

DÉCODAGE

L'ANALYSE DE L'ACTUALITÉ JURIDIQUE ET SOCIALE

NUMERO 48
AVRIL 2026

ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS PATRONALES :

la dernière réforme en détail **PAGE 04**

VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES :

vers une protection et un soutien renforcés ? **PAGE 08**

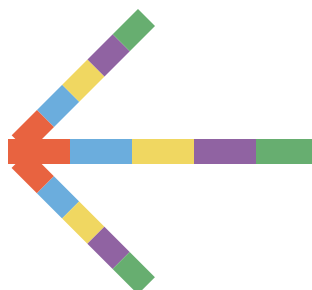
**SECTEUR PRIVÉ
ET FONCTION
PUBLIQUE**

MALADIES PROFESSIONNELLES :

une reconnaissance complexe **PAGE 10**

INCAPACITÉ :

les détails du dispositif **PAGE 22**





ÉDITORIAL

À l'heure où la France est à la recherche d'économies, le débat fait rage sur les allègements de cotisations patronales. Mais quels sont-ils et quelles conséquences ont-ils concrètement ? C'est ce que nous vous présentons ici avec un point sur le nouveau dispositif de Réduction Générale Dégressive Unique, qui se substitue aux précédents ("réduction Fillon", "bandeau maladie" et "bandeau famille") et ses effets sur le coût du travail, la hiérarchie des salaires et les négociations salariales dans l'entreprise.

Nous passons également en revue ce que contient le projet de loi déposé le 3 mars 2026 qui vise à renforcer les obligations de l'employeur en matière de prévention et de traitement des violences sexistes et sexuelles au travail et à adapter le monde professionnel à la réalité de ces violences. Il pourrait notamment améliorer les moyens des représentants du personnel, une fois n'est pas coutume...

Nous terminons ce numéro par deux articles qui vous permettront de mieux comprendre les dispositifs de reconnaissance des maladies professionnelles, selon que vous dépendez de la fonction publique ou du secteur privé, et le régime de l'incapacité qui peut en découler.

Sans oublier nos brèves et notre quiz pour tester vos connaissances sur le CSE.

Bonne lecture !



Marie-Laure BILLOTTE

Communication et veille
juridique et sociale

mlbillotte@groupe3e.fr

SOMMAIRE

- 04 ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS PATRONALES :**
La dernière réforme en détail
- 08 VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES AU TRAVAIL ET VIOLENCES CONJUGALES :**
Un renforcement de la protection des victimes et de nouveaux moyens pour les représentants du personnel ?
- 10 RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES :**
Un processus long et complexe
- 22 L'INCAPACITÉ AU REGARD DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :**
Le dispositif en détail
- 30 BRÈVES**
- 33 QUIZ :**
L'entretien de début de mandat

REPÈRES

SMIC horaire	12.02 € brut depuis le 1 ^{er} janvier 2026, soit 1 823 €/mois
Plafond mensuel de la sécurité sociale	4 005 € en 2026 (+ 2 %)
Exonération bons cadeaux	200 € en 2026 (5 % du PMSS)
Indice des prix à la consommation	+ 1.7 % sur un an en mars 2026

ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS PATRONALES : LA DERNIÈRE RÉFORME EN DÉTAIL



Keshia AFARI
Juriste - 3ED
kafari@groupe3e.fr

Depuis le 1er janvier 2026, les allègements généraux de cotisations patronales sont profondément réformés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (*loi n° 2025-199 du 28 février 2025, article 18 ; le décret n° 2025-887 du 4 septembre 2025*).

L'ancien triptyque composé de la "réduction Fillon", du "bandeau maladie" et du "bandeau famille" est remplacé par un mécanisme unique : la Réduction Générale Dégressive Unique (RGDU).

La RGDU a des effets directs sur le coût du travail, la hiérarchie des salaires et les négociations salariales dans l'entreprise. Dans cet article, nous vous présentons le fonctionnement du nouveau dispositif, ses modalités de calcul et ses effets selon les niveaux de rémunération, ainsi que les principaux enjeux qu'il soulève pour les employeurs et les représentants du personnel.

DE QUOI PARLE-T-ON ? LE PRINCIPE DES ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS PATRONALES

Les allègements généraux de cotisations patronales permettent à l'employeur de réduire une partie de ses cotisations patronales en fonction du niveau de rémunération du salarié.

Ce dispositif a pour objectif officiel de réduire le coût du travail sur les bas salaires afin de soutenir l'emploi.

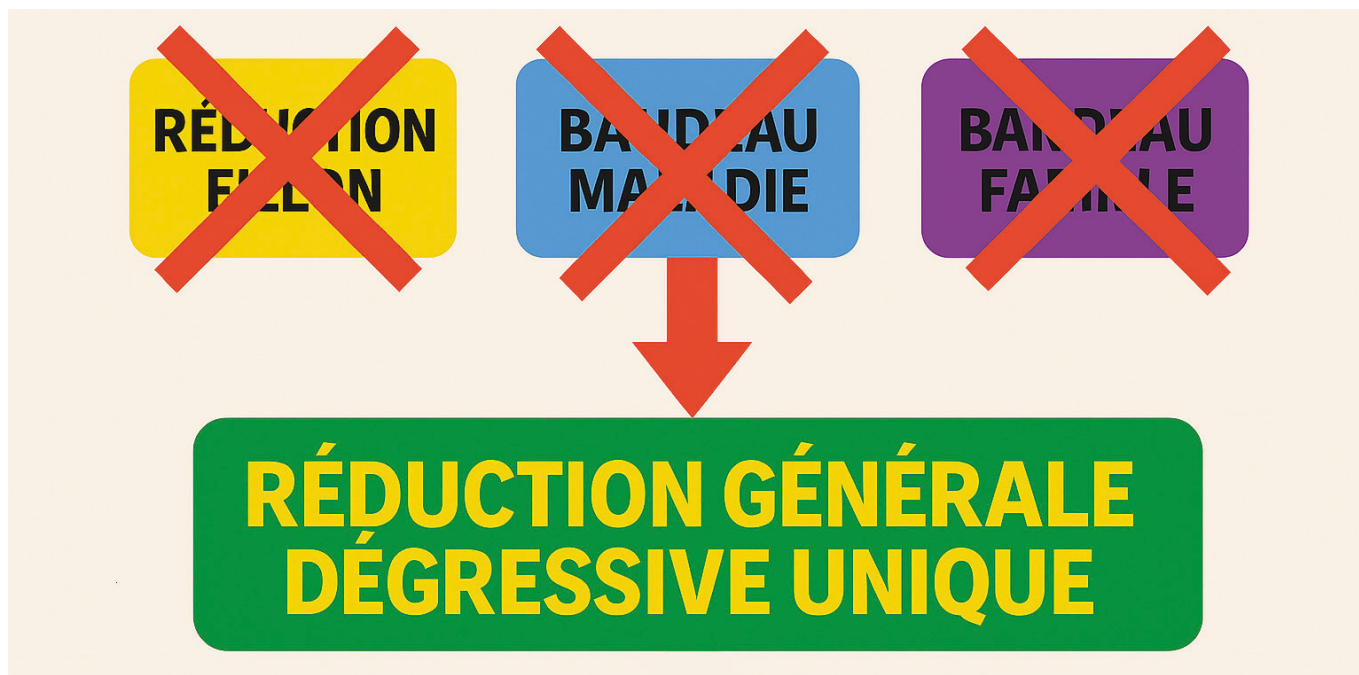
Le principe de la RGDU :

- La réduction est maximale lorsque le salarié est rémunéré au niveau du SMIC ;
- Elle diminue progressivement (dégressivité) quand le salaire augmente ;
- Elle s'éteint au delà d'un seuil de rémunération (fixé à 3 SMIC depuis le 1er janvier 2026).

En pratique, pour un salarié au SMIC en 2026 (1823.03 € brut mensuel depuis le 1er janvier 2026, SMIC horaire brut : 12.02 €), l'employeur peut réduire ses cotisations patronales d'environ 733 € par mois.

Les cotisations patronales relevant du périmètre de la RGDU sont d'environ 794 € au SMIC. Après réduction, l'employeur ne supporte plus qu'environ 61 € de cotisations patronales résiduelles par mois. Ce montant correspond uniquement aux cotisations exclues du dispositif (fraction de la cotisation AT/MP au-delà de 0.49 %, contribution formation professionnelle, taxe d'apprentissage, contribution au dialogue social, etc.).

Pour un salarié rémunéré au SMIC, l'employeur bénéficie ainsi d'une quasi-exonération totale sur les cotisations relevant du périmètre de la RGDU, ce qui se traduit par un montant résiduel de cotisations très faible.



QUI EST CONCERNÉ ?

Les employeurs éligibles

Le dispositif vise principalement, quel que soit l'effectif :

- Les **employeurs de droit privé** soumis à l'obligation d'assurance chômage ;
- Certains **employeurs publics à caractère industriel et commercial** (EPIC, société d'économie mixte, entreprises contrôlées majoritairement par l'État, etc.), sous conditions.

Les salariés éligibles

Le dispositif s'applique aux **salariés titulaires d'un contrat de travail** (CDI, CDD, temps partiel, apprentissage, alternance), pour lesquels l'employeur cotise à l'assurance chômage. Sont exclus : les dirigeants sans contrat de travail et les stagiaires.

L'assiette de calcul prise en compte

La rémunération retenue est celle **soumise à cotisations** (au sens du Code de la sécurité sociale), augmentée le cas échéant des primes de partage de la valeur (PPV).

Depuis le 1er janvier 2025, les PPV sont intégrées dans l'assiette de calcul des allègements.

Dès lors, le versement d'une PPV peut augmenter la rémunération retenue pour le calcul de la RGDU,

ce qui peut réduire le montant de l'allègement, voire faire perdre l'éligibilité au dispositif si la rémunération totale dépasse 3 SMIC.

Un employeur pourrait être tenté de verser des PPV plus faibles.

CE QUI CHANGE AVEC LA LFSS 2025 : UNE RÉFORME EN DEUX ÉTAPES (2025 PUIS 2026)

Étape 1 – En 2025 : premiers ajustements

La PPV est intégrée au calcul des allègements généraux.

Les réductions du taux de la cotisation maladie et du taux de la cotisation famille (dits "bandeaux maladie et famille") voient leurs paramètres évoluer en 2025 avant disparition (logique de transition vers 2026).

La LFSS 2025 n'a pas modifié le cœur du dispositif en 2025, mais a procédé à des ajustements paramétriques :

- Intégration des PPV dans l'assiette de calcul des allègements.
- **Abaissement du seuil d'éligibilité à la réduction du taux de la cotisation maladie (dit "bandeau maladie")** : de 2.5 SMIC à 2.25 SMIC.
- **Abaissement du seuil d'éligibilité à la réduction du taux de la cotisation famille (dit "bandeau famille")** : de 3.5 SMIC à 3.3 SMIC.

Étape 2 – Au 1er janvier 2026 : le dispositif unique RGDU

À compter du 1er janvier 2026, la Réduction Générale Dégressive Unique (RGDU) remplace l'ensemble des allègements existants (Réduction générale des cotisations patronales réduction – dite "réduction Fillon", bandeau maladie, bandeau famille). Le texte de référence est l'article L.241-13 du Code de la sécurité sociale.

LA FORMULE DE CALCUL DE LA RGDU

Les articles D241-7 à D241-11 du Code de la Sécurité sociale fixent une nouvelle formule de coefficient pour le calcul de la RGDU.

Le montant de la réduction se calcule en multipliant la rémunération annuelle brute (RAB) par un coefficient C.

Le coefficient maximal (au niveau du SMIC) est de :

- 0.3981 pour les entreprises ayant un effectif de moins de 50 salariés ;
- 0.4021 pour les entreprises ayant un effectif d'au moins 50 salariés.

ÉVOLUTION DES ALLÈGEMENTS ENTRE BAS ET MOYENS SALAIRES

CRITÈRE	AVANT (JUSQU'AU 31/12/2025)	APRÈS RGDU (DÈS LE 01/01/2026)
Mécanisme	Réduction Fillon + bandeau maladie + bandeau famille (3 dispositifs)	RGDU unique (1 seul dispositif)
Plafond d'application	1.6 SMIC pour la réduction Fillon 2.25 SMIC (bandeau maladie) 3.3 SMIC (bandeau famille)	3 SMIC pour l'ensemble
Taux maximum de réduction	Environ 40 % pour une rémunération au SMIC	40.21 % pour une rémunération au SMIC (entreprises avec effectif d'au moins 50 salariés) 39.81 % (entreprises avec effectif de moins de 50 salariés)
Taux minimum de réduction	0 % une fois le seuil dépassé	2 % jusqu'à 3 SMIC
Intégration PPV	Oui (depuis le 1er janvier 2025)	Oui (maintenu)
Formule de calcul	Linéaire	Progressive

Ce qui ne change pas : l'application de la réduction générale aux rémunérations au niveau du SMIC

La réforme 2026 ne supprime pas les allègements pour les rémunérations au niveau du SMIC. La réduction reste maximale quand la rémunération est au SMIC.

Pour un salarié payé au SMIC, l'employeur continue à bénéficier de l'allègement le plus élevé. L'employeur reste avantagé lorsqu'il verse des bas salaires.



La réduction ne s'arrête plus à 1.6 SMIC mais s'étend jusqu'à 3 SMIC (mais en diminuant)

- Avant, la réduction générale était surtout concentrée sur la zone proche du SMIC, et s'éteignait relativement tôt (logique de plafond autour de 1.6 SMIC, donc autour d'environ 3 000 €).
- En 2026, la réduction unique s'applique aux rémunérations inférieures à 3 SMIC.

Cette évolution traduit un élargissement de la politique d'allègement vers les salaires intermédiaires, tout en maintenant une diminution progressive de l'avantage à mesure que la rémunération augmente.

Cela signifie que la politique d'allègement est moins "resserrée" uniquement sur l'extrême bas salaire. Une partie de l'allègement est étalée sur une plage plus large (jusqu'à 3 SMIC), mais avec une réduction qui diminue fortement quand le salaire monte.

Plus le salaire se rapproche de 3 SMIC, plus la réduction devient faible.

ILLUSTRATION CHIFFRÉE DE LA RGDU

Pour un salarié à temps plein, sans heures supplémentaires dans une entreprise de plus de 50 salariés :

NIVEAU DE SALAIRE	SALAIRE BRUT MENSUEL	COEFFICIENT RGDU	RÉDUCTION MENSUELLE
1 SMIC	1823 €	0.4021	733 €
1.1 SMIC	2005 €	0.3156	633 €
1.3 SMIC	2370 €	0.2017	478 €
1.6 SMIC	2917 €	0.1099	321 €
2 SMIC	3646 €	0.0538	196 €
2.2 SMIC	4011 €	0.0393	158 €
2.5 SMIC	4558 €	0.0268	122 €
2.99 SMIC	5451 €	Environ 0.0200	Environ 109 €
3 SMIC et plus	5469 € et plus	0	0 €

LES LIMITES DU DISPOSITIF

Le phénomène de "trappe à bas salaires"

Le rapport des économistes Antoine Bozio et Étienne Wasmer (remis au gouvernement en octobre 2024, "Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire") a identifié que la part des salariés payés au SMIC avait brusquement augmenté depuis 3 ans pour atteindre 17.3 % des salariés (contre 12 à 13 % auparavant), en partie parce que les allègements incitent les employeurs à maintenir des salaires bas.

La trappe à bas salaires est une situation dans laquelle **un employeur, pour continuer à bénéficier d'avantages particuliers (réductions de cotisations sociales, fiscalité réduite, etc.), maintient le salaire de ses employés à un bas niveau.**

La réforme cherche à limiter cet effet en rendant la diminution de l'allègement plus progressive, sur des salaires allant jusqu'à 3 SMIC. **Toutefois, elle ne l'élimine pas totalement, car la dégressivité implique toujours que chaque augmentation salariale entraîne une perte partielle d'allègement pour l'employeur.**

Un coût budgétaire croissant aux effets débattus

Le coût des allègements généraux de cotisations patronales atteint environ 77 milliards d'euros par an, un montant qui a presque quadruplé entre 2014

et 2024 (Cour des comptes, "Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale", mai 2025). **Cette dépense pèse directement sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale : en principe compensée par l'État, cette compensation est devenue structurellement insuffisante.** Entre 2021 et 2024, les revalorisations successives du SMIC (destinées à protéger le pouvoir d'achat des salariés) ont mécaniquement augmenté le coût des allègements généraux, ceux-ci étant concentrés sur les rémunérations les plus proches du SMIC. Les travaux économiques récents, dont le rapport Bozio-Wasmer d'octobre 2024, concluent à des effets aujourd'hui plus limités sur l'emploi.

CE QUE LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL PEUVENT FAIRE

La réforme des allègements de cotisations patronales n'est pas une simple mesure technique : elle a des implications directes sur la politique salariale de l'entreprise, les négociations collectives et la masse salariale. Le CSE et les délégués syndicaux ont plusieurs leviers d'action.

Dans le cadre des consultations obligatoires

- **Consultation sur la situation économique et financière de l'entreprise** (article L.2312-25 du Code du travail) : demander à l'employeur une simulation de l'impact de la RGDU sur la masse salariale par tranche de rémunération.
- **Consultation sur la politique sociale** (article L.2312-26 du Code du travail) : analyser si la réforme a eu pour effet de modifier les pratiques de recrutement ou d'évolution salariale.

Dans le cadre de la Négociation Annuelle Obligatoire (NAO)

Les délégués syndicaux peuvent utiliser les données de la RGDU dans la négociation sur les salaires (article L.2242-1 du Code du travail) :

- Calculer les économies réalisées par l'employeur grâce à la RGDU sur l'exercice écoulé, et en discuter la redistribution dans le cadre de la NAO.
- Identifier les niveaux de salaire où la perte d'allègement est la moins pénalisante pour l'employeur, afin d'y cibler les augmentations.
- Interroger l'impact de l'intégration des PPV dans la base de calcul sur la politique de rémunération variable.

VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES AU TRAVAIL ET VIOLENCES CONJUGALES : VERS UN RENFORCEMENT DE LA PROTECTION DES VICTIMES ET DE NOUVEAUX MOYENS POUR LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL ?



Amandine LAB
Chargée de formation - 3E Études & Formations
alab@3eetudes-formations.fr

Le 3 mars 2026, une proposition de loi a été déposée, qui pourrait apporter des améliorations aux moyens des représentants du personnel. Voyons de quoi il s'agit.

QUELLE LOI ?

Il s'agit de la proposition de Loi "visant à renforcer les obligations de l'employeur en matière de prévention et de traitement des violences sexistes et sexuelles au travail et à adapter le monde professionnel à la réalité des violences conjugales et sexuelles" déposée le 3 mars 2026¹.

QUELLES PROPOSITIONS ?

L'article 1 :

- Intégration dans la négociation de branche des "des effets des violences conjugales dans le monde du travail".
- Renforcement des obligations de négociation collective en entreprise "en y intégrant explicitement cette thématique, ainsi que la lutte contre les violences sexistes et sexuelles au travail".

L'article 3 :

- Renforcement des obligations de prévention "primaire" de l'employeur "en le contraignant à mieux prévenir les risques de violences sexistes et sexuelles ayant lieu en lien, à l'occasion, ou du fait du travail (VSST), sous peine de sanctions."

- Obligation pour les entreprises de plus de 50 salariées, "la prise en compte, à ce jour facultative, de ce risque dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)".
- Obligation de mise en place d'un plan de prévention sur le sujet.

L'article 4 :

- Renforcement des obligations de prévention "secondaire" de l'employeur et renforcement de la sensibilisation des personnels à ces questions.
- Renforcement des obligations de prévention "tertiaire" de l'employeur en renforçant le protocole de traitement des violences sexistes et sexuelles au travail et l'accompagnement des victimes.
- Mise en place dans les entreprises d'au moins 50 salariés "d'un référent de lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes".

Attention, il ne s'agit pas ici du référent désigné par le CSE, mais de celui mis en place dans les entreprises de plus de 250 salariés², souvent membre de la direction ou des ressources humaines

- Ce référent bénéficierait d'un droit "à la formation continue à la charge de l'employeur".

¹Pour consulter le texte complet : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/I17b2567_proposition-loi

² Art. 1153-5-1 du Code du travail



- Mise en place obligatoire d'un référent dédié aux violences conjugales pour les entreprises d'au moins 200 salariés, et dans les établissements de la fonction publique.
- Augmentation du temps de délégation pour les délégués syndicaux et membres du CSE.
- Renforcement des obligations de prévention "primaire" de l'employeur "en le contraignant à mieux prévenir les risques de violences sexistes et sexuelles ayant lieu en lien, à l'occasion, ou du fait du travail (VSST), sous peine de sanctions".
- 3 jours de formation lors du premier mandat, et en cas de renouvellement de mandat la formation sera de 2 jours pour "chaque membre de la délégation du personnel, quelle que soit la taille de l'entreprise" et de 3 jours pour les membres de la commission santé, sécurité et conditions de travail dans les entreprises d'au moins trois cents salariés".
- Cette formation serait prise en charge par l'entreprise.

L'article 7 :

- Formation obligatoire des membres du CSE et du référent violences conjugales en modifiant la formation Santé sécurité et conditions de travail (SSCT)³.
- Ajout d'une formation "en matière de prévention et de signalement de violences sexistes et sexuelles au travail et d'accompagnement des victimes de violences conjugales entendues comme les atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne par un conjoint, un concubin ou partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité".

CONCLUSION

Le droit à la formation des représentants du personnel est insuffisant (comme nous l'avons évoqué dans notre livre Miroir social du 14 avril 2026 sur la formation des représentants du personnel) et il doit être augmenté (cf. *article "Formations des représentants du personnel : peut-on les négocier ?"*⁴ de Décodage n° 43). Il s'agit donc bien, si la proposition de Loi est acceptée, d'une amélioration certaine.

Soyons attentifs au devenir de cette proposition de loi, qui permettrait d'améliorer la compréhension, la prévention et le traitement des violences sexistes et sexuelles au travail ainsi que des violences conjugales en donnant plus de moyens aux représentants du personnel.

³ Art. L2315-18 du Code du travail

⁴ https://www.groupe3e.fr/peut-on_negocier_les_formations_des_representants_du_personnel

RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES : UN PROCESSUS LONG ET COMPLEXE



Julien HENRY
Chargé de formation - 3E Études & Formations
jhenry@3eetudes-formations.fr

L'accompagnement d'un travailleur (du secteur public ou privé) pour une reconnaissance de maladie professionnelle (MP) fait partie des missions des représentants du personnel. Dans cet article, nous verrons ce qu'est une MP et les mécanismes qui rendent cette reconnaissance particulièrement complexe. Une bonne préparation en amont augmentera les chances de reconnaissance. À la fin de l'article, nous l'illustrerons par des exemples d'accompagnement et des cas pratiques.



QU'EST QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

C'est la **conséquence de l'exposition** plus ou moins prolongée à un risque physique, biologique, psychique, qui existe pendant **le travail habituel**.

Une maladie professionnelle n'est pas une reconnaissance médicale, mais une reconnaissance de certaines conditions juridiques.

Pour la faire reconnaître plus "facilement", il faut s'aider des tableaux officiels de MP. En effet, en France, la reconnaissance des MP repose essentiellement sur ce **système de tableaux dans lesquels sont fixées les conditions pour en bénéficier.**

LES TABLEAUX DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Il existe **183 tableaux de maladies professionnelles** (121 dans le régime général et 62 dans le régime agricole).

Tous les ans, au sein du COCT (Conseil d'orientation des conditions de travail), la commission spécialisée n° 4 (CS4), anciennement la Commission Nationale des MP se réunit pour modifier ou créer des tableaux de MP. Elle est paritaire, composée pour moitié d'organisations patronales et d'organisations de salariés, et est présidée par le ministre du Travail.

QUELQUES CHIFFRES

D'après un rapport de la Cour des comptes¹, plus de 85 000 MP ont été reconnues en 2023 dans le régime général (79 %), la fonction publique (15 %) et le régime agricole (7 %). La majorité de ces maladies (près de 90 %) sont des troubles musculo-squelettiques (TMS), notamment des tendinites de l'épaule, du poignet ou du coude.

¹https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-10/20251003-S2025-1263-La-reconnaissance-des-maladies-professionnelles_0.pdf

La numérotation des tableaux dépend de leur date de création et diffère entre le régime général et le régime agricole, ce qui n'en facilite ni la recherche ni la compréhension.

Le premier tableau a été créé le 25 octobre 1919 et concernait les affections dues au plomb. Le plus récent, quant à lui, date du décret du 19 avril 2022 et porte sur le cancer de la prostate provoqué par les pesticides.



Depuis 2017, les tableaux du régime général s'appliquent à la fonction publique.

Ces tableaux sont disponibles sur le site de l'INRS, ils sont importants à connaître et doivent être utilisés en amont de toute demande de reconnaissance de MP. Chacun d'entre eux comporte trois colonnes qui précisent les conditions à remplir :

- La première colonne désigne **la maladie** avec éventuellement la procédure pour l'objectiver ;
- La deuxième indique **le délai de prise en charge** et, le cas échéant, la durée d'exposition au risque ;
- La troisième propose **une liste de travaux ou gestes professionnels** susceptibles de provoquer la maladie.

Exemple du tableau N° 57A pour les TMS de l'épaule

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
- A - Épaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) : - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) : - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.

Une maladie qui figure sur un tableau est automatiquement prise en charge si le travailleur remplit **précisément** les conditions des trois colonnes. D'où l'importance de connaître le tableau et d'accompagner la victime pour essayer de lui faire remplir le maximum de conditions avant de se lancer dans une procédure de reconnaissance.

Moins la personne remplit de conditions, plus la difficulté de reconnaissance est grande et plus le lien direct avec le travail doit être prouvé.

OUTIL PRATIQUE

Un document intéressant de l'INRS, la brochure n° ED 835 (<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20835>), permet de faciliter la recherche par le salarié ou l'agent via une classification par symptômes et pathologies, et celui des représentants du personnel via une classification par agents nocifs et situations de travail.

Ces tableaux évoluent et peuvent parfois refléter des arbitrages où la santé des salariés ne semble pas être la première préoccupation. Par exemple, en 2010, la Commission a complexifié la troisième colonne en mettant des restrictions plus importantes pour les TMS de l'épaule. Le résultat : une baisse de 30 % des reconnaissances de MP.

Quant à l'hypothétique création d'un tableau sur les pathologies cardiovasculaires, dépression, TMS liés aux RPS et au stress dont l'atteinte à la santé est désormais prouvée médicalement, elle coûterait selon l'INRS (étude de 2007) plusieurs milliards de dépenses par an à la branche AT-MP, donc de cotisations supplémentaires payées par l'employeur. Il est donc peu probable qu'il voit le jour.

COMMENT REMPLIR LES CONDITIONS DES COLONNES ?

Première colonne : la pathologie

Il peut être judicieux d'apporter le tableau correspondant à sa pathologie à son médecin généraliste si besoin, afin qu'il la note précisément sur le certificat médical. Cela limite les risques de contestation ultérieure, la formation des médecins généralistes sur les maladies professionnelles étant parfois incomplète.

Autre point de vigilance, il est souvent écrit "non calcifiante" dans le tableau des TMS. Or, si de l'arthrose est présente, il est impossible de remplir la condition de la première colonne car l'arthrose est liée à une articulation abîmée, mais pas au travail.

Deuxième colonne : le délai de prise en charge

Il s'agit du délai entre la déclaration chez le médecin généraliste de la pathologie et l'exposition au risque. Attention, par exemple : pour une tendinite au poignet, le délai entre le rendez-vous chez le médecin et le dernier jour de travail ne doit pas être supérieur à 7 jours, alors que pour un problème de santé lié à l'amiante, le délai de prise en charge est de 40 ans. Il est donc possible de déclarer une MP même après son départ à la retraite.

Pour certaines pathologies, il y a, en plus, une certaine durée d'exposition au risque à prendre en compte. Par exemple, pour une hernie discale (tableau 98), il faut justifier d'avoir travaillé pendant au moins pendant 5 ans.

Troisième colonne : la liste des travaux/métiers

Cette dernière peut être la plus compliquée à appréhender. Elle précise soit une liste **limitative** de travaux ou métiers effectués par la personne qui doivent obligatoirement être mentionnés dans la colonne des travaux susceptibles de provoquer la maladie pour remplir les conditions, soit une liste **indicative** et l'activité professionnelle du salarié/agent peut ne pas y figurer.

QUI RECONNAÎT LA MALADIE PROFESSIONNELLE ?

Pour les agents de la fonction publique

Tout dépend du statut de l'agent :

- **La CPAM** reconnaît une MP pour les contractuels des trois versants de la fonction publique (sauf les contractuels de la FPH de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, qui a une procédure interne). Elle se fait assister par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) lorsque les 3 conditions ne sont pas remplies ou que la MP est hors tableau.
- **L'employeur** reconnaît une MP pour les fonctionnaires, via son service de Ressources Humaines, avec ou sans l'avis du conseil médical en formation plénière.

Pour les salariés du secteur privé

Ce n'est pas le médecin généraliste et encore moins l'employeur, mais la **branche des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (ATMP) de la CPAM** qui traite et reconnaît une MP.

Lorsque toutes les conditions ne sont pas réunies ou qu'il n'existe pas de tableau, elle réunit le Comité Régional de Reconnaissance de Maladie Professionnelle (CRRMP).

IMPORTANT

Ce n'est pas le médecin généraliste qui déclare ou reconnaît la maladie professionnelle : il doit produire le certificat médical initial (CMI) décrivant les atteintes à la santé qui sera joint à la déclaration réalisée par le travailleur (ou ses ayants droit en cas de décès).

Il doit cocher MP sur le certificat médical afin de pouvoir l'envoyer avec la facture à la branche ATMP (Accident du Travail et Maladie Professionnelle) de la CPAM.

Certains médecins ont été attaqués en justice par l'ordre des médecins à la suite de plaintes d'une organisation patronale pour avoir affirmé dans leur CMI une origine professionnelle à la pathologie.

UNE PROCÉDURE MÉCONNUE, LONGUE ET COMPLEXE

Quel que soit le régime concerné, il existe une importante sous-déclaration des MP (entre 2 et 3.8 milliards d'euros par an) selon la Cour des comptes.

Fonction publique

L'arrêté de 2021 obligeant les employeurs à informer les chiffres des ATMP n'est toujours pas paru. Les chiffres trop parcellaires ne permettent aucune analyse. Par exemple, les services de la police nationale n'ont transmis aucune donnée depuis 2014. Pour les autres versants, les données de l'année 2023 couvrent 49 % des agents de la fonction publique territoriale et 30 % des agents de la fonction publique hospitalière seulement. Les chiffres sont disponibles sur le site de la CNRACL. Il est aussi impossible de donner une estimation du temps de procédure.

Secteur privé

Le délai moyen d'instruction d'un dossier de déclaration de maladie professionnelle au titre d'un tableau du régime général s'élevait à 115 jours en 2023. Si le dossier est transmis à la CRRMP, il passe à 207 jours.

Il est primordial d'informer les travailleurs sur le sujet des MP en amont. Cette information permettra de bien connaître le fonctionnement et la procédure. Elle permettra aussi de lancer la reconnaissance plus tôt et ainsi diminuer le potentiel handicap, puis de mettre en place des restrictions et préconisations plus rapidement.

Selon le rapport de la Cour des comptes "près de 47 % des répondants qui ont engagé une démarche de reconnaissance ont bénéficié d'un accompagnement par un syndicat, une association, une personne proche, un avocat ou un soignant. **41 % de ces victimes considèrent que cet accompagnement a constitué un soutien essentiel afin de poursuivre la procédure jusqu'au bout**".

Nous parlons ici essentiellement des MP présentes dans les tableaux. En effet, une MP hors tableau, demandée par un travailleur seul, sera très compliquée à obtenir. Car **c'est à la victime d'être à l'initiative de la demande et d'apporter les preuves**.

Pour avoir une idée des difficultés rencontrées, la Cour des comptes a souhaité les quantifier en envoyant un questionnaire auquel 741 personnes (victimes et ayants droit) ont répondu.

Voici quelques éléments intéressants qui en sont ressortis :

- **Conditions de travail : des victimes très peu alertées sur les risques :**

78 % des victimes déclarent qu'elles n'ont pas été informées de risques pour leur santé induits par leur activité professionnelle. Lorsqu'une information a été donnée, l'émetteur a été l'entreprise (22 %), la médecine du travail (16 %), des collègues/élus (11 %), un syndicat (10 %) ou un médecin (8 %).

- **Reconnaissance : des inquiétudes dues à la longueur et la complexité des démarches :**

39 % des victimes n'ont pas entamé de démarche de reconnaissance en MP et 12 % ont commencé la démarche mais ont abandonné.

Pour les 452 personnes ayant engagé une procédure de reconnaissance, les raisons qui les ont motivées étaient pour 72 % symboliques, pour 56 % pour obtenir une indemnisation et pour 40 % pour se faire rembourser des frais médicaux.

Les raisons qui ont dissuadé les 280 autres personnes de s'engager dans une procédure de reconnaissance sont les suivantes :

- La méconnaissance du dispositif (50 %)
- Une procédure trop longue (43 %) ou trop complexe (43 %)
- L'absence de tableau pour leur pathologie (40 %)
- Les conséquences au sein de leur entreprise (31 %) ou leur recherche d'emploi (12 %)
- Le coût de la démarche (16 %)
- 6 % ne voient pas l'intérêt de cette reconnaissance.

Sur les 452 répondants ayant engagé la démarche, seuls 22 % n'ont pas rencontré de difficulté durant la procédure de reconnaissance. Pour les autres, les difficultés rencontrées étaient de :

- Comprendre la procédure (46 %)
- Trouver des informations sur les démarches à accomplir (44 %)
- Comprendre le rôle des différents interlocuteurs (34 %)
- Communiquer avec les interlocuteurs (34 %)
- Bénéficier d'un accompagnement (34 %)
- Obtenir des justificatifs (31 %)
- Faire face aux difficultés financières (26 %)
- Remplir les formulaires (26 %)

LA PROCÉDURE EN DÉTAIL

Pour les fonctionnaires des trois versants de la fonction publique

Dans le cas d'une pathologie présente dans un tableau :

La procédure débute avec un certificat médical initial établi par le médecin généraliste, puis le dossier est instruit par le service RH en lien avec le médecin du travail dans le cadre d'une procédure formalisée.

En cas de doute, va être saisi le Conseil Médical en formation plénière (procédure expliquée dans l'article "Le conseil médical dans la fonction publique : pourquoi il est important d'y siéger"² de Décodage n° 37) qui demandera l'avis d'un médecin agréé.

Le Conseil rendra ensuite son avis, mais c'est bien l'employeur au final qui décidera de l'imputabilité ou non de la MP. Cela illustre la difficulté supplémentaire de la procédure.

Le manque de médecins du travail et les difficultés de recrutement dans la fonction publique sont également un vrai problème aujourd'hui. En l'absence de médecin du travail, le dossier peut être transmis directement au Conseil médical, donc traité par des médecins agréés moins compétents sur les risques liés au travail, ce qui renforce la nécessité d'un accompagnement adapté.

Dans le cas d'une pathologie hors tableau :

La procédure est différente. Une fois le Conseil médical saisi, l'agent sera convoqué chez un médecin expert pour faire reconnaître un taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) d'au moins 25 %. Il s'agit d'un taux important avec des séquelles importantes sur la santé.

Il sera sans doute nécessaire de saisir le tribunal administratif, car il est difficilement imaginable qu'un employeur décide de reconnaître une MP hors tableau. C'est potentiellement une donnée supplémentaire à prendre en compte.

Important : la réparation complémentaire de la MP

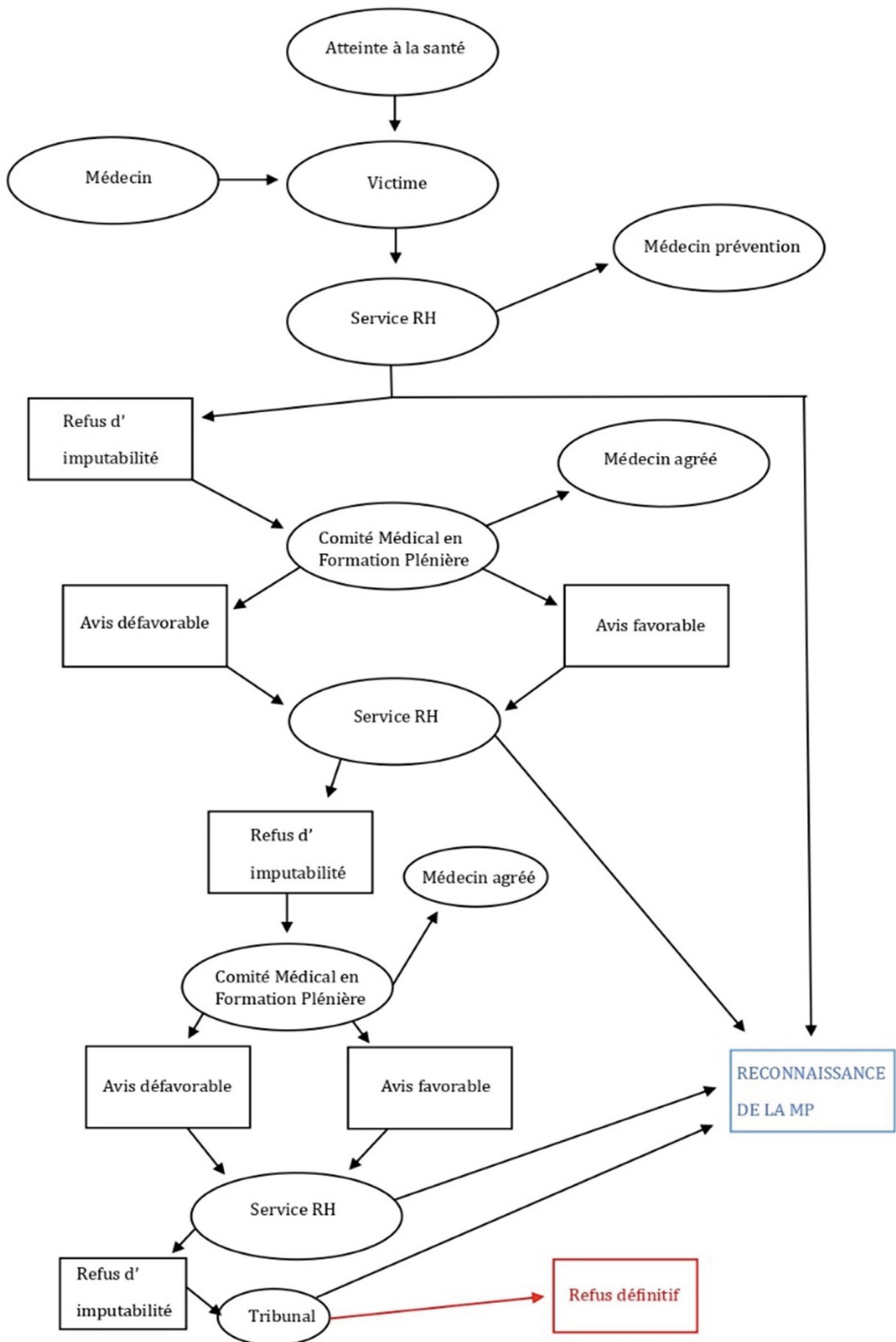
Lorsqu'un agent a réussi à faire reconnaître sa MP, une réparation complémentaire peut être demandée. Comme c'est souvent le cas, la procédure diffère selon le versant et le statut de l'agent.

Pour tout savoir sur cette procédure complexe et peu connue, consultez l'article "Fonction publique : La réparation complémentaire de l'accident de service/travail ou de la maladie professionnelle"³ dans Décodage n° 42.

² https://www.groupe3e.fr/le_conseil_medical_dans_la_fonction_publique_pourquoi_il_est_important_d_y_sieger

³ https://www.groupe3e.fr/fonction_publique_reparation_complementaire_at_mp

PROCÉDURE POUR LES FONCTIONNAIRES



Pour les salariés du secteur privé relevant du régime général

Dans le cas d'une pathologie présente dans un tableau :

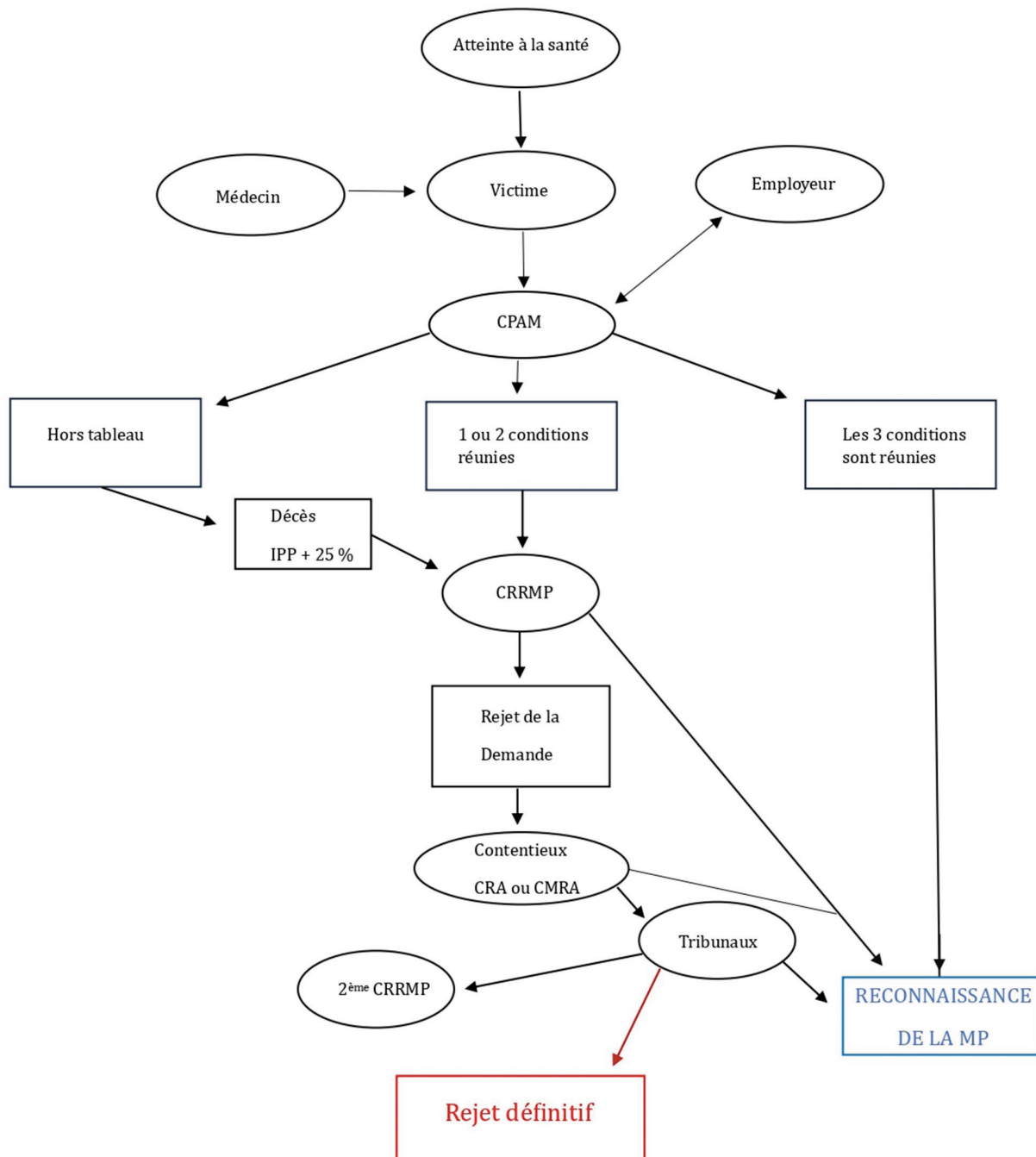
La victime doit remplir le cerfa n° 16130*01⁴ et l'envoyer à la CPAM avec le certificat initial du médecin généraliste, les documents demandés dans le tableau, ainsi que la justification du lien direct avec le travail. L'employeur aura la possibilité d'émettre des réserves concernant la demande. Si le salarié ne remplit pas toutes les conditions, le dossier sera transmis

à la CRRMP, le traitement sera plus long et sera plus sujet à contestations. D'où l'intérêt de l'accompagnement pour essayer de remplir les conditions des 3 colonnes dès le début de la déclaration.

Dans le cas d'une pathologie hors tableau :

Le même Cerfa doit être rempli. La demande sera traitée par la CPAM puis transmise à la CRRMP. Le salarié sera convoqué chez le médecin-conseil pour faire reconnaître un taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) d'au moins 25 %. Il s'agit d'un taux important avec des séquelles importantes sur la santé.

PROCÉDURE POUR LES SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ RELEVANT DU RÉGIME GÉNÉRAL



⁴ <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/R1344>



Pour les contractuels des trois versants de la fonction publique

Il faut déclarer la maladie professionnelle au service des ressources humaines de l'employeur qui va ensuite transmettre la demande à la CPAM, ensuite la procédure est identique au secteur privé, sauf pour les contractuels de l'APHP, qui relèvent d'une procédure interne. C'est la CPAM qui va instruire le dossier et établir ou non la reconnaissance.

IMPORTANT

Pour accompagner un travailleur sur une reconnaissance de MP hors tableau, il existe le guide pour les CRRMP de l'INRS. Ce document très intéressant est édité pour aider à comprendre et à traiter un dossier de MP hors tableau. En comprenant comment le CMR-RP travaille et en connaissant ses attentes, le représentant du personnel aura une aide précieuse pour accompagner le salarié.

L'épuisement émotionnel

Il existe une spécificité pour l'épuisement émotionnel (burn-out), le médecin expert calculera un taux d'IPP prévisible, il estimera l'évolution de l'état mental de la victime d'ici deux ans. Concrètement, un travailleur souhaitant faire une reconnaissance de MP pour un burn-out doit ne pas être en capacité de reprendre le travail ou une vie "normale" d'ici au moins deux ans. Et il devra prouver ensuite le lien **direct** et **essentiel** avec le travail (voir exemple en fin d'article).

En 2024, 1600 MP ont été reconnues pour épuisement émotionnel dans le secteur privé, il y en aurait au moins 50 000 par an selon le rapport de la Cour des comptes sur la sous-déclaration de 2021.

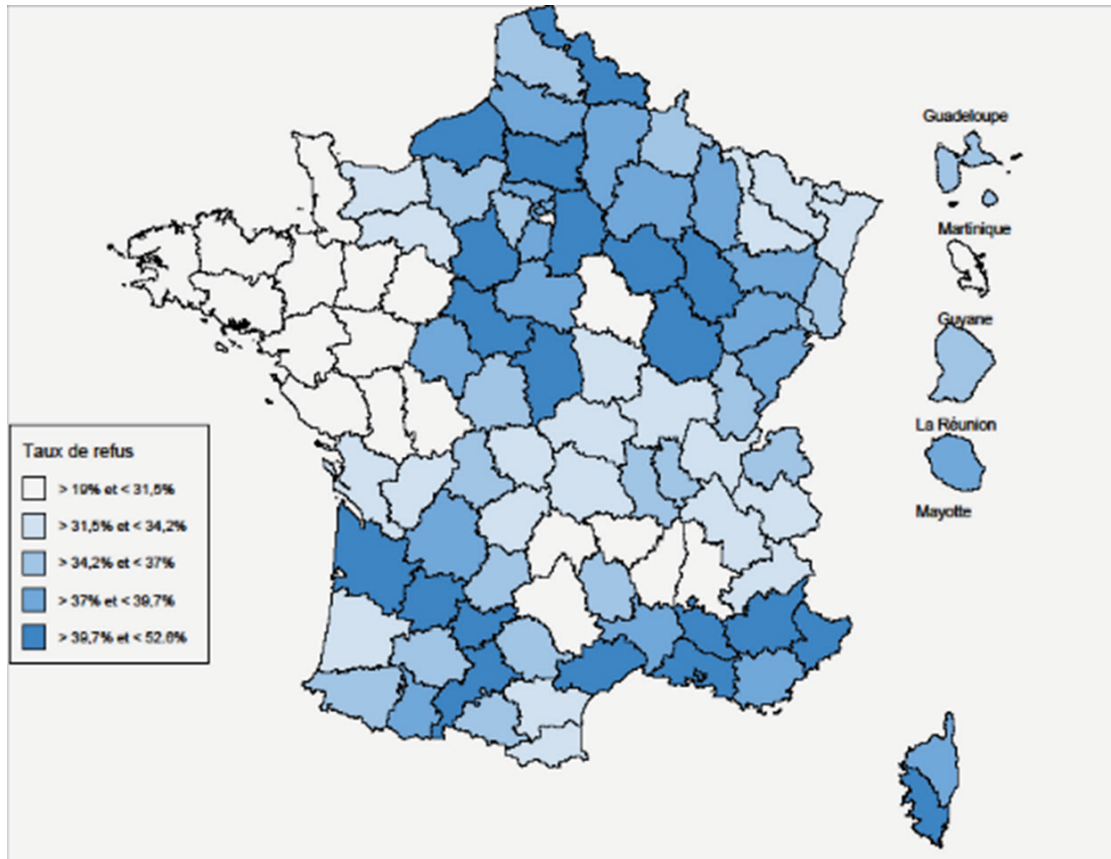
DE FORTES DISPARITÉS DANS L'ACCEPTATION DES DEMANDES

Le taux moyen de refus estimé est de 43 %.

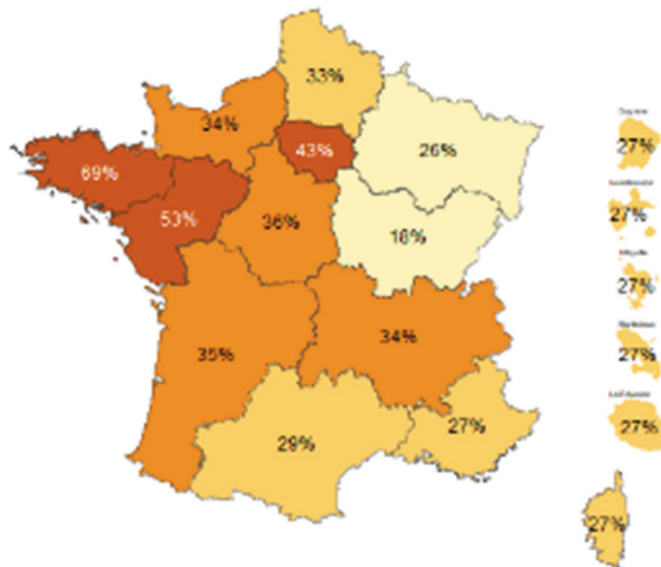
Cela peut paraître étrange, mais le taux de refus dépend aussi du secteur géographique. Par contre, la taille de la CPAM, au vu de nombre de dossiers traités, n'a pas d'incidence.

Il en est de même pour les avis favorables de la CRR-MP avec des taux très différents.

La Cour des comptes n'est pas en mesure d'expliquer de telles différences, car il est difficile de centraliser les données surtout que, dans la majorité des cas, il s'agit de la même pathologie : les TMS.



Taux d'avis favorables



Source : rapport de la Cour des comptes 2025

LES DIFFÉRENTS RECOURS

Dans la fonction publique : recours contre une décision prise par un arrêté de l'employeur

Une fois l'arrêté de refus de l'imputabilité reçu, le travailleur peut demander une contre-expertise à ses frais (120 euros) et repasser en Conseil Médical. Pour aller plus loin, l'article de Décodage n° 37 "*Le conseil médical dans la fonction publique : pourquoi il est important d'y siéger*" explique la démarche (cf. p. 14).

Dans le secteur privé et pour les contractuels de la fonction publique : recours contre un refus de la CPAM

C'est bien le salarié qui doit solliciter les différents organismes de recours, dans un délai de 2 mois suivant la décision de la CPAM.

Si le rejet est administratif

La Commission de Recours Amiable (CRA) statue sur dossier, le travailleur n'est pas convoqué. L'absence de réponse dans un délai de 2 mois vaut rejet de la demande de l'employeur ou du salarié/contractuel. Ensuite, le travailleur peut saisir la juridiction contentieuse dans un délai de 2 mois. La saisine de la CRA est une étape obligatoire pour saisir le tribunal.

Si le rejet est d'ordre médical

La Commission Médicale de Recours Amiable (CMRA) permet les contestations d'ordre médical, telles que :

- la reconnaissance de l'origine professionnelle de la MP,
- la durée de l'arrêt de travail,
- la prolongation, la date de consolidation,
- la révélation ou l'aggravation d'un état antérieur à la MP, etc.,
- ainsi que sur les aspects relatifs aux séquelles de la MP et la contestation du taux d'incapacité permanente de travail.

La contestation en cas d'avis défavorable se fera devant le pôle social du tribunal judiciaire, puis c'est la Cour d'appel qui est compétente pour juger ces litiges. En dernier ressort, la victime peut formuler un recours devant la Cour de cassation.

Il est important d'informer les salariés et agents de l'utilité des actions au tribunal. Ces actions en justice ont permis la reconnaissance de certaines victimes et la création de jurisprudences sur les ATMP qui ont profité à tous par la suite.

Ainsi, dans le code de la sécurité sociale, il est toujours précisé qu'un accident du travail est une atteinte physique. Alors que la CPAM reconnaît maintenant très bien les accidents du travail psychiques.

Autre exemple, en 2023, une infirmière fonctionnaire de nuit a fait reconnaître au tribunal administratif son cancer du sein en MP hors tableau. Accompagnée d'une organisation syndicale, elle a réussi à prouver le lien exclusif et essentiel avec le travail (le travail de nuit perturbe la production de mélatonine, hormone anticancéreuse).

QUELQUES EXEMPLES D'ACCOMPAGNEMENT

Un travailleur déclarant une tendinite à l'épaule

L'objectif est bien d'accompagner la victime pour qu'elle obtienne la reconnaissance de sa tendinite comme MP dans le tableau 57 A.

Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.

30 jours

Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (***) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé.

Il faudra prendre rendez-vous avec son médecin traitant, faire les examens médicaux nécessaires pour vérifier notamment l'absence d'arthrose dans son épaule pour valider la première colonne, **faire attention au délai** de 30 jours entre le dernier jour de travail et la déclaration de la pathologie pour la deuxième colonne.

Pour la troisième colonne, il conviendra de faire un travail "d'enquête". Il est demandé de calculer précisément "le maintien de l'épaule sans soutien en abduction avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3 h 30". Si le salarié/agent calcule 3 h 10, il ne remplira pas la condition de la troisième colonne. Il devra donc prouver le lien direct entre le travail et la MP. Pour cela, il va devoir faire un historique de tous les métiers, toutes les tâches précises, calculer le nombre de répétitions, le temps cumulé... au cours de sa carrière. L'utilisation de photos ou de vidéos peut constituer un appui probant pour démontrer les pos-

tures et contraintes de travail. De nouvelles connaissances scientifiques valides peuvent être présentées (exemple du cancer du sein et du travail de nuit). C'est ici que le représentant du personnel aura toute son importance, car sans ce travail, la MP ne pourra pas être reconnue.

Une aide-soignante (qui manipule des personnes), déclarant une hernie discale

L'objectif est de l'accompagner pour une reconnaissance de MP dans le tableau 98.

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).	<p>Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; - dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; - dans les mines et carrières ; - dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; - dans le déménagement, les garde-meubles ; - dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; - dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; - dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; - dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; - dans les travaux funéraires.

Même démarche que pour la reconnaissance de TMS : une désignation précise de la maladie avec un délai de prise en charge de 6 mois. Mais attention, elle doit justifier 5 ans d'activité professionnelle avec une manipulation de patients. Contrairement à l'exemple précédent, il s'agit d'une liste limitative de métiers et d'activités. L'aide-soignant est dans la liste, donc elle sera reconnue.

Le rôle des représentants du personnel consiste moins à mener une enquête qu'à informer les salariés/agents pratiquant des métiers listés dans le tableau de l'existence de cette possibilité de reconnaissance de MP, afin qu'ils puissent la déclarer dès l'apparition des premiers symptômes. Si le métier d'une personne souffrant de hernie discale n'est pas dans la liste, il faudra de nouveau prouver le lien direct entre le travail et la pathologie.

MP hors tableau : une secrétaire déclarant un épuisement émotionnel (burn-out)

Une reconnaissance pour un épuisement émotionnel est l'une des MP les plus compliquées à faire reconnaître.

Il doit y avoir une atteinte importante à la santé, au moins 25 % d'IPP prévisible. La MP doit être consolidée pour fixer un taux d'IPP, le médecin va donc devoir faire une estimation.

De plus, il faut prouver le **lien exclusif et essentiel** entre la maladie et le travail. Cela nécessite un accompagnement particulièrement rigoureux et documenté, comme utiliser le travail des élus et représentants du personnel fait dans le CSE ou la F3SCT, utiliser des alertes, etc.

Attention : si la travailleuse a déclaré une dépression ou un trouble anxieux par exemple quelques années plus tôt, si elle s'est arrêtée sans le justifier, il sera très compliqué de démontrer le lien **essentiel** avec le travail. La MP pourra être refusée, le CRRMP ou le Comité Médical estimera qu'il y a un doute et que la situation n'est pas due à 100 % au travail, mais à la dépression de l'époque qui peut avoir une part de responsabilité dans l'épuisement actuel. D'où l'importance de déclarer la première maladie professionnelle pour ne pas empêcher la reconnaissance d'une rechute ultérieure due au travail.

LA RECONNAISSANCE DE LA FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR

Une fois la MP reconnue par la CPAM, le salarié aura deux ans à compter du jour de la déclaration ou de la cessation des indemnités journalières pour demander une reconnaissance de la faute inexcusable. Le délai est interrompu par l'action en reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l'action pénale engagée pour les mêmes faits.

Il devra avec l'aide des représentants du personnel élus ou mandatés apporter la preuve que l'employeur n'a pas mis en œuvre les mesures nécessaires pour évaluer le risque et éviter l'atteinte à la santé. Dans un premier temps dans le cadre d'une conciliation puis dans un second temps au pôle social du tribunal judiciaire.

Cela permet au final une reconnaissance globale (l'impact de la carrière, famille, psychologique, physique, même une fois le salarié en retraite...) et pas uniquement sur la pathologie de la MP.

Pour plus de détails sur la faute inexcusable de l'employeur, consultez le prochain article : "L'incapacité au regard de la Sécurité sociale : le dispositif en détail" (pages 23 et suivantes).

ET MAINTENANT COMMENCE LE TRAVAIL DES REPRÉSENTANTS/ÉLUS DU PERSONNEL

Une reconnaissance de MP veut dire juridiquement que l'employeur reconnaît que le travail est responsable de l'atteinte à la santé. Il convient alors d'activer l'ensemble des dispositifs disponibles pour obliger l'employeur à mettre en place les mesures nécessaires pour garantir la santé des travailleurs et éviter que la situation ne recommence et qu'un autre salarié/agent ne tombe malade.

Ces dispositifs sont les suivants :

- **Fonction publique :**
 - l'alerte,
 - l'enquête pour MP de la F3SCT,
 - l'expertise risque grave (article dans un précédent décodage)...
- **Secteur privé :**
 - le droit d'alerte,
 - l'enquête pour MP du CSE/de la CSSCT,
 - l'expertise risque grave...

UTILISER LES AT/MP DANS LES INSTANCES

Pour aller plus loin, retrouvez le rapport complet de la Cour des comptes d'octobre 2025 et ses recommandations. En page 80, il y a une comparaison européenne des systèmes de reconnaissance des MP : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-10/20251003-S2025-1263-La-reconnaissance-des-maladies-professionnelles_0.pdf

L'INCAPACITÉ AU REGARD DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : LE DISPOSITIF EN DÉTAIL



Keshia AFARI
Juriste - 3ED
kafari@groupe3e.fr



Clothilde OLLIER
Chargée de formation - 3E Études & Formations
collier@3eetudes-formations.fr

Un salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficie du régime de l'incapacité. Si vous êtes fonctionnaire ou si vous dépendez en tout ou partie d'un régime spécial, cet article ne vous concerne pas. Nous vous présentons ici les principales caractéristiques de ce dispositif, les conditions de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ainsi que les conséquences pratiques qui en résultent.

QU'EST CE QUE L'INCAPACITÉ À LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE (AT/MP) ?

L'incapacité désigne l'impossibilité de travailler ou d'effectuer certaines tâches à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Elle peut être temporaire ou permanente, partielle ou totale. Elle est d'abord constatée par le médecin traitant, puis confirmée par le médecin-conseil de l'Assurance maladie. **L'incapacité résulte donc d'un fait relevant de la vie professionnelle.**

En cas d'**incapacité temporaire**, le salarié perçoit des indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS).

Lorsque les lésions causées par l'accident ou la maladie deviennent durables et réduisent sa capacité de travail de manière pérenne, **l'incapacité est dite permanente** (articles L. 434-1, L. 434-2 et R. 434-1 du Code de la Sécurité sociale). Elle ouvre droit à une indemnisation variable selon le taux d'incapacité :

- Moins de 10 % : versement d'une indemnité en capital (en une seule fois).
- 10 % ou plus : attribution d'une rente périodique.



Ce mécanisme indemnitaire forfaitaire limite les possibilités d'engager la responsabilité civile de l'employeur. Une réparation complémentaire n'est possible que si la faute inexcusable de l'employeur est reconnue.

DISTINCTION ENTRE L'INCAPACITÉ LIÉE AU HANDICAP ET L'INCAPACITÉ AT/MP

La détermination du taux d'incapacité par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) permet d'appliquer la réglementation relative aux avantages sociaux destinés aux personnes en situation de handicap. Cette évaluation repose sur les critères établis à l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles, lesquels définissent les degrés d'atteinte fonctionnelle selon différents types de déficiences.

Les taux d'incapacité sont répartis en plusieurs catégories :

- Forme légère : 1 à 15 %
- Forme modérée : 20 à 45 %
- Forme importante : 50 à 75 %
- Forme sévère ou majeure : 80 à 95 %
- État végétatif ou coma : 100 %

L'atteinte de certains seuils, notamment 50 % ou 80 %, peut ouvrir droit à diverses prestations sociales, telles que :

- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- la carte de mobilité inclusion (CMI)
- ou encore de la majoration pour la vie autonome.

Par ailleurs, la reconnaissance d'une invalidité ou d'une incapacité au titre du droit du travail ou du régime de Sécurité sociale peut conduire la MDPH à attribuer un taux d'incapacité ouvrant droit à des aides ou prestations spécifiques.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES ENTRE L'INCAPACITÉ AT/MP, L'INVALIDITÉ ET L'INAPTITUDE ?

L'incapacité, l'invalidité et l'inaptitude sont des notions souvent confondues, bien qu'elles recouvrent des réalités distinctes.

L'incapacité correspond à l'impossibilité pour un salarié d'exercer son travail ou certaines tâches, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Elle **découle donc d'un évènement lié à la vie professionnelle**.

L'invalidité, quant à elle, est reconnue lorsque la capacité de travail et de gain est réduite d'au moins deux tiers, à la suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle. Elle est constatée par le médecin-conseil de l'Assurance maladie. **L'invalidité résulte d'un fait relevant de la vie personnelle** (pour plus de détails : https://www.groupe3e.fr/l_invalidite_tout_ce_qu_il_faut_savoir).

Enfin, l'inaptitude est déclarée par le médecin du travail lorsqu'aucune mesure d'aménagement ou d'adaptation du poste n'est possible. Cela se produit après le constat que l'état de santé d'un salarié est

incompatible avec la charge mentale ou physique liée à son emploi, à la suite d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non (pour plus de détails : https://www.groupe3e.fr/l_inaptitude_du_salarie_regard_sur_les_dernieres_jurisprudences).

Lorsque l'employeur a exploré toutes les options de reclassement et qu'aucune n'est possible, il peut procéder au licenciement du salarié pour inaptitude.

Ainsi, l'inaptitude peut être la conséquence d'une déclaration d'incapacité ou d'invalidité.

FOCUS SUR LA RECONNAISSANCE DE LA FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR

Le principe de prise en charge de l'accident du travail et de la maladie professionnelle

En vertu de l'article L. 431-1 du Code de la Sécurité sociale, tout salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficie d'un certain nombre de prestations.

La prise en charge intégrale des frais de santé liés à l'accident ou à la maladie

Sont pris en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et annexes, ainsi que les frais de transport nécessaires vers la résidence habituelle ou un établissement de soins.

Sont également pris en charge les frais occasionnés par :

- le traitement et le suivi médical ;
- la réadaptation fonctionnelle ;
- la rééducation professionnelle ;
- le reclassement ou la reconversion professionnelle.

Le versement d'indemnités journalières

Pendant toute la période d'**incapacité temporaire** de travail, la victime perçoit des **indemnités journalières** destinées à compenser la perte de salaire (article L. 434-1 du Code de la Sécurité sociale). Ce régime est plus favorable que celui applicable aux arrêts maladie "classiques".

L'attribution d'une rente ou d'un capital en cas d'incapacité permanente

Si les séquelles de l'accident entraînent une **incapacité permanente**, le salarié peut bénéficier :

- d'une **indemnité en capital si le taux d'incapacité est faible (inférieur à 10 %)**, dont le montant forfaitaire est fixé par un barème en fonction du taux d'incapacité retenu (article D. 434-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- ou d'une **rente viagère lorsque ce taux est plus élevé (supérieur à 10 %)**, dont le montant dépend notamment du taux d'incapacité retenu et du salaire de référence.

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé par le médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité (*article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale ; Annexe I à l'article R. 434-32 du Code de la Sécurité sociale pour les accidents du travail et Annexe II du Code de la Sécurité sociale pour les maladies professionnelles*).

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2025 a opéré une refonte profonde du système d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette réforme s'appliquera, à partir du 1er novembre 2026, pour toutes les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont l'état est consolidé à partir de cette date (c'est à dire lorsque les lésions sont permanentes).

Elle institue **une réparation forfaitaire de l'incapacité permanente qui comprendra deux composantes :**

- Une **part professionnelle** qui prend en compte l'impact de l'accident ou de la maladie sur la capacité de la victime à exercer sa profession, en tenant compte de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle.
- Le mode de calcul de cette part reste identique et est déterminé selon la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que des aptitudes et de la qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif. Il conduit au versement d'une rente ou d'une indemnité en capital selon que le **taux d'incapacité permanente professionnelle** soit inférieur ou supérieur à 10 %.
- Une **part fonctionnelle** qui vise les atteintes persistant après la consolidation et relevant du **déficit fonctionnel permanent**. Cela se réfère à la perte de capacité physique ou mentale de la victime lorsque les lésions sont permanentes, indépendamment de l'activité professionnelle.

Le taux de cette **incapacité fonctionnelle** sera fixé à partir d'un barème indicatif spécifique et son montant déterminé sur la base d'un référentiel inspiré du référentiel Mornet (outil méthodologique couramment utilisé en matière d'indemnisation du préjudice corporel).

Le montant de l'indemnisation sera déterminé comme suit :

- Pour les **bénéficiaires d'une rente**, lorsque l'incapacité fonctionnelle atteint ou dépasse un seuil (qui sera précisé par arrêté), **une portion de la part fonctionnelle pourra être versée sous forme de capital**, en complément des versements périodiques.
- Pour les **bénéficiaires d'une indemnité en capital**, son montant continuera de dépendre d'un barème forfaitaire revalorisé chaque année. L'augmentation du taux fonctionnel permettra une **révision de ce montant**.

L'exception au principe d'indemnisation du régime des AT/MP

En principe, la victime ne peut pas engager la responsabilité civile de son employeur.

Pour obtenir une réparation complémentaire, elle doit démontrer l'existence d'une faute inexcusable de l'employeur.

Reconnaissance de la faute inexcusable et indemnisation complémentaire

La jurisprudence (*Cass. soc.*, 11 avril 2002, n° 00-16.535 ; *Cass. soc.*, 28 février 2002, n° 99-18.389 ; *Cass. ass. plén.*, 24 juin 2005, n° 03-30.038) considère que la faute est inexcusable lorsque l'employeur :

- a manqué à son obligation de sécurité de résultat ;
- avait ou aurait dû avoir conscience du danger ;
- n'a pas pris les mesures nécessaires pour protéger le salarié ;
- a commis une faute qui a été une cause nécessaire à la survenance de l'accident.

En cas de reconnaissance de la faute inexcusable, la victime (ou ses ayants droit en cas de décès) bénéficie d'une **majoration de la rente ou de l'indemnité en capital**. Cette majoration ne peut toutefois excéder :

- le montant de l'indemnité en capital ;
- la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité ou le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale, en cas de rente.



EXEMPLES DE FAUTES INEXCUSABLES :

- Dans un laboratoire d'analyses médicales, l'employeur n'a pas assuré une bonne organisation de la collecte des aiguilles souillées, de leur acheminement et de leur manipulation lors du tri. En réalité, les aiguilles étaient collectées dans une urne qui n'était pas hermétiquement fermée. Cela a entraîné un accident au cours duquel une salariée s'est coupé le doigt avec une aiguille souillée. Par la suite elle a contracté le VIH (*Cass. 2e civ.*, 17 décembre 2009, n° 08-21.598).
- Sur un chantier, un salarié a reçu la mission de rehausser la bordure extérieure d'un balcon situé au troisième étage d'un immeuble. Il a perdu l'équilibre et fait une chute mortelle de 8 mètres alors qu'il était dépourvu de moyen de protection personnelle. L'accident a été causé par une faute inexcusable de l'employeur, car le chef de chantier n'était pas intervenu comme il aurait dû le faire au début de l'exécution du travail et qu'il n'avait pu ignorer les risques de chute auxquels il exposait les salariés qui accomplissaient pour la première fois une tâche de cette nature (*Cass. soc.*, 28 mars 2002, n° 00-11.627).
- Un salarié a été gravement brûlé lors d'une explosion survenue dans un local de travail. L'employeur avait commis de nombreuses infractions aux règles de sécurité, créant un risque permanent d'explosion. Les manquements répétés aux règles de sécurité caractérisaient la faute inexcusable (*Cass. soc.*, 3 mars 1994, n° 91-16.840).

Réparation des préjudices non couverts par le régime des AT/MP

Indépendamment de la majoration de rente, la victime peut demander devant le pôle social du tribunal judiciaire la **réparation de préjudices personnels non réparés par le régime des AT/MP** (article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale), par exemple :

- souffrances physiques et morales ;
- préjudices esthétiques ;
- préjudices d'agrément ;
- perte ou diminution des possibilités d'évolution de carrière.

Ces préjudices ne sont pas indemnisés par le système forfaitaire de la Sécurité sociale.

La réforme introduite par la LFSS pour 2025 entraîne une révision du régime d'indemnisation complémentaire due en cas de faute inexcusable, afin de l'adapter au nouveau système "dual" de l'indemnisation de l'incapacité permanente.

Avec l'intégration du déficit fonctionnel permanent dans l'indemnisation forfaitaire des AT/MP, la réforme met fin à la possibilité, ouverte par une jurisprudence du 20 janvier 2023 (*Ass. plén., 20 janvier 2023, n° 20-23.673 et n° 21-23.947*), d'obtenir une réparation distincte et intégrale de ce préjudice en cas de faute inexcusable.

À partir du 1er novembre 2026, l'employeur fautif ne supportera que la part du déficit fonctionnel permanent qui ne serait pas couverte par la majoration, et non plus l'intégralité du préjudice comme auparavant.

La victime conserve toutefois la possibilité de solliciter :

- la **réparation des souffrances physiques et morales antérieures à la consolidation** ;
- ainsi que les autres préjudices personnels non pris en charge par le système forfaitaire (préjudice esthétique, d'agrément, etc.).

Cas où la faute inexcusable est présumée

La loi prévoit des situations dans lesquelles la faute inexcusable est présumée établie, notamment :

- pour les salariés en CDD, intérimaires ou stagiaires qui n'ont pas reçu la formation renforcée à la sécurité (articles L. 4154-2 et L. 4154-3 du Code du travail) ;
- lorsque l'accident ou la maladie survient malgré le signalement d'un danger grave et imminent resté sans réaction de l'employeur (article L. 4131-4 du Code du travail).

Dans ces cas, la victime n'a pas à rapporter la preuve du manquement. La charge de la preuve est allégée.

Délai pour agir et procédure de reconnaissance de la faute inexcusable

L'action en reconnaissance de la faute inexcusable se prescrit par **2 ans**, à compter (article L. 431-2 du Code de la Sécurité sociale ; Civ. 2e, 18 janvier 2005, n° 03-17.564 ; Civ. 2e, 19 septembre 2013, n° 12-21.907) :

- du jour de l'accident ;
- de la première constatation médicale de la maladie ;
- de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ;
- de la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle ;
- de la cessation du paiement des indemnités journalières ;
- de la clôture de l'enquête (lorsqu'il y a été procédé).

Lorsque la caisse, la victime et l'employeur ne parviennent pas à un accord amiable sur l'existence de la faute inexcusable, le litige est porté devant le pôle social du tribunal judiciaire (article L. 452-4 du Code de la Sécurité sociale).

Faute intentionnelle de l'employeur

Un accident résulte de la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, s'il a accompli un acte volontaire, commis avec l'intention de causer des lésions corporelles et ne résulte pas d'une simple imprudence, si grave soit-elle (*Cass. soc., 13 janvier 1966*).

Dans cette situation, la victime peut agir en responsabilité civile selon le droit commun pour obtenir une réparation du préjudice causé (*article L. 452-5 du Code de la Sécurité sociale*).

Recommandations 3E pour les salariés du régime général de la Sécurité sociale

Faire reconnaître son incapacité ou son invalidité par la sécurité sociale va avoir de gros impacts sur les conditions de vie futures du salarié. Sans une bonne prise en charge, sans un bon accompagnement et sans l'aide d'un tiers, il sera souvent très difficile pour le salarié de comprendre les méandres de la sécurité sociale.

Le but de cet article est de vous orienter et vous aider pour accompagner les salariés. Bien évidemment, cela passe par une formation de qualité, mais vous retrouverez ici quelques conseils qui pourraient vous aider à y voir plus clair en attendant une formation solide.

Étape 1 : Faire reconnaître son incapacité

Incapacité de la Sécurité sociale : cadre juridique et stratégies utiles

La reconnaissance d'une incapacité par la Sécurité sociale repose sur un cadre juridique strict, dominé par l'appréciation du médecin-conseil et des critères médicaux objectivables.

En pratique, les refus sont fréquents, notamment en matière de pathologies psychiques ou de souffrance au travail. Il est donc essentiel de maîtriser les règles juridiques et les leviers de preuve.

Lorsque l'on invoque l'incapacité, c'est le lien avec le travail qui doit être démontré. La première étape consiste donc à s'assurer que la situation est reconnue comme un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Le rôle central du médecin-conseil (clé du système)

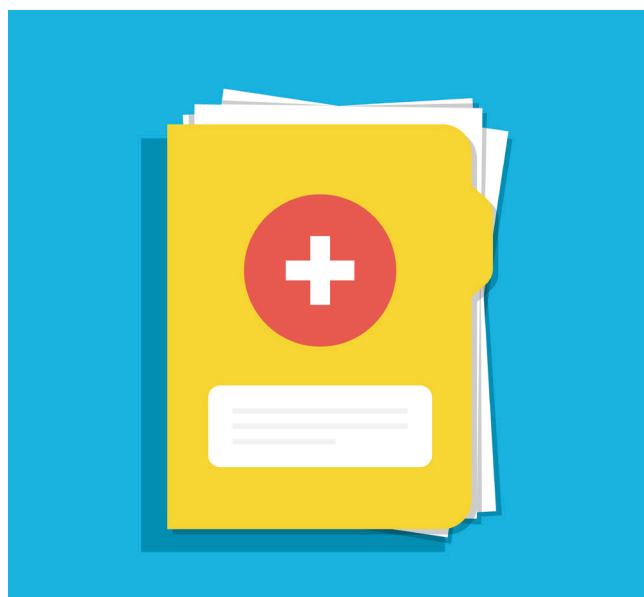
Le service du contrôle médical est décisionnaire.

Un point fondamental : sans stabilisation de l'état de santé, aucune incapacité ne peut être retenue. L'état du salarié ne doit plus être susceptible d'amélioration notable.

Un dossier solide doit comprendre :

- les traitements en cours (douleur, troubles psychiques, sommeil, etc.) ;
- un suivi médical ou paramédical régulier ;
- des attestations médicales, certificats, formulaires CERFA, ordonnances, etc. ;
- des comptes-rendus spécialisés, examens (IRM, examens, bilans, etc.) ;
- un historique médical complet et cohérent.

Il est nécessaire de documenter précisément le déficit fonctionnel.



Étape 2 : Le contentieux judiciaire

Le Pôle social du tribunal judiciaire (anciennement Tribunal des affaires de sécurité sociale – TASS) est la juridiction compétente pour connaître des litiges relatifs à la Sécurité sociale, notamment ceux portant sur la reconnaissance des accidents du travail, des maladies professionnelles ou encore sur la faute inexcusable de l'employeur.

Le CSE a un rôle majeur dans la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Le salarié pourra notamment s'appuyer sur :

- les documents de prévention (fiche d'entreprise, DUERP, PAPRI Pact, etc.) ;
- les procès-verbaux du CSE ;
- les avis du CSE lors des consultations et sur le document unique.

Pour le CSE, la conservation rigoureuse de ses documents est indispensable : **tout élément démontrant que l'employeur avait connaissance du risque** peut être déterminant.



Bonnes pratiques pour sécuriser un dossier :

- 1. Bien qualifier juridiquement la situation** : l'invalidité n'est pas un accident du travail et ne constitue pas non plus une maladie professionnelle.
- 2. Anticiper l'évaluation du médecin conseil** : préparer un dossier complet et chronologique ; décrire clairement les limitations fonctionnelles.
- 3. Ne jamais rester sur un refus** : les décisions peuvent être contestées ; les recours sont souvent décisifs.
- 4. S'appuyer sur des éléments objectifs** : certificats détaillés, preuves du lien avec le travail.
- 5. Comprendre que la reconnaissance repose sur une logique probatoire stricte** : le médecin conseil demeure l'acteur central de la décision ; la clé est de démontrer une incapacité fonctionnelle réelle.
- 6. Maîtriser les voies de recours** prévues par le Code de la Sécurité sociale.

Pour en savoir plus, contactez-nous.

<https://www.politis.fr/articles/2024/09/securite-sociale-fraude-sociale-le-rapport-hcfips-qui-contredit-des-annees-de-discours-stigmatisants/#:~:text=Le%20HCFIPS%20a%20ensuite%20estim%C3%A9,euros%20C2%BB%2C%20estime%20le%20rapport.>

Point sur la fraude des employeurs

Une réalité documentée

Le débat public se focalise souvent sur la fraude des allocataires. Or, les données disponibles permettent de nuancer fortement cette perception.

Selon le **Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS)**, la fraude sociale est estimée à **environ 13 milliards d'euros**, toutes branches confondues. Le rapport indique que **la majorité de ces montants provient d'irrégularités liées aux entreprises**, notamment dans le cadre de fraudes aux cotisations, du travail dissimulé ou de sous-déclaration.

Cette analyse est confirmée par Politis dans son article de 2024, qui rappelle que la fraude imputée aux assurés sociaux demeure minoritaire au regard des montants globaux¹.

Dans le champ des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP), plusieurs travaux publics, notamment ceux de la Cour des comptes, mettent en évidence une **sous-déclaration persistante**. Celle-ci entraîne un transfert financier de la branche AT/MP (financée par les employeurs) vers la branche maladie, exposant les salariés à une perte de droits et à une prise en charge moins favorable.

Chaque année, un **mécanisme de compensation** existe entre les branches, mais son montant forfaitaire reste très inférieur au coût réel de la sous-déclaration. Ainsi, les employeurs ne compensent qu'une partie du montant qui devrait, en théorie, relever de la branche AT/MP.

Le rôle clé des élus du CSE

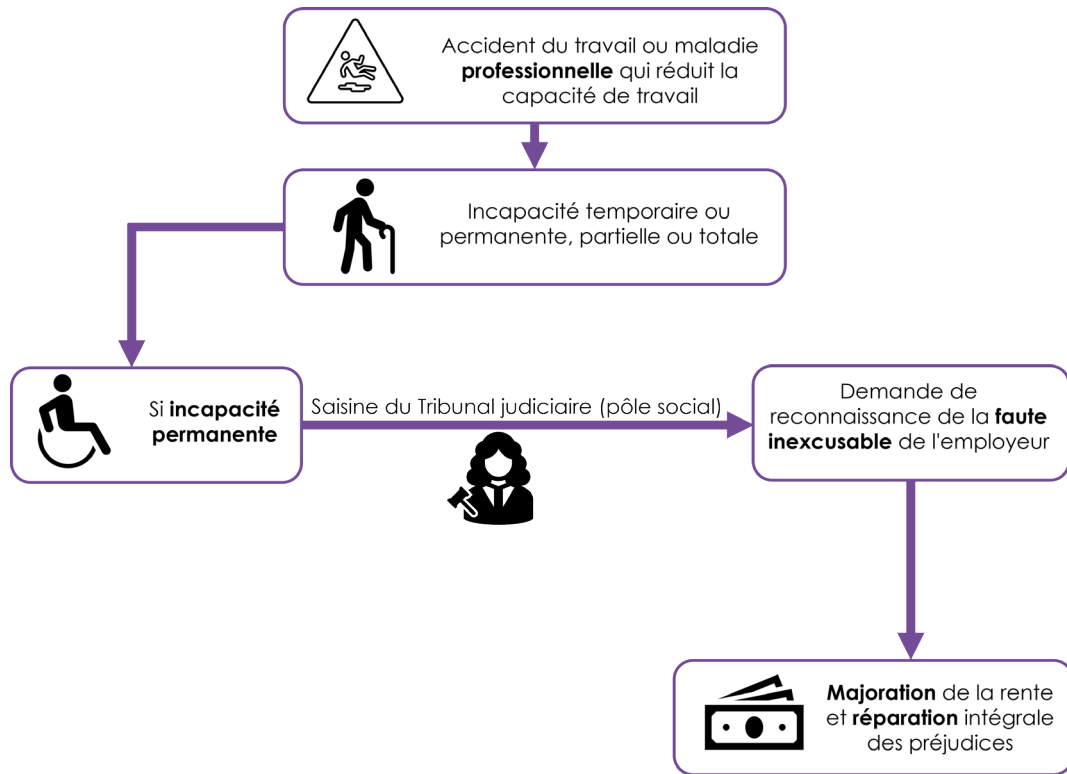
Dans ce contexte, les élus du CSE jouent un rôle essentiel :

- signaler les accidents du travail non déclarés ;
- alerter sur les conditions de travail ;
- exercer leur droit d'enquête après un accident ;
- rappeler à l'employeur ses obligations légales ;
- vérifier la conformité des déclarations AT/MP ;
- saisir, si nécessaire, l'inspection du travail et/ou la Sécurité sociale.

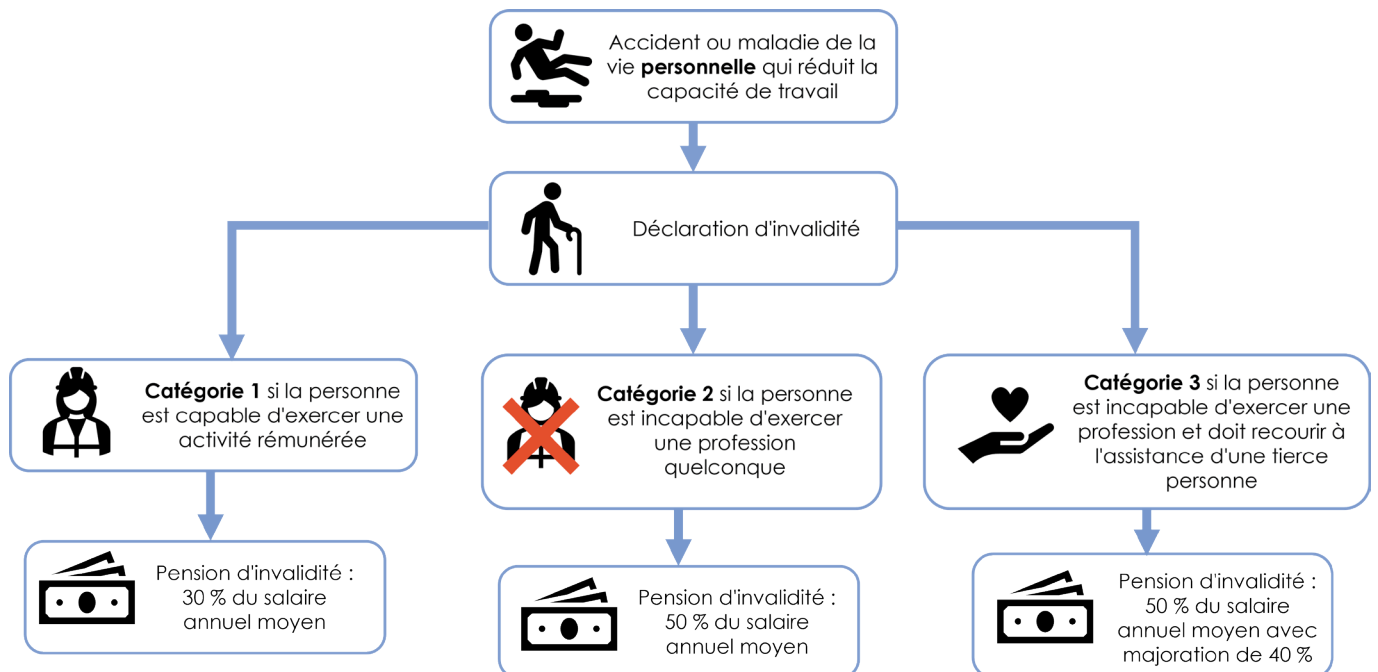
Il s'agit d'un enjeu fondamental pour la protection des salariés : **à chaque fois qu'un accident du travail n'est pas reconnu, un salarié perd des droits.**


EN SYNTHÈSE

L'incapacité



L'invalidité



 Si vous avez un contrat de prévoyance, il est essentiel de demander à votre employeur l'ouverture des droits individuels à prévoyance, dans l'attente de l'attribution du taux d'invalidité. Cela vous permettra de continuer à profiter de la couverture même après la fin de la période de maintien gratuit des garanties

BRÈVES

HAUSSE DU RESTE À CHARGE DU CPF

Depuis le **1er avril 2026**, la participation forfaitaire obligatoire du titulaire du CPF est portée à **150 €** pour toute formation éligible, contre 103.20 € auparavant. Cette somme s'applique aux demandes de formation déposées à compter du 2 avril 2026.

Décret n° 2026 234 du 30 mars 2026

LE CSE NE PEUT EXIGER LA COMMUNICATION D'UN PLAN DE MOBILITÉ EMPLOYEUR TANT QUE LA NÉGOCIATION OBLIGATOIRE SUR LE SUJET EST EN COURS

Dans le cadre de la consultation annuelle sur la **politique sociale, les conditions de travail et l'emploi**, le CSE d'un établissement avait mandaté un expert-comptable. Celui-ci réclamait, entre autres documents, la communication du **plan de mobilité employeur** du site. L'entreprise s'y opposait, faisant valoir qu'un tel plan n'existait pas encore.

Le plan de mobilité, prévu aux articles L. 1214-1 et suivants du Code des transports, doit être élaboré par les employeurs comptant au moins 50 salariés sur un même site situé dans une agglomération de plus de 100 000 habitants.

Ce plan :

- évalue l'offre de transport ;
- analyse les déplacements entre le domicile et le travail et les déplacements professionnels ;
- prévoit un programme d'actions adapté à la situation de l'établissement (organisation du travail, télétravail, horaires, etc.).

La Cour de cassation rappelle d'abord que le plan de mobilité entre bien dans le champ des informations environnementales devant être communiquées lors de cette consultation. Le CSE peut donc en demander la communication **s'il existe**.

Cependant, la Cour précise un point essentiel :

- L'entreprise n'est tenue d'élaborer un plan de mobilité employeur que si la négociation obligatoire sur la mobilité domicile travail n'a pas abouti à un accord (art. L. 2242 17 du Code du travail).
- **Tant que cette négociation est en cours, l'employeur n'est pas obligé de produire ce plan ; il ne peut donc être contraint de communiquer un document qui n'existe pas légalement.**

Cass. soc., 14 janvier 2026, n° 23 22.733

LA COUR DE CASSATION ADOPTE UNE NOUVELLE GRILLE D'ANALYSE DE LA LIBERTÉ D'EXPRESSION DU SALARIÉ

La chambre sociale revoit sa méthode d'appréciation de la **liberté d'expression du salarié** en instaurant un contrôle de proportionnalité entre ce droit fondamental et les intérêts légitimes de l'employeur. Désormais, **le juge doit tenir compte de la teneur des propos, de leur contexte, de leur portée dans l'entreprise et de leurs conséquences négatives pour l'employeur.**

Trois arrêts rendus le 14 janvier 2026 illustrent cette nouvelle approche :

- Dans la première affaire, un salarié est licencié pour avoir remis deux dessins critiques à la DRH. La Cour casse la décision : les juges auraient dû analyser la portée réelle de ces dessins et leur impact dans l'entreprise.
- Dans la deuxième affaire, le licenciement d'une salariée ayant tenu des propos inadaptés à propos d'une résidente en EHPAD est jugé proportionné, compte tenu du public vulnérable et du contexte professionnel.
- Dans la troisième affaire, la Cour sanctionne les juges pour n'avoir examiné qu'un seul fait relevant de la liberté d'expression, alors que d'autres propos reprochés relevaient également de la liberté d'expression. Tous les propos doivent être évalués globalement.



Dans une affaire connexe, la **Cour rappelle que la liberté d'expression ne couvre pas un comportement déloyal** : une salariée alertant le président sur les frais de déplacement de sa supérieure était en réalité fautive par sa démarche, sans lien avec une liberté d'expression protégée.

Dès lors :

- Le salarié jouit d'une large liberté d'expression dans et hors de l'entreprise, mais **l'employeur peut la restreindre si la limitation est nécessaire, adéquate et proportionnée**.
- En cas de contestation d'une sanction fondée sur l'exercice de la liberté d'expression, le juge met en balance ce droit avec les intérêts légitimes de l'employeur, en appréciant la mesure au regard de la teneur des propos, de leur contexte, de leur portée et de leurs conséquences dans l'entreprise.
- Les juges doivent examiner **l'ensemble des propos reprochés**, et non un seul élément isolé.

Cass. soc., 14 janvier 2026, n° 23 19.947 ; n° 24 13.778 ; n° 24 19.583 ; et n° 23 17.946

UNE TRANSACTION CONCLUE PENDANT LE CONTRAT N'EMPÊCHE PAS LE SALARIÉ DE CONTESTER ULTÉRIEUREMENT SON LICENCIEMENT

Si une transaction prévoit une renonciation à "toute réclamation ou action" liée à l'exécution du contrat jusqu'à sa signature, elle ne peut faire obstacle à l'application des **dispositions d'ordre public** relatives aux indemnités de licenciement (*articles L. 1235 3 et L. 1226 14 du Code du travail*).

Dans cette affaire, la salariée avait signé une transaction en 2019 réglant un litige antérieur lié à ses conditions de travail et à son état de santé. Déclarée inapte quelques mois plus tard puis licenciée, elle saisit le juge en faisant valoir l'origine professionnelle de son inaptitude.

La cour d'appel n'avait examiné que les faits postérieurs à la transaction pour apprécier l'origine de l'inaptitude et la validité du licenciement.

La Cour de cassation casse cette décision :

- le juge doit **prendre en compte l'ensemble des éléments de fait**, y compris antérieurs à la transaction, pour déterminer si l'inaptitude a une origine professionnelle et si le licenciement est justifié ;
- la transaction ne règle **que le différend qu'elle vise**, et ne peut priver le salarié de faire valoir des droits nés de la rupture ultérieure.

Cass. soc., 21 janvier 2026, n° 24 14.496

LE LICENCIEMENT POUR FAUTE GRAVE EN PÉRIODE D'ARRÊT MALADIE PEUT REPOSER SUR DES FAITS ANTÉRIEURS

La Cour de cassation précise qu'**un salarié en arrêt maladie, y compris pour maladie professionnelle, peut être licencié pour faute grave, et que cette faute peut être fondée sur des manquements antérieurs à la suspension du contrat.** L'employeur n'est donc pas limité aux seuls faits commis pendant l'arrêt de travail.

Dans cette affaire, une comptable, en arrêt depuis octobre 2019, avait été licenciée en mai 2020 pour avoir :

- exercé une activité parallèle depuis 2014 en violation d'une clause d'exclusivité ;
- utilisé les outils informatiques de l'entreprise pour cette activité ;
- transmis à son époux des documents internes confidentiels.

La Cour valide la prise en compte de ces faits anciens pour caractériser la faute grave.

Cass. soc., 21 janvier 2026, n° 24 22.852

QUIZ : L'ENTRETIEN DE DÉBUT DE MANDAT

3E ETUDES & FORMATIONS



● L'entretien de début de mandat s'adresse à tous les représentants du CSE.

VRAI FAUX

● L'entretien de début de mandat porte sur les modalités pratiques d'exercice du mandat au sein de l'entreprise au regard de son emploi.

VRAI FAUX

● L'entretien de début de mandat s'adresse également aux délégués syndicaux.

VRAI FAUX

● Le représentant peut demander à être accompagné uniquement par un autre représentant lors de l'entretien.

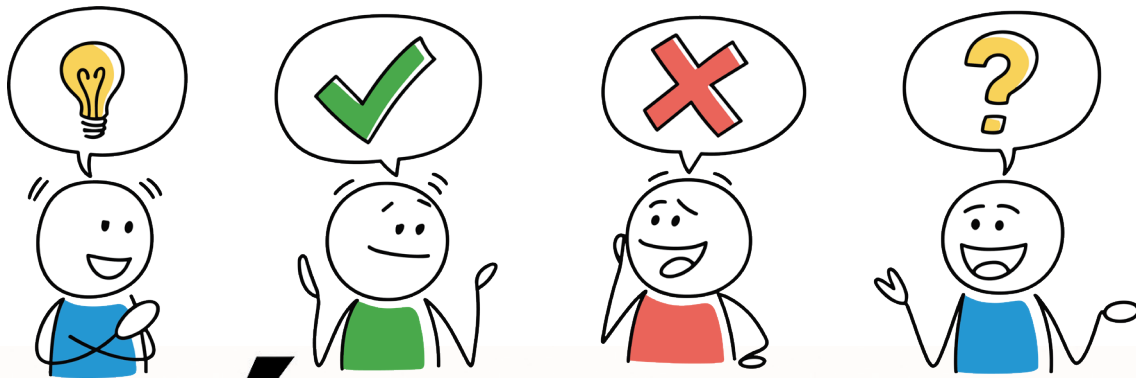
VRAI FAUX

● L'entretien de début doit être obligatoirement mis en place par l'employeur.

VRAI FAUX

● Cet entretien de début de mandat peut se réaliser dans le cadre de l'entretien professionnel. automatiquement le délégué syndical.

VRAI FAUX



réponses

- L'entretien de début de mandat s'adresse à tous les représentants du CSE.

FAUX
Les textes prévoient que l'entretien de début de mandat s'adresse aux "représentants du personnel titulaires". Les suppléants sont ainsi exclus dans les textes, mais rien ne vous empêche de le demander.
- L'entretien de début de mandat s'adresse également aux délégués syndicaux.

VRAI
Les textes prévoient que l'entretien de début de mandat s'adresse également "au délégué syndical ou titulaire d'un mandat syndical".
- L'entretien de début doit être obligatoirement mis en place par l'employeur.

FAUX
Rien ne l'y oblige. L'entretien de début de mandat doit se mettre en place, mais "à la demande" du représentant concerné.
- L'entretien de début de mandat porte sur les modalités pratiques d'exercice du mandat au sein de l'entreprise au regard de son emploi.

VRAI
En effet !
- Le représentant peut demander à être accompagné uniquement par un autre représentant lors de l'entretien.

FAUX
Les textes prévoient que le représentant peut se faire accompagner "par une personne de son choix appartenant au personnel de l'entreprise", il ne s'agit donc pas forcément d'un autre représentant.
- Cet entretien de début de mandat peut se réaliser dans le cadre de l'entretien professionnel.

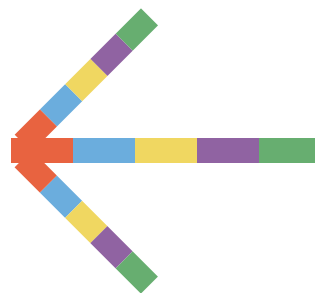
FAUX
Absolument pas : "Cet entretien ne se substitue pas à l'entretien professionnel".

Vous retrouverez tout ce qui concerne cet entretien à l'article Article L2141-5 du Code du travail.

Sujet du quiz à retrouver dans le prochain numéro : Le règlement intérieur du CSE



LE TRAVAIL A DE L'AVENIR,
CONSTRUISONS-LE!



DÉCODAGE
L'ANALYSE DE L'ACTUALITÉ JURIDIQUE ET SOCIALE
GROUPE 3E CONSTRUCTEURS
D'ALTERNATIVES

