

Objectif 109 : Accidents du travail et maladies professionnelles - définitions

Collège des Enseignants Hopsitalo-Universitaires de Médecine et santé au Travail

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :	3
SPECIFIQUE :	3
I Définition et principes généraux des Accidents de Travail.....	3
I.1 Définition générale de l'Accident de Travail (AT)	3
I.2 Cas particulier de l'accident de trajet.....	5
II Définition et principes généraux. Maladies professionnelles.....	5
II.1 Introduction.....	5
II.2 Maladies professionnelles indemnissables (MPI)	6
II.2.1 Chaque tableau numéroté comporte.....	6
II.2.2 Notion de présomption d'origine	7
II.2.3 Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles	7
II.3 Le cas particulier des « pneumoconioses et affections assimilées »	8
II.4 Les maladies à caractère professionnel (MCP)	8
III Procédures de déclaration des accidents de travail et maladies professionnelles.....	9
III.1 Accidents du travail (AT)	9
III.2 Maladies professionnelles indemnissables (MPI)	10
III.3 maladies à caractère professionnel	11
IV Procédures de réparation des accidents de travail et maladies professionnelles.....	12
IV.1 Prestations temporaires	12
IV.2 Prestations définitives	12
V Annexes.....	14

OBJECTIFS

ENC :

- Définir un accident du travail, une maladie professionnelle, une incapacité permanente, une consolidation. Se repérer dans les procédures et en comprendre les enjeux.

SPECIFIQUE :

- Connaître la procédure de déclaration, les modalités de reconnaissance et de réparation des AT et MT.
- Connaître les principes de la prévention des AT et MP.

I DÉFINITION ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Résumé

Cette leçon présente l'ensemble des définitions qui sont nécessaires pour appréhender la notion d'accident de travail.

I.1 DÉFINITION GÉNÉRALE DE L'ACCIDENT DE TRAVAIL (AT)

La définition de l'accident du travail dans le régime général de sécurité sociale, qui est de loin le régime le plus important, est donnée par l'article L.411 du Code de la Sécurité Sociale : **"Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise."**

La jurisprudence des tribunaux caractérise l'AT par l'existence d'un **fait accidentel et d'un lien entre le fait accidentel et le travail**. Lorsque ces deux conditions sont réunies la victime bénéficie de la présomption d'imputabilité.

- un **fait accidentel action violente soudaine lésion corporelle**.
- Le critère de soudaineté distingue l'AT de la maladie professionnelle (MP) caractérisée par l'absence de connaissance de la date de l'événement causal. Si la lésion soudaine a une origine et une date certaine, il y a accident. Il faut mettre en évidence un «fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail» (Cass. Soc. 24/04/69). Ainsi peuvent être reconnus en AT en dehors des événements traumatiques bien définis qui sont

les plus courants, d'autres lésions comme une hernie inguinale, un infarctus du myocarde, le suicide dans certains cas (lorsqu'il est la conséquence directe, médicalement reconnue de troubles neuropsychiatriques intervenus dans les suites immédiates d'une agression professionnelle).

- La lésion de l'organisme peut provenir de plusieurs origines. Elle peut être une blessure consécutive à l'action d'une machine, d'un outil ou plus généralement d'un objet. Mais elle peut provenir de l'environnement de travail du salarié (bruit, froid, chaleur, lumière, agents chimiques) dès lors qu'une origine et une date certaines peuvent être assignées aux lésions. C'est le cas par exemple de lésions auditives révélées par des acouphènes survenus chez un salarié le jour même où il a été soumis à des traumatismes sonores répétés.
- Le médecin conseil du service près la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) appréciera si la lésion constatée est imputable à l'évènement accidentel.

- **Une relation entre le fait accidentel et le travail.**

Généralement on considère que si l'AT est survenu aux **lieux et au temps** de travail habituels de l'intéressé une telle relation est établie. Mais, la jurisprudence considère depuis longtemps que constitue «un AT, tout accident survenu à un travailleur alors qu'il est soumis à l'autorité ou à la surveillance de son employeur». Un salarié en mission (voyage professionnel, rendez-vous chez un client, par exemple) est soumis à l'autorité de son employeur. Il en est de même pour les tâches non strictement professionnelles réalisées sur les lieux et pendant le travail : passage au parc à voitures, aux vestiaires, rangement des outils, pauses repas dans les locaux de l'entreprise affectés à cet effet, réunion syndicale... **La victime n'a donc pas à apporter de preuve** du lien de causalité entre le travail et la lésion. Néanmoins, la réalité de l'accident et de sa survenue au temps et au lieu du travail doivent être établies.

Pour détruire cette "**présomption d'imputabilité**" dont bénéficie la victime, l'employeur doit démontrer que la victime se livrait lors de l'AT à une activité totalement étrangère au travail. Pour la lésion, la CPAM doit apporter la «preuve contraire», c'est à dire que la lésion est totalement étrangère au travail.

I.2 CAS PARTICULIER DE L'ACCIDENT DE TRAJET

L'accident de trajet est défini par l'article L411-2 du code de la SS : « Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après est rempli ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un

travailleur pendant le trajet d'aller et de retour entre :

- sa résidence principale ou secondaire possédant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail
- le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas et dans la mesure où le 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 ou indépendant de l'emploi »

Les accidents de travail bénéficient d'une présomption d'imputabilité **ce qui n'est pas le cas des accidents de trajet où c'est à la victime de faire la preuve de l'accident, des lésions et de la relation entre lésions et accident.**

Bibliographie

Catilina P et Roure-Mariotti MC. Médecine et risque au travail. Masson, Paris, 2002. 693p : Accident du travail, chap.10, p551-552

Dyèvre P et Léger D. Médecine du travail. Masson, Paris 2003.334p.

II DÉFINITION ET PRINCIPES GÉNÉRAUX. MALADIES PROFESSIONNELLES

Résumé

Présentation des définitions nécessaires pour appréhender la notion de maladies professionnelles indemnisables et pour comprendre leur mode de reconnaissance.

II.1 INTRODUCTION

Une maladie professionnelle est un état pathologique résultant de l'exposition habituelle à une nuisance déterminée au cours du travail. Il est très difficile de donner une définition plus précise, tant les formes cliniques de ces maladies ne diffèrent pas des formes sans exposition professionnelle. C'est pour cela qu'ont été définies les maladies professionnelles indemnisables.

II.2 MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES (MPI)

C'est une maladie professionnelle reconnue comme telle par un régime de couverture sociale et réparée par la suite **comme** un accident du travail.

Dans les régimes, général et agricole de la Sécurité Sociale, est **présumée** d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle, et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. C'est en 1919 qu'ont été créés les premiers tableaux de MPI : les numéros 1 et 2 pour le plomb et le mercure respectivement. Actuellement, il y a plus de 100 tableaux dans le régime général numérotés de 1 à 98 (avec parfois des bis et des ter) par ordre chronologique (www.inrs.fr). Les tableaux peuvent être révisés et complétés par des décrets après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Les maladies professionnelles indemnisables sont en relation avec l'exercice habituel d'une profession.

II.2.1 Chaque tableau numéroté comporte

- un **titre** faisant mention de la nuisance (ou risque) et précisant le mécanisme à l'origine de la MPI ou la maladie.
- une liste **limitative de maladies** et de symptômes désignés dans la colonne de **gauche**. Dans certains cas, la positivité d'examens complémentaires est exigée pour la reconnaissance de la MP (tests respiratoires ou cutanés, dosages biologiques, radiographies...). Plusieurs catégories de maladies sont inscrites sur les tableaux de MPI : intoxications professionnelles subaiguës ou chroniques (solvants, CO...), maladies infectieuses, virales, parasitaires (tuberculose, hépatites virales...), maladies relatives à une ambiance de travail (bruit, vibrations...) ou à des gestes et postures, manifestations allergiques...
- un **délai de prise en charge**, précisé dans la colonne du milieu, représente le délai maximal écoulé entre la fin de l'exposition et la première constatation médicale de l'affection. Ce délai est très variable selon les maladies puisqu'il peut s'étendre de quelques jours pour des affections aiguës à plusieurs dizaines d'années pour des cancers. Cette même colonne peut mentionner, pour certains tableaux, une **durée d'exposition** minimale pendant laquelle le salarié a dû être exposé au risque pour pouvoir bénéficier d'une reconnaissance.
- une **liste de travaux (limitative ou indicative)** que doit avoir exécutés le salarié pour pouvoir être pris en charge. Cette liste comporte divers métiers ou circonstances d'exposition professionnelle. Si la liste est limitative, seuls les salariés effectuant l'un des travaux mentionnés ont droit à réparation au titre des maladies professionnelles. Si la liste est indicative, un salarié exposé au risque mentionné au titre du tableau peut être reconnu, même si son activité professionnelle ne figure pas dans cette liste.

II.2.2 Notion de présomption d'origine

Dans le système des tableaux de MPI, le travailleur bénéficie de la présomption d'origine (ou présomption d'imputabilité) si sa maladie, le délai de prise en charge, éventuellement la

durée d'exposition, et sa profession répondent aux critères imposés par le tableau. Cela signifie que son affection est alors systématiquement "présumée" d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

Ainsi dans le cadre du tableau sur les "affections provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes" (tableau 98 du RG), un salarié exposé professionnellement à de telles charges et présentant une sciatique par hernie discale L4 - L5 pourra être indemnisé en maladie professionnelle, dans la mesure où sa maladie est constatée alors qu'il est encore exposé à ce poste de travail ou que son exposition a cessé depuis moins de 6 mois (délai de prise en charge) et que son exposition a duré au moins 5 ans. Il bénéficiera de la présomption d'origine (même s'il a des antécédents médicaux qui pourraient également expliquer sa sciatique).

L'examen des dossiers est mené par le médecin Conseil (au sujet de la maladie) et par la Caisse (au sujet de l'exposition habituelle à la nuisance).

II.2.3 Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

Depuis 1993 existe un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles qui est basé **non pas** sur le principe de présomption d'origine mais sur celui de la recherche du lien de causalité. Un salarié (ou ses ayants-droits) peut bénéficier d'une prise en charge au titre des MPI après avis d'un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) dans 2 cas :

- lorsque la maladie est inscrite dans un tableau de MPI mais qu'une ou plusieurs conditions administratives requises ne sont pas remplies (délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux) s'il est établi que la maladie est **directement** causée par le travail habituel de la victime (art. L.461-1 alinéa 3 du code de la Sécurité Sociale).
- lorsque la maladie n'est pas désignée dans un tableau mais qu'il est établi qu'elle est **directement et essentiellement** causée par le travail habituel de la victime, et qu'elle a entraîné le décès ou une incapacité permanente partielle (IPP) au moins égale à 25 %.

Le CRRMP est composé du médecin conseil régional du régime de sécurité sociale concerné, d'un médecin inspecteur régional du travail et d'un professeur d'université praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier "particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle" et ses suppléants.

Il doit donner son avis sur la base d'un dossier constitué par la CPAM et comprenant les pièces suivantes :

- une demande motivée de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit sur un modèle fixé par arrêté et un questionnaire médical rempli par le médecin de la victime
- un avis motivé du médecin du travail portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition au risque professionnel
- un rapport circonstancié de l'employeur décrivant le poste de travail occupé
- le cas échéant, les résultats des enquêtes conduites par les caisses compétentes
- le rapport établi par le contrôle médical de la CPAM avec, le cas échéant, le taux d'IPP fixé par le médecin conseil.

Le comité entend obligatoirement l'ingénieur en chef du service prévention de la CRAM ou son représentant et peut entendre, s'il l'estime nécessaire, la victime et l'employeur.

II.3 LE CAS PARTICULIER DES « PNEUMOCONIOSES ET AFFECTIONS ASSIMILÉES »

Les pneumoconioses font l'objet d'une procédure spécifique (orientation des dossiers). Selon la complexité de l'affection le médecin conseil peut se prononcer sur l'opportunité d'examiner le dossier lui-même ou de demander l'avis d'un médecin compétent (pneumologue ou médecin du travail) en matière de pneumoconioses. Cet avis porte sur le diagnostic et la date de première constatation.

Il convient de signaler que la reconnaissance en maladie professionnelle nécessite que le patient ou ses ayants droit en fasse la demande, et que les conséquences notamment financière de cette démarche lui aient été expliquées.

II.4 LES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL (MCP)

Une maladie à caractère professionnel est définie comme toute pathologie en rapport avec l'activité professionnelle mais ne faisant pas l'objet d'un tableau de MPI (ou ne figurant pas à un tableau de MPI). Le Code de la Sécurité Sociale stipule : "en vue tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure reconnaissance de la pathologie professionnelle ou de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté ministériel après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste, mais qui présentent à son avis un caractère professionnel".

Ces déclarations sont adressées à l'inspecteur du travail qui en informe le médecin inspecteur régional du travail et de l'emploi.

Le système a pour but de recueillir des informations sur des maladies professionnelles nouvelles qui pourraient devenir indemnisables. Il ne fonctionne en pratique pas bien.

III PROCÉDURES DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Résumé

Toutes les démarches pratiques obligatoires pour la déclaration des AT et MP et pour leur reconnaissance.

III.1 ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT)

a - *la victime* : doit déclarer l'AT à son employeur dans les 24 heures sauf cas de force majeure. Elle peut en outre informer la caisse dont elle dépend jusqu'à expiration de la 2ème année suivant l'accident, si l'employeur ne l'a pas fait. Une déclaration tardive ne supprime pas la présomption d'imputabilité.

b - *l'employeur* a l'obligation formelle de déclarer l'AT à la CPAM sous 48 h (sinon la victime a deux ans pour le faire). Il doit également délivrer à la victime une feuille de soins AT comprenant 3 volets (triptyque) :

- volet n°1 à conserver par la victime
- volet n°2 à remettre aux praticiens traitants et aux auxiliaires médicaux pour facturation
- volet n°3 à remettre aux pharmaciens et/ou à l'établissement de soins.
- L'employeur envoie également une attestation de salaire à la caisse afin de permettre le calcul des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail

c - *le médecin consulté par la victime* :

- établit un **certificat médical initial** sur le formulaire adéquat. Le certificat initial est un document important qui doit bien dater l'accident et surtout bien décrire les lésions (il sera toujours difficile de faire prendre en charge ultérieurement une lésion non décrite sur le certificat initial). Il doit adresser au moins un exemplaire au

médecin conseil de la CPAM et remet l'autre à la victime. Il prescrit librement une thérapeutique et/ou un arrêt de travail.

- note son ou ses actes sur la feuille de soins, le salarié n'effectuant aucune avance d'argent.

Il établira à la fin des soins un certificat final descriptif décrivant les séquelles éventuelles en cas de consolidation ou attestant de la guérison.

d- *La Caisse* vérifie dans tous les cas la matérialité de l'accident (service administratif) et la réalité des lésions physiques imputables à l'AT (rôle du médecin conseil).

- Si le médecin conseil accepte l'AT indiquant l'imputabilité des lésions à l'accident, l'assuré bénéficie de la présomption d'imputabilité.
- Si la caisse conteste l'AT, elle doit apporter la preuve contraire, informer victime et employeur dans un délai de 30 jours. Ce délai peut être complété « lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquêtes complémentaires » d'un délai de 2 mois à condition que la caisse en informe les différents acteurs précités.

La caisse peut faire procéder à une enquête auprès de l'employeur ou de la victime. Cette enquête est obligatoire en cas de décès ou d'incapacité permanente totale (IPT) probable.

e- En cas de maladie non mentionnée dans un tableau, ou pour laquelle le tableau de maladie professionnelle n'est pas complètement respecté, la procédure de déclaration est la même mais la caisse transmet le dossier au CRRMP.

III.2 MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES (MPI)

a - *la victime* : déclare elle-même la maladie professionnelle à la CPAM. Elle adresse à la caisse :

- le formulaire spécifique en 4 exemplaires précisant ses employeurs successifs et les postes occupés
- les deux premiers volets du certificat médical initial établi par le praticien (elle en conserve 1 exemplaire)
- une attestation de salaire (fournie par le dernier employeur) s'il y a arrêt de travail.
- Cette déclaration doit être faite dans les 15 jours qui suivent l'arrêt du travail ou s'il n'y a pas cessation de l'activité dans les 15 jours qui suivent la date de la première constatation médicale (en pratique le malade dispose d'un délai de 2 ans pour faire

valoir ses droits). En cas de modification des tableaux ou de l'ajout d'un nouveau tableau, le délai de déclaration est de 3 mois après parution au JO.

b - l'*employeur* remet au salarié qui en fait la demande une attestation de salaire qui permettra le calcul des indemnités journalières. Tout employeur utilisant des procédés de fabrication ou produits susceptibles de provoquer des MPI est tenu d'en faire la déclaration à la CPAM et à l'inspection du travail sous peine d'amende.

c - le *praticien*, librement choisi par l'assuré établit un certificat médical initial en 4 exemplaires (2 destinés à la caisse et 1 à conserver par le malade). Il ne faut pas omettre de mentionner la date de la 1ère constatation médicale de la maladie qui est la date de référence pour la comparaison au délai de prise en charge. Elle peut être différente de la date de rédaction du certificat. Le certificat final descriptif est établi en temps voulu également par ce praticien.

d - la *Caisse* instruit le dossier et en informe l'employeur et l'inspecteur du travail. Elle fait procéder à une enquête administrative afin de contrôler la réalité de l'exposition au risque. C'est le service médical qui reconnaît ou non la conformité des symptômes avec ceux mentionnés sur les tableaux. La Caisse a 3 mois pour prendre sa décision, délai qui peut être complété de 3 mois en cas d'examen ou d'enquête complémentaire nécessaire.

III.3 MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

Leur déclaration est obligatoire pour tout docteur en médecine, quelle que soit sa spécialité ou son mode d'exercice, lorsqu'il attribue une maladie à un ou plusieurs facteurs professionnels, et que la victime ne peut pas bénéficier d'une réparation au titre des MPI. Cette déclaration est adressée à l'inspecteur du travail. L'ensemble de ces déclarations sera traité au niveau du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Ces déclarations permettent :

- la réalisation d'enquêtes sur le terrain
- l'amélioration de la connaissance de la pathologie professionnelle et de la prévention
- l'extension et/ou la création de nouveaux tableaux de MPI.

IV PROCÉDURES DE RÉPARATION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Résumé

Réparation et indemnisation des maladies et accidents du travail. Les procédures de réparation sont identiques pour les AT et MP.

IV.1 PRESTATIONS TEMPORAIRES

La victime en bénéficie pendant toute la durée de l'incapacité temporaire totale (ITT) ou partielle (ITP) c'est à dire pendant la durée de l'arrêt de travail et/ou des soins (s'il n'y a pas arrêt de travail). Il existe deux sortes de prestations :

- Les prestations en **nature** : l'exonération du ticket modérateur et tiers payant. La victime bénéficie ainsi de la gratuité des soins en ce qui concerne les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, matériels de prothèse et orthèse ainsi que la rééducation fonctionnelle et professionnelle.
- Les prestations en **espèces** : indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail. Le jour où s'est produit l'AT est à la charge de l'employeur. Des indemnités journalières sont versées à partir du jour suivant l'arrêt de travail jusqu'à la date de guérison ou de consolidation. La date de la 1ère constatation médicale est assimilée au jour de l'accident (AT). L'indemnité journalière est égale à 60% du salaire journalier de base (dans la limite d'un montant maximal) pendant les 28 premiers jours d'arrêt de travail et à 80% de ce salaire à partir du 29ème jour d'arrêt de travail.

IV.2 PRESTATIONS DÉFINITIVES

Elles sont liées aux modes évolutifs de l'AT ou de la MP et seront attribuées en fonction des indications mentionnées sur le certificat médical final (CMF) que le médecin traitant a l'obligation de rédiger.

Le CMF précise s'il s'agit d'une **guérison** ou d'une **consolidation**.

- La **guérison** est définie par l'absence de toute séquelle, c'est à dire un retour à l'état antérieur. Elle n'est bien sûr qu'apparente et peut toujours laisser place à une rechute.
- La **consolidation** est prononcée quand l'état de la victime n'est plus susceptible d'évolution, du moins à court ou moyen terme. Bien que la consolidation implique la fin des soins actifs (seuls peuvent être poursuivis les soins destinés à éviter une

aggravation) et la fin du versement des indemnités journalières, elle ne coïncide pas obligatoirement avec la reprise d'une activité professionnelle. Il persiste **des séquelles** entraînant un certain degré d'incapacité permanente au travail, généralement partielle (**incapacité permanente partielle ou IPP**).

Les prestations définitives ne sont versées que s'il y a consolidation c'est-à-dire présence de séquelles et détermination d'un taux d'IPP par le médecin conseil à partir du lendemain de la date de consolidation.

Le taux d'IPP répare les incapacités fonctionnelles. La perte de capacité de travail et de gain pourra être pris en considération par les structures administratives.

- En cas d'IPP inférieure à 10 % l'indemnisation de la victime est un **capital**, versé en une fois pour solde de tout compte. Une IPP inférieure à 10 % n'est pas révisable.
- En cas d'IPP supérieure ou égale à 10 %, l'indemnisation est une **rente**

Le taux médical fixé par le médecin conseil sert à la fixation administrative du montant du capital ou de la rente. La fraction du taux inférieur à 50 % est divisée par 2. La fraction de taux supérieure à 50 % est multipliée par 1,5.

C'est le salaire annuel, plafonné, qui sert de base de calcul, salaire précédant l'année de l'accident ou de la 1ère constatation médicale. En cas de nécessité de recours à une tierce personne, la rente peut être majorée jusqu'à 40 %.

En cas de décès de l'assuré, les ayant droits peuvent bénéficier d'une rente de reversion partielle.

Toute modification de l'état de santé de la victime peut donner lieu à une réévaluation de l'IPP (augmentation ou diminution) :

- à l'initiative de la victime (à tout moment pendant les deux premières années puis à des intervalles d'au moins un an ensuite)
- à l'initiative de la Caisse à des intervalles de 3 mois pendant les 2 premières années puis à des intervalles d'un an.

Les prestations en espèces sont exonérées d'impôt sur le revenu.

V ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- Définition et mode de déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles. Principes d'indemnisation. : <http://www.univ-rouen.fr/audio/player.php?h=450&l=800&vid=http://www.univ-rouen.fr/audio/UMVF/ehumt02.mp4>