FormaSwift

Les Publications FormaSwift

RH, CSE et santé au travail



Analyses, veille et ressources pour les professionnels des RH, des CSE et de la santé au travail.

Hors-série n° 3 - Octobre 2026

Santé au travail · Maintien dans l'emploi

Réforme AT-MP du 1er novembre 2026 : séquelles, indemnisation et travail réel, trois questions distinctes

Comment décrire des séquelles qui laissent une activité possible, au prix de plus d'effort, d'adaptations ou de récupération ?

Repères

Objet : la réforme de l'indemnisation de l'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, applicable aux consolidations à compter du 1er novembre 2026, et son articulation avec le maintien dans l'emploi.

Public concerné : RH, managers, élus du CSE, services de prévention et de santé au travail, personnes concernées par une incapacité permanente.

Niveau de lecture : accessible à intermédiaire.

Temps de lecture estimé : 15 minutes.

Mots-clés : AT-MP, incapacité permanente, déficit fonctionnel permanent, consolidation, maintien dans l'emploi, obligation d'emploi.

Sources principales : Code de la sécurité sociale, Code du travail, décrets et arrêtés du 7 mai 2026, Cour de cassation, rapport annuel 2024 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels.

Ce que cette publication permet de clarifier : la place respective de l'évaluation des séquelles, de leur indemnisation et de l'analyse du poste ; la portée et les limites des chiffres 2024.

Textes et données arrêtés au : 22 septembre 2026.

Résumé exécutif

À compter du 1er novembre 2026, l'indemnisation de l'incapacité permanente après un accident du travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP) comprend deux parts pour les victimes dont l'état est consolidé à partir de cette date. La part professionnelle répare la perte de gains et l'incidence professionnelle ; la part fonctionnelle répare forfaitairement le déficit fonctionnel permanent, c'est-à-dire les conséquences durables des séquelles dans la vie personnelle.

Ce hors-série présente les deux parts, le seuil de 10 %, le critère de la consolidation et les données 2024 de l'Assurance Maladie. Il s'en tient aux textes publiés : il ne simule aucun taux ni montant et laisse ouverts les effets de la réforme, qui dépendront des pratiques d'évaluation.

Son idée centrale : une activité peut rester possible alors que les séquelles imposent davantage d'effort, d'adaptations ou de temps de récupération. La part fonctionnelle offre un cadre pour décrire ces limitations dans la vie personnelle. Leur traduction au travail relève d'une autre démarche, conduite avec le médecin du travail et l'employeur.

Trois points à retenir

1. Pour les consolidations à compter du 1er novembre 2026, l'indemnisation comprend une part professionnelle et une part fonctionnelle. Le seuil de 10 % entre capital et rente porte sur le seul taux professionnel.
2. Évaluer les séquelles, les indemniser et analyser le poste sont trois démarches distinctes, avec des acteurs distincts. L'aptitude au poste relève du seul médecin du travail.
3. Les chiffres 2024, dont 61,3 % de nouvelles incapacités sous 10 %, décrivent l'ancien taux unique. Ils situent le volume des situations sans annoncer les futurs taux professionnels.

Les mots de la réforme

Terme	Ce qu'il signifie dans ce hors-série
Séquelle	Conséquence d'un AT ou d'une MP qui persiste après la stabilisation de l'état de santé.
Consolidation	Moment où l'état de santé est jugé suffisamment stabilisé pour évaluer les séquelles. Des soins peuvent rester nécessaires.
Incapacité permanente (IP) et taux d'IP	Dans le régime AT-MP, évaluation des conséquences durables des séquelles. Le taux d'IP est un outil d'indemnisation : il exprime, selon un barème, l'importance reconnue des séquelles. Il se lit indépendamment de l'aptitude à un poste.
Barème indicatif	Référence qui guide l'évaluation médicale. Deux personnes présentant une lésion semblable peuvent recevoir des taux différents selon leur situation.
Déficit fonctionnel permanent (DFP)	Conséquences durables du dommage dans la vie personnelle, hors travail : atteintes aux fonctions, douleurs permanentes, perte de qualité de vie et troubles dans les conditions d'existence.
Incidence professionnelle	Conséquences des séquelles sur la situation et les perspectives professionnelles, au-delà du seul salaire perdu.
Capital / rente	Le capital est une somme versée en une fois ; la rente est une somme versée périodiquement.
Médecin-conseil	Médecin de l'Assurance Maladie. Il évalue les séquelles en vue de la décision d'indemnisation.
Médecin du travail	Médecin du service de prévention et de santé au travail. Il apprécie la compatibilité entre l'état de santé et le poste.

1 Pourquoi la réforme sépare-t-elle deux évaluations ?

Le 20 janvier 2023, la Cour de cassation a jugé que la rente AT-MP ne réparait pas le déficit fonctionnel permanent. La victime d'une faute inexcusable de l'employeur pouvait alors en demander une réparation distincte. L'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023, puis l'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, ont ouvert la voie au nouveau régime. La loi de financement pour 2026 en a fixé l'entrée en vigueur au plus tard pour les victimes consolidées à compter du 1er novembre 2026. Deux décrets et deux arrêtés du 7 mai 2026, publiés au Journal officiel du 10 mai 2026, en précisent les modalités. [1-5, 10]

> **POINT DE DROIT · LA DATE QUI COMPTE**
>
> Le critère de passage est la **date de consolidation**. Un accident survenu, ou une maladie déclarée, avant le 1er novembre 2026 relève donc des nouvelles règles si la consolidation intervient à compter de cette date. Les rechutes et aggravations d'une incapacité fixée avant cette date appellent une vérification au cas par cas. [1, 3]

POINT DE VIGILANCE · CONSOLIDATION ET REPRISE

La consolidation met fin, en principe, au versement des indemnités journalières AT-MP. Elle constate une stabilisation : la guérison, l'aptitude au poste et la reprise effective relèvent d'autres appréciations et d'autres étapes. [2, 8]

2 Deux parts, deux taux, un seul seuil

Question	Part professionnelle	Part fonctionnelle
Que répare-t-elle ?	La perte de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, c'est-à-dire ses conséquences sur le parcours et les possibilités professionnelles.	Le déficit fonctionnel permanent, dans la vie personnelle.
Sur quelle évaluation repose-t-elle ?	Un taux fixé à partir de barèmes indicatifs propres aux AT et aux MP, qui tient compte de la nature de l'atteinte, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, ainsi que des aptitudes et qualifications professionnelles.	Un taux fixé à partir d'un barème indicatif propre au déficit fonctionnel permanent.
Sous quelle forme est-elle servie ?	Avec la part fonctionnelle : en capital si le taux professionnel est inférieur à 10 %, en rente à partir de 10 %.	Même forme que la part professionnelle ; son montant suit ses propres règles de calcul.

À DISTINGUER · TAUX, PART, FORME DE VERSEMENT

Un taux mesure une incapacité selon un barème. **Une part** désigne un élément de l'indemnisation. **Capital ou rente** désigne la forme du versement. Les deux taux s'utilisent chacun pour leur part : les additionner ne produit aucun « taux global » qui déciderait du paiement. [1-3]

Deux illustrations du seuil. Avec un taux professionnel de **7 %**, l'indemnisation prend en principe la forme d'un capital ; avec **12 %**, celle d'une rente. Dans les deux cas, un taux fonctionnel est également évalué : il détermine le montant de la part fonctionnelle, qui peut être nulle si aucun déficit fonctionnel n'est retenu. Un taux de 12 % ne correspond pas non plus à 12 % du salaire : les textes appliquent au taux professionnel des règles de calcul propres. Ces exemples illustrent le seuil ; ils ne simulent ni une évaluation médicale ni un montant. [2, 5]

Le taux fonctionnel détermine un nombre de points d'incapacité fonctionnelle. La part fonctionnelle est égale à ce nombre de points multiplié par 50 % d'une valeur de point fixée par un référentiel qui tient compte de l'âge de la victime. Le taux fonctionnel sert au calcul de cette part ; le choix entre capital et rente dépend du seul taux professionnel. Des règles particulières existent pour les accidents successifs. Lorsque le taux fonctionnel atteint au moins 50 %, la victime peut aussi demander, dans les six mois suivant la notification de la rente, la conversion **partielle** de sa part fonctionnelle en capital, dans les limites fixées par arrêté. Ce mécanisme laisse inchangé le seuil de 10 % applicable à l'attribution de la rente. [2-3, 5]

> **RÉFÉRENCE UTILE · CE QUE DISENT LES CHIFFRES 2024**
>
> En 2024, le régime général a compté **60 277 nouvelles incapacités permanentes** après un AT ou une MP, hors accidents de trajet. Parmi elles, **36 920**, soit **61,3 %**, avaient un taux inférieur à 10 %. Les MP représentaient **25 975** de ces nouvelles IP, soit **43,1 %**.
>
> Une IP est comptée l'année du premier versement du capital ou de la rente : l'accident, l'exposition ou la consolidation peuvent être antérieurs. Une même personne peut aussi cumuler plusieurs IP : les 25 975 nouvelles IP d'origine MP concernaient 21 860 personnes.
>
> Ces chiffres décrivent l'ancien régime, fondé sur un taux unique. Ils servent de repère sur le volume des situations concernées ; la proportion de futurs taux professionnels inférieurs à 10 % reste à observer. [11]

3 Comment décrire une limitation peu visible ?

Le barème fonctionnel du 7 mai 2026 couvre les atteintes aux fonctions physiologiques, les douleurs physiques et psychologiques permanentes, la perte de qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence. Les « doléances », c'est-à-dire les difficultés rapportées par la personne, ainsi que ses habitudes de vie avant et après la lésion **peuvent** compléter l'évaluation. Chaque difficulté décrite ne devient pas pour autant un point d'incapacité ou une indemnisation autonome. Certains préjudices, notamment le préjudice d'agrément (impossibilité de poursuivre une activité de loisir particulière) ou le préjudice esthétique, restent en dehors du DFP dans ce barème. [4]

Une limitation n'est pas toujours visible lors d'un examen ponctuel. Marcher reste possible, mais sur une distance réduite. Une activité peut être accomplie une fois, avec un besoin de récupération qui empêche de la répéter. Une personne peut conserver le même résultat en fractionnant davantage son effort. La fréquence, la durée, les circonstances et l'évolution depuis la lésion aident à décrire ces situations. Elles ne permettent pas, à elles seules, de calculer un taux.

Les **troubles musculosquelettiques (TMS)** sont notamment des atteintes des muscles, tendons ou articulations. En 2024, ils représentaient **88,4 %** des MP reconnues avec un premier règlement (44 723 sur 50 598). Une MP est comptée en « premier règlement » l'année où une première prestation en espèces est versée : indemnités journalières, capital ou rente. Ce chiffre inclut donc des MP sans IP. Le rapport ne ventile pas les 25 975 nouvelles IP d'origine MP par pathologie : la part des TMS parmi elles reste inconnue. [11]

Prenons une personne dont le poignet reste douloureux après une MP reconnue. Elle peut encore porter des courses ou écrire, mais moins longtemps ; elle répartit les gestes sur la journée et doit s'arrêter plus souvent. Une observation brève pourrait laisser croire que l'activité est restée la même. Pourtant, sa durée, sa répétition et le temps de récupération racontent autre chose. Les adaptations qui préservent le résultat peuvent rendre la limitation moins visible. L'évaluation portera sur les seules conséquences entrant dans le barème : cet exemple ne préjuge ni d'un taux, ni d'une indemnité.

Pour préparer un échange avec les professionnels de santé, la personne concernée peut relever quelques faits précis :

- ce qu'elle fait moins longtemps ou moins souvent qu'avant ;
- les difficultés qui apparaissent après l'effort ou quand les contraintes se cumulent ;
- les activités modifiées, réduites ou abandonnées ;
- les conditions qui aggravent ou atténuent la difficulté.

> **POINT DE VIGILANCE · POUR LES RH ET LES MANAGERS**
>
> Ces repères sont destinés à la personne concernée et aux professionnels de santé. Elle choisit ce qu'elle transmet. L'employeur et le manager n'ont à demander ni le détail des symptômes, ni un diagnostic, ni un taux d'incapacité, et ne conservent pas de données médicales dans le dossier du personnel. Dans l'entreprise, l'échange porte sur les tâches, les contraintes du poste, les besoins que la personne souhaite exprimer et les préconisations du médecin du travail. [7]

4 Les séquelles face au travail réel

Les mêmes séquelles peuvent être regardées sous deux angles. Pour l'**indemnisation**, leurs répercussions sur la vie professionnelle relèvent de la part professionnelle. La notion d'incidence professionnelle vient du droit commun du dommage corporel, où elle couvre notamment la pénibilité accrue de l'emploi ou l'obligation de changer de métier ; dans le régime AT-MP, elle est appréciée à travers le taux professionnel, selon les barèmes et les critères du Code de la sécurité sociale. Pour l'**organisation du travail**, ces répercussions relèvent du maintien dans l'emploi, qui examine les conditions concrètes dans lesquelles une activité peut être poursuivie ou reprise. [2, 4, 12]

> **APPLICATION TERRAIN · DU POIGNET AU POSTE**
>
> Reprenons la personne dont le poignet reste douloureux. Sur un poste où les gestes sont répétés toute la journée, la question devient celle du rythme soutenable, des outils, des pauses et de la répartition des tâches. Elle peut se poser autrement sur un autre poste. Ces éléments servent à étudier le travail réel avec le médecin du travail et l'employeur.
>
> La même logique vaut pour d'autres situations. Une difficulté de concentration varie selon les interruptions, le bruit et la possibilité d'organiser les tâches ; une limitation de mobilité selon les déplacements imposés et l'accessibilité des locaux. Pour préparer un maintien durable, il faut examiner la répétition d'une tâche, la récupération nécessaire et ce qui se passe après plusieurs journées de travail.

Pour quelle question ?	À qui en parler ?	Sur quoi porte l'échange ?
Décrire les séquelles pour leur évaluation AT-MP	Médecin-conseil et professionnels de santé qui suivent la personne	Douleurs, fonctions, durée, fréquence, habitudes de vie et pièces médicales utiles.
Organiser le travail et les aménagements	Médecin du travail, puis employeur à partir de ses préconisations	Tâches, contraintes du poste, adaptations possibles et suivi dans la durée. Le diagnostic reste couvert par le secret médical.

Qui fait quoi ?

Le **médecin-conseil** évalue les séquelles ; la caisse notifie ensuite la décision fixant les taux, avec les voies de recours. Le **médecin du travail** apprécie la situation au regard du poste. Il peut proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste ou du temps de travail, ou, selon la procédure applicable, constater une **inaptitude** : le poste ne peut plus être occupé dans les conditions examinées. La personne comme l'employeur peuvent demander à le rencontrer. [2, 8]

L'**employeur** est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail ; s'il ne les suit pas, il en fait connaître les motifs par écrit. En cas d'inaptitude, ses obligations de **reclassement**, c'est-à-dire de recherche d'un autre emploi approprié, répondent à des règles propres. Le **comité social et économique (CSE)** intervient dans ses compétences en santé et conditions de travail : dans les entreprises d'au moins cinquante salariés, il est consulté sur les mesures prises pour faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés ; pour une inaptitude d'origine professionnelle, il donne son avis sur les propositions de reclassement. Le **manager** organise les tâches et applique les aménagements décidés, sans rechercher de diagnostic. [8]

Un taux d'incapacité AT-MP ne prononce donc pas l'inaptitude. Lorsque l'employeur a connaissance d'un taux, il ne peut en déduire ni une aptitude, ni une restriction : seul l'avis du médecin du travail porte sur le poste. De même, un aménagement peut être nécessaire en l'absence de rente. Pendant un arrêt de plus de 30 jours, une **visite de pré-reprise** peut être organisée à l'initiative de la personne, de son médecin traitant, du médecin-conseil ou du médecin du travail ; un **rendez-vous de liaison** avec l'employeur peut aussi être proposé, et la personne reste libre de l'accepter. Le service de prévention et de santé au travail comporte en outre une cellule dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle. Ces étapes préparent le retour ; elles sont distinctes de la décision de consolidation. [8]

5 Quel lien avec le handicap et l'obligation d'emploi ?

La **reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)** est une décision administrative distincte, prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Un taux d'IP AT-MP ne la délivre pas automatiquement. Les personnes titulaires d'une **rente AT-MP pour une incapacité permanente d'au moins 10 %** figurent toutefois parmi les **bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH)**, catégorie prise en compte pour l'obligation d'emploi qui pèse sur certains employeurs. [9]

À DISTINGUER · DES NOTIONS VOISINES

BOETH sans RQTH : une personne titulaire d'une telle rente peut être BOETH sans avoir demandé ni obtenu de RQTH. Elle choisit de faire connaître cette qualité à son employeur ou non.
Invalidité : elle relève d'un autre régime de sécurité sociale.
Inaptitude : elle porte sur la compatibilité avec le poste et relève du médecin du travail. [8-9]

6 Des effets encore à observer

Les textes établissent la séparation entre les deux parts, les règles de calcul et la date d'application. Ils ne permettent pas encore de dire si les personnes dont les limitations sont peu visibles seront mieux indemnisées. Les pratiques d'évaluation, les contestations et les montants effectivement versés devront être étudiés après le 1er novembre 2026.

POINT DE DROIT · FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR

La faute inexcusable est un régime particulier dans lequel la victime peut demander une majoration de son indemnisation et la réparation des préjudices qui ne font pas l'objet d'une réparation forfaitaire par la sécurité sociale. Pour les consolidations à compter du 1er novembre 2026, la majoration porte sur les deux parts de la rente ; à la demande de la victime, présentée dans les six mois suivant la notification de la rente majorée, la majoration de la part fonctionnelle peut être versée en capital. Cette possibilité se distingue de la conversion partielle de la part fonctionnelle présentée plus haut. Pour une consolidation antérieure, le déficit fonctionnel permanent reste réclamé distinctement, dans le cadre ouvert par la Cour de cassation en 2023. Aucun montant type ne peut en être déduit ici. [5-6, 10]

Conclusion

La réforme ouvre une évaluation distincte du déficit fonctionnel permanent. Elle donne une place propre aux limitations qui laissent une activité possible au prix d'un effort accru. Décrire précisément une séquelle aide à comprendre son retentissement. L'évaluation médicale, la décision d'indemnisation et les mesures de maintien dans l'emploi suivent ensuite des procédures différentes, avec des acteurs différents.

Pour l'entreprise, la prudence tient en une règle simple : l'échange porte sur le travail, et les informations de santé restent aux professionnels de santé. Les premières décisions rendues après le 1er novembre 2026 permettront de mesurer la portée réelle du nouveau barème.

Sources et références

Textes officiels

1. Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, art. 90, modifié par la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 ; Code de la sécurité sociale, art. L. 434-1 A.
2. Code de la sécurité sociale, art. L. 434-1 et L. 434-2, dans leur rédaction applicable au 1er novembre 2026 ; art. R. 434-1 (seuil de 10 %) ; art. L. 433-1 (indemnités journalières jusqu'à la consolidation).
3. Décret n° 2026-354 et décret n° 2026-355 du 7 mai 2026, JO du 10 mai 2026. Le versement mensuel des rentes notifiées avant le 1er novembre 2026 est différé au 1er janvier 2028 ; ce report ne concerne pas le reste de la réforme.
4. Arrêté du 7 mai 2026 relatif aux barèmes indicatifs d'incapacité permanente professionnelle et fonctionnelle, annexe relative au barème fonctionnel.
5. Arrêté du 7 mai 2026 relatif aux modalités d'indemnisation de l'incapacité permanente fonctionnelle, art. 1er à 5 et annexe (référentiel de valeur de point).
6. Code de la sécurité sociale, art. L. 452-2 et L. 452-3, dans leur rédaction applicable au 1er novembre 2026.
7. Règlement (UE) 2016/679, art. 9 (données concernant la santé) ; Code du travail, art. L. 1132-1 (non-discrimination en raison de l'état de santé) et L. 4624-8 (dossier médical en santé au travail).
8. Code du travail, art. L. 4624-2-4 et R. 4624-29 (visite de pré-reprise), R. 4624-34 (visite à la demande du travailleur ou de l'employeur), L. 4624-3, L. 4624-4 et L. 4624-6 (mesures proposées par le médecin du travail, inaptitude, obligations de l'employeur), L. 1226-1-3 (rendez-vous de liaison), L. 4622-8-1 (cellule de prévention de la désinsertion professionnelle), L. 2312-8, II, 5° (consultation du CSE sur le maintien au travail), L. 1226-10 (reclassement après inaptitude d'origine professionnelle et avis du CSE) ; Code de la sécurité sociale, art. L. 433-1.
9. Code du travail, art. L. 5212-13, 2° (bénéficiaires de l'obligation d'emploi) et art. L. 5213-2 (RQTH).

Jurisprudence

1. Cour de cassation, assemblée plénière, 20 janvier 2023, pourvois n° 20-23.673 et n° 21-23.947.

Données et rapports

1. Assurance Maladie - Risques professionnels, *Rapport annuel 2024 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels. Éléments statistiques et financiers*, novembre 2025 : « Chiffres clefs statistiques », p. 4 ; définitions du premier règlement et des nouvelles IP, p. 9-10 ; tableau 2, p. 11 (34 302 nouvelles IP après AT) ; tableau 18, p. 38 (25 975 nouvelles IP après MP, 21 860 victimes ayant une IP) ; tableau 19, p. 40 (44 723 TMS parmi 50 598 MP en premier règlement). IP de taux inférieur à 10 % : 21 905 après AT, 15 015 après MP (p. 4). Accidents de trajet exclus (5 883 IP). Périmètre : régime général, neuf comités techniques nationaux, hors catégories professionnelles particulières ; compte spécial inclus pour les MP. Calculs FormaSwift : 34 302 + 25 975 = 60 277 ; 21 905 + 15 015 = 36 920 ; 36 920 / 60 277 = 61,3 % ; 25 975 / 60 277 = 43,1 % ; 44 723 / 50 598 = 88,4 %. Le rapport ne publie pas la répartition des nouvelles IP d'origine MP par pathologie. Rapport officiel.
2. Ministère de la Justice, *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels* (dit rapport Dintilhac), 2005, poste « incidence professionnelle ».

Cette publication FormaSwift propose une analyse juridique et opérationnelle destinée aux professionnels des ressources humaines, de la santé au travail, de la prévention et du maintien dans l'emploi, ainsi qu'aux personnes concernées par une incapacité permanente. Elle ne constitue pas une consultation juridique individualisée. Les situations doivent être appréciées au cas par cas, au regard des faits, des textes applicables et des pratiques effectives.

Elle ne constitue pas davantage une expertise médicale ni une grille d'évaluation du taux d'incapacité. Les situations individuelles doivent être appréciées au regard des textes applicables, des données médicales et professionnelles propres à chaque situation et, le cas échéant, avec les professionnels compétents.

Julie Bourdais - formaswift.com · © FormaSwift - 2026