion de stage, détenu exécutant un travail pénal, demandeur d'emploi participant à une action prescrite par pôle emploi, etc.)

▪ La notion d'accident de travail et d'accident de trajet

L'accident de travail : Il s'agit d'un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, qu'elle qu'en soit la cause, à toute personne travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'entreprise. 3 conditions sont requises :

- Il doit s'agir d'un fait accidentel soudain,
- A l'origine d'une liaison corporelle (physique ou psychique) médicalement constatée
- Survenu au temps et lieu de travail (locaux de l'entreprise, dépendance, parking, trajets entre deux sites de l'entreprise, etc.)

L'accident de trajet : il s'agit de l'accident survenu pendant le trajet aller et retour entre :

- le lieu de travail et la résidence principale du salarié (ou résidence secondaire lorsque elle est stable, ou le lieu où le salarié se rend habituellement pour des motifs familiaux tels que la nounou),
- le lieu de travail et le lieu où le salarié prend habituellement ses repas, dans la mesure où son parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante.

L'indemnisation d'un accident du travail ou de trajet est la même. En revanche, la qualification a un impact sur les charges sociales payées par l'employeur.

La qualification d'accident du travail ou de trajet appartient à la CPAM. Ainsi, l'employeur ne peut pas refuser de déclarer l'accident à la CPAM au motif qu'il ne s'agirait pas d'un sinistre d'origine professionnelle. En revanche, il peut émettre des réserves pour contester la matérialité des faits, au moment de la déclaration d'accident. La CPAM tiendra compte des réserves émises pendant la phase d'instruction du dossier, avant de se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident.

▪ La notion de maladie professionnelle

Il s'agit d'une maladie due à une action lente et prolongée de certains agents nocifs, à une infection microbienne, à une ambiance ou attitude sur le lieu de travail. Pour être reconnue comme une maladie professionnelle, l'affection doit être :

- Soit désignée dans l'un des tableaux de maladies professionnelles et contractée aux conditions évoquées par le tableau (lequel désigne la maladie ou l'affection, la liste des travaux susceptibles de la provoquer, le délai de constatation médicale après la cessation de l'exposition au risque), (présumée contractée dans le cadre du travail) ;
- Soit, en l'absence de désignation dans un tableau, être essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'assuré et entraîner le décès ou une incapacité permanente d'au moins 25% (pas de présomption, il faut établir le lien de causalité)

Il existe une procédure de reconnaissance spécifique nécessitant l'accomplissement de diverses formalités par le médecin traitant, le salarié et la CPAM.

▪ Les prestations en nature en cas d'AT/MP

Le régime général supportera 100% du tarif conventionnel de toutes les dépenses afférentes au sinistre. L'assuré est dispensé d'avancer les frais et exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des diverses franchises médicales.

▪ Les prestations en espèces en cas d'AT/MP

S'agissant d'un arrêt de travail, les IJ compensent partiellement la perte de salaire sans délai de carence (le jour de l'accident est dû par l'employeur). Le montant de l'IJ est égal à **60% du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours d'arrêt, puis 80% à compter du 29^{ème} jour**.

Le salaire journalier de base est égal à 1/30,42^{ème} du salaire brut du mois puis diminué d'un taux de cotisation forfaitaire de 21%. En tout état de cause, il est limité à 0,834% du PASS (343,07 €).

Ainsi, durant les 28 premiers jours, l'IJ est plafonnée à 205,84 €, puis 274,46 € à compter du 29^{ème} jour.

Les IJ sont versées jusqu'à guérison complète (il retrouve la totalité de sa capacité de travail) ou consolidation de la blessure (il garde des séquelles) ou décès.

Le salarié conservant des séquelles a droit à une rente d'incapacité permanente, viagère, dont le montant varie selon le taux d'incapacité permanente partielle fixé par la CPAM (taux d'IPP). Ce taux d'IPP mesure la réduction permanente de la capacité professionnelle du salarié.

- taux d'IPP inférieur à 10% : l'indemnité est versée en capital en une seule fois (418,12 € à 4180,28€)
- taux d'IPP d'au moins 10% : le salaire annuel de référence est multiplié par le taux utile de la rente

Le salaire annuel de référence ne peut pas être inférieur à 18594,14 € ni supérieur à 148308,24 €. Jusqu' à 2 x le minimum (c'est-à-dire 37188,29 €), il est pris intégralement en compte. Et de 2x le minimum jusqu'à 148308,28, il est pris en compte pour un tiers.

Le taux utile de la rente est égal au taux d'IPP réduit de moitié pour la partie du taux inférieure à 50% et augmenté de moitié pour la partie du taux supérieure à 50%. *Exemple pour un taux d'IPP de 80% : le taux utile sera égal à 80 - (50/2) + [(80-50)/2] = 70 %. La rente sera donc égale au salaire de référence x 70%*