



### ACTIVITÉ PARTIELLE ET MAINTIEN DES COUVERTURES SANTÉ ET PRÉVOYANCE D'ENTREPRISE

Un amendement a été déposé le 25 mai par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi relatif à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, avant son passage en 1ère lecture au Sénat.

Cet amendement vise à rendre obligatoire le maintien des garanties santé et prévoyance d'entreprise pour les salariés en activité partielle, en basant les cotisations, et donc les prestations, sur le montant de l'allocation d'activité partielle.

En effet, l'amendement indique que les salariés placés en activité partielle continuent de bénéficier des garanties santé et prévoyance, indépendamment des stipulations contraires qui pourraient figurer dans les contrats d'assurance ou les actes juridiques régissant ces régimes.

*A noter : cet amendement ne vise pas les garanties de retraite supplémentaire.*

### BAISSE DU NIVEAU DE PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITÉ PARTIELLE :

Pour favoriser le maintien dans l'emploi durant la crise sanitaire, le dispositif de l'activité partielle a bénéficié d'une prise en charge à 100 % par l'État et l'Unédic de l'indemnité réglementaire versée au salarié au titre des heures non travaillées.

Dans l'objectif « d'accompagner la reprise de l'activité », le ministère du Travail annonce que la prise en charge de l'activité partielle par l'État et l'Unédic sera réduite à 85 % de l'indemnité versée au salarié et ce, à compter du 1er juin 2020, dans un communiqué diffusé le 25 mai 2020.

Rien ne change pour le salarié qui continuera, pendant la période d'activité partielle, à percevoir 70 % de sa rémunération brute.

En revanche, pour ce qui concerne l'employeur, la prise en charge de cette indemnité par l'État et l'Unédic sera de 85 % de l'indemnité versée au salarié, la limite de 4,5 Smic demeurant inchangée. « Les entreprises seront ainsi remboursées de 60 % du salaire brut, au lieu de 70 % précédemment », précise le ministère.

Cette mesure sera mise en œuvre par décret.

Toutefois, elle ne concernera pas les secteurs d'activité les plus impactés par la crise sanitaire.

Le tourisme, la restauration ou la culture devraient ainsi très probablement continuer à bénéficier d'une prise en charge -intégrale.



### ADOPTION DÉFINITIVE DU CONGÉ POUR DEUIL D'ENFANT DE QUINZE JOURS OUVRÉS.

La proposition de loi prévoyant de porter le congé pour deuil d'enfant à quinze jours ouvrés a été définitivement adopté le 26 mai 2020, par un ultime vote à l'unanimité de l'Assemblée. Le texte porte de cinq à sept jours le congé actuellement prévu par le Code du travail, et crée un « congé de deuil » de huit jours supplémentaires fractionnable, pour partie pris en charge par la Sécurité sociale.

Ce congé ne sera pas réservé aux salariés puisque travailleurs indépendants et agents publics pourront également y prétendre.

Le bénéfice du congé est également étendu :

- aux parents d'enfants de plus de 25 ans lorsque ces derniers sont eux-mêmes parents,
- et aux cas de décès d'une « personne âgée de moins de 25 ans à la charge effective et permanente » du salarié ou de l'agent.

## PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS ET PRESTATIONS MALADIE EN CAS D'AT/MP : LA CNAM SE POSITIONNE



### EDITO

Chers clients,

Depuis plusieurs années, une problématique existe pour les travailleurs non-salariés dont les frais médicaux et paramédicaux ne sont pas pris en charge lorsqu'ils sont déclarés en accidents du travail.

De nombreux cas de refus de prise en charge à la suite d'un accident professionnel ont été rapportés par les acteurs terrain tels que les experts-comptables ou les professionnels de l'assurance. La CNAM vient de donner les instructions visant à mettre un terme à ce problème...

Bonne lecture à tous.

Socialement vôtre,  
Le Groupe SOFRACO



l'expert de la protection sociale

**GROUPE SOFRACO**

8 avenue Roger Lapébie  
ZI Chanteloiseau

33140 VILLENAVE D'ORNON

Tél. 05 57 35 57 35 - Fax : 05 57 35 57 36

Société de Courtage d'Assurance  
immatriculée à l'ORIAS

sous le n° 07 003303 sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place  
de Budapest, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



## PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS ET PRESTATIONS MALADIE EN CAS D'AT/MP : LA CNAM SE POSITIONNE

### 1 PROBLÉMATIQUE

De nombreux cas de refus de prise en charge des frais médicaux de travailleurs indépendants à la suite d'un accident lors de leur vie professionnelle ont été reportés par des acteurs terrain (experts-comptables, mutualistes, professionnels de l'assurance).

Les cas signalés concernaient jusqu'à présent des professionnels de santé indépendants relevant déjà des Caisses Primaires d'assurance Maladie (CPAM). Des infirmières libérales auraient ainsi été privées de tout remboursement de frais médicaux consécutifs à un accident survenu lors de leur activité professionnelle.

En raison du transfert de la gestion de l'assurance maladie de tous les professionnels indépendants auprès des CPAM, certains ont craint que ces refus de prise en charge de frais médicaux en cas d'accident dans le cadre du travail se multiplient.

Des professionnels ont ainsi commencé à communiquer sur ce risque auprès de leur clientèle de travailleurs indépendants et les ont incités à souscrire l'Assurance volontaire accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) ou des assurances privées remboursant au premier euro.



### 2 ZOOM SUR L'ASSURANCE VOLONTAIRE AT/MP

Il est possible pour les personnes qui ne sont pas obligatoirement garanties contre le risque accident du travail et maladie professionnelle d'adhérer à l'assurance volontaire.

L'assurance volontaire accident du travail ouvre droit aux prestations prévues par la législation relative aux accidents du travail, à l'exception du versement des indemnités journalières.

Les intéressés ont ainsi droit à :

- la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'accident ;
- la prise en charge des frais de transport ;
- celle des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation fonctionnelle et le reclassement.

Au-delà de ces prestations en nature, l'assurance attribuée à l'accidenté devenu incapable de façon permanente, une indemnisation en capital ou en rente selon son taux d'incapacité.

La demande est à envoyer à la CPAM dans la circonscription de laquelle les intéressés ont leur résidence habituelle accompagnée d'un extrait d'acte de naissance sur papier libre. Il revient au demandeur de faire

connaître le salaire annuel qui va servir de base au calcul de la cotisation.

Les assurés volontaires cotisent sur la base d'un salaire annuel qu'ils choisissent, dans les limites :

- d'un minimum : le salaire minimal servant de base au calcul des rentes accident du travail (18 575,56€)
- et d'un maximum correspondant au plafond de la Sécurité sociale (41 136€).

Le taux de cotisation applicable est le taux collectif des assurés ayant la même activité professionnelle, mais il est réduit de 20 % pour tenir compte de la privation des indemnités journalières.

La souscription volontaire à l'assurance maladie AT/MP, préconisée par des professionnels, peut certes être utile car elle permet de bénéficier d'une majoration de remboursements de certains frais médicaux (à hauteur de 100 % ou 150 % BRSS) et éventuellement de prestations en cas d'incapacité permanente ou de décès.

Il serait toutefois important de rappeler qu'elle n'est pas indispensable pour bénéficier des prestations de base de l'assurance maladie :

- En principe, tout professionnel indépendant a droit à la prise en charge par l'assurance maladie de ses frais médicaux, peu importe qu'ils soient consécutifs à un acci-

dent ou une maladie survenue dans le cadre de la vie professionnelle ou privée ;

- En principe, tout indépendant qui a droit à des indemnités versées par la Sécurité sociale peut en bénéficier, peu importe que son incapacité soit consécutive à un accident ou maladie de la vie professionnelle ou privée.

### 3 DROIT À PRESTATIONS MALADIE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

En pratique jusqu'à présent, un accident du travail était traité, chez les travailleurs indépendants, comme un accident de droit commun, avec à ce titre, les frais de santé remboursés et le cas échéant, des indemnités journalières versées.

En effet, les travailleurs indépendants ne bénéficient pas de prestations spécifiques en cas d'accident du travail. Ils ne cotisent pas à titre obligatoire auprès de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale et ne bénéficient donc pas de ces prestations.

Pour autant, aucun texte juridique n'indique qu'ils sont privés de tout remboursement de l'Assurance maladie de base lorsque leur accident (ou maladie) intervient dans le cadre professionnel.

Selon la loi, toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière a droit

à la prise en charge de ses frais de santé tout au long de sa vie.

(Cf. article L160-1 du Code de la Sécurité sociale : « Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé ... ».)

Aucune exclusion liée au fait générateur ou aux circonstances de survenance de la maladie ou de l'accident ayant entraîné ces frais médicaux ne devrait lui être opposée.

Par exemple, un résident français ayant un accident sous l'empire de l'alcool ou de stupéfiants et autres soins médicaux pris en charge par la Sécurité sociale. Si son régime d'assurance maladie prévoit des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité, il pourra également en bénéficier (à condition de justifier d'une durée de cotisation suffisante).

Il serait alors totalement anormal de priver un travailleur indépendant de toute prestation de l'Assurance maladie au motif que son accident est survenu dans le cadre de son activité professionnelle et qu'il ne cotise pas à l'Assurance maladie accidents du travail / maladies professionnelles (régime ne concernant à titre obligatoire que les salariés, car financé par l'employeur).



### 4 DÉNOUEMENT : LES INSTRUCTIONS DONNÉES PAR LA CAISSE NATIONALE

Après investigation, l'IPS avait alerté les pouvoirs publics en les orientant vers la probable source du problème qui semblait provenir d'un mauvais aiguillage des demandes de remboursements et de l'absence de consignes claires.

En effet, si des demandes de prestations d'un professionnel indépendant arrivent à la branche AT/MP de la Sécurité sociale (notamment parce que la case accident du travail est cochée), il est logique qu'elles soient refusées par ce service puisque les indépendants ne sont pas assurés par cette branche.

La CNAM vient de donner des instructions au réseau des CPAM en rappelant que le travailleur indépendant qui est victime d'un accident à l'occasion de l'exercice de son activité professionnelle, doit être indemnisé par les CPAM au titre de l'assurance maladie, tant pour les soins de santé qu'au titre des indemnités journalières. Cette position de la CNAM devrait permettre de solutionner au plus vite les cas en instance.

