

8 - ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE

BRH 1991 RH 20
§ 23

81 - DEMARCHES EFFECTUEES PAR L'AGENT

A) Le principe

La victime d'un accident du travail doit toujours, dans la journée où l'accident s'est produit ou, au plus tard, dans les vingt-quatre heures, sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer son supérieur hiérarchique ou l'un de ses préposés.

B) Modalités

Si la déclaration n'est pas faite au supérieur ou à son préposé sur les lieux du travail, elle doit toujours être effectuée par lettre recommandée. Une telle situation est, par exemple, susceptible de se présenter lorsqu'il s'agit d'un accident de trajet ou survenu au cours d'une mission.

C) Notion d'accident

Par accident, il faut entendre le fait accidentel lui-même et non le moment où des soins ou arrêts de travail deviennent nécessaires.

D) La rechute

La déclaration de la rechute doit être effectuée directement par la victime à la caisse compétente, accompagnée d'un certificat médical attestant l'aggravation de son état de santé. Ce certificat doit être rédigé au moyen de l'imprimé réglementaire prévu à cet effet dont dispose chaque médecin.

E) En cas d'arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail, l'assuré adresse à l'établissement un certificat d'arrêt de travail pour justifier de son absence.

Remarque :

FRHD 98.17 du 13.03.98
≠

Le nouveau formulaire Cerfa 11138-1 du certificat médical "Accident du Travail Maladie professionnelle ; initial, de prolongation, de rechute, final" comprend un volet "certificat arrêt de travail - accident du travail, maladie professionnelle", initial, de prolongation de rechute" qui peut être envoyé à l'employeur. Cependant ceci n'est pas une obligation pour l'agent.

En cas de non réception de ce certificat arrêt de travail les services RH peuvent :

⇒ solliciter auprès de la caisse primaire gestionnaire la communication du certificat incriminé, conformément aux dispositions de l'article R 441.13 du Code de la sécurité sociale (communication "sur place" ou "par envoi postal").

Cette possibilité a été rappelée par le Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la Ville dans une circulaire du 29 décembre 1994, référencée : DSS/AT/94/102.

Il appartient au praticien d'adresser à la CPAM compétente, dans les 24 heures, les volets 1 et 2 du certificat médical accident du travail - maladie professionnelle.

Enfin, le praticien doit également adresser dans les 24 heures un exemplaire du certificat de consolidation ou de guérison à la CPAM ainsi qu'à la victime (art. R. 441-7 du C.S.S.).

Dans tous les cas, l'agent doit avertir son service gestionnaire dans les plus brefs délais.

82 - DEMARCHES EFFECTUEES PAR LA POSTE

BRH 1993 RH 13, § 32
3^{ème} al. et BRH 1991 RH 20
§ 24

821 - Gestion administrative

A - La déclaration de l'accident à la caisse. Rôle du chef immédiat

1 - Le principe (art L. 441-2 du code de la sécurité sociale) :

L'employeur doit déclarer tout accident, dont il a eu connaissance, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les quarante-huit heures, non compris les dimanches et jours fériés, à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime. *Déclaration d'accident CERFA 60-3682* (1)

En cas d'inobservation de cette disposition, la victime conserve la possibilité de déclarer elle-même l'accident à la caisse jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident (art L. 441-2 in fine et R. 441-3 du code de la sécurité sociale).

Il est important de noter que si dans le cadre de la gestion par les caisses primaires, il n'appartient plus aux sections RH d'apprécier si l'accident présente ou non un caractère professionnel, ce pouvoir étant désormais dévolu aux seules caisses en cause, celles-ci peuvent néanmoins formuler des réserves auprès de la caisse et lui adresser toutes observations ou documents allant dans le sens d'une non-reconnaissance de l'imputabilité au service de l'accident (art R. 441-12 du code de la sécurité sociale).

2 - Autorité responsable de la déclaration :

Compte tenu du délai extrêmement court accordé par la loi, c'est au chef d'établissement ou à son représentant qu'il appartient de servir la déclaration d'accident tout comme cela est déjà la règle pour les accidents de service dont sont victimes les fonctionnaires. Les trois premiers volets de ce document dûment complétés, la personne responsable devra :

- les adresser à la caisse primaire de sécurité sociale compétente ;
- transmettre le volet restant à la direction dont relève la victime en mentionnant de façon très nette si l'accident entraîne ou non un arrêt de travail.

3 - Les modalités :

La déclaration d'accident doit être effectuée à l'aide de l'imprimé réglementaire qu'il appartiendra à chaque service de se procurer auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

4 - Caisse primaire compétente :

La caisse primaire dont relève la victime est celle de la circonscription dans laquelle elle a sa résidence habituelle.

Il est cependant précisé que les directions dont les salariés résident dans des circonscriptions limitrophes relevant de caisses différentes pourront exceptionnellement envoyer les déclarations d'accidents du travail à la caisse primaire du lieu de travail qui les ventilerà sur les caisses de résidence concernées.

5 - Accidents bénins (art L. 441-4 du code de la sécurité sociale) :

Tous les accidents, mêmes les plus bénins dès lors qu'ils sont susceptibles d'ouvrir droit au bénéfice de la législation professionnelle, doivent être normalement déclarés aux caisses, qu'ils entraînent ou non un arrêt de travail.

Toutefois, l'application stricte de cette règle, risquant de provoquer, dans les caisses, un afflux considérable de déclarations qui, pour la plupart, ne donneront pas lieu à attribution de prestations, la caisse régionale peut dispenser l'employeur de déclarer les accidents bénins, lorsque lesdits accidents n'entraînent ni arrêts de travail, ni soins médicaux pris en charge par les organismes de sécurité sociale.

(1) Le n° SIRET est celui de la Direction.

Il appartiendra donc à chaque direction de prendre l'attache des services compétents de la caisse régionale, pour déterminer dans quelles conditions, il sera, le cas échéant, possible de faire application de cette règle prévue par les articles L 441-4 et D. 441-1 à 4 du code de la sécurité sociale.

Il est cependant dûment précisé que, nonobstant la mise en oeuvre des facilités ci-dessus prévues, la victime peut exiger qu'une déclaration soit effectuée à la caisse dans les conditions normales.

B - Délivrance d'une feuille d'accident. Rôle du chef immédiat (art L. 441-5 et R. 441-8 du code de la sécurité sociale)

Dans le même temps de la transmission de la déclaration d'accident et, le cas échéant, de l'attestation de salaire, le chef d'établissement est également tenu de remettre à la victime une feuille d'accident, toujours selon un modèle réglementaire détenu par les caisses, portant désignation de la caisse primaire chargée du service des prestations. Sur ce document, il est strictement interdit de mentionner le nom et l'adresse d'un praticien, d'un pharmacien, ou d'une clinique.

La caisse elle-même peut délivrer la feuille d'accident, ce qui doit être nécessairement le cas lorsqu'il y a rechute ou lorsque le volet précédent est épuisé. Il appartient à la victime de s'adresser à la caisse dans ces deux derniers cas.

Ce document est en fait très voisin de celui utilisé jusqu'alors pour la prise en charge directe des frais médicaux au sein de l'administration. Il comporte également trois volets :

- le volet n° 1 destiné à être conservé par la victime ;
- le volet n° 2 destiné au praticien ;
- le volet n° 3 destiné au pharmacien ou fournisseur.

Enfin, il est dûment précisé que la délivrance de la feuille accident n'entraîne pas automatiquement la reconnaissance de l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident (art R. 441-8 du code de la sécurité sociale).

BRH 1991 RH 20
§ 243

≠

C - Non respect des obligations de La Poste en matière de gestion administrative

Les dispositions de l'article L. 471-1 du code de la sécurité sociale prévoient que la caisse primaire d'assurance maladie peut poursuivre auprès de l'employeur le remboursement de la totalité des dépenses exposées à l'occasion de l'accident en cas d'inobservation des règles relatives à la déclaration d'accident (déclaration tardive par exemple) ou à la remise de la feuille d'accident.

Les mêmes dispositions sont applicables en cas de non-inscription des accidents bénins sur le registre prévu à cet effet dans le cadre des dispositions de l'article 441-4 du code susvisé.

BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 332 c

822 - Attestation de salaire

• Rôle de la direction

A - Cas général

L'attestation doit être remplie dès réception de la déclaration d'accident établie par le chef d'établissement ou au moment de l'arrêt si celui-ci est postérieur à l'accident. Il est nécessaire d'indiquer, sur l'attestation établie, le numéro de SIRET de la direction et non celui de l'établissement.

BRH 1991 RH 20
§ 242

Cette formalité essentielle qui conditionne la mise en paiement des indemnités journalières doit être effectuée sans délai.

Il est dûment précisé que la direction gestionnaire doit transmettre SANS DELAI à la caisse compétente une attestation de salaire qui conditionne la mise en paiement des indemnités journalières dues à l'intéressé.

Dès lors que cette opération n'est pas réalisée avec célérité, son inobservation rend illusoire un paiement rapide des indemnités journalières et pénalise de facto l'agent.

Il est donc demandé aux autorités compétentes (directions gestionnaires, services comptables interdépartementaux) de veiller scrupuleusement au respect de ces dispositions.

Les indemnités journalières seront donc servies par les caisses primaires de sécurité sociale, la section RH faisant en ce qui la concerne le nécessaire pour que la victime perçoive le complément de salaire éventuellement prévu par le contrat et ultérieurement dans la convention collective. De ce fait, le cadre "demande de subrogation de l'employeur" ne devra jamais être servi.

B - Cas particuliers

- **Cas de rechute**

La déclaration de rechute étant effectuée directement par la victime à la caisse compétente et celle-ci lui délivrant la feuille d'accident, la seule obligation de l'employeur consiste à adresser à cette même caisse, s'il y a lieu, l'attestation des salaires.

- **Cas de reprise**

Voir § 431 ci-dessus.

- **Cas d'arrêt de travail survenu au service d'un autre employeur**

La Poste doit établir une attestation de salaire pour accident du travail même si pour ses services, le congé octroyé est géré comme un congé ordinaire de maladie.

*BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 333 a, 3^{ème} al.*

823 - Définition des salaires de référence (art. R 436-1 CSS)

A - Définition

Il s'agit de l'ensemble des éléments bruts de rémunérations soumis à cotisations versés mensuellement (salaires, primes et indemnités) et payés le mois qui précède l'arrêt de travail et non limités au plafond.

S'il s'agit de rappels de rémunérations, primes ou indemnités ayant fait l'objet d'un paiement différé ou s'il s'agit de paiements d'avances sur commissionnements ou encore de primes ou accessoires de salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base, ces sommes brutes doivent être lissées sur une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel elles ont été effectivement payées. Le lissage doit être effectué sur une durée égale à la période au titre de laquelle ces paiements ont été à l'origine alloués.

Est donc pris en compte le montant brut du lissage de rappels ou d'avances sur le mois précédant l'arrêt de travail.

En revanche, ne sont pas pris en compte les rappels dont la période d'allocation n'est pas connue.

*BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 333, les 2 premiers al.*

B - Salaire complet ou incomplet et incidences sur l'élaboration de l'attestation de salaire

- **Salaire complet ou incomplet**

Le salaire est dit complet lorsque la période de référence a été entièrement accomplie. Dans ce cas, le salaire à retenir est celui soumis à cotisations sociales.

Le salaire est dit incomplet lorsque la période de référence n'a pas entièrement été accomplie, pour diverses raisons (embauche en cours de période, absences autorisées ou non, périodes non travaillées prévues au contrat ou CDD de courte durée).

- **Conséquences sur l'élaboration de l'attestation de salaire accident du travail**

Sur l'attestation de salaire accident du travail sont portés les salaires versés suivants :

- le salaire brut versé à l'échéance de la paye du mois précédant l'arrêt de travail, les indemnités et primes versées avec la même périodicité que le salaire brut et la part salariale des cotisations à déduire sur ces sommes,

*BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 333 b, 2^{ème} al.*

- les rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base, la période à laquelle se rapporte le versement et la part salariale des cotisations à déduire.

Lorsque la période de référence n'a pas été entièrement accomplie, le motif et la période d'interruption doivent être indiqués. S'il s'agit d'une interruption autorisée (maladie, maternité, accident), il convient d'indiquer s'il y a eu maintien de salaire et si oui, maintien intégral ou partiel. Si l'agent a subi une perte de salaire, le salaire brut perdu et la part salariale des cotisations à déduire sur cette perte de salaire doivent être inscrits.

Le salaire de référence peut être reconstitué en prenant 1/12ème de la rémunération brute annuelle, si cette rémunération comprend tous les accessoires versés à chaque échéance de paie, ainsi que le lissage des rémunérations et accessoires versés avec une périodicité différente de la paie mensuelle.

*BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 333 d, 3^{ème} point.*

C - Salaire de référence des apprentis

Le salaire servant de base est au minimum le SMIC correspondant à la durée légale du travail et la rémunération réelle si elle est supérieure. L'indemnité journalière calculée à partir de ce salaire ne peut dépasser le gain journalier net perçu par l'apprenti.

824 - Recours exercé par La Poste auprès d'un tiers responsable d'un accident dont a été victime l'un de ses agents

*FRHD 98.07
du 23.01.98*

L'article 29-4 de la loi 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'amélioration des procédures d'indemnisation, dispose que "les salaires et accessoires du salaire maintenus par l'employeur pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage", sont recouvrables auprès du tiers responsable.

Cette action est possible quelle que soit la nature de l'événement ayant généré ledit dommage.

Cette opportunité légale ne semble pas avoir été maximisée par la totalité des gestionnaires RH.

Dès lors que les conditions sont réunies, il est essentiel que les services veillent scrupuleusement à s'assurer du recouvrement effectif, auprès du tiers responsable, du complément de salaire versé par La Poste aux agents contractuels de droit privé, ainsi que du montant des charges patronales y afférent.

83 - GESTION ADMINISTRATIVE ET INDEMNISATION PAR LA CPAM

831 - Gestion administrative par la CPAM

*BRH 1991 RH 20
suite, § 251*

A - Obligations générales de la caisse primaire d'assurance maladie

La caisse primaire compétente dans le cadre des dispositions du livre IV du code de la sécurité sociale prend entièrement en charge :

- l'instruction du dossier accident ;
- la détermination de l'imputabilité au service de l'accident ;
- le paiement des prestations en nature et en espèces dues au titre des conséquences de l'accident (remboursement des frais médicaux, paiement des indemnités journalières, concession éventuelle et paiement de la rente accident du travail).

En définitive, la caisse primaire se substitue purement et simplement à l'exploitant public "La Poste" pour assurer le risque accident du travail pour les personnels qui relèveront du régime de la convention collective en contre-partie de la cotisation qu'elle percevra à cet effet.

B - Modalités de traitement des dossiers de reconnaissance des maladies et accidents professionnels par la CPAM

a) Délai normal d'instruction (art. R. 441-10 du code de la sécurité sociale, CSS)

La caisse primaire d'assurance maladie dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration d'accident pour statuer sur le caractère professionnel de ce dernier. Ce délai est porté à trois mois en matière de maladie professionnelle.

En tout état de cause, la caisse adresse préalablement à la victime un accusé réception de la déclaration effectuée précisant notamment les délais à l'issue desquels il y a décision implicite de reconnaissance si elle n'a pas rendu sa décision.

b) Sanction

A l'issue du délai applicable, l'absence de décision équivaut implicitement à une reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Toutefois, le délai en cause ne court pas :

- en cas de fausse déclaration de la victime et des témoins ;
- en cas de déclaration de l'accident plus de deux ans après sa survenance (prescription)

c) Prolongation des délais d'instruction (art. R. 441-14 du CSS)

Si la caisse constate qu'il lui est matériellement impossible de se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, les investigations en cours ne pouvant être achevées à l'échéance ou du fait de réserves exprimées par l'employeur, la caisse peut disposer d'un délai supplémentaire d'instruction pour procéder à des examens ou enquêtes complémentaires. La caisse doit alors immédiatement demander à la victime et à l'employeur les compléments d'informations nécessaires et les documents utiles au bon déroulement du dossier en cause.

Dans ce cas, la victime, ses ayants droit ainsi que l'employeur sont obligatoirement avisés par lettre recommandée avec accusé de réception de ladite prolongation, avant l'expiration du délai d'instruction susvisé.

A compter de cette notification, un nouveau délai ne pouvant excéder 2 mois pour un accident ou 3 mois s'agissant d'une maladie est accordé à la caisse de sécurité sociale pour statuer sur le rejet ou la reconnaissance du caractère professionnel des lésions déclarées.

A défaut de décision dans les délais susvisés le caractère professionnel sera réputé reconnu.

La saisine du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) dans les cas prévus aux § 322 b et 332 b de l'instruction du 23 septembre 1999 (doc. RH 58), ne permet pas la prorogation des délais précités.

d) Effets du délai d'instruction et de sa prolongation (art. R. 441-15 du CSS)

Les prestations en espèces (indemnités journalières) sont servies à la victime à titre provisionnel (et au titre du risque maladie) tant que la caisse n'a pas notifié de décision définitive à la victime et le cas échéant, à l'employeur (et tant que des voies de recours ou de contestation existent).

En cas de décision favorable, la caisse mettra immédiatement en paiement les sommes dues, déduction faite de prestations provisionnelles déjà liquidées.

e) Information de la victime et de l'employeur

Dans tous les cas, la décision de la caisse fera l'objet d'une notification à la victime ou à ses ayants droit. Elle sera adressée par pli simple s'agissant d'une décision de prise en charge ou par pli recommandé avec accusé de réception lorsqu'il s'agit d'une décision de rejet.

S'agissant de l'employeur, il est prévu qu'en cas de refus de prise en charge seulement, un double de la notification lui soit envoyé pour information.

Il est toutefois rappelé que l'employeur, à l'instar du salarié victime, dispose d'un droit d'accès au dossier à tout moment de l'instruction.

En outre, dès lors que l'employeur a émis des réserves, la caisse est tenue d'informer (par LR/AR) l'employeur et le salarié de la clôture de l'instruction et de la possibilité de consulter le dossier dans un délai de 10 jours et/ou de faire d'ultimes observations avant l'intervention de la décision (circulaire CNAMTS DRP 7/2001 et ENSM 5/2001 du 5/2/2001).

Le non respect par la caisse des dispositions d'information avant décision prévues aux articles R. 441-11 et R. 441-13 du CSS est sanctionné, en cas de contentieux, par la non opposabilité de la décision à la partie requérante ».

BRH 1991 RH 20
§ 252

C - Contestation par la victime de la décision de la caisse

1) Contentieux général (application de la législation)

• Contestation amiable

La victime qui entend contester la décision de la caisse primaire, a la possibilité de s'adresser à la commission de recours amiable de ladite caisse. La réclamation doit être formulée dans le délai de deux mois, à compter de la notification de cette décision (art R. 142-1 du code de la sécurité sociale).

• Recours devant les juridictions de la sécurité sociale (art R. 142-8 et suiv. du code de la sécurité sociale)

Lorsque la victime voit sa réclamation repoussée par la commission de recours amiable, elle conserve la possibilité de former un recours devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dont relève sa résidence.

Le recours doit être formulé par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la décision contestée.

En cas de nouveau rejet, la victime peut interjeter appel devant la cour d'appel, dans le délai d'un mois courant de la date de notification de la décision du tribunal des affaires de sécurité sociale.

2) Contentieux techniques (contestation de l'invalidité, de l'incapacité permanente et de l'inaptitude au travail, art R. 143-1 et suiv. du code de la sécurité sociale)

Lorsque le désaccord de la victime touche aux taux d'invalidité et à l'état d'incapacité permanente, celle-ci doit adresser sa requête *au tribunal du contentieux de l'incapacité* dans le ressort de laquelle se trouve sa résidence et ce dans le délai de deux mois suivant la notification de la décision litigieuse.

En cas de rejet, la victime peut alors saisir la *cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail* dans le délai d'un mois à compter de la date de la notification de la décision prise par le *tribunal du contentieux*.

D - Contrôle médical des agents

Voir le chapitre 9 du présent recueil, article 215.

E - Cas particulier de l'infection par le virus de l'immuno déficience humaine

Voir en annexe au présent article 8.

BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 31, 2^{ème} partie, 2^{ème} al.

832 - Indemnisation par la CPAM

• En cas d'arrêt de travail

Il appartient au praticien d'adresser à la CPAM compétente, dans les 24 heures, les volets 1 et 2 du certificat médical accident du travail - maladie professionnelle.

Enfin, le praticien doit également adresser dans les 24 heures un exemplaire du certificat de consolidation ou de guérison à la CPAM ainsi qu'à la victime (art. R. 441-7 du C.S.S.).

833 - Ouverture des droits à indemnités journalières pour accident du travail et maladie professionnelle

Les droits sont ouverts dès le début du contrat.

834 - Point de départ du congé

- **Arrêt de travail jointif à un accident de service, du travail ou de trajet, ou à une constatation de maladie professionnelle**

*FRHD 96.21 du 02.07.96
et BRH 2001 RH 13, § 423
1^{er} al.*

La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit est intégralement à la charge de l'employeur (*art. L. 433-1 du CSS*).

Par journée de travail, il faut entendre la journée calendaire au cours de laquelle débute la séance de travail, quelle que soit l'heure de l'accident.

En conséquence, le congé pour accident et indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail en résultant débiteront systématiquement le lendemain du jour calendaire du début de la vacation de l'agent.

Exemple

Vacation de nuit des 25 et 26 juin, entre 21 h et 6 h :

. l'accident survient le 25 juin à 22 h - l'arrêt de travail débutera le 26 juin à 0 h.

. l'accident survient le 26 juin à 2 h - l'arrêt de travail débutera également le 26 juin à 0 h.

- **Rechute ou arrêt de travail non jointif à un accident de service, du travail ou de trajet, ou à une constatation de maladie professionnelle.**

Le congé pour accident et l'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail débiteront le jour de la constatation médicale de l'inaptitude temporaire de l'agent à l'exercice de ses fonctions.

Exemple :

Accident du travail du 25 juin sans arrêt de travail :

production d'une prescription d'arrêt de travail en date du 1^{er} juillet - l'arrêt de travail débutera le 1^{er} juillet.

*BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 423, 1^{er} al.*

835 - Durée des indemnités journalières

A - L'indemnité journalière d'accident du travail est versée à partir du 1er jour qui suit l'arrêt de travail pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute.

Elle n'est pas due pour les jours non ouvrables suivant immédiatement la cessation de travail due à l'accident, sauf dans le cas où la durée de l'incapacité est supérieure à 15 jours (article R. 433-1 du C.S.S.).

*BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 424, chapeau. et
FRHD 91.13 du 2.04.91*

B - Maintien des prestations d'accident du travail en cas de reprise du travail à temps partiel pour raisons thérapeutiques (art. L. 323-3 et L. 433-1 du C.S.S.)

Voir ci-dessus § 39.

836 - Montant des indemnités journalières

A - Détermination du salaire journalier de référence

Le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est calculé à partir des salaires de référence portés sur l'attestation de salaire (cf. § 333). Il est déterminé comme suit :

- 1/30 du montant du salaire du mois antérieur à la date de l'interruption de travail *ou* 1/360 du montant des douze mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue (art. R 433-5) ;
- non limité au plafond de la sécurité sociale.

B - Montant des indemnités journalières

En vigueur depuis le 28.05.93 (cf. art. R. 433-2 et R. 433-4 du CSS).

En application des articles R. 433-2 et R. 433-4 du C.S.S., l'indemnité journalière est égale à :

- 60% du salaire journalier de référence pendant les 28 premiers jours; avec un montant maximum au 01.01.03 de 146,03 €/jour
- 80% de ce salaire à compter du 29^{ème} jour, avec un montant maximum au 01.01.03 de 194,71 €/jour, soit 5 841,30 €/mois.

Le salaire journalier de référence n'est pris en compte que dans la limite de 0, 834 % du plafond annuel retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale (cf. article R. 433-3 du C.S.S.).

Par ailleurs, l'indemnité journalière pour accident du travail ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime, calculé à partir du salaire de référence (dernier alinéa de l'article R. 433-5 du C.S.S.).

L'arrêté ministériel du 03 août 1993 précise que ce gain est déterminé en diminuant le salaire de référence susvisé de la part salariale des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle ainsi que de la CSG. Ce montant est ensuite divisé par 30 (salaire versé mensuellement) afin d'obtenir le gain journalier net.

L'article R. 433-8 du C.S.S. opère une distinction en matière de rechute d'un accident du travail :

- Si la date de consolidation ou de guérison du premier arrêt de travail a été fixée, pendant la période de ladite rechute, l'indemnité journalière est calculée sur le salaire que percevait la victime immédiatement avant l'arrêt de travail consécutif à la rechute.

L'indemnité journalière de rechute est alors égale à 60% du salaire journalier de référence pendant les 28 premiers jours et à 80% de ce même salaire à compter du 29^{ème} jour.

- Si la date de consolidation ou de guérison du premier arrêt de travail n'a pas encore été fixée, l'indemnité journalière est portée à 80 % du salaire journalier de référence à partir du 29^{ème} jour d'arrêt de travail, compte tenu de la durée de la première interruption de travail consécutive à l'accident.

En aucun cas, l'indemnité journalière versée lors d'une rechute ne peut être inférieure à celle perçue lors de l'arrêt de travail initial compte tenu éventuellement de la revalorisation effectuée (cf. article L. 433-2 alinéa 3 du C.S.S.).

Enfin, en cas de rechute d'un accident au titre duquel la victime percevait déjà une rente, l'indemnité journalière est réduite du montant journalier de la rente.

L'assuré, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour lesquels le droit aux réparations prévues par la législation est contesté par la CPAM, reçoit à titre provisionnel les prestations de l'assurance maladie s'il justifie des conditions fixées à l'article L. 313-1 du C.S.S (montant minimal de cotisations au cours d'une période de référence déterminée ou nombre minimal d'heures de travail salarié).

Dans le cas où le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est admis par la CPAM, celle-ci met immédiatement en paiement les sommes dues. Le montant des prestations provisionnelles reçues par la victime entre en compte dans le montant de celles qui sont dues au titre de la législation accident du travail (article R. 371-3 du C.S.S.).

837 - Délai de carence

*BRH 2001 RH 13
§ 442*

Aucun délai de carence n'est prévu par la réglementation.

838 - Revalorisation des indemnités journalières

Voir § 444 E.

84 - INDEMNISATION PAR LA POSTE

*BRH 1992 RH 24, § 1
et § 515, BRH 2001 RH 13
du 22.01.01*

841 - Le principe : cf. art. 61 de la convention commune

L'article 61 de la convention commune dispose que "pendant l'interruption de service liée à un accident du travail, l'agent contractuel bénéficie, par les soins de la caisse primaire dont il relève, des indemnités journalières telles qu'elles sont prévues par les dispositions des articles L. 433-1 et suivants et R. 433-1 du code de la sécurité sociale".

L'employeur complète les prestations versées par la caisse primaire d'assurance maladie à hauteur de 100 % du salaire net pendant 90 jours dès l'entrée en fonction".

*FRHD 97-24
du 23.07.97*

Ce complément ne concerne que les prestations versées au titre de l'incapacité temporaire de travail (ITT).

842 - Dommages corporels

En dehors de la faute intentionnelle ou inexcusable de l'employeur, aucune obligation particulière n'incombe expressément à La Poste au regard de l'indemnisation des dommages corporels ou matériels supportés par un agent contractuel de droit privé victime d'un accident professionnel.

Cependant, dans un souci d'harmonisation des règles de gestion des personnels de La Poste, il convient de faire bénéficier les agents contractuels de droit privé des dispositions de la circulaire du 10 août 1989 (BO 1048 CAB 34 repris au chapitre 2 du Recueil PC 7 du guide mémento), prévues pour les fonctionnaires et assimilés.

En conséquence, chaque responsable de service est désormais susceptible d'indemniser en tout ou partie les dégâts matériels supportés par un agent contractuel de droit privé à l'occasion de son activité professionnelle à La Poste, dans des conditions identiques à celles d'un agent fonctionnaire ou contractuel de droit public.

Cas particulier des agents travaillant en ZUS. Voir § 912 du chapitre 2 du Recueil PC7

*BRH 1992 RH 24
suite*

Si l'agent contractuel n'est toujours pas en état de reprendre ses fonctions au-delà de l'arrêt initial de 90 jours, il continue de percevoir les indemnités journalières par les soins de la caisse primaire de sécurité sociale jusqu'à la consolidation de son état de santé et dans le cadre du contrat de groupe collectif de prévoyance complémentaire, la mutuelle générale (MG) se substitue à La Poste pour compléter ces indemnités à concurrence de 85 % du salaire de référence tel que défini au paragraphe 823 ci-dessus.

*FRHD 95.25
du 21.06.95*

Trois organismes sont donc susceptibles d'intervenir au titre de l'indemnisation des séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont est victime un agent relevant de la Convention Commune La Poste - France Télécom :

- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie compétente,
- [...] La Poste,
- la MG en application du régime de prévoyance complémentaire.

L'indemnisation des agents contractuels de droit privé victimes d'accidents corporels pendant leur service relève essentiellement de l'autorité des caisses primaires d'assurance maladie du régime général.

Elles assurent le versement à la victime des prestations en nature et en espèces rendues nécessaires des suites de l'accident, dans les conditions prévues au Livre IV du Code de la sécurité sociale.

Les caisses étant substituées à *l'établissement public* dans la gestion de ces dossiers, La Poste n'assure qu'un rôle complémentaire dans l'indemnisation de ces agents.

Ce rôle relève essentiellement de deux types d'obligations qui peuvent être d'origine légale ou conventionnelle.

843 - Obligation légale ou réglementaire

Les articles L 452-1 et suivants et R 452-1 du Code de la sécurité sociale précisent qu'un employeur peut être tenu à indemniser directement la victime dès lors que l'accident trouve son origine dans une faute intentionnelle ou inexcusable commise par l'employeur ou de l'un de ses employés.

Les notions de faute intentionnelle et de faute inexcusable de la part de l'employeur sont explicitées dans le code susvisé. Elles donnent lieu éventuellement à réparation et indemnisation complémentaire aux victimes.

FRHD 95.25
suite

Les différents schémas annexés au présent chapitre rappellent le rôle respectif de chacun de ces gestionnaires au regard, principalement, de la nature du contrat de travail qui lie l'agent à La Poste (CDD, CDI, CDII).

FRHD 91.36 du 26.07.91

844 - Accidents du travail concernant les agents faisant l'objet de plusieurs utilisations à La Poste, ou ayant plusieurs employeurs

A) Agent faisant l'objet d'une utilisation multiple, mais n'ayant qu'un seul employeur La Poste

Principes :

Lorsqu'un agent fait l'objet d'une utilisation multiple, il est susceptible de relever alternativement de la CPAM ou de La Poste. Ainsi, pour une personne à la fois contractuel de droit privé et auxiliaire de droit public, victime d'un accident après le 1er février 1991, la gestion du risque s'analyse de cette façon :

- si l'accident est intervenu en sa qualité de contractuel de droit privé, la gestion du risque relève des Caisses Primaires de la sécurité sociale,
- si l'accident lui est arrivé en tant qu'auxiliaire de droit public, La Poste gère toujours le dossier.

Conséquences :

Il est précisé, dans ces situations, que les indemnités journalières sont intégralement versées par l'organisme gestionnaire (CPAM ou La Poste), en tenant compte de l'ensemble des revenus de l'agent. Dans l'hypothèse où la CPAM gère le risque, elle n'est pas fondée à réclamer à La Poste une quelconque participation.

B) Agent faisant l'objet d'une utilisation multiple et ayant plusieurs employeurs (dont La Poste)

Lorsqu'un agent relève de plusieurs employeurs (exemple : La Poste et une entreprise privée), les indemnités journalières sont calculées et versées dans les mêmes conditions que précédemment soit sur l'ensemble des gains et rémunérations, et, dans la totalité, par l'organisme gestionnaire (cf. rép. min. J.O. AN 30/05/1957).

- Accident survenu dans le cadre d'un emploi POSTE

Dès lors que l'agent est indemnisé au titre accident travail (AT), survenu dans le cadre d'un emploi POSTE, pour l'ensemble de ses revenus, lorsqu'il a plusieurs contrats, il y a lieu pour les sections de personnel d'en tirer les conséquences, soit de le placer en AT pour l'ensemble de ses activités Poste, le risque fut-il géré par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale.

*BRH 2001 RH 13
du 23.02.2001
§ 516 et FRHD 91.36
du 26.07.91, 3^{ème} al.*

C) Accident du travail survenu au service d'un autre employeur

Dès lors qu'un agent contractuel de droit privé est victime d'un accident du travail au service d'un autre employeur que La Poste et que cet accident génère un arrêt de travail, la CPAM verse à l'intéressé des indemnités journalières d'accident du travail calculées sur l'ensemble des gains et rémunérations perçus par l'agent du fait de ses différents employeurs, dont La Poste.

Il en est de même lorsqu'il s'agit d'une rechute d'un accident du travail survenu chez un précédent employeur.

Dans ces conditions, l'absence à La Poste, correspondant à la durée de l'arrêt de travail doit être régularisée par l'octroi d'un congé ordinaire de maladie et le complément de salaire à verser éventuellement est dû au titre de l'article 56 de la convention commune (complément de salaire en cas de maladie : 3 mois à plein salaire et 3 mois à demi-salaire), déduction faite de l'indemnité journalière d'accident du travail calculée au prorata du salaire versé par chaque employeur, et non de l'article 61 qui vise le complément de salaire suite à accident du travail.

En conséquence, La Poste doit établir une attestation de salaire pour accident du travail même si pour ses services, le congé octroyé est géré comme un congé ordinaire de maladie.

La subrogation peut toutefois être demandée. La divergence éventuelle entre l'indemnité journalière de la sécurité sociale (IJSS) avancée et celle réellement perçue donnera lieu à régularisation.

BRH 1992 RH 24, § IV

845 - Modalités d'application (cas des CDD et des CDII)

Aucune condition d'ancienneté n'est requise, la convention commune dans le domaine des accidents du travail est applicable dès l'entrée en fonction.

Lorsque l'incapacité de travail due à un accident du travail se prolonge au-delà du terme du contrat, l'agent contractuel est en droit de continuer à percevoir ses indemnités journalières sécurité sociale **mais en revanche, l'élévation au plein salaire au titre de l'article 61 de la convention, cesse à compter de la fin du contrat.**

Les conditions d'application de l'article 61 aux contrats de travail intermittents, sont dûment précisées à l'article 30 de la convention commune lequel prévoit que l'élévation au plein salaire ne peut jouer que pendant les seules périodes travaillées ou qui auraient dû l'être, sauf le cas où il y a lissage de salaire. A cet égard, il est utile de consulter les schémas figurant en annexe au présent article du Recueil PX.

85 - LE COMPLEMENT PREVOYANCE

BRH 1992 RH 17, § 32

Le complément d'indemnité journalière est poursuivi jusqu'à la consolidation des blessures, même si celle-ci se situe après le terme du contrat.

86 - CAS PARTICULIER DES ACCIDENTS SURVENUS AU COURS D'UNE MISSION A L'ETRANGER OU DANS UN TERRITOIRE D'OUTRE-MER

861 - Conditions d'application de la législation française

Les accidents survenus dans un territoire d'outre-mer ou sur le territoire d'un pays étranger et sur le trajet séparant la France de ces pays peuvent être pris en charge sous une double condition à savoir :

- la victime doit demeurer rattachée pour le paiement de sa rémunération à un établissement assujéti au versement des cotisations aux organismes français de sécurité sociale ;
- le déplacement doit avoir un caractère temporaire fixé à trois ans renouvelable une fois pour les pays n'ayant pas passé de convention de réciprocité avec la France, entre six et soixante mois avec les pays ayant passé une convention avec la France dans la limite maximum de six années en cas de prolongation au-delà de la durée primitivement prévue (art 1er, al. 2 du décret n° 77-1367 du 12 décembre 1977).

862 - Obligations de l'employeur

A - Avant le départ en mission

Le service qui envoie un salarié en mission hors de la France métropolitaine est tenu de procéder de la façon suivante :

- pays sous convention de réciprocité :

pour la période initiale, l'employeur adresse la demande de maintien au régime français de sécurité sociale à la caisse primaire compétente (cf. imprimé n° S.9203) qui en retour lui délivre le formulaire prévu par la convention intéressée. La même formalité doit être effectuée avant le terme de la période en cours en cas de renouvellement prévisible ;

- pays sans convention avec la France :

la demande de maintien d'affiliation est présentée à l'aide de l'imprimé n° S.9201 qui est adressé à la caisse primaire d'assurance maladie en trois exemplaires dûment complétés (la signature de l'employeur ou de son représentant ainsi que celle du travailleur doivent figurer sur cet imprimé).

Après constatation de la recevabilité de la demande, deux exemplaires du formulaire n° S.9201 sont renvoyés à l'employeur qui en remet un au travailleur.

La demande de prolongation doit être formulée selon les mêmes modalités que la demande initiale.

B - Lors de la survenance de l'accident

Dans tous les cas de survenance d'un accident du travail dans un territoire d'outre-mer ou en pays étranger, l'employeur est tenu de faire la déclaration d'accident à la caisse primaire compétente dans les quarante-huit heures, à partir du jour où il a été informé dudit accident par lettre recommandée de la victime.

Lorsque le service concerné ne sera pas en mesure de fournir immédiatement tous les renseignements nécessaires tels qu'ils sont prévus dans le formulaire de déclaration réglementaire (notamment, noms et adresses des témoins, nature des blessures, etc.), il lui appartiendra de faire toute diligence auprès de la victime ou de toute autre personne pour les obtenir et de compléter la déclaration initiale, par une déclaration complémentaire.

863 - Obligations de la victime

A - Déclaration d'accident

L'accident doit être déclaré à l'employeur dans les conditions générales précédemment exposées.

B - Certificat initial de constat des blessures

Tout agent contractuel victime d'un accident de travail doit fournir un certificat médical décrivant les blessures constatées, et notamment leur évolution prévisible, etc. Ce document est extrêmement important, car c'est en fait à partir du constat que seront déterminés les droits ultérieurs de la victime au regard de la législation sur les accidents du travail.

C - Preuve de la matérialité de l'accident

La victime doit se préoccuper de faire établir et de fournir tous éléments de nature à prouver la matérialité de l'accident.