

INDEMNISATION DU PREJUDICE CORPOREL

Par le docteur Vincent DANG-VU

Pour tout renseignement complémentaire sur les données de cet ouvrage, le lecteur peut contacter l'auteur à :

Vincent Dang-Vu
17 grande allée de la faisanderie
77185 Lognes
E-mail : vdangvu@hotmail.com

I. INTRODUCTION

L'objectif de cet ouvrage est d'informer son consultant sur les différents contentieux pouvant opposer une personne physique aux organismes de Sécurité Sociale, de la COTOREP, du ministère des anciens combattants, et de l'informer sur les possibilités de réparation du dommage corporel, par exemple, dans les accidents de la circulation .

Nous avons consacré délibérément un chapitre à part à l'expertise au titre de l'article L 141-1 du code de la Sécurité Sociale car ce sujet peut s'appliquer aussi bien dans le cadre du risque maladie que dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles .

Ces contentieux concernent essentiellement la contestation de la reconnaissance d'une invalidité, d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) quantifiant l'importance du handicap occasionné par un accident du travail (AT), d'une demande de rechute d'un AT, une blessure de guerre ou un accident de la voie publique.

La lecture de cet opuscule s'est voulue à deux niveaux : un niveau accessible à un public non initié mais curieux de découvrir le monde du dommage corporel, un autre niveau plus élevé mais abordable pour une personne ni médecin, ni versée dans le droit . C'est pourquoi, de nombreux exemples et schémas didactiques viennent illustrer notre propos au fil des pages .

L'auteur a également plus particulièrement insisté sur des domaines évolutifs, tels que le préjudice d'agrément ou des domaines bien concrets pour une victime, tels que le calcul de l'indemnisation .

II. GENERALITES

Le Code de la sécurité est composé de trois parties :

- la partie législative avec les articles commençant par la lettre L
- la partie des « décrets en Conseil d'Etat » constituée par les articles commençant par la lettre R.
- la partie des « décrets simples » constituée par les articles commençant par la lettre D.

Le premier chiffre de la référence d'un article du code concerne le livre, le second le titre, le troisième l'article.

A. Rappel sur les institutions judiciaires françaises

Une juridiction est un organisme investi d'une fonction juridictionnelle qui se voit confier le règlement des litiges.

On distingue deux ordres de juridiction: l'ordre de juridiction administrative et l'ordre de juridiction judiciaire.

En cas de difficultés, une juridiction unique pour toute la France, le tribunal des conflits, détermine en fonction de la nature de chaque affaire, l'ordre de juridiction compétent.

Dans le système français, le principe du double degré de juridiction permet de faire examiner une deuxième fois par des juges différents un litige qui a déjà été tranché par une juridiction dite du premier degré. Ainsi le recours formulé à l'encontre d'un jugement déjà rendu par une juridiction du 1er degré est appelé l'Appel.

Les juridictions en France sont organisées selon une structure pyramidale avec à la base des juridictions du premier degré, chargé de juger les affaires soumises pour la première fois à un tribunal et des juridictions du second degré dites d'appel.

Les tribunaux rendent des jugements et les Cours d'Appel rendent des arrêts.

1. Les juridictions de l'ordre administratif

Elles règlent les conflits opposant le particulier, l'administré, à l'administration, c'est à dire tous les conflits mettant en cause l'Etat, l'Administration ou les Collectivités locales.

a. Les juridictions de droit commun

Le tribunal administratif est une juridiction de droit commun, c'est à dire qu'il a compétence générale pour juger au premier degré des affaires qui ne sont pas attribuées à une juridiction administrative spécialisée.

Chaque tribunal est composé d'au moins un président et 3 ou 4 conseillers. Le tribunal statue à juge unique ou en formation collégiale suivant les cas . Le président est seul juge des référés en matière générale . Un conseiller est seul juge des référés en matière fiscale.

On compte 35 tribunaux administratifs, 27 en métropole, 8 dans les départements ou territoires d'outre mer.

Leur décision porte le nom de jugement.

En cas d'appel, l'affaire est renvoyée vers la Cour administrative d'appel. Cette cour est composée de plusieurs chambres. Chaque chambre est composée d'un président, de 2 conseillers, d'un conseiller d'une autre chambre et d'un conseiller rapporteur. La Cour administrative juge les appels portés contre les tribunaux administratifs sauf pour les cas réservés au Conseil d'Etat . On compte 6 Cours administratives d'appel (une à PARIS, BORDEAUX, LYON, MARSEILLE, NANCY et NANTES).

b. Les juridictions spécialisées ou d'exception.

Ces juridictions ne connaissent que des affaires qui par leur nature, leur objet particulier ou la qualité des plaideurs leurs sont attribuées par un texte spécial. On distingue ainsi:

- la Cour des comptes, en ce qui concerne l'exécution du budget ou les comptes des organismes publics,
- la Cour de discipline budgétaire et financière, qui est l'autorité disciplinaire des comptables publics,
- la juridiction disciplinaire pour certaines professions,

On énumèrera entre autres le Conseil Supérieur de la Magistrature, le Conseil Supérieur de l'Education Nationale, les juridictions disciplinaires professionnelles des Médecins (Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, ...)

c. Le Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat exerce des fonctions administratives et de jugement, il est présidé théoriquement par le Premier Ministre ou à défaut par le Garde des Sceaux. En pratique, la présidence est assurée par le vice président. On y distingue des formations administratives au nombre de cinq (sections de l'Intérieur, des Finances, des Travaux Publics, section Sociale, section du Rapport et des Etudes), des formations de jugement au nombre de quatre:

- l'assemblée du contentieux traitant des affaires importantes ou posant des questions de principe
- la section du Contentieux subdivisée en dix sous-sections qui jugent seule,
 - à deux
 - ou à trois sous-sections réunies.

Chaque sous-section du Conseil d'Etat est spécialisée et peut juger seule les affaires simples. Les affaires complexes sont soumises à plusieurs sous sections réunies.

En formation administrative, le Conseil d'Etat conseille le Gouvernement. Son avis peut être obligatoire ou facultatif.

En formation de jugement, il exerce des fonctions de juge du premier degré, de juge d'appel et de juge de cassation.

Le Conseil d 'Etat est juge du premier degré pour des affaires limitativement énumérées, par exemple des recours en matière d'élections européennes et régionales. Le Conseil d'Etat juge en général en premier degré les affaires où les signataires de l'acte occupent une fonction très élevée (par exemple le Président de la République ou le Premier Ministre) et pour certain litiges hors de la compétence territoriale des autres juridictions administratives.

Le Conseil d'Etat est juge d'appel des litiges n'entrant pas dans la compétence des Cours administratives d'appel (par exemple les contentieux des élections municipales et cantonales).

Le Conseil d'Etat est juge de cassation des jugements et arrêts rendus par les juridictions administratives statuant en dernier ressort.

Le Conseil d'Etat comprend par ordre de grade croissant les auditeurs de 2ème classe, de 1ère classe, les maîtres des requêtes, les conseillers d'Etat en service ordinaire ou en service extraordinaire, les présidents de section, le vice président du Conseil d'Etat, le président du Conseil d'Etat.

2. Les juridictions de l'Ordre Judiciaire

Elles tranchent les conflits entre particuliers (juridictions civiles), et sanctionnent les infractions, c'est à dire les atteintes graves aux intérêts de la société (juridictions pénales).

Depuis 1958, la carte judiciaire qui répartit les institutions judiciaires est restée quasiment identique. Cette implantation correspondait plus aux données du XIXème siècle qu'à celle du XXIème siècle. C'est pourquoi, une refonte de la carte judiciaire a été décidée récemment. Cette réforme de la carte judiciaire présente pour but de renforcer la qualité de la justice en remédiant à l'isolement des juges, en favorisant l'encadrement des magistrats débutants, en évitant que les magistrats multiplient les fonctions lorsqu'ils exercent dans une très petite juridiction et en évitant une dispersion des moyens.

A ce titre, le décret n°2008-145 du 15.02.08 publié au journal officiel du 17.02.08 page 2862 modifie le siège et le ressort des tribunaux d'instance des juridictions de proximité et des tribunaux de grande instance. En effet, certaines juridictions sont trop réduites. Un tribunal de taille plus importante permettrait de renforcer la collégialité d'éviter « la solitude » du juge, d'encadrer d'avantage les jeunes magistrats et de renforcer la sécurité juridique par la spécialisation de certains juges. Il a ainsi été décidé la suppression de 23 tribunaux de grande instance, de 178 tribunaux d'instance, par contre 7 tribunaux d'instance et 7 juridiction de proximité sont créés. 55 tribunaux du commerce sur 239 seront supprimés et 6 seront créés. La réforme sera progressive et étalée sur 3 ans, elle commence en mars 2008.

La mise en application pour les tribunaux du commerce est fixée au 01.01.2009, pour les tribunaux d'instance au 31.12.2009 et pour les tribunaux de grande instance au 31.12.2010.

a. Les juridictions civiles

aa. Les juridictions civiles du premier degré

α. Le Tribunal de Grande Instance (TGI)

Elles jugent les affaires soumises pour la première fois à un tribunal.

La juridiction de droit commun, c'est à dire qui a compétence de principe connaissant de tous les litiges que la loi n'attribue pas à une autre juridiction est le Tribunal de Grande Instance (TGI).

La compétence du TGI présente un caractère général et un caractère spécial. Le TGI, juridiction de droit commun, bénéficie d'une compétence générale en matière personnelle et mobilière. Il traitera donc des litiges concernant un meuble et en particulier les créances. Mais il peut aussi s'agir des litiges nés de l'exécution d'un contrat (contrat de vente, de construction, d'assurance, de prêt, ...) ou encore des litiges concernant la responsabilité civile des personnes tendant à la réparation d'un dommage causé.

La compétence reste du domaine du TGI en cas de litige d'une valeur supérieure à 10.000 euros sauf s'il relève bien sûr de la compétence exclusive d'une autre juridiction. Pour les affaires mettant en jeu un montant inférieur ou égal à 10.000 euros, la compétence est celle du Tribunal d'Instance.

Le TGI bénéficie également d'une compétence subsidiaire en matière commerciale dans les circonscriptions où il n'existe pas de tribunal de commerce.

Le TGI bénéficie également d'une compétence spéciale ou exclusive dans certaines affaires:

- état des personnes (nationalité, atteinte aux personnes, à la liberté d'expression, à l'intimité,...) et droit familial (mariage, divorce, succession, ...)
- droit immobilier, par exemple: action pétitoire (action judiciaire relative à l'exercice d'un droit immobilier mettant en cause le droit de propriété immobilière, par exemple revendication), action personnelle immobilière (trouble de voisinage), droit de la copropriété, saisie immobilière.
- affaires concernant la propriété intellectuelle, littéraire et artistique (droit de brevet et de marque, appellation d'origine...):
- contentieux de la responsabilité des auxiliaires de justice intervenant dans des procédures collectives (redressement judiciaire, liquidation judiciaire,...)
- poursuite disciplinaire contre des officiers publics et ministériels (notaire, commissaire priseur,...).
- baux commerciaux (fixation et révision des loyers commerciaux)
- procédures collectives pour les personnes morales non commerçantes (association à but non lucratif, quand il s'agit de mettre fin à l'existence de certaines personnes morales).
- contentieux des sociétés civiles ou d'exercice libéral et de groupements d'intérêt économique.
- contentieux de l'enregistrement, des contributions indirectes,...

On compte actuellement 181 Tribunaux de Grande Instance en France, dont 6 dans les départements d'outre mer avec au moins un tribunal par département. Un Tribunal de Grande Instance comprend un président, des vice-présidents, au moins deux juges, un procureur de la République, des substituts, un greffier. Dans les villes importantes, les Tribunaux de Grande Instance sont divisés en chambres qui peuvent elles-mêmes être divisées en sections. Lorsqu'il existe plusieurs chambres, chaque chambre comprend un président ou un vice président et deux juges. Le Tribunal de Grande Instance siège en formation collégiale, et alors, soit en audience publique le plus souvent, soit en chambre du conseil à huis clos, ou en juge unique.

Au sein du tribunal de grande instance il existe des juges spécialisés :

- Juge aux affaires familiales (problème de divorces, de séparation)
- Juge des loyers (litiges entre locataires et propriétaires de locaux commerciaux, artisanaux ou industriels).
- Juge de l'expropriation (indemnité d'expropriation).

- Juge de l'exécution (contentieux concernant les saisies)

Le président du Tribunal de Grande Instance dispose de prérogatives particulières faisant de lui une juridiction en soi. Ceci concerne surtout la procédure de référé. Le juge des référés saisi en cas d'urgence permettra à l'une des parties d'obtenir :

- une mesure qui ne se heurte à aucune contestation sérieuse,
- une mesure conservatoire ou de remise en état qui s'impose pour prévenir un dommage imminent ou pour faire cesser un trouble manifestement illicite
- une provision ou l'exécution en nature de l'obligation si celle-ci n'est pas sérieusement contestable

Dans toutes les matières où sa compétence est exclusive, le Tribunal de Grande Instance statue sans possibilité de faire appel pour les litiges de valeur inférieure ou égale à 4.000 euros (possibilité seulement de pourvoi en cassation), et à charge d'appel au delà.

β. Le Tribunal d'Instance.

Le Tribunal d'Instance présente une compétence générale pour toutes les actions personnelles et mobilières, dont l'enjeu est supérieur à 4.000 euros et inférieur ou égal à 10.000 euros. Le tribunal d'instance ne peut pas juger les affaires réservées par la loi à une autre juridiction même si la somme en jeu est inférieure à 10.000€. Les décisions ne sont pas susceptibles d'appel lorsque l'affaire ne dépasse pas 4.000 euros.

Le Tribunal d'Instance bénéficie également d'une compétence dite spéciale ou exclusive dans certains domaines quelque soit le montant des sommes en cause:

- Action dite « possessoire » visant à faire respecter la possession ou la détention d'un bien comme le respect d'une servitude de passage.
- Les contestations en matière de funérailles ou relatives aux frais de scolarité ou d'internat.
- Les litiges relatifs à l'élagage des arbres et des haies et les actions en bornage pour fixer les limites de deux propriétés.
- Les contestations en matière d'élection politique (établissement des listes électorales et d'élections professionnelles au sein des entreprises).
- Litiges relatifs aux crédits à la consommation d'un montant inférieur ou égal à 21.346.86€ (par exemple, crédit pour l'acquisition d'une voiture ou d'une cuisine équipée...) . Si le litige porte sur un montant inférieur à 4.000 €, il juge en dernier ressort, c'est-à-dire que leurs jugements ne sont pas susceptibles d'appel. En revanche si le litige est supérieur à ce montant, un appel est possible.
- litiges des baux et loyers d'habitation (par exemple, pour faire payer les loyers, les charges,résiliation du bail...) autres que ceux relevant des juridictions de proximité,
- problèmes d'expulsion, y compris de squatteurs,
- litiges portant sur l'application d'un contrat de louage d'immeuble.
- pour les problèmes en matière de crédit à la consommation ainsi que tous les problèmes de baux et loyers autre que ceux relevant des juges de proximité.
- trouble de voisinage,
- saisie - arrêt sur salaire,
- pensions alimentaires entre parents et enfants.

Le tribunal d'instance possède également des compétences administratives :

- L'établissement des actes de notoriété (sauf en matière successorale) et des certificats de nationalité.
- Apposition et levée des scellés en matière successorale.
- Emancipation des mineurs.
- Les régimes de protection par curatelle et tutelle, des personnes dont les facultés mentales se sont altérées.
- Litige entre un particulier et une personne employée (exemple : assistante maternelle)
- Les saisies des rémunérations de travail et les rentes viagères dont le montant est supérieur à 4.000€ et inférieur à 10.000€.
- Les problèmes relatifs aux élections.
- Les conflits relatifs aux paiements de fermage
- L'enregistrement des déclarations de nationalité française : certains tribunaux d'instance sont compétents pour recevoir les déclarations d'acquisition de la nationalité française, enregistrer les demandes, vérifier que les conditions légales sont réunies et délivrer les certificats de la nationalité française.

Le juge d'instance exerce les fonctions de juge des tutelles et statue sur

- les demandes d'ouverture d'un régime de protection :

* des mineurs : gestion et administration des biens d'un mineur, représentation du mineur pour un acte de la vie civile,

* de certains majeurs, par exemple dont les facultés mentales se sont altérées (curatelle, tutelle) qui ont besoin d'être représentés pour accomplir des actes de la vie courante

- les demandes d'émancipation des mineurs âgés de plus de 16 ans

Le Tribunal d'Instance se compose d'un seul juge: on dit qu'il statue à juge unique. Ceci s'explique par la modicité en général des affaires relevant de la compétence du Tribunal d'Instance. La représentation par avocat n'est pas obligatoire au Tribunal d'Instance alors qu'elle est obligatoire au TGI .

Le Tribunal d'Instance bénéficie également d'attributions non juridictionnelles, en particulier pour le PACS, qui est enregistré au Tribunal d'Instance par le greffier.

y. Juridiction de proximité

Les juridictions de proximité sont implantées dans les locaux des tribunaux d'instance et possèdent le même ressort.

Le juge de proximité statue sur les petits litiges de la vie quotidienne et sur les petites infractions aux règles de la vie en société.

Les juridictions de proximité se destinent aux litiges civils d'un montant limité et aux infractions sanctionnant la méconnaissance des règles de conduite élémentaire de la vie en société. Elles ont été créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 09.09.02 n°2002-1138 paru au journal officiel du 10.09.02 page 14.934.

La juridiction de proximité statue en premier et dernier ressort en matière civile :

- Pour les litiges personnels et mobiliers n'excédant pas 4000€. Il existe encore des communes qui ne disposent pas de juge de proximité désigné, dans ce cas, le rôle de la juridiction de proximité est assuré par le tribunal d'instance.
- Pour tout litige relatif à l'action en restitution d'un dépôt de garantie (dans le cadre d'un bail d'habitation) d'un montant maximal de 4000€.

Dans les cas sus cités seul un pourvoi en cassation pourrait être formé à l'encontre de ses décisions. La juridiction de proximité statue également à charge d'appel sur toutes demandes indéterminées (par exemple une demande en résolution d'une vente) qui ont objet l'exécution d'une obligation dont le montant n'excède pas 4.000 € . Dans ce cas précis, il est possible de faire appel.

Le juge de proximité statue en matière d'injection de payer et de faire en vertu des disposition de l'article 1406 du Nouveau code de procédure civile dans les limites de sa compétence de payer (pour les litiges liés à des difficultés de paiement) et de faire (pour obtenir la livraison, la réparation ou le remplacement d'un bien) dans les limites de sa compétence d'attribution c'est-à-dire celle fixée par la loi du 26.01.05 n°2005-47 paru au journal officiel du 27.01.05.

Il connaît de la demande d'homologation du constat d'accord formé par les parties à l'issue d'une tentative préalable de conciliation, également dans les limites de sa compétence d'attribution.

Le juge de proximité est saisi des demandes de restitution des dépôts de garantie en matière locative pour lesquelles la juridiction de proximité est compétente concernant les demandes n'excédant pas 4000 €.

En revanche le tribunal d'instance à une compétence exclusive pour certains contentieux en raison de leur technicité tel que le contentieux des baux d'habitation ou des occupants sans droit ni titre ou le contentieux du crédit à la consommation.

Le juge de proximité, le juge unique se prononce après avoir cherché à concilier les parties, il doit dire le droit après un débat public et contradictoire. En matière civile, la juridiction de proximité statue selon les règles de procédures applicables devant le tribunal d'instance. Les parties peuvent se faire assister et se faire représenter devant la juridiction de proximité dans les mêmes conditions que devant le tribunal d'instance. Dans certains cas juridiques complexes, le juge de proximité peut renvoyer l'affaire devant le tribunal d'instance qui statue alors en tant que juridiction de proximité. Le juge de proximité ne possède aucune compétence en matière des référés.

En juillet 2007 le nombre de juges de proximité en exercice s'élevait à 571 en fonction dans 323 juridictions de proximité. Il existe encore des communes qui ne disposent pas de juge de proximité désigné. Dans ce cas, le rôle de la juridiction de proximité est assuré par le tribunal d'instance.

δ. Les juridictions dites spécialisées ou d'exception

Elles ne connaissent que des affaires qui leurs sont attribuées par un texte spécial . Il s'agit de:

-le Tribunal de Commerce jugeant essentiellement les litiges entre commerçants ou entre associés d'une société commerciale

- le Conseil des Prud'hommes qui assure le réglément des conflits individuels du travail,
- le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale,
- le Tribunal Départemental des Pensions,
- le Tribunal Paritaire des Baux Ruraux,
- la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction (CIVI).

bb. Les juridictions civiles du second degré

La Cour d'Appel est la juridiction unique du second degré dont relève l'ensemble des juridictions du premier degré, qu'elles soient de droit commun ou spécialisées.

Les litiges d'une valeur peu importante ne sont pas susceptibles d'appel.

Les Cours d'Appel sont composées uniquement de magistrats professionnels: les conseillers. Chaque Cour d'Appel comprend en général plusieurs chambres. Chaque chambre est présidée par un président de chambre.

L'appel est en général suspensif sauf s'il y a acquiescement ou s'il est prescrit une exécution provisoire.

Il existe 35 Cours d'Appel en France dont 5 outre mer, chaque Cour d'Appel a un ressort compris entre 2 et 4 départements sauf celles de PARIS et de VERSAILLES. Juridiction de droit commun, la Cour d'Appel est compétente pour tout contentieux sauf le contentieux dit technique de la Sécurité Sociale qui relève de la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des assurances des accidents du travail.

cc. La Cour de Cassation

La Cour de Cassation ne constitue pas un troisième degré de juridiction, mais se borne seulement à vérifier l'exacte application de la loi.

Elle a pour mission de contrôler si la Cour d'Appel ou éventuellement la juridiction du premier degré, lorsque l'appel n'est pas possible, a fait une bonne application de la loi.

Elle ne connaît pas des affaires en fond mais seulement en droit.

Le renvoi en cassation s'appelle un pourvoi. Si la Cour de Cassation estime que la loi a été bien appliquée, elle rejette le pourvoi et la décision attaquée n'est plus susceptible d'aucun recours. Si elle estime que la loi a été mal appliquée ou mal interprétée, elle casse la décision, mais comme elle ne peut se substituer à une juridiction du fond (tribunaux du premier degré et Cour d'Appel), elle renvoie devant une juridiction du même degré que celle qui avait statué.

Le pourvoi en cassation ne peut donc intervenir que sur des éléments précis:

- en cas de violation de la loi (pour vérifier si les juges du fond ont correctement appliqué la loi),
- en cas de violation de la forme,
- en cas de vice dans la motivation (elle vérifie que les juges du fond ont suffisamment motivé leur décision)
- en cas de dénaturation des écrits
- en cas de contrariété des jugements
- en cas de disparition du fondement juridique.

La Cour de Cassation comprend cinq Chambres civiles, une Chambre criminelle.

Parmi les 5 chambres civiles, on distingue la 1ère chambre civile, la 2ème chambre civile, la 3ème chambre civile, une Chambre commerciale, une Chambre sociale.

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation comporte trois sections.

- une section en droit commun,
- une section procédure
- une section sécurité sociale . La section de sécurité sociale est encore appelée « chambre du risque ». Elle comprend pour cette dernière cinq conseillers et trois conseillers référendaires. Deux avocats généraux sont spécialement affectés à la section sécurité sociale. Cette section sécurité sociale était initialement rattachée à la Chambre sociale, puis a été rattachée à la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation le 01-10-2003 .

La Chambre sociale comporte deux formations distinctes dont une consacrée au droit du travail.

Cette Cour de Cassation est présidée par un premier président. Elle comprend, outre ce premier président, 6 présidents de chambre, 85 conseillers, 48 conseillers référendaires.

Comme formation juridictionnelle, on distingue outre les chambres sus-citées, des formations élargies: chambres mixtes comprenant des magistrats appartenant à au moins 4 chambres, et l'assemblée plénière.

Les conseillers référendaires sont affectés à titre provisoire avec une voix seulement consultative.

Le Ministère Public est représenté par le Procureur général auprès de la Cour de Cassation assisté d'un ou plusieurs avocats généraux.

La Cour de Cassation constitue donc un organe régulateur qui veille à la bonne application du droit.

b. Les juridictions de l'ordre judiciaire, pénales ou répressives

aa. Les juridictions pénales du premier degré

α. Les juridictions de jugement de droit commun

Elles sont classées en fonction des catégories d'infractions pénales.

La juridiction de proximité est compétente pour les contraventions des quatre 1^{ères} classes en excluant certaines contraventions de quatre 1^{ères} classes qui sont de la compétence du tribunal de police, en vertu du décret du 25.03.05. Il s'agit des infractions à la loi du 29.07.81 relative à la liberté de la presse : diffamation ou injures non publiques présentant un caractère raciste ou discriminatoires.

La procédure d'appel envers la juridiction de proximité n'est pas possible pour les contraventions des deux 1^{ères} classes et restent soumises à conditions pour les autres contraventions. L'appel entraîne le sursis à exécution du jugement.

Le Tribunal de Police est compétent pour le jugement des infractions qualifiées de contraventions . Une contravention est une infraction que la loi punit d'une amende n'excédant pas 3.000 euros.

Il connaît ainsi des contraventions sauf celle de la 5ème classe commises par les mineurs de moins de 18 ans, il est l'émanation du Tribunal d'Instance, siégeant en matière pénale.

Le Tribunal de Police statue donc à juge unique, le juge unique étant le même que le Tribunal d'Instance. Pour les contraventions jusqu'à la 5ème classe, c'est le

commissaire de police qui remplit les fonctions de Ministère Public. Pour les contraventions de 5ème classe, c'est le procureur.

Le Tribunal Correctionnel est compétent pour les délits. Un délit est une infraction punie d'une peine d'emprisonnement de 6 mois à 10 ans ou d'une amende dont le montant est supérieur ou égal à 3.750 euros.

Chaque Tribunal Correctionnel comprend un président et 2 juges. Certains Tribunaux Correctionnel possèdent plusieurs chambres.

Le Tribunal Correctionnel constitue l'émanation en droit pénal des Tribunaux de Grande Instance. Il peut juger à juge unique pour certaines infractions.

La Cour d'Assises est compétente pour les crimes. Un crime est une infraction que la loi punit d'une peine dite afflictive de réclusion ou de détention criminelle à perpétuité ou de 10 ans au minimum ainsi que d'amendes .

Il existe une Cour d'Assises par département avec deux sections à PARIS.

β. Les juridictions de jugements d'exception

Il s'agit essentiellement des juridictions des mineurs. On distingue suivant les infractions le Juge des Enfants, le Tribunal pour enfants, la Cour d'Assises des Mineurs.

Il existe d'autres juridictions d'exceptions mais dont l'intérêt est moindre: le Tribunal Maritime Commercial, la Justice Militaire, la Haute Cour de Justice, la Cour de Justice de la République.

bb. Les juridictions pénales du second degré

Elles dépendent de la Cour d'Appel.

La Chambre des Appels Correctionnels aura à connaître des appels des jugements rendus par les Tribunaux de Police pour des amendes excédant le montant de l'amende prévue pour les contraventions de 4ème classe et des Tribunaux Correctionnels .

Il existe une chambre spéciale pour les mineurs destinée aux appels des décisions du juge des enfants.

Les verdicts rendus par les Cours d'Assises sont également susceptibles d'appels.

cc. La Cour de Cassation

En matière pénale, la Cour de Cassation joue le même rôle que dans les juridictions civiles.

Ce rôle est assumé par la Chambre criminelle de la Cour de Cassation .

B. L'accès du patient à son dossier médical

La loi n° 2002-303 du 4 – 3 – 2002 et le décret n° 2002-637 du 29 – 4 – 2002 permettent au patient d'avoir accès à toute pièce de son dossier médical .

L'article L.1111-7 du code de la santé publique en application de la loi 2002-303 du 04.03.02 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue par des professionnels et établissements de santé ». La notion de

professionnel de santé recouvre les professions suivantes, selon le code de la santé publique : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, préparateur en pharmacie, infirmier, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien, lunetier, diététicien.

L'article L.1111-8 du code de la santé publique stipule que « les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée ».

Le même article stipule que « seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissement de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées,... dans le respect des dispositions des articles L1110-4, et L1111-7 du code de la santé publique ».

Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent donc déposer des données de santé à caractère personnel recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet (article L.1111-8 du code de la santé publique introduit par la loi du 04.03.02).

Ces personnes physiques ou morales agréées seront identifiées ici sous le terme « hébergeur ».

L'article R.1111-1 du code de la santé publique introduit par le décret n°2003-462 du 21.05.03 paru au journal officiel n°122 du 27.05.03 page 37.006 stipule que « l'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnée à l'article L.1111-7 est détenu par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un hébergeur agréé en application de l'article L.1111-8, est demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, le tuteur ou le cas échéant qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire. »

Le dossier médical est donc constitué entre autres des informations recueillies lors du passage chez les différents médecins ainsi que dans tous les établissements de santé que le patient a consultés. Il comprend les éléments que le patient a communiqués (coordonnées, problèmes de santé passés...), les examens médicaux (cliniques, biologiques et paracliniques...) effectués, les décisions du médecin prises à votre sujet, les soins effectués ainsi que les divers courriers adressés aux autres médecins qui le soignent.

Ce dossier médical s'entend au sens large du terme et concerne non seulement le dossier médical du médecin traitant, mais aussi le dossier médical du patient hospitalisé, le dossier médical possédé par le service médical d'une caisse d'assurance maladie .

Le dossier médical peut être communiqué (à l'exception de toute autre personne) :

- au patient lui-même ;
- au médecin choisi par le patient ;
- au représentant légal pour les mineurs (moins de 18 ans) : les parents peuvent avoir accès au dossier médical de leurs enfants mineurs,.
- au tuteur pour les majeurs sous tutelle ;

- aux ayants droit, si le patient est décédé ; Concernant les ayants droit d'un patient décédé, le Code de la santé publique (article L1.110-4 du CSP) prévoit qu'ils peuvent avoir accès à des informations sous réserve que le patient ne s'y soit pas opposé de son vivant. L'arrêté du 3 Janvier 2007 précise que le terme ayant droit concerne les successeurs légaux du défunt (ses héritiers) conformément au Code civil.

L'ayant droit « a accès aux seuls éléments du dossier médical nécessaires à la réalisation » d'un des 3 motifs suivants : connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits.

En pratique, le médecin doit s'assurer de l'identité du demandeur et de sa qualité d'ayant droit (en cas de doute, demander un certificat d'hérédité réalisé par un maire ou un notaire) puis faire remplir un formulaire. Si les conditions ne sont pas remplies, le médecin adresse un courrier de refus.

- à une personne mandatée par le patient, ses représentants légaux (pour les mineurs et les majeurs sous tutelle) ou ses ayants droit.

Il faut rappeler au patient le caractère personnel des informations communiquées au mandataire.

Pour pouvoir consulter son dossier ou en avoir une copie, il suffit de le demander au médecin qui le suit et de remplir le formulaire ci-dessous . Lettre à envoyer en recommandé avec accusé de réception (non obligatoire mais vivement conseillée car les délais de communication courent à partir de la réception de votre courrier) :

Formulaire de demande de dossier médical (à renvoyer au médecin ou au service hospitalier concerné)

Monsieur le directeur /Madame la directrice (pour un hôpital, un établissement ou un service dont les professionnels de santé, notamment les médecins, sont salariés)

Madame, Monsieur, Docteur (si les informations sont détenues par un professionnel de santé, médecin ou autre, exerçant en libéral (en cabinet ou en clinique privée).

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur (nom, prénom et nom de jeune fille pour les femmes mariées), né(e) les.../.../....., domicilié(e)

à....., Tel :/...../...../...../.....

Demande,dans le cadre des articles L.1111-7, L.1111-8, R.1111-1 à R.1111-8, R.1112-1 à R.1111-9 du Code de la Santé Publique et du décret du 29-4-2002, à obtenir communication ou copie (rayer la mention inutile) de documents concernant :

- moi-même

- Mr, Mme, Mlle.....
né(e) le.....

En qualité de patient, de représentant légal (pour un mineur ou un majeur sous tutelle), d'ayant droit d'un patient décédé (rayer la mention inutile) le (date) (en ce cas d'ayant droit ,

précisez dans quel(s) but(s), parmi les 3 suivants : connaître la cause de la mort ; défendre la mémoire du défunt ; faire valoir vos droits).

Dossier comprenant les éléments suivants :

- Dossier médical complet
- Hospitalisation duau
- Consultation du
- Examen (type).....(date).....
- Le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale subie le (date) dans tel service,
- etc. Plus la demande est précise (hors demande d'accès à tout le dossier), plus elle sera facile à « traiter ».

Selon les modalités suivantes :

- Consultation au cabinet (gratuite)
- Remise en main propre à Mr, Mme..... personne que j'ai mandatée
- Envoi postal en recommandé à moi-même (frais d'envoi et de reproduction à ma charge)
- Envoi postal en recommandé au Docteur(adresse)
.....(frais d'envoi et de reproduction à ma charge)

(Rayer la mention inutile)

Je vous demande préalablement de bien vouloir m'indiquer le montant des frais de reproduction de l'ensemble des documents ainsi que d'expédition par courrier (préciser si l'on veut les radios ce qui est beaucoup plus cher que les copies papier).

Les documents demandés ayant été constitués il y a moins de 5 ans, j'attends leur communication dans le délai de 8 jour prévu par la loi à compter de la réception du présent courrier (ou : les documents demandés ayant été constitués il y a plus de 5 ans, j'attends leur communication dans le délai de 2 mois prévu par la loi à compter de la réception du présent courrier).

Joindre

- pour les titulaires de l'autorité parentale :
 - * copie du livret de famille, en cas de parents mariés sans aucune décision judiciaire n'ait modifié l'autorité parentale, ou si l'enfant à été reconnu avant l'âge de un an (en ce cas : livret de famille ou extrait de naissance) ;
 - *copie du jugement, de l'ordonnance ou de l'arrêt rendu en cas de divorce, de séparation, de déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale à un Tribunal de Grande Instance, de décision judiciaire sur l'autorité parentale,
- Pour les ayants droits : documents attestation votre qualité d'ayant droit (il peut être obtenu selon les cas auprès de l'Etat Civil ou auprès d'un notaire).

Dans l'attente de votre réponse, et en vous remerciant par avance, je vous prie (formule de politesse)

Date :

Signature :

On joindra une photocopie recto - verso de la pièce d'identité et s'il y a lieu de tout document attestant de la qualité de représentant légal ou d'ayant droit si la personne demandeuse du dossier médical est le représentant légal du patient ou son ayant droit .

On peut avoir accès aux informations de son dossier directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que l'on désigne avec un délai maximal de 8 jours. On peut se faire accompagner. Mais, un délai de réflexion de 48 heures est prévu par la loi avant que l'on puisse accéder à son dossier. Si les informations datent de plus de 5 ans, le délai de communication des pièces est porté à 2 mois.

Le médecin possesseur du dossier doit :

- informer la personne des coûts liés à la reproduction et à l'envoi des documents ; la consultation du dossier sur place est gratuite ; en cas de demande de copies, seuls les coûts de reproduction et d'envoi peuvent être facturés au demandeur. Il convient de se limiter au coût du consommable et de l'amortissement du matériel et il faut tenir compte de la situation personnelle des demandeurs démunis afin de leur permettre de faire valoir leur droit d'accès aux informations concernant leur santé ;
- Rappeler le caractère strictement personnel des informations, notamment vis-à-vis de tiers (famille et entourage, employeur, assureur...), si le dossier est envoyé par la poste ;
- proposer une consultation du dossier sur place, notamment quand le coût est important, en recommandant ou non la présence d'une tierce personne ; en cas de refus ou d'absence de réponse, les modalités retenues initialement par la personne sont suivies.

Le médecin possesseur du dossier pourra conseiller d'être accompagné par un proche ou un autre médecin lors de la consultation du dossier. On peut accepter ou refuser cet accompagnement, le dossier sera communiqué quoi que l'on décide.

Lors de la consultation au cabinet, le médecin sera disponible pour répondre aux questions que l'on posera éventuellement à la lecture du dossier. On pourra consulter son dossier médical au cabinet, gratuitement.

Il peut également être envoyé en recommandé, ou être communiqué à une personne mandatée par le patient ou à un médecin que le patient a désigné à l'avance.

Si le patient en désire une copie, le coût de la reproduction lui sera facturé ainsi que les frais d'envoi. Un devis lui sera fourni auparavant.

Si on ne précise pas sa demande, la consultation du dossier se fera au cabinet lors d'un rendez-vous .

Si l'établissement de santé refuse catégoriquement de transmettre le dossier :

- S'il s'agit d'un hôpital public, il faut faire appel à la commission d'accès aux documents administratifs, organisme officiel chargé de veiller au respect des

conditions d'accès aux documents administratifs et donc aux dossiers médicaux.

Pour les autres structures, en particulier privées, la procédure passera par la sollicitation du juge des référés. Il est alors conseillé de faire appel au service d'un cabinet d'avocats .

Il convient de savoir que les informations auxquelles le patient aura accès sont strictement personnelles et confidentielles. Des tiers qui n'ont pas le droit d'accès à ce informations peuvent le solliciter pour que le patient leur transmette directement les informations (l'employeur, le banquier...).

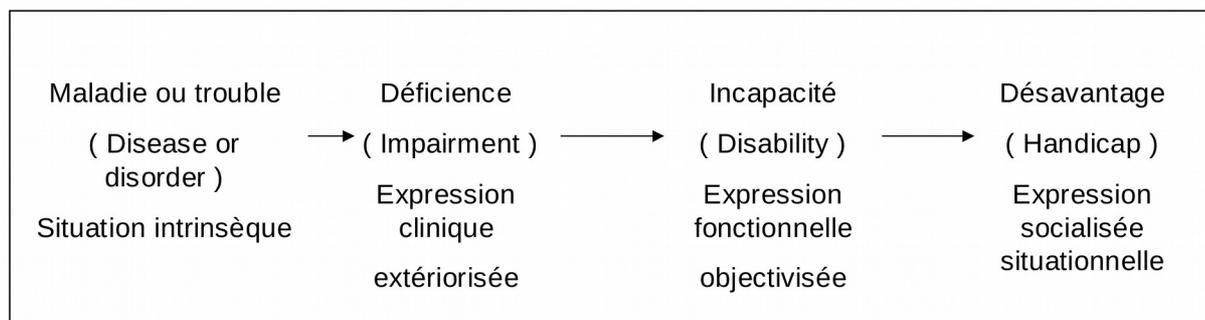
Il faut donc veiller à l'utilisation et à la communication de ces informations à sa famille, son entourage, au service médical de son assureur. Les informations peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient. Il faut qu'elle ait un mandat de sa part et puisse justifier de son identité. On veillera à lui rappeler le caractère strictement personnel des informations auxquelles elle aura accès.

Le patient peut donc exiger à tout moment auprès du service médical d'une caisse d'assurance maladie le rapport médical d'IPP après accident du travail alors que les textes limitaient la demande au 10 premiers jours après la réception de la notification de la rente, le rapport d'expertise réalisé au titre de l'expertise médicale au titre de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale, le rapport de tout avis circonstancié sollicité par une caisse d'assurance maladie auprès d'un médecin pour fixer un taux d'IPP .

Cette nouvelle réglementation constitue une avancée importante pour le patient et l'éventuel médecin qui le soutient dans ses démarches car ils ne sont plus confrontés à une rétention d'information préjudiciable . Auparavant, il arrivait ainsi souvent que lors d'une session du Tribunal du contentieux de l'incapacité ou d'une expertise d'assurances de personnes, la partie adverse produisît un document médical dont non seulement le patient n'avait pas connaissance mais que ce dernier ne pouvait ensuite se procurer auprès de la partie adverse, celle-ci le refusant .

C. Définitions d'ordre médical

Elles s'inspirent de travaux menés par un épidémiologiste, P.H.N. Wood, adoptés par l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) en 1980, pour les termes de déficience, d'incapacité et de handicap .



Le modèle de Wood

1. La lésion

Elle se définit comme le trouble, la maladie ou le fait traumatique à l'origine de l'atteinte de la victime . Il s'agit du diagnostic du processus morbide .

2. La déficience

Traduction du mot anglais " impairment " , elle correspond pour Wood à toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique .

Il s'agit donc de l'anomalie manifestée au niveau de l'organe .

3. L'incapacité

Traduction du terme anglais " disability " , l'incapacité correspond pour Wood à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Elle reflète des perturbations manifestées au niveau de la personne, c'est-à-dire tout entière.

Il s'agit donc de la conséquence en terme d'activités pour la personne concernée .
L'incapacité porte sur des activités composées et intégrées : il s'agit de la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'un tâche, d'une compétence ou d'un comportement .

On considère cette incapacité comme la limitation de la capacité à réaliser les gestes et actes élémentaires dans la vie quotidienne de " l'homme moyen ", c'est-à-dire les gestes que toute personne, est amenée à exécuter régulièrement .

Cette incapacité peut toucher, par exemple, le comportement, la communication, la locomotion...

Elle est la conséquence fonctionnelle (ou encore physiologique) de l'infirmité.

L'incapacité est une notion physiologique correspondant à une atteinte fonctionnelle qui est mesurable et évaluable.

C'est la réduction d'un potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel dont est atteinte une personne. Elle peut rendre impossible certaines activités. Elle peut donc avoir également un aspect économique si les activités d'ordre professionnelles sont limitées. De cette notion, découle la notion d'incapacité permanente partielle ou IPP, étudiée dans le chapitre X. (Indemnisation des accidents de la voie publique) D.2.a.cc.α : Définition de l'I.P.P. .

L'incapacité peut également se définir comme la réduction ou la suppression d'une ou plusieurs activité(s) opératoire(s) dans une situation d'activité déterminée par rapport à laquelle elle se détermine.

L'existence d'une situation concrète et déterminée est obligatoire. On peut même estimer qu'il n'existe pas d'incapacité sans situation opératoire. Cette incapacité constitue au niveau opératoire la notion dérivée de l'invalidité.

L'incapacité, de nature non médicale, peut donc être exposée à tout les intervenants en un discours démedicalisé.

Le terme antagoniste de l'incapacité est la capacité.

La capacité entière peut coexister avec une infirmité non invalidante et même avec une invalidité en dessous d'un seuil tel que les conséquences opératoires sont nulles ou négligeables.

La capacité restante se définit comme la capacité physique, sensorielle ou mentale résultant de la soustraction à la capacité entière de l'incapacité. On peut donc distinguer plusieurs types d'incapacité :

Les incapacités personnelles et élémentaires concernent les actes ordinaires de la vie tels que se laver, boire et manger, uriner, déféquer... Ces incapacités personnelles élémentaires peuvent nécessiter c'est-à-dire d'un certain seuil, l'aide d'une tierce personne.

Les incapacités de la vie privée concernent les incapacités autres que les incapacités personnelles élémentaires et de nature autre que professionnelle.

Il peut s'agir d'activités de déplacement, d'activité sexuelle, d'activités sportives, de loisirs artistiques...

4. Le handicap

Le terme d'origine anglaise "handicap " est souvent traduit en français par le mot désavantage.

Pour Wood, le handicap d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience et de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Il reflète pour l'individu, les conséquences culturelles, sociales, économiques, environnementales issues de la déficience ou de l'incapacité.

Le handicap exprime donc l'aptitude d'adaptation de l'individu à son milieu en premier lieu et représente le désavantage social de la maladie.

Le handicap sera essentiellement reconnu (mais pas exclusivement) lors des activités professionnelles et de loisirs, car ce sont ces dernières activités qui caractérisent le plus un individu .

Certains auteurs (docteur GUILLAUME, Revue française du dommage corporel, 1986, 1, p.96 à 100) considèrent plutôt le handicap comme une notion globalisante. Le handicap regrouperait ainsi l'existence d'un déficit anatomique et/ ou fonctionnel et les incapacités conséquentes de toute nature et privées, relationnelles, personnelles, sociales, professionnelles, économiques ainsi que les inaptitudes qui en découlent, en tenant compte de l'environnement familial et social et du propre comportement du handicapé modulé par récurrence par sa tolérance au désagrément de la situation, après adaptation et compensation.

Le handicap se définit pour la loi n°2005-102 du 11.02.05 consacrée aux personnes handicapées comme toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

L'exemple concret ci-dessous permettra d'illustrer ces notions quelque peu abstraites :

imaginons le cas d'un déménageur victime d'un accident de voiture ayant entraîné une fracture du coude compliquée d'un blocage du coude .

La lésion ici consiste en la fracture du coude .

La déficience ici consiste en le blocage du coude.

L'incapacité ici consiste en la difficulté à porter une charge lourde .

Le handicap ici consiste dans le retentissement sur les activités, en particulier professionnelles et de loisir .

5. L'infirmité

Elle répond à une notion anatomique, la lésion, état qui peut être décrit mais qui ne peut pas être mesuré. L'infirmité se définit par une atteinte à l'anatomie . L'infirmité constitue donc le support anatomopathologique de l'incapacité . Cette corrélation n'est pas forcément obligatoire : une infirmité n'entraîne pas forcément d'incapacité . Ainsi, une appendicectomie (c'est-à-dire l'ablation chirurgicale de l'appendice) constitue une infirmité, mais n'entraîne pas d'incapacité .

L'infirmité représente l'extériorisation d'un état pathologique et reflète des troubles manifestés au niveau de l'organe .

L'antagonisme de l'infirmité est l'intégrité .

6. L'invalidité

L'invalidité se définit par le dysfonctionnement d'un système composé d'un ou plusieurs organes anatomiques. Il s'agit donc de l'anomalie fonctionnelle engendrée

par une infirmité. Par exemple, il peut s'agir d'une baisse de la force musculaire, d'une surdité. On peut considérer comme synonyme les termes « déficit physiologique, déficit fonctionnel, déficience fonctionnelle ».

Le terme antagoniste est la validité se définissant par un fonctionnement physiologique dans les limites de la normale.

Il existe donc une corrélation de l'invalidité avec l'infirmité.

Cette dernière est de nature anatomopathologique.

Cette corrélation ne peut être toujours affirmée, en particulier dans les cas d'absence d'identification de la lésion organique.

L'invalidité constitue une notion médicale qui peut-être corrélée à l'incapacité, notion d'opérativité. Il convient néanmoins de noter qu'en dessous d'un certain seuil d'invalidité, la capacité opératoire n'est pas significativement diminuée. Il s'agit dans ce dernier cas d'une invalidité non incapacitante.

Pour d'autres auteurs, elle correspond à la répercussion sur les activités professionnelles. L'invalidité a une traduction économique. Ainsi, comme nous le verrons plus loin dans le chapitre III, l'article L 341-3 du Code de la Sécurité Sociale définit l'invalidité comme la perte de capacité de travail ou de gain mettant le sujet hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait .

7. La déficience anatomo-fonctionnelle

Ce terme regroupe l'infirmité et l'invalidité lorsque ces deux concepts coexistent, ce qui constitue le cas le plus fréquent. Elle relie la fonction à l'organe ou au système qui en est le support .

8. L'incapacité professionnelle

Elle se définit comme la réduction, la suppression de la réalisation de l'action de travail.

L'incapacité professionnelle est conditionnée par l'invalidité et par la nature des exigences de la situation de travail .

D. Définitions d'ordre juridique

1. Le dommage

Le dommage se définit comme la lésion subie, conséquence d'un  v nement .

L' v nement qui peut être traumatique constitue donc le fait dommageable .

Ce dommage s'apprécie donc par rapport au siège de cette lésion . Cette lésion subie peut également se définir comme une atteinte à l'intégrité de ce qui a été atteint par le fait dommageable .

On distingue ainsi :

- * le dommage corporel, c'est-à-dire l'atteinte de l'intégrité physique ou psychique d'une personne
- * le dommage matériel qui correspond à l'atteinte à l'intégrité physique ou à la substance d'une chose
- * le dommage moral correspondant à l'atteinte des sentiments

* les dommages immatériels dits " purs " qui ne sont des dommages ni corporels ni matériels et qui visent en particulier les affaires économiques et financières .
 Le mot dommage est dépourvu de toute signification juridique. Les dommages relèvent de l'ordre des faits, de l'évènement qui demeure au delà du droit.
 Le dommage est un fait : c'est toute atteinte à l'intégrité d'une chose, d'une personne, d'une activité, d'une situation objectivement perceptible existant indépendamment de l'idée que peut s'en faire la personne qui est en victime et des conséquences diverses qu'il peut y avoir pour elle (F.P.Benoit : " Essai sur les conditions de la responsabilité en droit public et privé ", Juris classeur périodique, Edition Générale, Doctrine, 1957, n° 1351, p 7 – 14, spécialement les paragraphes 11 à 16) .
 Le " dommage corporel " relève d'une constatation médicale . Le rôle du médecin expert consiste à objectiver, à quantifier les séquelles, et à en déterminer l'imputabilité à l'accident; c'est une fonction de constat du dommage corporel, limité à son évaluation médicale .

2. Le préjudice

Le préjudice se définit comme la conséquence de la lésion découlant des dommages à l'égard de la victime de celui-ci (P. le Tourneau, L. Cadiet, Droit de la responsabilité et des contrats, 1 Volume, collection Dalloz action, 1.540 p , Paris : éditions Dalloz, 2002) . Le préjudice comporte donc une signification juridique et constitue l'approche indemnitaire du dommage . Les préjudices relèvent de l'ordre du Droit . Le préjudice constitue l'approche indemnitaire du dommage . Les répercussions de la lésion peuvent se répartir en répercussion sur le patrimoine, répercussion sur la personne de la victime, sur ses avoirs (préjudice patrimonial) et sur son être (préjudice extrapatrimonial) . L'atteinte aux droits patrimoniaux et extra patrimoniaux de la victime appelle une réparation dès lors qu'un tiers en est responsable. Le préjudice marque le passage du fait (le dommage) au droit (la réparation) . Le " dommage ", corporel, matériel ou immatériel, peut rester hors de la sphère juridique, notamment pour le dommage causé à soi-même : il peut y avoir " dommage " sans " préjudice ". En revanche, tout " préjudice " a sa source dans un " dommage " .

A titre d'exemple, on pourrait citer comme dommage l'incendie d'une maison, la diffamation d'une personne, l'atteinte à la vie privée, une blessure corporelle . Comme exemple de dommage corporel, on pourrait citer ainsi une fracture de vertèbre cervicale entraînant une tétraplégie . Ce dommage corporel aura comme conséquence une incidence professionnelle et donc un préjudice économique d'une perte au moins partielle des revenus de la victime . On pourrait imaginer qu'à l'inverse un dommage entraîne de préjudice voire même occasionner un bénéfice, un dommage corporel sans conséquence notable, occasionne une exemption du service militaire national et ainsi l'éviter .

Le terme préjudice marque donc la frontière entre le rôle du médecin et le rôle du juriste .

Le médecin expert se prononcera en général sur un certain nombre de dommages, il en décrira les conséquences temporaires et/ou définitives . Le médecin expert par contre ne se prononcera pas sur l'existence et l'importance du préjudice . Dans le domaine médical on devrait parler uniquement de dommages et non pas de préjudices .

La personne chargée de l'indemnisation, c'est-à-dire le régleur, interprétera le rapport d'expertise pour apprécier l'existence des préjudices, leur importance et quelle sera ensuite l'indemnisation de ces préjudices .

Cette distinction entre le " dommage corporel ", du domaine du fait constaté, médicalement évalué par le médecin-expert, et le " préjudice " juridiquement évalué, chiffré par le juriste, explique la distinction entre un " barème médical " d'évaluation des séquelles et un " barème d'indemnisation " de chiffrage des préjudices .

Le " barème médical ", étalonné en pourcentage du taux d'incapacité permanente partielle, permet de donner une mesure chiffrée des atteintes à la personne médicalement constatables .

En revanche, un " barème d'indemnisation " se situe dans le domaine du droit, en fixant une valeur monétaire au pourcentage du taux d'incapacité .

III. LA MISE EN ARRÊT DE MALADIE

A. Salariés du secteur privé

1. Conditions

L'ouverture du droit aux indemnités journalières est subordonnée à une condition d'activité antérieure à l'arrêt de travail, dont les modalités diffèrent selon que l'arrêt de travail est inférieur ou supérieur à 6 mois.

Pour des arrêts de moins de 6 mois, il suffit d'avoir travaillé au moins 200 heures (soit environ 6 semaines en cas de travail à temps plein) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'interruption de travail, ou d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt.

Ainsi, au-delà de 6 mois d'arrêt, il faut d'une part justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social à la date de l'interruption de travail, et d'autre part avoir travaillé au moins 800 heures (soit environ 6 mois en cas de travail à temps plein) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail, dont 200 heures pendant les 3 premiers mois, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du SMIC horaire pendant les 12 mois civils précédant l'arrêt, dont au moins 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 premiers mois

2. Règles de calcul de la prestation

L'indemnisation commence au quatrième jour d'arrêt (délai de carence). Le montant de l'indemnité journalière est égal à 50% du gain journalier de base, pris égal au salaire moyen sous plafond des trois derniers mois dans le cas général. Le taux de 50% est majoré d'un tiers pour atteindre 66,6% pour les assurés ayant 3 enfants à charge à partir du 31e jour d'arrêt.

3. Durée de versement

La durée maximale de versement des indemnités journalières est de 3 années consécutives. Lorsque l'arrêt de travail a duré plus de 3 semaines, une visite médicale de reprise du travail auprès du médecin du travail est obligatoire.

4. Articulation avec la retraite

Les périodes de versement d'indemnités journalières sont considérées comme des périodes assimilées et ouvrent des droits à retraite à la CNAV selon les modalités suivantes : un trimestre validé par période de 60 jours d'indemnisation. Les validations peuvent intervenir tant pour des périodes qui n'interrompent pas le contrat de travail (maternité, maladie, accidents du travail) que pour des périodes qui l'interrompent (longue maladie, invalidité).

Ces trimestres s'ajoutent, le cas échéant, aux trimestres déjà validés au titre de cette année, toujours dans la limite de quatre trimestres par année ; en revanche, cette validation ne donne lieu à aucun report de salaire au compte de l'assuré (art. L. 351-3, 1°, et R. 351-12, 1° CSS).

Cette validation est à la charge du Fonds de solidarité vieillesse.

Dans les régimes complémentaires, les IJ (indemnités journalières) ouvrent droit à la validation de points sur la base du dernier salaire avant l'arrêt de travail.

B. Salariés de la Fonction Publique

IV. LA DEMANDE DE MISE EN INVALIDITÉ AUPRES DE LA SECURITE SOCIALE ET SA PROCEDURE CONTENTIEUSE

En 2006, sur une population active estimée à 19.9 millions de personnes, 770.000 ont fait l'objet d'un arrêt de travail prolongé au-delà de 60 jours et 74.000 se sont vues attribuer une pension d'invalidité soit un taux de 3,7/1.000 par rapport à la population active.

En 2006, sur un total de 74.000 pensions d'invalidité, la 2^{ème} catégorie concerne 71% des pensions attribuées, les pensions de 3^{ème} catégorie concernaient 1,27% des pensions attribuées, les pensions de 1^{ère} catégorie concernaient 28% des pensions attribuées. La tranche d'âge des 50 à 59 ans, est la plus représentée (62%) dans la population des nouveaux pensionnés d'invalidité pour l'année 2006.

Pour cette même année, les femmes bénéficiant d'une pension d'invalidité sont à un taux de 50,6%. L'augmentation du nombre en valeur absolue de l'attribution des pensions d'invalidité annuelle peut s'expliquer par l'accélération du passage en invalidité des personnes en arrêt de longue durée comme le préconisait le rapport de 2003 mené par l'IGAS et l'inspection générale des finances, la limitation ces dernières années d'accès au dispositif des pré-retraites, le vieillissement de la population.

Les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité, toutes catégories d'invalidité confondues sont : les affections psychiatriques 28%, les maladies du système ostéo-articulaire 24% et les tumeurs 13%, soit au total 65% de l'effectif des mises en invalidité en 2006.

Parmi les affections psychiatriques, les troubles dépressifs, réactionnels et névrotiques représentent en 2006 la 1^{ère} cause de mise en invalidité : 17,5% de l'effectif total.

Les troubles de la personnalité représentent la 2^{ème} cause la plus fréquente parmi les affections psychiatriques (4%). Les troubles délirants et schizophréniques viennent en 3^{ème} place avec 2,8%.

Parmi les affections ostéo-articulaires les pathologies rachidiennes et discales occupent la 1^{ère} place en fréquence (10,1% de l'effectif total). Elles sont suivies par l'arthrose (sauf au niveau du rachis), occupant 4,9% de l'effectif total des mises en invalidité puis en 3^{ème} place par les polyarthrites (en particulier la polyarthrite rhumatoïde) : 1,6% de l'effectif total des mises en invalidité .

Parmi les tumeurs, le cancer du sein occupe la 1^{ère} place avec 4,3% de l'effectif total des mises en invalidité suivi par les cancers colorectaux qui occupent 1,1% de l'effectif total des mises en invalidité ainsi que les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx qui occupent également 1,1% de l'effectif total des mises en invalidité.

Les maladies de l'appareil circulatoire occupent la 4^{ème} place en fréquence des causes de mise en invalidité avec 11,6 % de l'effectif total. Parmi ces maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques occupent le 1^{er} poste avec 4,2 % de l'effectif total.

Les affections ostéo-articulaires constituent la 1^{ère} cause de mise en invalidité de 1^{ère} catégorie (30,3% de l'effectif) en 2006. Les affections psychiatriques entrent en 2^{ème} rang (24,1% de l'effectif pour la mise en invalidité de 1^{ère} catégorie).

En ce qui concerne la mise en invalidité 2^{ème} catégorie, les affections psychiatriques occupent la 1^{ère} place (39% de l'effectif en 2006) puis les affections ostéo-articulaires arrivent au 2^{ème} rang (21,6% de l'effectif en 2006).

En ce qui concerne les mises en invalidité pour 3^{ème} catégorie, la 1^{ère} place des causes est occupée par les maladies du système nerveux (sclérose en plaques, hémiplégie, paraplégie et tétraplégie représentant 43% des effectifs) ; il en a été exclu les troubles psychiatriques. La 2^{ème} cause en fréquence pour cette mise en invalidité de 3^{ème} catégorie est représentée par les tumeurs (18,3% en 2006), la 3^{ème} cause est représentée par les maladies de l'appareil circulatoire (17,3%) en 2006. En 2006, 10 ans après que les patients aient été mis en affection de longue durée, 23,4% des malades souffrant de sclérose en plaques bénéficient d'une pension d'invalidité, 21,9% faisant l'objet d'un accident vasculaire cérébral invalidant bénéficient d'une pension d'invalidité, 17,1% des polyarthrites rhumatoïdes évolutives graves sont mise en invalidité et occupant donc la 3^{ème} place, la 4^{ème} place est occupée par les artériopathies ischémiques (17%) et la 5^{ème} place par les maladies coronaires (15,1%).

Le contentieux de 1985 à 1989 concernant l'invalidité s'élève au niveau national à 51. 900 cas, 76 % des décisions initiales furent maintenues par le tribunal du contentieux de l'incapacité.

A. Définition

La définition officielle de l'invalidité (article L. 341-3 du Code de la Sécurité Sociale) est la suivante : " L'invalidité est la perte de capacité de travail ou de gain mettant le sujet hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité. L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de

l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. "

« L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées [de 2/3], sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction [fixée à 1/3 par le R. 341-2 du Code de la sécurité sociale] de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme. » (Article L. 341-1 du code de la sécurité sociale).

L'invalidité est une incapacité acquise par un assuré social par suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle ou d'une usure prématurée de l'organisme et qui, de ce fait, n'est pas en mesure de se procurer dans une profession quelconque un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue par un travailleur de la même catégorie professionnelle à laquelle il appartenait.

La réduction de la capacité de l'assuré est appréciée en tenant compte de la capacité physique restante, de l'âge, des facultés physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. Il s'agit donc d'une notion complexe qui tient compte à la fois de critères médicaux mais aussi de critères d'ordre professionnel et social.

" L'invalidité susceptible d'ouvrir droit à pension est non l'incapacité physique proprement dite, mais l'incapacité générale de gain déterminée par les différents facteurs susceptibles de conditionner le reclassement de l'assuré dans le monde du travail, c'est à dire, non seulement par la gravité et la nature des affections ou infirmités constatées, mais aussi par l'âge du sujet, ses aptitudes physiques et mentales, sa formation professionnelle et les activités exercées antérieurement par lui (article L. 341-3 du Code de la Sécurité Sociale). Cette incapacité générale de gain doit être appréciée par rapport à l'ensemble du marché du travail dans le cadre de la région de la résidence de l'intéressé ". Il est bien évident que ce point est le plus crucial dans la détermination de la justification à pouvoir jouir d'une pension d'invalidité. Il signifie en pratique qu'on ne doit pas avoir la possibilité de se procurer dans un travail quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des salariés de la même catégorie, dans la profession exercée avant l'invalidité (articles L. 341-1 et L. 341-2 du Code de la Sécurité Sociale) .

Cette inaptitude au travail est appréciée en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'intéressé ainsi de ses aptitudes de formation professionnelle :

- 1°) soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;
- 2°) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues au 4° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ;
- 3°) soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ;
- 4°) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme. » (Article L. 341-2 du code de la sécurité sociale) (l'usure prématurée de l'organisme correspond à un délabrement

physique et fonctionnel tel qu'on le retrouve chez des personnes d'un âge beaucoup plus élevé) .

L'invalidité concerne explicitement les situations qui ne résultent pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

B. Les conditions " administratives " nécessaires pour bénéficier d'une pension d'invalidité

La demande d'invalidité est faite par la Caisse sur proposition du médecin conseil ou par le salarié avec l'appui du médecin traitant.

Il faut (articles L.341-2 et R313-5 du Code de la sécurité sociale) :

* avoir moins de 60 ans

* présenter une invalidité réduisant au moins les 2/3 votre capacité de travail ou de gain.

* être immatriculé à la Sécurité Sociale depuis au moins 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenu, soit l'interruption de travail, soit la constatation par le médecin de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'Organisme.

* d'autre part :

-soit avoir travaillé (travail effectif ou de période assimilée) au moins 800 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail ou la constatation médicale de l'usure prématurée dont 200 heures au cours du premier trimestre civil ou des 3 premiers mois de ces 12 mois)

- soit justifier que les cotisations sur rémunérations perçues pendant les 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (ou la constatation de l'état d'invalidité) étaient au moins égales à celles dues sur 2.030 X le SMIC horaire soit 15448.30€ au 01.08.06 (dont 1015 fois le SMIC horaire les 6 premiers mois soit 7724.15€ le 01.08.06) dont au moins 1.015 X le SMIC horaire au cours des 6 premiers mois.

La pension d'invalidité est subordonnée à une condition d'activité préalable (au régime général). Les conditions sont les mêmes que pour les indemnités journalières de plus de six mois, ce qui est en cohérence avec le fait que, dans 95% des cas, la pension d'invalidité fait suite à un arrêt de maladie de longue durée.

Une demande de pension d'invalidité peut être rejetée par une caisse primaire d'assurance maladie pour des raisons dites administratives. En effet, l'attribution d'une telle pension d'invalidité est subordonnée aux conditions administratives ci-dessus .

C. Les formalités nécessaires à l'obtention de la mise en invalidité

Comme cela a déjà été écrit dessus, cette obtention survient soit à l'initiative de la Caisse d'Assurance Maladie, soit à la demande du patient.

La demande de pension d'invalidité peut être faite par la caisse d'assurance maladie, par exemple pour un assuré en arrêt maladie longue durée, ou par l'assuré. Elle est attribuée après avis du médecin conseil de l'assurance maladie.

1. Demande à l'initiative de la Caisse.

Lorsque l'attribution est prise à l'initiative de la Caisse, celle-ci fait connaître par lettre recommandée la date à partir de laquelle on ne peut plus prétendre aux

indemnités journalières de l'assurance maladie en raison de la stabilisation de son état de santé ainsi que la décision de procéder à la liquidation d'une pension d'invalidité si la caisse estime que cet état de santé réduit la capacité de gain d'au moins de 2/3 pour le patient.

2. Demande à l'initiative du patient

a. Les délais de dépôt de la demande

Si le patient prend l'initiative de la demande de pension d'invalidité, cette demande doit être faite dans un délai de 12 mois qui suit :

- soit la date de consolidation de la blessure lorsqu'on est atteint de lésions permanentes qui affectent la capacité du travail s'il s'agit d'un accident non professionnel ;
- soit la date de constatation médicale de l'invalidité, si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme constatée médicalement. Cette usure prématurée de l'organisme se définit comme un délabrement physique et fonctionnel tel qu'on le retrouve chez des personnes d'un âge beaucoup plus élevé .Cette dernière circonstance survient essentiellement lorsque la demande d'invalidité est faite par le patient .
- soit lorsqu'on a épuisé ses droits aux indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie (3 ans dans la plupart des cas) ;
- soit avant même le terme des 3 ans d'arrêt de travail, si l'état de santé est considéré comme stabilisé et non amélioré par un traitement actif;
- soit en cas d'arrêts de travail répétés de courte durée (durée inférieure à 6 mois pour la même pathologie) et dont le total atteint le maximum de 360 jours sur une période de 3 ans .

L'assuré doit se procurer auprès du siège de la Caisse primaire d'assurance maladie ou d'un centre de paiement de la dite Caisse le formulaire " Assurance invalidité – demande de pension d'invalidité " n° S 4150 e, et le remplir .

Cette demande accompagnée d'un certificat médical du médecin traitant doit être envoyée à la Caisse primaire d'assurance maladie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Modèle de demande d'octroi de pension d'invalidité
(à adresser en recommandé avec accusé de réception)

Nom, prénom	A (lieu), le (date)
Adresse	Monsieur le Directeur de la
Objet : demande d'octroi de pension d'invalidité	Caisse primaire d'assurance maladie de

Monsieur le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de,

Je suis invalide suite à un accident (ou une maladie) non professionnel (le). Je me trouve de ce fait dans l'incapacité de travailler (ou : je présente une capacité de travail réduite au moins des deux tiers).

C'est pourquoi je sollicite l'octroi d'une pension d'invalidité.

Vous trouverez ci-joint un certificat médical établi par mon médecin traitant attestant mes dires.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de, l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature

b. La décision de la Caisse.

Le patient sera alors convoqué par le service médical de la Caisse primaire d'assurance maladie qui prendra la décision. Suite à cette convocation, le patient est examiné par un médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie. A la suite de l'examen, celui-ci rédigera un rapport dont les propositions finales seront transmises à la Caisse Primaire. En cas d'accord, le médecin conseil précise la catégorie d'invalidité et la date de révision éventuelle ou son caractère définitif.

La caisse notifie sa décision par lettre recommandée avec avis de réception dans les deux mois qui suivent la date de réception de la demande du patient. Ce courrier précise la catégorie et le montant de la pension attribuée. L'absence de la réponse de la caisse d'assurance maladie vaut décision de rejet. L'absence de réponse de la caisse primaire passé ce délai vaut le rejet de la demande du patient. On peut alors engager un recours.

La demande d'invalidité peut-être refusée :

- quand le médecin conseil estime que l'affection n'est pas stabilisée (affection encore évolutive le plus souvent chez un patient en arrêt de travail avant la fin des 3 années maximum d'arrêt de travail) ou que l'incapacité n'atteint pas les 2/3 ou 66,6 % requis.

- lorsque l'incapacité qui pourrait la justifier est antérieure à l'immatriculation et non aggravée depuis celle-ci, par exemple une affection de l'enfance, une maladie congénitale.

- ou si l'incapacité est déjà indemnisée au titre d'un autre régime d'invalidité, d'un accident du travail, d'une pension militaire... sauf si l'état s'est aggravé sans pouvoir être indemnisé par d'autres législations ou qu'une pathologie nouvelle surajoutée entraîne, dans les deux cas, une incapacité des 2/3 toutes pathologies confondues. En cas de refus, le demandeur peut s'orienter vers la M.D.P.H. en vue d'une allocation aux adultes handicapés, sous conditions de ressources.

En cas de refus ou de suppression d'une invalidité, l'assuré peut faire une nouvelle demande dans le délai de 12 mois suivant la date de rejet de la précédente demande (ou plus précocement en cas d'aggravation de la maladie) ou la notification de rejet par le T.C.I.

L'assuré peut-il refuser la mise en invalidité notifiée par la caisse après avis du médecin conseil ?

Une mise en invalidité comporte en fait deux décisions :

- l'état du patient est stabilisé non évolutif : une contestation de la stabilisation peut aboutir à une expertise médicale - si l'expert déclare l'assuré non stabilisé, les arrêts de travail peuvent se poursuivre dans la limite maximale de 3 ans d'indemnités journalières pour la même pathologie.
- si l'expert déclare l'assuré stabilisé, la notion d'incapacité des 2/3 est maintenue et l'invalidité est confirmée ; l'assuré peut-il renoncer à son invalidité ? Non, un arrêt de la Cour de cassation s'y oppose (Chambre sociale du 05.01.1990) : " la pension d'invalidité en tant que prestation de Sécurité Sociale à un caractère d'ordre public, la Caisse de Sécurité Sociale est tenue de la verser et l'assuré ne peut en conséquence y renoncer ".

c. Les différentes catégories d'invalides

La décision de la Caisse portera sur la reconnaissance de non de l'état d'invalidité du patient et sur le classement dans l'une des 3 catégories d'invalidité qui déterminera le montant de la pension d'invalidité (Article L.341-4 du code de la sécurité sociale) .

Lorsque le patient est reconnu invalide, il est classé en 3 catégories :

Catégorie 1 : possibilité d'exercer une activité professionnelle salariée.

Catégorie 2 : un patient qui a l'incapacité d'exercer une activité professionnelle.

Catégorie 3 : incapacité absolue d'exercer une activité professionnelle et obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne . Cette assistance d'une tierce personne doit être considérée nécessaire pour être effectuée tous les actes ordinaires de la vie. Ces actes ordinaires ont été précisés de façon officielle par la Cour Nationale de l'Incapacité et sont énumérés dans le tableau ci-contre :

- quitter son lit seul
- se vêtir seul totalement ou partiellement
- se lever d'une chaise.
- s'asseoir sur une chaise
- marcher seul avec ou sans canne, une béquille, des appuis
- se dévêtir seul totalement ou partiellement
- aller à la selle ou uriner seul
- aller à la selle dans des WC ordinaires ou grâce à une installation particulière.
- manger et boire seul

S'il peut manger et boire,

- couper ses aliments divers, se servir un liquide à boire
- quitter sa maison seul en cas d'incendie, (préciser si la personne vit à un étage ou non).

Si l'invalide est appareillé :

- mettre en place seul son appareillage orthopédique en précisant de quel appareil il s'agit
- utiliser une voiture mécanique
- utiliser seul un moyen de transport personnel ou le transport en commun

Cette catégorie n°3 bénéficie d'une majoration pour tierce personne (MTP) . La majoration pour tierce personne (MTP) est accordée aux personnes qui, avant 65 ans, sont reconnues comme " absolument incapables d'exercer une profession et, en outre, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer

les actes ordinaires de la vie " (définition de l'invalidé du 3ème groupe, art. L 341-4-3ème du code de la Sécurité Sociale) .

La majoration est versée en complément d'une rente d'accident du travail, d'une pension d'invalidité ou de vieillesse .

Peuvent bénéficier de la MTP les titulaires d'une pension d'invalidité (3ème groupe) qui bénéficiaient déjà de cette aide avant 60 ans et qu'ils continueront de percevoir après la transformation, à 60 ans, de leur pension d'invalidité en pension de vieillesse.

Il se peut aussi qu'un invalide du 1er ou du 2ème groupe remplisse les conditions pour avoir droit à la MTP, après 60 ans, à un moment où une pension de vieillesse s'est substituée à son pension d'invalidité . La majoration lui est alors versée dès lors que les conditions pour y avoir droit sont remplies avant 65 ans . Peuvent aussi obtenir cette majoration les titulaires d'une pension de vieillesse attribuée ou révisée pour inaptitude au travail, sous réserve de remplir les conditions d' invalidité du 3ème groupe avant 65 ans (art. L 355-1 du Code de la Sécurité Sociale) .

La MTP est accordée par le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime des commerçants ou des artisans . Elle ne se cumule ni avec la prestation dépendance , ni avec l'ACTP allouée aux personnes handicapées.

En cas d'hospitalisation, elle est versée pendant tout le mois civil qui suit celui au cours duquel la personne est hospitalisée. Au-delà, le versement est suspendu (art. R 341-6 CSS). Le service de la majoration est rétabli le jour de la sortie de l'hôpital (circulaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse du 25.06.86) .

La majoration pour tierce personne est théoriquement accordée qu'à ceux qui sont incapables d'accomplir seuls tous les actes ordinaires. En fait, il est souvent admis de l'accorder si l'incapacité ne concerne pas tous les actes mais la plupart des actes considérés comme ordinaires (J.P. Rouaud, Assurance invalidité, Revue du Rhumatisme, 1998, 65 [11 bis], p 287S – 289 S) .

La C.N.I.T, tend à accorder cette majoration pour tierce personne " in concreto ", c'est-à-dire en analysant la journée du handicapé et en appréciant les moments et les gestes nécessitant l'aide d'une tierce personne .

Il convient de noter que, contrairement à la Cour de Cassation, il n'existe pas malheureusement de recueil de jurisprudence des arrêts de la C.N.I.T, . Un tel recueil permettrait à un conseil juridique ou à un médecin de recours d'augurer du succès d'une procédure engagée auprès de cette instance . L'idéal pour le plaignant consiste donc à consulter un médecin - conseil de recours ou un avocat spécialisés dans les procédures auprès de la C.N.I.T.

La Cour de Cassation estime que la nécessité d'une assistance pour l'accomplissement d'un seul des actes ordinaires de la vie (mais un acte essentiel) permet l'admission dans la troisième catégorie des invalides (Chambre Civile de la Cour de Cassation, 12 janvier 1961, n° 57-51.320, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, deuxième partie, deuxième Chambre Civile, 1961, p 27) .

Le calcul de la pension d'invalidité s'apparente au calcul d'une pension de vieillesse : la pension est le produit d'un taux (30% pour les invalides de première catégorie, 50% en deuxième et troisième catégorie) par un salaire annuel moyen, calculé sur les dix meilleures années. Toutefois, la durée d'assurance n'intervient pas (pas de coefficient de proratisation, ni de durée requise pour le « taux plein »).

Comme noté dans le rapport de l'IGAS, ceci peut conduire à accorder une pension d'invalidité plus élevée à un assuré n'ayant travaillé qu'un an à un salaire donné (par

exemple au plafond ou au SMIC) qu'à un assuré ayant travaillé 10 ans à ce même niveau de salaire.

Les invalides de troisième catégorie bénéficient en sus de la majoration pour tierce personne (MTP).

Cette classification en catégorie a des conséquences financières puisque la pension d'invalidité pour un invalide de catégorie 1 se monte à 30 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années, que la pension d'invalidité de la catégorie 2 se monte à 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années

Le montant mensuel maximum de la pension pour un invalide de catégorie 1 se monte à 831 € 90 au 1-1-2008 . Le montant mensuel minimum de la pension pour un invalide de catégorie 1 se monte à 258 € 10 au 1-1-2008 .

Le montant mensuel maximum de la pension pour un invalide de catégorie 2 se monte à 1.386 € 50 au 1-1-2008 . Le montant mensuel minimum de la pension pour un invalide de catégorie 2 se monte à 258 € 10 au 1-1-2008 .

La pension d'invalidité pour un invalide en catégorie 3 correspond à 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années + une majoration pour tierce personne égale à 40 % de la pension de deuxième catégorie . Ce taux de 40 % n'est en fait jamais appliqué car il est fixé un taux minimum à cette majoration qui est beaucoup plus élevé de 12.129 € 84 par an, soit 1010 € 82 par mois le 01-01- 2008 .

Le montant mensuel maximum de la pension pour un invalide de catégorie 3 se monte à 2.397 € 32 au 1-1-2008 . Le montant mensuel minimum de la pension pour un invalide de catégorie 3 se monte à 1.268 € 92 au 1-1-2008 .

La pension d'invalidité peut être cumulée avec l'allocation pour adulte handicapé (AAH) à condition de ne pas dépasser la montant maximal de l'AAH.

La pension d'invalidité est soumise à la CSG au taux de 6.6% si le titulaire n'est pas imposable sur le revenu et de 3.8% s'il n'est pas imposable sur le revenu mais imposable au titre de la taxe d'habitation (au 01.01.06).

La pension d'invalidité est soumise à la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale) au taux de 0.5% au 01.01.06.

La pension d'invalidité est exonérée des prélèvements de la CSG et de la CRDS au 01.01.06 si le revenu fiscal de référence de 2004 porté sur l'avis d'imposition pour 2005 est inférieur à 7286€ majoré de 1946€ par demi part du quotient familial ou 973 € par quart de part supplémentaire.

L'attribution d'une pension d'invalidité, quelle que soit sa catégorie, n'interdit pas à l'invalide de travailler. Elle n'entraîne pas non plus automatiquement une inaptitude au sens du droit du travail, qui conditionne le licenciement pour inaptitude, et qui doit être déterminée par le médecin du travail.

Toutefois, le montant de la pension d'invalidité peut être réduit si (après six mois de cumul), l'assuré bénéficie en cumulant la pension et son salaire de ressources supérieures au salaire moyen qu'il percevait avant son invalidité. Il est à noter que selon les statistiques fournies par la CRAMIF, la moitié des invalides de première catégorie travaillent, ce pourcentage étant encore de 7% des invalides de seconde catégorie.

D. L' allocation supplémentaire d'invalidité

Il existe un « minimum invalidité », l'allocation supplémentaire invalidité (ASI), dont peuvent bénéficier les titulaires d'une pension d'invalidité si leurs ressources sont inférieures à un plafond.

En complément de la pension d'invalidité et si les ressources du titulaire de la pension d'invalidité sont insuffisantes, ce dernier peut aussi percevoir une allocation supplémentaire d'invalidité encore appelée allocation supplémentaire du fond spécial d'invalidité.

Cette allocation supplémentaire d'invalidité est réglementée par l'ordonnance n°2004-605 du 24.06.04 inscrite dans les articles L815-24 à L815-29 du code de la sécurité sociale.

Les décrets n°2007-56 et 2007-57 du 12.01.07 ont précisé les dispositions réglementaires.

L'allocation supplémentaire d'invalidité est applicable à partir du 01.01.2006.

Peuvent prétendre à cette allocation supplémentaire d'invalidité, les titulaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale âgés de moins de 60 ans, âgés de 20 ans et plus doivent remplir une demande sur le formulaire n°S4151 de « Demande d'allocation supplémentaire du fond spécial d'invalidité » et l'adresser au service invalidité de leur Caisse d'assurance maladie.

L'allocation supplémentaire d'invalidité est payée par les organismes payeurs de la pension d'invalidité. Le droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité prend fin dès lors que le titulaire remplit la condition d'âge pour bénéficier de l'ASPA (l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées). Le titulaire de l'allocation supplémentaire d'invalidité étant présumé inapte au travail pour l'attribution de l'ASPA, le droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité prend donc fin au soixantième anniversaire du titulaire. En effet, la pension d'invalidité prend fin à l'âge de 60 ans et est remplacée par une pension de vieillesse pour inaptitude au travail. L'assuré doit alors souscrire une demande d'ASPA avec sa demande de retraite. L'ASPA pourra ainsi prendre effet à la même date que la pension de vieillesse.

L'ASI est récupérable avec récupération sur la succession du bénéficiaire sur la part de l'actif net successoral qui est supérieure à 39.000 €. Le Fond spécial d'invalidité peut également prendre une inscription d'hypothèque sur les biens du bénéficiaire.

Le montant de l'ASI est déterminé dans les limites d'un plafond de ressources. On prendra en considération les ressources de l'intéressé et le cas échéant celles du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Il faut donc que les ressources soient inférieures à un plafond annuel qui est fixé au 01.01.2008 à 7.719,52€ si le demandeur vit seul et de 13.521,27€ si le demandeur vit en couple c'est-à-dire est marié ou a un concubin, un partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Il est en particulier tenu compte des ressources suivantes :

- les salaires ou gains assimilés à des salaires,
- les autres revenus professionnels sans tenir compte des abattements ou réduction d'impôts.
- Les revenus des terres exploitées, ces terres ne pouvant excéder 3 hectares,
- Le revenu fictif de l'entreprise évalué à 3% de sa valeur vénale pour les artisans et les commerçants,
- La pension de reversion d'orphelins majeurs infirmes.

Par contre les ressources suivantes ne sont pas prises en compte :

- les prestations familiales,
- les prestations de l'aide sociale et de l'assurance maladie maternité,
- la majoration pour tierce personne,
- la retraite du combattant,
- les pensions attachées aux distinctions honorifiques,
- l'allocation logement ou l'APL.

La valeur de la résidence principale occupée par le demandeur n'est pas retenue. En revanche les autres biens immobiliers ou mobiliers dont le demandeur ou son conjoint est propriétaire sont estimés procurer un revenu égal à 3% de leur valeur vénal.

Les revenus de biens immobiliers et mobiliers ayant fait l'objet d'une donation au cours des cinq dernières années précédant la demande sont évalués à 3% de leur valeur vénale.

Si la donation date de 5 ans à 10 ans, ces revenus sont évalués à 1.5% de leur valeur vénale.

Le montant de l'ASI varie en fonction des ressources, elle ne peut dépasser au 01.01.2008, 4.439.98€ par an si le demandeur vit seul et 7.326.61 € par an pour les conjoints mariés qui en bénéficient tous les deux. Dans le cas de concubins ou de partenaires liés par un pacte civil de solidarité, le montant maximal utilisé est celui pour une personne seule.

Le bénéficiaire de cette ASI ne paie pas de CSG ni de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) pour cette allocation. Cette allocation n'est pas non plus soumise à l'impôt sur le revenu. Les prestations antérieures servies à la place de l'ASI avant le 01.01.06 sont poursuivies suivant les règles applicables avant cette date, il s'agit de l'allocation supplémentaire réglée par l'ancien article L815-3 du code de la sécurité sociale.

Les titulaires d'une allocation supplémentaire dépendant de l'ancien article L815-3 du code de la sécurité sociale (dite allocation supplémentaire) peuvent demander l'ASI. La commission de recours amiable est compétente pour les contestations relatives à l'attribution, au refus d'attribution, à la suspension, à la révision et à la récupération sur succession de l'ASI (Allocation Supplémentaire d'Invalidité).

En plus de sa pension d'invalidité, l'assuré invalide peut bénéficier de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse (ancien article 815 - 3 du Code de la Sécurité Sociale), qui n'est plus attribuée depuis le 1-1-2006, si ses ressources totales (sauf les prestations familiales, les allocations pour tierce personne) n'excèdent pas, au 1-1-2008, 7.719 € 52 par an pour une personne seule et 13.521 € 27 pour deux personnes mariées (anciens articles 815 - 2 à 815 – 21 du Code de la Sécurité Sociale) . Un plafond spécial est prévu pour les veuves de guerre de 16632.46€ au 01.01.08. Si ce plafond est dépassé, l'allocation est diminuée d'autant .

Depuis le 01.01.06, les personnes qui remplissent les conditions d'attribution de l'ancienne allocation supplémentaire détaillées ci-dessus peuvent prétendre à l'allocation supplémentaire d'invalidité. Les informations ci-dessus ne concernent donc plus que les anciens bénéficiaires de l'allocation supplémentaire qui continuent à percevoir cette allocation.

La demande doit être déposée auprès du service invalidité de sa Caisse d'assurance maladie. Le montant de cette allocation supplémentaire est au 1-1-2008 de 4.439 € 98 par an pour une personne seule et 7.326 € 61 pour deux personnes mariées 369 € 97 par mois pour une personne seule et de 615 € 55 par mois pour deux personnes mariées .

La CSG et la CRDS ne sont pas prélevées sur cette allocation supplémentaire . Les sommes versées au titre du Fonds de Solidarité Vieillesse seront récupérées en totalité ou en partie sur la succession du titulaire de la pension si l'actif de cette succession dépasse 39.000 euros au 1 – 1 – 2.008 .

E. Calcul de la pension d'invalidité

« La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la Caisse primaire d'assurance maladie. »(Article L.341-7 du Code de la Sécurité sociale), à la différence d'autres pays, dans lesquels l'invalidité est rattachée à l'assurance vieillesse.

Le montant de la pension d'invalidité est fixé sur la base d'un salaire annuel moyen et d'un taux qui tient compte de la catégorie d'invalidité.

Le salaire annuel moyen est calculé à partir des salaires soumis à cotisation des 10 meilleurs années civiles d'assurance et précédant soit l'arrêt de travail suivi l'invalidité, soit la constatation par le médecin de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Pour déterminer ces 10 meilleures années, on applique sur les salaires pris en compte seulement dans la limite du plafond de cotisation de la sécurité sociale, les coefficients de revalorisation à vigueur à la date d'attribution de la pension.

A ce salaire annuel moyen, on applique un pourcentage qui diffère selon la catégorie d'invalidité, 30 % du salaire annuel moyen pour la catégorie 1, 50 % du salaire annuel moyen pour la catégorie 2.

En outre, le patient peut bénéficier de l'allocation supplémentaire versée par le fond de solidarité vieillesse sous condition de ressource.

Le versement de la pension est effectuée mensuellement à terme échu (sauf en Alsace Moselle où il est effectué à terme à échoir) au maximum jusqu'au soixantième anniversaire du bénéficiaire.

F. L'évolution du statut d'invalidité

1. En cas de modification de l'état de santé du patient

Selon l'article L. 341-9 du Code de la Sécurité Sociale, la pension d'invalidité est toujours considérée à titre temporaire, la pension d'invalidité peut toujours être révisée, suspendue ou supprimée soit du fait d'une modification de l'état de santé de l'assuré, en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de santé du patient, soit du fait d'un cumul avec des revenus du travail .

La caisse peut demander à tout moment à son médecin conseil de convoquer le patient afin d'apprécier l'état de santé de l'invalidité.

Si la caisse modifie la catégorie du patient, elle le notifie par une décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Lorsque ces changements se traduisent par une réduction de la pension, ils s'appliquent à la première échéance mensuelle qui suit la décision de la caisse. Lorsqu'ils se traduisent par une augmentation de la pension, par exemple passage de la catégorie 1 à la catégorie 2,

ils s'appliquent à la date de la constatation du nouvel état de santé. En cas de passage de la catégorie 2 à la catégorie 3 des invalides, ils s'appliquent au premier jour du mois qui suit la date de réception de la majoration ou à la date du contrôle médical de la Caisse.

2. En cas de reprise d'une activité professionnelle

La Caisse primaire d'assurance maladie peut décider que la pension d'invalidité soit suspendue, voire supprimée lorsque la capacité de gain du patient devient supérieure à 50 %. Elle considère qu'il en est le cas lorsque le patient peut se procurer dans une profession quelconque un salaire supérieur à la moitié de la rémunération normale perçue dans la même région par les personnes appartenant à la catégorie professionnelle dont le patient relevait avant l'invalidité. La décision est prise par la Caisse primaire d'assurance maladie .

Le montant de la pension est réduit si l'assuré bénéficie sous forme de pension et de salaire cumulés, de ressources supérieures au salaire moyen qu'il percevait avant son invalidité.

Si le patient a repris une nouvelle activité salariée et que le cumul du nouveau salaire et de la pension a pour effet de procurer des ressources supérieures au salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédent l'arrêt de travail suivi de l'invalidité, et ceci durant deux trimestres consécutifs, la pension d'invalidité est suspendue, ou seulement réduite à concurrence du dépassement.

Comment calculer sa pension en cas de reprise de travail rémunéré ?

Diminution de pension = salaire de comparaison - (pension actuelle + salaire brut reçu) .

Le salaire de comparaison est le salaire perçu pendant l'année civile qui a précédé le début de l'arrêt de travail qui a lui-même précédé la mise en invalidité (ce salaire est actualisé en fonction de coefficients officiels tenant compte de l'inflation).

Cette diminution éventuelle de la pension n'est effective qu'au delà de deux trimestres consécutifs de salaires.

A l'inverse, la pension est recalculée en cas de baisse de revenus dès le trimestre suivant celle-ci.

Si le patient reprend une activité non salariée, que le total de la pension d'invalidité et du gain provenant de cette activité dépasse, après 6 mois d'activité, au 1^{er} janvier 2006, un montant de 5.943 € 56 / an pour une personne seule et 8.229 € 58 pour un ménage, la pension d'invalidité est supprimée à la fin du mois au cours duquel le patient a repris son activité.

Lorsque le dépassement est inférieur au montant de cette pension, cette dernière pension n'est pas supprimée mais réduite en conséquence.

3. Au moment de la retraite

« La pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L.351-1 du Code de la Sécurité sociale (âge d'ouverture des droits à une pension de vieillesse). Elle est remplacée à partir de cet âge par la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail. » (Article L.341-15 du Code de la Sécurité sociale). Toutefois, « par dérogation aux dispositions de l'article L.341-15 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande. L'assuré qui exerce une activité professionnelle et

qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L.351-1 du Code de la Sécurité sociale, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficiaire de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L.351-8 du Code de la Sécurité sociale (âge d'annulation de la décote). » (Article L.341-16 du Code de la Sécurité sociale).

Les titulaires d'une pension d'invalidité acquièrent des droits à retraite sous forme de périodes assimilées, à raison d'un trimestre validé au régime général pour « chaque trimestre civil comportant une échéance du paiement des arrérages de la pension d'invalidité » (article R. 351-2 du code de la sécurité sociale). Ces validations ne donnent pas lieu à un report de salaire au compte de l'assuré.

Chaque trimestre de perception de la pension d'invalidité est compté comme période d'assurance pour l'ouverture du droit à pension de vieillesse sans qu'il puisse être validé plus de 4 trimestres par an (article 351-12, 3e et dernier alinéa du Code de la Sécurité sociale) .

Les bénéficiaires de pensions d'invalidité valident également des points dans les régimes complémentaires, sur la base de leur dernier salaire.

Lors du passage à la retraite, certaines prestations permettent en outre de bénéficier automatiquement de la retraite au titre de l'inaptitude, sans passage devant le médecin conseil. C'est le cas des pensions d'invalidité et de l'AAH.

A 60 ans, la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse versée au titre de l'inaptitude médicale au travail (articles L. 341-15 et R. 341-22 du Code de la Sécurité sociale) qui ne peut être inférieure à l'allocation au vieux travailleurs salariés (AVTS) soit 2.807 € 72 par an au 1-1-2002, c'est-à-dire 18.415 F 84 (soit 233 € 98, c'est-à-dire 1.534 F 65 / mois) .

Toutefois si à 60 ans, le patient exerce une activité professionnelle, il a le droit de s'opposer à l'attribution de la pension de vieillesse. Si le titulaire souhaite continuer à travailler après 60 ans, il peut demander le report de l'ouverture des droits en pension de vieillesse. La pension d'invalidité ne lui sera toutefois plus versée après 60 ans.

Dans ce cas, il doit établir qu'il exerce effectivement une activité professionnelle :

- salariée en produisant une attestation de son employeur
- non salariée en produisant une attestation d'affiliation de sa caisse d'assurance vieillesse.

La pension vieillesse sera alors attribuée ultérieurement lorsque le patient fera la demande de la pension qui sera alors versée, ne pourra être inférieure à celle dont il aurait bénéficié à 60 ans, s'il ne s'était pas opposé à la substitution.

Les personnes titulaires d'une pension d'invalidité, ayant pris effet avant le 31 mai 1983 pourront prétendre à l'âge de 60 ans à une retraite dont le montant sera au moins égal à celui de la pension d'invalidité dont elles bénéficient (article L.341-15, alinéa 3 du code de la sécurité sociale).

G. Les avantages sociaux et fiscaux accordés aux invalides

1. Avantages sociaux

L'invalidé a droit aux remboursements de ses frais de soins sans limitation de durée en cas de maladie ou de maternité. Il est pris en charge à 100 % sauf pour les médicaments à vignette bleue remboursés à 35 % .

Les dépenses de ses ayants droits sont remboursées aux conditions habituelles quelque soit le taux d'incapacité de l'invalidé.

Pendant la période d'invalidité, le nombre de trimestres comptabilisés pour les droits à la retraite continue à augmenter (les fameux 37,5 puis 40 ans effectués pour obtenir une retraite pleine) ; par contre, les revenus tirés de l'invalidité ne sont pas pris en compte dans la moyenne des 10 puis progressivement des 20 meilleures années de revenus pour calculer le salaire de référence de la retraite).

L'allocation de logement social peut-être versée sous conditions de ressources à un invalide de deuxième ou troisième catégorie ' majoration tierce personne) ainsi qu'au veuf invalide.

L'allocation de chômage dite " allocation unique dégressive " se cumule avec la pension d'invalidité de première catégorie - par contre, en cas de pension de deuxième ou de troisième catégorie, c'est une allocation différentielle entre le montant de l'allocation unique dégressive et la pension d'invalidité qui est versée (pouvant aboutir au non versement de l'allocation chômage).

2. Avantages fiscaux

a. Imposabilité des pensions

- D'une manière générale, en droit fiscal, sont considérées comme non imposables les pensions de vieillesse et d'invalidité d'un montant inférieur ou égal à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (soit 3.097 € 31 par an, c'est-à-dire 258 € 11 par mois, au 1^{er} janvier 2008) et lorsque l'ensemble des ressources du bénéficiaire de la pension d'invalidité, y compris la pension, n'est pas supérieur au plafond requis pour la percevoir, c'est-à-dire n'est pas supérieur au plafond requis pour percevoir l'allocation aux vieux travailleurs salariés (au 01.01.08, 7.719,52€ pour une personne seule, 13.521,27€ pour un ménage, avec un plafond particulier de 12.222,47€ pour les veuves de guerre), .

Ne sont pas imposables les indemnités temporaires, les prestations et les rentes d'accident du travail versées par la Sécurité Sociale.

Dans le cas précis des pensions d'invalidité versées par la Sécurité Sociale, le montant de la pension d'invalidité est en général imposable.

La majoration pour tierce personne ou troisième catégorie d'invalidité n'est pas imposable.

b. Abattement spécifique

Les contribuables handicapés dont le revenu global net n'excède pas un certain montant peuvent bénéficier d'un abattement sur ce même revenu. Sont considérés à ce titre, comme handicapés, les titulaires d'une rente pour accident du travail atteints d'une incapacité minimale de 40 %, les titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (délivrée par la M.D.P.H.)

Le montant du revenu s'apprécie par foyer fiscal, et non par personne prise individuellement. Si l'handicapé est l'épouse, il convient donc de considérer les revenus de l'épouse mais additionnés de ceux de son mari et inversement. Cet abattement était pour les revenus de 2007 de 2.202 € lorsque le revenu global net n'excédait pas 13.550 € et de 1.1015 € lorsque le revenu global net était compris entre 13.550 € et 21.860 €. Lorsque le revenu global net est supérieur à 21.860 €, le montant de l'abattement est nul.

Lorsque dans un ménage soumis à imposition commune, les deux conjoints remplissent les conditions d'invalidité ci-dessus, le montant de l'abattement est doublé.

c. Coefficient familial majoré

Bénéficiaire d'une demi part supplémentaire pour le coefficient familial de base (article n° 195 du Code général des impôts), les titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (délivrée par la M.D.P.H.), les bénéficiaires d'une pension militaire pour une invalidité d'au moins 40%, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité pour accident du travail d'au moins 40% (le bénéficiaire d'une rente pour maladie professionnelle peut être assimilé au titulaire d'une pension d'invalidité pour accident du travail). Une carte d'invalidité est délivrée à titre définitif ou pour une durée déterminée aux personnes classées en 3^{ème} catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale (article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles). Seules les personnes considérées comme invalides de 3^{ème} catégorie au titre des pensions d'invalidité de la sécurité sociale ont donc droit automatiquement à une coefficient familial majoré. Les personnes considérées comme invalides de 1^o, 2^{ème} catégorie au titre des pensions d'invalidité de la sécurité sociale n'ont donc pas droit automatiquement à une coefficient familial majoré .

En cas d'infirmités multiples provenant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles successifs, les taux sont cumulés (DA 5 D-3111 n°12).

L'économie résultant de la demi part supplémentaire accordée aux anciens combattants ou aux invalides sans personne à charge est plafonnée à 2.857€ en 2.007 .

Lorsqu'une même personne ouvre droit à plusieurs demi parts supplémentaires en raison de sa situation personnelle, elle ne pourra prétendre qu'à une seule demi part (exemple : une personne titulaire à la fois d'une rente pour accident du travail et d'une carte d'invalidité n'ouvrira droit qu'à une seule unique part supplémentaire). En revanche quand plusieurs personnes au foyer remplissent chacune des conditions pour ouvrir droit à une demi part supplémentaire, ces demi parts se cumulent (par exemple, deux conjoints titulaires d'un taux d'IPP d'au moins 40 % d'accident du travail).

d. Impôts locaux

- taxe d'habitation : pour bénéficier d'un dégrèvement total de la taxe d'habitation de votre habitation principale, il faut ne pas être imposable à l'impôt sur le revenu au titre de l'année précédente et être invalide.
- taxe foncière : on ne peut pas bénéficier d'un dégrèvement de la taxe foncière si l'on est titulaire d'une pension d'invalidité .

H. Procédure contentieuse

Comme nous l'avons vu, la caisse primaire d'assurance maladie peut rejeter une demande du patient d'invalidité. La caisse notifie cette décision par lettre recommandée dans les deux mois qui suivent la date de réception de la demande du patient en invalidité.

En cas de contestation, le patient dispose de deux actions possibles :

1. Le contentieux en cas de refus " administratif "

Le litige porte sur les conditions d'ouverture du droit en pension, ceci est peu fréquent et peut concerner par exemple des problèmes d'immatriculation à la Sécurité Sociale ou des justifications de travail au cours des 12 mois précédents. L'assuré doit saisir la Commission de Recours Amiable . En cas de réponse défavorable, il saisira alors le TASS, puis ensuite éventuellement la Cour de Cassation .

2. Le contentieux en cas de refus " médical "

a. Cas du refus du médecin conseil pour affection non stabilisée

Le médecin conseil lors de l'élaboration du rapport d'invalidité apprécie si le ou les affections à l'origine de la demande sont encore ou non évolutives, c'est à dire susceptibles d'amélioration éventuelle spontanée ou sous l'amélioration d'un traitement actif : si l'affection est encore évolutive, il peut conclure à une affection " non stabilisée " et refuser l'invalidité .

Le recours est l'expertise médicale (de type L. 141-1) : vous serez convoqué devant un médecin expert désigné d'un commun accord entre votre médecin traitant et le médecin conseil de la Sécurité Sociale.

b. Cas du refus du médecin conseil pour affection stabilisée

Il s'agit du cas le plus fréquent .

Si l'affection paraît pour le médecin conseil stabilisée, il peut refuser s'il considère que l'incapacité n'atteint pas 66.66 %.

En cas de litige sur le degré de handicap (inférieur à 2/3 ou désaccord sur la catégorie d'invalidité), le recours est le tribunal du contentieux de l'incapacité (T.C.I.) (Articles R. 143-1 à R. 143-24 du Code de la Sécurité Sociale).

aa. Le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité

A la différence du TASS, le recours amiable devant la Commission de recours amiable n'est pas indispensable. Le demandeur ne peut faire appel à un examen par la Commission de recours amiable (article R.143-1 du Code de sécurité sociale

inscrit par le décret du 03.07.03) que pour les réclamations portant sur l'incapacité permanente du travail. Lorsque le demandeur reçoit la décision de rejet de la CRA (Commission de recours amiable) il bénéficie alors d'un délai de deux mois pour saisir le TCI.

Lorsque le demandeur, au bout d'un mois après la réception du recours n'a pas reçu la décision de la CRA, ce silence gardé vaut rejet et ouvre le délai contentieux d'un mois pour se pourvoir devant le TCI (article R.143-1 du code de la sécurité sociale). Les autres réclamations sont portées directement devant le TCI.

- Quelques statistiques sur le contentieux technique :

En 2006, 57.000 recours ont été déposés auprès des Tribunaux du contentieux de l'incapacité avec un délai moyen d'audiencement de 13 mois. En 2006, le délai de notification moyen de 28,5 jours, le nombre d'audiences de 5.154 . En moyenne, le nombre d'affaires examinées par audience est de 15 ; Le nombre d'appels devant la CNITAAT de 7%.

Les recours devant les TCI se répartissent approximativement en 55% pour les handicaps, 25% pour les accidents du travail et maladies professionnelles, 10% pour l'invalidité et 10% pour l'inaptitude .

165.730 contestations ont eu lieu de 1985 à 1989 en France. La décision initiale a été maintenue dans les ¾ des cas .

Parmi ces contestations on note 86.135 contestations du taux d'incapacité permanente lors d'accidents du travail ou de maladie professionnelle. Les décisions initiales ont été confirmées dans 73 % des cas.

On compte 22 TCI métropolitains, dont 5 ne tiennent pas d'audience foraine (Paris, Clermont-Ferrand, Limoges, Rouen et Toulouse) et 3 TCI dans les DOM (Martinique-Guyane, Guadeloupe, Réunion) .

α. Domaine de compétence

Le contentieux technique de la Sécurité Sociale (article L.143-1 du Code de la Sécurité Sociale) qui régit le litige concernant la détermination de l'état ou du degré d'invalidité est assuré par le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) .

Le TCI et la CNITAAT constituent une juridiction d'exception de composition plurielle, de base tripartite mêlant magistrats de carrière, souvent honoraires, assesseurs employeurs et salariés, dotée d'une compétence propre et obéissant à une procédure autonome. On dénombre 24 TCI. Ils examinent environ 65000 dossiers par an et ont rendu à peu près 69000 décisions en 1999.

Le domaine de compétence du TCI est précisé par l'article L.143-1 du Code de la Sécurité Sociale et l'article L.323-11 du Code du travail . Le TCI possède une compétence exclusive au premier degré et en appel la cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) possède une compétence exclusive pour connaître les litiges attribués par les articles L.142-3 et L.143-1 du Code de la sécurité sociale.

L'article L.143-1 du Code de la Sécurité Sociale, d'une manière plus générale, stipule que :

Il est institué une organisation du contentieux technique de la sécurité sociale
 Cette organisation règle les contestations relatives :

1° à l'état ou au degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie non régie par le livre IV du présent code de la Sécurité Sociale et à l'état d'inaptitude au travail ; le livre IV du Code de la Sécurité Sociale correspond aux dispositions concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles

2° à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ; il s'agit en général dans ce cas du taux d'incapacité permanente octroyé par la Caisse primaire d'assurance maladie après consolidation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle mais il peut s'agir aussi dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles du fait que la Caisse primaire d'assurance maladie estime après étude d'une demande de l'assuré de maladie professionnelle que le taux occasionné par la maladie incriminée par l'assuré est inférieur à 25 % et que donc il ne peut bénéficier d'une expertise individuelle par le CRRMP et donc de l'octroi éventuel du statut de maladie professionnelle

3° à l'état d'incapacité de travail pour l'application des dispositions du livre VII du code rural (ce livre VII traite des dispositions sociales) autres que celles relevant soit du contentieux général de la sécurité sociale, soit des juridictions de droit commun en vertu des articles L751-32 (les contestations relatives au taux d'incapacité permanente indemnisant un accident du travail ou une maladie professionnelle des salariés des professions agricoles relèvent de la compétence exclusive du contentieux général de la Sécurité sociale et par ce fait du Tribunal des affaires de Sécurité sociale) , L752-17 (accident du travail ou maladie professionnelle des non - salariés des professions agricoles), L752-31 (régime particulier de l'indemnisation des accidents du travail ou maladies professionnelles des non - salariés des professions agricoles d'Alsace- Moselle) du nouveau code rural livre VII ;

4° aux décisions des caisses régionales d'assurance maladie et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accident du travail agricole et non-agricole, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents régis par le livre IV du code de la sécurité sociale (le livre IV du Code de la Sécurité Sociale correspond aux dispositions concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles) , la détermination de la contribution prévue à l'article L. 437-1 du présent code (il s'agit de la contribution payée par les employeurs qui permet d'assumer la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles . Les contestations mentionnées à ce 4° alinéa de l'article L.143-1 du Code de la Sécurité Sociale, sont soumises en premier et dernier ressort à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prévue à l'article L. 143-3 du Code de la Sécurité Sociale et non pas au TCI (article L. 143-4 du Code de la Sécurité Sociale inséré par la Loi N° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 80 III, IV parue au Journal Officiel du 19 janvier 1994) .

Les dispositions des 1° et 3° du présent article ne sont pas applicables aux accidents du travail survenus et aux maladies professionnelles constatées dans l'exercice des professions agricoles dans les départements autres que ceux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

L'article L.323-11 du Code du travail, en ce qui concerne les décisions suivantes de la M.D.P.H., stipule d'autre part qu'elles peuvent faire l'objet d'un recours devant le TCI . Les décisions ci-dessous de la M.D.P.H . doivent être motivées et faire l'objet d'une révision périodique.

Ce recours, ouvert à toute personne et à tout organisme intéressé, est dépourvu d'effet suspensif, sauf lorsqu'il est intenté par la personne handicapée ou son représentant pour ce qui concerne les décisions relatives à la prise en charge des frais exposés dans les établissements ou services.

Les décisions concernées sont :

- La désignation des établissements ou les services concourant à la rééducation, au reclassement et à l'accueil des adultes handicapés, et notamment les établissements prévus aux articles 46 et 47 de la loi N°75-534 du 30 juin 1975 ainsi que les entreprises adaptées (anciennement ateliers protégés ou les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) correspondant à leurs besoins et en mesure de les accueillir. La décision de la Commission s'impose à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé ou agréé.

A titre exceptionnel, la commission peut désigner un établissement ou un service entrant dans la catégorie de ceux vers lesquels elle a décidé d'orienter la personne handicapée et en mesure de l'accueillir.

Lorsque la personne handicapée fait connaître sa préférence pour un établissement ou un service entrant dans la catégorie de ceux vers lesquels la commission a décidé de l'orienter et en mesure de l'accueillir, la commission est tenue de faire figurer cet établissement ou ce service au nombre de ceux qu'elle désigne, quelle que soit sa localisation .

- Le fait d'apprécier si l'état ou le taux d'incapacité de la personne handicapée justifie l'attribution de l'allocation adulte handicapé, de l'allocation compensatrice prévues aux articles 35 (articles L. 821-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale) et 39 de la loi N° 75-534 du 30 juin 1975, de l'allocation de logement instituée par la loi N°71-582 du 16 juillet 1971 modifiée (articles L. 831-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale), ainsi que de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la famille et de l'aide sociale .

Ce Tribunal auparavant appelé Commission régionale d'invalidité et d'incapacité permanente a vu son changement de dénomination résulter de la loi 94-43 le 18 janvier 1994 (Journal Officiel du 19 janvier 1994), ce qui atteste de la volonté du législateur de bien affirmer le caractère juridictionnel de ce contentieux.

La composition et le fonctionnement du Tribunal du contentieux de l'incapacité sont décrits par les articles L. 143 -2 et L. 143-2-1, L. 143-2-2 (insérés par la loi N°94-43 du 18 janvier 1994 article 80, parue au Journal Officiel du 19 janvier 1994 et la loi N° 2002-73 du 17 janvier 2002 article 35 publiée au Journal Officiel du 18 janvier 2002) du Code de la sécurité sociale, les articles R.143-1, à R. 143-34 du Code de la sécurité sociale (insérés par le décret N° 2003-614 du 3 juillet 2003 paru au Journal Officiel N°154 du 5 juillet 2003, page 11. 403).

Les litiges sont portés en première instance devant le Tribunal du contentieux et de l'incapacité.

β. Composition

Des nouvelles dispositions légales et réglementaires adaptent le droit français aux exigences de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, en particulier sur ce qui concerne l'impartialité des tribunaux et le respect du contradictoire qui doivent être la règle pour tout jugement (loi n°2.002-73 du 17 janvier 2002 article 35 parue au Journal Officiel du 18 janvier 2002).

Plusieurs arrêts récents de la Cour de Cassation ont cassé des décisions de la CNIT et de différents TCI, parce que ces juridictions, dans leur composition et leur mode de fonctionnement, ne respectaient pas les principes édictés par cet article.

Le Tribunal du contentieux de l'incapacité compétent est celui du lieu où demeure le demandeur (article R. 143-3 du Code de la Sécurité Sociale) .

La création de plusieurs formation de jugement au sein d'un même TCI peut être arrêtée par arrêté du Garde des Sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Les tribunaux du contentieux de l'incapacité comprennent trois membres, ils se composent d'un président, magistrat honoraire de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, d'un assesseur représentant les travailleurs salariés et d'un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants. Auparavant, les tribunaux du contentieux de l'incapacité comprenait 5 membres, un président, deux assesseurs représentant les travailleurs salariés et deux assesseurs représentant les employeurs ou travailleurs indépendants mais ce système trop lourd à gérer a été simplifié (Nouvel article L.143-2, alinéa 2 du code de la sécurité sociale institué par l'ordonnance 2005-656 du 08.06.08) .

Si un magistrat honoraire ne peut être désigné en qualité de président, la présidence est assurée par une personnalité présentant des garanties d'indépendance et d'impartialité, et que sa compétence et son expérience dans les domaines juridiques qualifient pour l'exercice de ces fonctions.

Le président est désigné pour trois ans renouvelables par arrêté du garde des sceaux, ministre de la Justice, sur une liste de quatre noms dressés par le premier président de la Cour d'Appel dans le ressort dans lequel le Tribunal a son siège. La présidence d'une formation de jugement peut être assurée par un magistrat honoraire ou une personnalité qualifiée autre que le Président du Tribunal, désigné dans les mêmes formes. Un président suppléant du TCI est choisi dans les mêmes conditions. Le président du tribunal du contentieux de l'incapacité assume la responsabilité du TCI. Le secrétaire du tribunal est placé sous son autorité exclusive (article R.143-5-3 du Code de la sécurité sociale). Le président du Tribunal prend par ordonnances les mesures d'administration judiciaire . Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, il fixe la répartition des assesseurs aux audiences. Le président du TCI répartit les affaires entre les formations du jugement. Il préside une des formations quand il le juge convenable (article R.143-3-2 du code la sécurité sociale).

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire. Les assesseurs sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable par le premier président de la Cour d'Appel dans le ressort de laquelle le Tribunal a son siège sur des listes dressées sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées, selon le cas, par le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricole ou par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales (article L. 143-2 du Code de la Sécurité Sociale établi par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 article 80 du Journal Officiel du 19 janvier 1994, loi n°2.002-73 du 17 janvier 2002 article 35 du Journal Officiel du 18 janvier 2002) .

Les assesseurs doivent être de nationalité française, âgés d'au moins 23 ans et avoir la capacité d'être juré de la Cour d'Assises (articles 255 à 257 du Code de procédure pénale) et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le Code de la Sécurité Sociale. Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membres du Conseil d'administration des organismes de Sécurité Sociale ou de mutualité sociale agricole (alinéa 3 de l'article L.144-1 du Code de la sécurité sociale inscrit par l'ordonnance n°2005-656 du 08.06.05).

Un arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 03.07.01 (pourvoi n°99-42735) estime qu'un mandat électif prud'homal est incompatible avec la fonction d'assesseur du TCI en s'appuyant sur l'article 6.1 du CESDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales).

Les conditions de récusation d'un assesseur du Tribunal du contentieux de l'incapacité sont fixées par l'article L. 143-8 du Code de la Sécurité Sociale. La récusation peut être demandée

si lui ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation

si lui ou son conjoint est parent ou allié d'une des parties jusqu'au quatrième degré inclusivement

si il y a eu ou s'il y a procès entre lui ou son conjoint et l'une des parties ou son conjoint

s'il a précédemment connu l'affaire comme assesseur

s'il existe un lien de subordination entre l'assesseur ou son conjoint et l'une des parties ou son conjoint

s'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'assesseur et l'une des parties.

La demande de récusation d'un assesseur réglementée par l'article R.144-4 du Code de la sécurité sociale inscrit par le décret du 29.09.05 suit les dispositions des articles 342 à 345 du Nouveau code de procédure civile. A ce titre, l'assesseur mis en cause par l'une des parties prend position. S'il s'oppose à la requête, l'incident est tranché par le président du TCI seul et non en formation collégiale.

Le secrétariat du TCI est assuré par un fonctionnaire de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales dans la circonscription de laquelle le tribunal a son siège, désigné par le Directeur régional compétent (alinéa 1 de l'article R. 143-36 du Code de la Sécurité Sociale). En ce qui concerne les contestations relatives au régime agricole, ce secrétariat est assuré par le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricoles ou par un fonctionnaire de son service qu'il désigne (alinéa 2 de l'article R.143-36 du code de la sécurité sociale). Le secrétariat du TCI est assuré par un fonctionnaire de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales dans la circonscription de laquelle le TCI a son siège, fonctionnaire désigné par le directeur régional compétent (l'article R.143-36 du Code de la sécurité sociale).

En ce qui concerne les contestations relatives au régime agricole le secrétariat est confié au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricoles, ou à un fonctionnaire de son service que ce chef de service désigne).

y. Procédure

La procédure est gratuite.

La procédure se caractérise par le principe d'autonomie. En effet, le Code de l'organisation judiciaire (COJ, article L.450-1) renvoie au Code de la sécurité sociale

qui fixe la réglementation concernant tant la compétence que l'organisation et le fonctionnement des juridictions de Sécurité sociale notamment celles qui gouvernent le déroulement de l'instance juridique.

Ce principe d'autonomie se remarque également au niveau des dépenses du contentieux technique qui n'émerge pas entièrement au budget du ministère de la justice mais relève en partie des organismes de Sécurité sociale. Le déroulement de l'instance du contentieux technique suit les dispositions du Nouveau code de procédure civile comme le signale l'article R.143-6 du Code de la sécurité sociale, et en particulier les articles 1 à 749 du Nouveau code de procédure civile. En particulier « le juge doit en toute circonstance faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction » (alinéa 1 de l'article 16 du Nouveau code de procédure civile), ceci implique que chaque partie puisse prendre connaissance et discuter de toutes pièces ou observations présentées au juge en vue d'influencer sa décision.

Le TCI compétent est celui du lieu où demeure le demandant. Si ce dernier ne réside pas en France, le TCI compétent est celui dont dépend l'organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole dont relève ou relevait le demandeur (article R.143-3 du Code de la sécurité sociale).

Le recours contre la décision de la caisse doit être présenté dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de cette décision. Si le délai de deux mois pour le recours est dépassé, sauf réserve liée à la mise en œuvre du recours amiable, la décision de la Caisse fixant le taux d'incapacité permanente devient définitive. Lorsque les parties demeurent ou sont appelées temporairement outre-mer, elles bénéficient de la prorogation d'un mois prévue à l'article 643 du Nouveau code de procédure civile et de deux mois pour celles qui demeurent à l'étranger.

Le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) est saisi des recours par déclaration faite, remise ou adressée au secrétariat du tribunal du contentieux et de l'incapacité où elle est enregistrée. Dans les faits, il est conseillé fortement d'envoyer ce recours par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat du tribunal du contentieux et de l'incapacité.

Cette déclaration devant le TCI doit comporter également l'objet de la demande, un exposé sommaire des motifs de la demande, une copie de la décision de la Caisse qui est contestée, le nom, le prénom, la profession, l'adresse du requérant, la nationalité, la date et lieu de naissance du demandeur, et le cas échéant le nom, l'adresse du médecin que la victime désigne pour recevoir des documents médicaux (article R. 143-7 du Code de la Sécurité Sociale).

Exemple de lettre de saisine du tribunal du contentieux et de l'incapacité

nom, prénom, profession, adresse du
requérant

Monsieur ou madame le secrétaire du
Tribunal du contentieux et de
l'incapacité

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame,

Par lettre du, la Caisse primaire d'assurance maladie de vient de me notifier la décision suivante :
 Refus opposé à ma demande d'invalidité (cf copie ci-jointe) .

Conformément aux dispositions de l'Article R. 143-7 du Code de la Sécurité sociale, j'ai l'honneur de former un recours contre cette décision dont je conteste le bien-fondé pour les motifs suivants : (à titre d'exemple, la victime pourrait écrire le motif suivant : " en effet, je considère que le refus opposé à ma demande d'invalidité n'est pas justifié puisque je souffre des affections suivantes qui entraînent un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % : ") .

Le médecin que je désigne pour recevoir des documents médicaux est le
 Docteurexerçant à..... N° de téléphone :

Veuillez agréer, Monsieur ou Madame, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.

A le

Signature :

La saisine du TCI ne suspend pas l'exécution de la décision contestée par la caisse sauf lorsqu'il s'agit de contestations, de décisions se rapportant aux handicapés.

Dans un délai de 10 jours après réception de la déclaration du requérant, le secrétariat du TCI en adresse copie à la Caisse intéressée, qui est tenue de transmettre au secrétariat du TCI dans un délai de 10 jours ses observations écrites et les documents médicaux concernant l'affaire . La Caisse adresse les copies des documents médicaux concernant l'affaire au requérant ou le cas échéant au médecin qui l'a désigné (article R. 143-8 du Code de la Sécurité Sociale) dans ce même délai de 10 jours.

L'article R. 143 - 5 du Code de la sécurité sociale stipule que " le président du tribunal de Contentieux de l'incapacité prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire et en particulier fixe le nombre d'ordonnances, le nombre de jours, la nature des audiences et la répartition des assesseurs à ses audiences " . Selon ses instructions, le tribunal peut donc se réunir au siège de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ou des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricoles ou en tout lieu et en particulier au chef - lieu de chacun des départements compris dans son ressort si le nombre des affaires le justifie.

Le secrétaire du Tribunal convoque les parties par lettre recommandée au moins 15 jours avant la date de l'audience .

Comme devant le TASS, lorsque le TCI ne peut se réunir au complet, l'audience est reportée à une date ultérieure sauf accord des parties pour que le président statue

seul. Si à l'audience suivante le TCI n'est toujours pas au complet, le président peut statuer seul après avoir recueilli le cas échéant l'avis de l'assesseur présent (article L143-2-3 du code de la sécurité sociale, inscrit par l'article 4 de l'ordonnance du 08.06.05).

Les parties comparaissent en personne et présentent leurs observations orales ou écrites.

Elles peuvent se faire assister ou représenter par :

- leur conjoint ou un ascendant ou un descendant en ligne directe ;
- suivant le cas, un travailleur salarié, ou un employeur, ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;
- un administrateur ou un employé de l'organisme partie en instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale,
- un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

ou se faire assister ou représenter par un avocat (article R. 143-10 du Code de la Sécurité Sociale).

Le représentant doit s'il n'est pas avocat ou avoué justifier d'un pouvoir spécial.

Le Tribunal peut ordonner d'office à la demande des parties une consultation, une expertise ou prescrire une enquête portant notamment sur l'orientation professionnelle éventuelle du requérant et ses possibilités de placement. Les mesures d'instruction peuvent être exécutées sur le champ par le technicien avisé de sa mission par tout moyen. Dans ce cas le technicien fait immédiatement un rapport au Tribunal de ses constatations en présence des parties.

En cas d'expertise, le Tribunal détermine par une décision la mission confiée à l'expert et le délai dans lequel l'expert devra donner son avis.

Lorsque les mesures d'instruction ne sont pas exécutées sur le champ, le secrétariat du Tribunal adresse à chaque partie, ou le cas échéant au médecin qu'elle a désigné par lettre recommandée, une copie des rapports des documents consignants les résultats des examens ou enquêtes ordonnées par le Tribunal ou des informations qu'il a recueillies (article R. 143-13 du Code de la Sécurité Sociale).

Les décisions du TCI doivent être motivées, elles sont prononcées en audience publique. Le secrétariat du Tribunal notifie dans les 15 jours la décision à chacune des parties par lettre recommandée (article R. 143-14 du Code de la Sécurité Sociale).

Les parties peuvent interjeter appel de la décision du TCI (articles R.143-23 et R.143-24 du Code de la Sécurité Sociale) .

Les honoraires dus pour les expertises diligentées par les tribunaux de Sécurité Sociale en application des articles R. 142-22, R. 142-24-1, R. 142-24-3 et R. 142-39, par les cours d'appel en application de l'article R. 142-30, par les tribunaux du contentieux de l'incapacité en application de l'article R. 143-13 et par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail en application de l'article R. 143-27 sont ceux fixés en application de l'article R. 141-7. Les honoraires sont donc identiques à ceux fixés au titre des expertises régies par l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale .

Les honoraires dus aux médecins experts à l'occasion des consultations effectuées à la demande des juridictions du contentieux technique de la Sécurité Sociale sont fixés par l' Arrêté du 3 juillet 2003 paru au Journal Officiel n°154 du 5 juillet 2003 page 11.415 :

Les honoraires des médecins experts qui procèdent à une consultation à la demande d'un tribunal du contentieux de l'incapacité ou de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail sont fixés par référence aux tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale, dans les conditions ci-après :

1,3 C pour les praticiens généralistes (C est le tarif de la consultation du médecin généraliste) ;

1,3 CS pour les praticiens spécialistes (Cs est le tarif de la consultation du médecin spécialiste) ;

1,3 CNPSY pour les neuropsychiatres (CNPSY est le tarif de la consultation du Neuro-psychiatre),

lorsqu'ils remettent un rapport écrit,

1,5 C pour les praticiens généralistes

1,5 CS pour les praticiens spécialistes ;

1,5 CNPSY pour les neuropsychiatres,

lorsqu'ils présentent leur rapport à l'audience.

Les médecins experts auxquels les juridictions de Sécurité Sociale font appel perçoivent les indemnités de déplacement prévues en application de l'article R. 141-7 (Article R. 144-7-5 du code de la Sécurité Sociale) .

Les présidents du tribunal des affaires de Sécurité Sociale, quand ils sont magistrats honoraires, et les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité perçoivent une indemnité pour chaque audience qu'ils ont présidée (Article R. 144-7-1 du Code de la Sécurité Sociale) .

Le montant de l'indemnité de vacation est égal au quarantième du traitement budgétaire moyen mensuel brut des magistrats du premier grade.

Les présidents de tribunal des affaires de Sécurité Sociale, quand ils sont magistrats honoraires, les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité, les assesseurs des juridictions de Sécurité Sociale sont indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par le décret n°90-437 du 28 mai 1990 modifié (Article R. 144-7-5 du code de la Sécurité Sociale) .

Les assesseurs des tribunaux des affaires de Sécurité Sociale, des tribunaux du contentieux de l'incapacité et de la Cour Nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail représentant les travailleurs salariés ou les employeurs ou travailleurs indépendants perçoivent, pour chaque audience à laquelle ils participent, l'indemnité prévue à l'article R. 140 du Code de procédure pénale (Article R. 144-7-2 du code de la Sécurité Sociale) . Cet article stipule qu'il est accordé aux jurés, pendant la durée de la session, une indemnité journalière déterminée par la formule suivante :

$I = 40 + (S \times 8)$, dans laquelle :

I est le montant de l'indemnité forfaitaire exprimé en euros ;

S le salaire minimum interprofessionnel de croissance tel qu'il est fixé au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Les jurés qui justifient d'une perte du revenu tiré de leur activité professionnelle, ont droit, en outre, à une indemnité supplémentaire calculée suivant la formule suivante :

$I = S \times D$, dans laquelle :

S est le salaire minimum interprofessionnel de croissance déterminé comme ci-dessus ;

D la durée horaire de l'audience, celle-ci ne pouvant excéder huit heures par jour ouvrable.

Ils perçoivent également une indemnité pour perte de salaire ou de gain.

L'indemnité pour perte de salaire des assesseurs représentant les travailleurs salariés est égale à la perte de salaire effectivement subie, justifiée par une attestation de l'employeur, qu'il appartient à l'assesseur de fournir.

L'indemnité pour perte de gain des assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants est fixée forfaitairement à six fois le montant brut honoraire du salaire minimum interprofessionnel de croissance par audience.

Sécurité sociale	Commission départementale de l'éducation spéciale	M.D.P.H.
Inaptitude au travail Mise en invalidité Fixation du taux d'IPP en accident du travail	Taux d'invalidité Carte d'invalidité Allocation d'éducation spéciale	Taux d'invalidité Carte d'invalidité Allocation adulte handicapé et allocations apparentées

Délai de saisine de 2 mois à compter de la date de notification de la décision

Recours devant le tribunal du contentieux et de l'incapacité

Délai de saisine de 1 mois à compter de la date de notification de la décision

Recours devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

Délai de saisine de 2 mois à compter de la date de notification de la décision

Recours devant la Cour de Cassation

Schéma général du contentieux technique de la Sécurité Sociale

Au tribunal du contentieux de l'incapacité, l'expertise est considérée comme une expertise judiciaire simple à laquelle le tribunal de contentieux de l'incapacité n'est pas tenu.

A titre d'exemple, si l'expert du tribunal fixe un taux à 10%, les juges du tribunal peuvent, eux, fixer un taux à 15 % et de même si l'expert juge que l'assuré social ne justifie pas une invalidité, les juges peuvent en décider autrement et accorder cette invalidité dans le cadre du contentieux du refus d'une invalidité.

La nécessité de la motivation des décisions du TCI fait qu'un TCI ne peut entériner purement ou simplement les conclusions d'un expert. Ainsi la Chambre sociale de la cour de cassation du 07.02.91 (JCP 91 IV,128) a cassé un jugement du TCI qui après avoir rappelé les conclusions d'un médecin expert se bornait à annoncer que le taux d'IPP devait être réduit à 8% sans préciser en quoi l'état de l'assuré justifiait une telle décision.

Après l'audience les juges délibèrent. Chaque membre du TCI dispose d'une voix, la décision se prenant à la majorité. Le jugement ne doit pas mentionner s'il a été adopté à l'unanimité ou pas sous peine de violation du secret du délibéré.

Les décisions du tribunal doivent être motivées, elles sont prononcées en audiences publiques (article R.143-14 du Code de la sécurité sociale).

La rédaction du jugement incombe au président qui le signe ainsi que le secrétaire. Le secrétaire adresse à chacune des parties, la notification du jugement dans les 15 jours par lettre recommandée avec avis de réception (alinéa 2 de l'article R.143-14 du code de la sécurité sociale). La notification porte mention des délais et des voies de recours. La sentence revêt un caractère exécutoire sauf appel.

δ. Voies de recours

Les parties peuvent interjeter l'appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail à l'encontre de la décision rendue par le tribunal du contentieux et de l'incapacité dans un délai d'un mois suivant la date de sa notification (articles R. 143 – 23, R. 143 – 24 du Code de la Sécurité Sociale) .

Avant la loi du 17.01.02, lorsque le jugement du TCI avait fixé un taux d'IPP à 10%, seul un pourvoi en cassation était permis. Cette limitation au droit d'appel a été supprimée par l'ordonnance du 08.06.05 ayant inscrit l'article L.144-4 du Code de la sécurité sociale. On peut donc faire appel de tout jugement quel que soit le taux d'incapacité depuis cette réforme. Le pourvoi en cassation est donc devenu impossible après un jugement du TCI.

L'appel a un effet suspensif .

ε. Commentaires

Le texte restreint également les délais d'instruction des dossiers. Les secrétariats des TCI ont 10 jours pour demander aux caisses de faire leurs remarques par rapport aux demandes du plaignant. Les caisses ont également 10 jours pour y répondre. Il conviendra donc pour la victime dès le dépôt de la requête d'y joindre ses conclusions motivées et les coordonnées du médecin référent ainsi que celles du défenseur éventuel.

Les modifications récentes de la composition et du fonctionnement du Tribunal du contentieux de l'incapacité présentent l'avantage de les rendre conformes aux arrêts récents et aux remarques de la Cour de cassation et de la Cour européenne des

droits de l'homme. Par contre, on peut remarquer certains inconvénients pour les victimes par rapport aux modes de fonctionnement antérieurs.

Le médecin choisi par l'assuré ne peut plus intervenir directement auprès du TCI en tant que membre du TCI comme auparavant. La présence d'un médecin représentant la victime était pourtant jusqu'à présent le seul moyen pour celle-ci de se faire assister.

Le médecin désigné par l'assuré n'intervient plus que pour recevoir les documents médicaux envoyés par le TCI et rédiger un certificat médical pour appuyer les demandes de l'assuré, alors qu'auparavant le médecin désigné par l'assuré était membre de droit du TCI pouvant ainsi participer aux délibérations du TCI.

Le médecin désigné par l'assuré ne peut donc plus intervenir dans les débats oraux du TCI mais ne peut agir que sous forme de documents écrits, cette l'importance de l'écrit nécessitera donc un secrétariat plus performant de la part du médecin traitant, alors que jusqu'ici, il lui suffisait de se déplacer lors de l'audience du TCI.

Le coût de la procédure en sera donc alourdi d'autant.

Comme au TASS, l'expert va jouer dans les faits un rôle beaucoup plus important. En effet, on peut imaginer qu'en cas de désaccord d'ordre médical, le Tribunal nommera un expert médical et suivra très souvent ces conclusions.

Le médecin désigné par l'assuré ne pourra accompagner l'assuré que lors d'une éventuelle expertise médicale afin d'explicitier le dossier médical alors qu'auparavant, l'expert était membre du TCI, participant aux délibérations du TCI, au même titre que les assesseurs et autres membres et donc avec une voix aussi importante que les autres membres du TCI.

Les frais d'honoraires des médecins assistant les parties sont à leur charge.

Toutefois les parties tirent de l'article 700 du nouveau code de procédure civile la faculté de solliciter la prise en charge des frais exposés pour le procès.

Le Président du Tribunal du contentieux de l'incapacité par les nouvelles dispositions, joue un rôle beaucoup plus important puisqu'il fixe la répartition des assesseurs aux audiences et la répartition des assesseurs dans les différentes formations de jugement, ce qui n'était pas le cas auparavant.

bb. La Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

La Cour Nationale de l'incapacité a pris de 1985 à 1989 15 900 décisions confirmant 82 % des avis des Tribunaux du contentieux de l'incapacité. 53 % des décisions de la Cour National intéressaient l'invalidité. De même $\frac{3}{4}$ des décisions portant sur l'incapacité permanente ont été confirmées.

Le siège de la Cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) est fixé par un décret en Conseil d'état. Le siège est à Amiens (article R143-16 du Code de la sécurité sociale) les jardins de la Somme, 5 port d'Aval – BP 20617-80026 AMIENS Cedex 01.

α. Domaine de compétence

La Cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) est le juge d'appel des matières dévolues aux tribunaux du

contentieux de l'incapacité, mentionnées au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} alinéas de l'article L.143-1 du code de la sécurité sociale (article L.143-3 du code de la sécurité sociale). Il convient de signaler que le pourcentage de recours à l'appel devant la CNITAAT est faible (taux d'appel de 10% suivant le rapport de l'inspection générale des affaires sociales 2001, page 219) avec un taux de réformation se situant entre 14 et 20% (même rapport) .

β. Composition

La composition et le fonctionnement de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail sont décrits dans les articles L.143-3 à L. 143-9 du Code de la sécurité sociale insérés par la loi N°94-43 du 18 janvier 1994, article 80 parue au Journal Officiel du 19 janvier 1994 et la loi N° 2002-73 du 17 janvier 2002, article 35, parue au Journal Officiel du 18 janvier 2002, les articles R.143-15 à R. 143-30, R. 143-36 à R. 143-42 du Code de la sécurité sociale insérés par le décret N°2003-614 du 3 juillet 2003, paru au Journal Officiel N°154 du 5 juillet 2003, page 11. 403.

La CNITAAT comprend 4 sections (article L.143-6 du code de la sécurité sociale). Ces sections constituent des unités juridictionnelles dont le nombre et les attributions sont fixés par décret en conseil d'état (article R.143-15 du code de la sécurité sociale, le décret des 3.07.03 et 19.12.05).

La CNITAAT comprend 4 sections.

- section de la tarification de l'assurance des accidents du travail
- section de la législation agricole
- section de l'invalidité et de l'inaptitude dans le cadre de l'assurance vieillesse, des accidents du travail et des maladies professionnelles
- section des litiges relatifs aux handicapés fondée sur une décision prise par les commissions visées à l'article L.241-9 du code de l'action sociale et des familles (article R.144-20 du code de la sécurité sociale inscrit par le décret n°2005-1589 du 19.12.05).

Chaque section comporte un président et deux assesseurs représentant l'un les travailleurs salariés, l'autre les employeurs ou travailleurs indépendants.

Le président de la Cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail est un magistrat du siège de la Cour d'appel dans le ressort de laquelle la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a son siège. Il est désigné pour trois ans dans les formes prévues pour la nomination des magistrats du siège, de présidents de section, magistrats du siège de ladite Cour d'appel désignés pour trois ans par ordonnance du premier président prise avec leur consentement, et après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège et d'assesseurs représentant les travailleurs salariés d'une part et les employeurs ou travailleurs indépendants d'autre part (article L. 143-3 du Code de la Sécurité Sociale) .

Le président de la CNITAAT répartit les affaires entre les sections. Pour l'examen d'une affaire il peut réunir plusieurs sections sous sa présidence.

Il préside l'une des sections de la CNITAAT lorsqu'il l'estime nécessaire (article R.143-19 du code de la sécurité sociale).

Le président de la CNITAAT est responsable du fonctionnement de celle-ci. Il exerce une autorité sur le secrétaire général et les secrétaires généraux adjoints. Il prend

par ordonnance les mesures d'administration judiciaire (article R.143-18 du code de la sécurité sociale).

Le président désigne par ordonnance l'un des présidents de section pour le suppléer s'il y a lieu dans ses fonctions (article R.143-18-1 du code de la sécurité sociale).

Le président fixe par ordonnance le nombre, le jour et la nature des audiences, la répartition des présidents et des assesseurs dans les sections.

La CNITAAT comporte également des présidents de section, magistrats du siège de la cour d'appel dans le ressort duquel la cour nationale a son siège, désignés pour trois ans par ordonnance du 1^{er} président avec leur consentement et après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège.

Les assesseurs représentant les salariés et les assesseurs représentant les employeurs ou travailleurs indépendants sont nommés pour trois ans renouvelables par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice sur une liste dressée par le premier président de la Cour de cassation sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées (article L. 143-5 du Code de la Sécurité Sociale).

Un nombre égal d'assesseurs suppléants est désignés dans les mêmes formes.

Assesseurs titulaires et suppléants de la CNITAAT doivent (article L.143-7 du code de la sécurité sociale) :

- être de nationalité française
- âgé de 23 ans au moins
- avoir la capacité d'être juré de la cour d'assise
- et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le code de la sécurité sociale.

La fonction d'assesseur de la CNITAAT est incompatible avec un mandat de membre des conseils ou des conseils d'administrations des organismes de sécurité sociale mais pas incompatible avec celles de juge au TASS ou de conseiller prud'homal (alinéa 2 de l'article L.143-7 du code de la sécurité sociale inséré par la loi du 13.08.04).

Les motifs de récusation possibles par l'une des parties des assesseurs sont identiques à ceux concernant les assesseurs du TCI (article L143-8 et R.144-4 du code de la sécurité sociale).

Les assesseurs de la CNITAAT représentant les travailleurs salariés ou les employeurs ou les travailleurs indépendants perçoivent pour chaque audience pour laquelle il participe l'indemnité fixée par l'article R.140 du code de procédure pénale. Ils perçoivent également une indemnité pour perte de salaire ou de gain. L'indemnité pour perte de salaire des assesseurs représentant les travailleurs salariés est égale à la perte de salaire effectivement subie (article R.144-13 du code de la sécurité sociale inscrit par le décret du 29.09.05).

L'indemnité pour perte de gain des assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants est fixée à six fois le montant brut horaire du SMIC par audience (alinéa 4 de l'article R.144-13 du code de la sécurité sociale).

Les assesseurs sont indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par l'article R.144-16 du code de la sécurité sociale inscrit par le décret du 29.09.05 et le décret n°90-437 du 28.05.90 modifié).

La CNITAAT comporte un secrétariat général (article R.143-35 du code de la sécurité sociale).

Le secrétaire général est nommé par arrêté conjoint des ministres de la sécurité sociale et de l'agriculture. Il est choisi parmi les fonctionnaires de catégorie A. Les secrétaires généraux adjoints sont nommés par arrêté du ministre concerné. Ils sont choisis parmi les fonctionnaires de catégories A ou B. Les fonctions du secrétaire sont définies par l'article R.143-38 du code de la sécurité sociale : le secrétaire général ou le secrétaire définit et met en œuvre les mesures d'applications des directives générales qui lui sont données par le président. Il tient ce dernier informé de ses diligences. Les tâches du secrétaire général sont fixées par l'article R.143.39 du code de la sécurité sociale :

- il tient à jour les dossiers, les répertoires et les registres
- il est dépositaire des minutes et archives dont il assure la conservation
- il a la garde de toutes pièces déposées au secrétariat
- il assiste les juges à l'audience
- il tient les rôles et le registre des délibérations de la juridiction, rédige les procès verbaux et délivre à toutes personnes intéressées des extraits des décisions prises par la juridiction.

Les horaires d'ouverture au public des secrétariats sont fixés par le président de la juridiction (article R.143-42 du code de la sécurité sociale).

Le secrétaire ou le secrétaire général peuvent désigner sous leur responsabilité un ou plusieurs adjoints du secrétariat pour exercer une partie des fonctions qui lui sont attribuées par les articles R.143-38 à R.143-.39 du code de la sécurité sociale (articles R.143.40 à R.143.42 du code de la sécurité sociale). En cas d'absence ou d'empêchement, le secrétaire est suppléé dans ses fonctions par l'agent du secrétariat le plus élevé et le secrétaire général par un secrétaire général adjoint.

La CNIT comprend 4 sections (article L.143.6 du code de la sécurité sociale):

Section tarification de l'assurance des accidents du travail

Section de la législation agricole

Section de l'invalidité, de l'inaptitude dans le cadre de l'assurance vieillesse, des accidents du travail et des maladies professionnelles

Section des litiges relatifs aux handicapés fondés sur une décision prise par les commissions visées par les articles L.242-2 du code de l'action sociale et des familles et L.323-11 du code du travail .

Chaque section se compose de son président et deux assesseurs représentant l'un, les travailleurs salariés, l'autre, les employeurs ou travailleurs indépendants. Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire. Les assesseurs de la CNIT doivent être de nationalité française, âgés d'au moins 23 ans, avoir la capacité d'être juré de Cour d'Assise et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le présent Code de la Sécurité Sociale (article L. 143-7 du Code de la Sécurité Sociale) . Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membres des conseils d'administration des organismes

de Sécurité Sociale ou de mutualité sociale agricole. Les conditions de récusation sont identiques à celles des assesseurs du TCI (article L. 143-8 du Code de la Sécurité Sociale).

Les 4 sections s'occupent respectivement

- des contestations relatives à la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, des régimes aux autres qu'agricoles.

- des contestations mentionnées aux alinéas 1, 2 de l'article L. 143-1 du Code de la Sécurité Sociale concernant les régimes autres qu'agricole

* alinéa 1 :

degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie non régie par le livre IV du Code de la Sécurité Sociale (le livre IV du Code de la Sécurité Sociale correspond aux dispositions concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles), état d'inaptitude au travail .

* alinéa 2 : état d'incapacité permanente de travail et notamment le taux de cette incapacité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

- des contestations en matière de législation sociale agricole (tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, degré d'invalidité ou d'inaptitude au travail lorsqu'elle n'est pas due à un accident du travail ou une maladie professionnelle, état d'IPP en cas d'accidents du travail ou de maladie professionnelle dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, contestation prévue au dernier alinéa du paragraphe 1 de l'article L. 323-11 du Code du travail (recours contre les décisions de la COTOREP) et à l'article L. 242-8 du Code de l'action sociale et des familles (recours contre les décisions de la Commission d'éducation spéciale) pour les ressortissants du régime agricole
- des contestations prévues au dernier alinéa du paragraphe 1 de l'article L. 323-11 du Code du travail (recours contre les décisions de la COTOREP) et à l'article L. 242-8 du Code de l'action sociale et des familles (recours contre les décisions de la Commission d'éducation spéciale) pour les ressortissants des régimes autres qu'agricoles.

Le président de la CNIT fixe la répartition des présidents et des assesseurs dans les sections. Un assesseur peut être affecté à plusieurs sections. Les assesseurs siègent à tour de rôle dans l'ordre d'une inscription résultant de l'ordonnance (article R. 143-18 du Code de la Sécurité Sociale).

Le secrétaire général de la CNIT est assisté de 2 secrétaires généraux adjoints dont l'un pour la section compétente pour la législation agricole. Le secrétaire général est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la Sécurité Sociale et de l'Agriculture. Les secrétaires généraux adjoints sont nommés par arrêté du Ministre intéressé (article R. 143-37 du Code de la Sécurité Sociale).

Le siège de la CNIT est fixé à Amiens.

y. Procédure

Les parties peuvent interjeter appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail à l'encontre de la décision rendue par le tribunal du contentieux et de l'incapacité dans un délai d'un mois suivant la date de sa notification (articles R. 143 – 23, R. 143 – 24 du Code de la Sécurité Sociale) .

L'appel a un effet suspensif (article R. 143 – 14 du Code de la Sécurité Sociale) .

Cet appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé avec demande d'avis de réception au secrétariat du

tribunal du contentieux de l'incapacité qui a rendu le jugement (article R. 143-24 du Code de la Sécurité Sociale inséré par les Décret N°86-658 du 18 mars 1986 article 21 paru au Journal Officiel du 20 mars 1986, décret N°87-801 du 29 septembre 1987 article 2 paru au Journal Officiel du 1er octobre 1987, décret N° 99-449 du 2 juin 1999 articles 16, 19 parus au Journal Officiel du 4 juin 1999, décret N°2003-614 du 3 juillet 2003 article 4 II paru au Journal Officiel du 5 juillet 2003) .

La déclaration indique les nom, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé. Elle désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la Cour.

Exemple de lettre de saisine de la Cour Nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des Accidents du travail.

Nom, prénom, profession, adresse de l'appelant	Monsieur ou Madame le Secrétaire du TCI de (adresse du TCI)
Numéro d'affiliation à la Sécurité sociale	

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame le Secrétaire du TCI de (adresse du TCI)

Par lettre du(cf copie ci-jointe), le Tribunal du Contentieux et de l'incapacité vient de me notifier le jugement (cf copie ci-jointe) concernant le litige suivant :
.....m'opposant à(nom et adresse de la partie adverse) .

Je conteste cette décision pour les motifs suivants :

.....

Par la présente lettre, et conformément à l'Article R. 143-24 du Code de la Sécurité sociale, j'ai l'honneur de former un appel à l'encontre de ce jugement.

A l'appui de mon appel, je vous fais parvenir un mémoire ainsi que toutes pièces utiles.

Je sollicite la réformation du jugement.

Je serai représenté (en cas de représentation) devant la Cour Nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des Accidents du travail par ... (nom, qualité et adresse)

Le médecin que je désigne pour recevoir des documents médicaux est le Docteurexerçant à..... N° de téléphone.....

Je vous remercie de bien vouloir m'accuser réception de la présente lettre et de la transmettre à la Cour Nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des Accidents du travail.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.

A le

Signature :
(nom, qualité et signature)

Le secrétaire du Tribunal du contentieux de l'incapacité enregistre l'appel à sa date ; il délivre, ou adresse par lettre simple, récépissé de la déclaration. Dès l'accomplissement des formalités par l'appelant, le secrétaire avise, par lettre simple, la partie adverse de l'appel ; simultanément, il transmet au secrétariat général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail l'intégralité du dossier de l'affaire (alinéa 3 de l'article R.143-24 du code de la sécurité sociale) avec copie du jugement, de la déclaration de l'appelant et de la lettre avisant la partie adverse.

Dès réception du dossier d'appel, le secrétaire général de la CNIT invite les parties en cause ou leur représentant à présenter dans un délai de 20 jours un mémoire accompagné le cas échéant des observations de la personne qu'elles ont choisie pour les assister (article R. 143-25 du Code de la Sécurité Sociale). Les parties ne doivent pas oublier d'indiquer dans leur mémoire le nom du médecin choisi pour prendre connaissance des documents d'ordre médical, invoqué en particulier par les organismes de sécurité sociale.

Modèle de lettre accompagnant l'envoi d'un mémoire par la victime à la CNIT

Nom – Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

CNITAAT
« Les jardins de la Somme »
5 Port d'Aval
BP 2617
88.026 AMIENS Cedex 1

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Réf :

Mle :

Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint, trois exemplaires d'un mémoire qui reprend mes observations.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

Le secrétaire général de la CNIT assure la communication des mémoires aux parties ou le cas échéant au médecin qu'elles ont désigné lorsqu'il s'agit de documents médicaux et les avisent qu'elles peuvent présenter des observations en réplique des pièces nouvelles dans un délai de 20 jours courant de la réception de cette communication. Les pièces produites par les parties sont établies en triple exemplaire.

Le secrétaire général de la CNIT adresse copie des procès verbaux d'enquête et des rapports de consultation ou d'expertise sous pli recommandé à chaque partie ou le cas échéant au médecin désigné à cet effet s'il s'agit d'un rapport médical. La partie ou le médecin désigné dispose d'un délai de 20 jours à compter de la notification de cette transmission pour présenter ses observations écrites (article R. 143-28 du Code de la Sécurité Sociale).

Les observations médicales des parties ne sont communiquées qu'aux médecins désignés par elles (pourvoi n°97-132.272 de la chambre sociale de la cour de cassation du 11.03.1999) .

Le président de la section à laquelle l'affaire a été confiée en assure l'instruction (article R.143-27 du code de la sécurité sociale).

La CNIT doit faire procéder à l'examen préalable par un médecin qualifié du dossier soumis en appel d'une décision prise par un tribunal du contentieux de l'incapacité. Il délivre un avis sur dossier. Cet avis est communiqué aux parties, ainsi que le nom de ce médecin qualifié. Le rapport de ce médecin qualifié est soumis à discussion contradictoire des parties. La section dispose de la possibilité d'entendre le médecin qualifié chargé de l'examen préalable du dossier.

Le président de la section à laquelle l'affaire a été confiée peut inviter les parties à fournir les explications qu'il estime nécessaires à la solution du litige dans un délai qu'il détermine tout document ou justification propre à éclairer la cour. Faute de quoi il peut passer outre et renvoyer l'affaire devant la section qui tirera toute conséquence de l'abstention de la partie ou de son refus. Il peut ordonner le cas échéant à peine d'astreinte, la production de documents détenus par un tiers s'il n'existe pas d'empêchement légitime.

Le président de la section à laquelle a été confiée l'affaire peut ordonner, même d'office, toute mesure d'instruction et notamment désigner à titre de consultation un ou plusieurs médecins experts chargés d'examiner le dossier médical soumis à la CNIT.

Les consultations des médecins experts réalisées à la demande de la CNITAAT sont rémunérées sous forme d'honoraires fixés par arrêtés des ministres respectivement chargés de la sécurité sociale, de la justice et du budget. Les expertises qui sont diligentées par la CNITAAT auprès de médecins experts (article R.143-27 du code de la sécurité sociale) sont rémunérées suivant les articles R.141-7, alinéa 2 de l'article R.144-14 du code de la sécurité sociale inscrit par le décret du 29.09.05). Lorsqu'il s'agit d'une expertise médicale autre que celles prévues par l'article R.143-27 du code de la sécurité sociale, l'expert doit faire connaître le montant prévisible de ses honoraires avant de procéder à l'expertise (alinéa 3 de l'article R.144-14 du code de la sécurité sociale).

Les médecins experts perçoivent des indemnités de déplacement prévues en application de l'article R.141-7 du code de la sécurité sociale (alinéa 2 de l'article R.144.16 du code de la sécurité sociale inscrit par le décret du 29.09.05).

Les parties sont dispensées du ministère d'avocat ou d'avoué. Elles comparaissent en personne et présentent leurs observations orales ou écrites. Elles ont la faculté de se faire représenter par un avoué ou un avocat (article R. 143-26 du Code de la Sécurité Sociale).

Les parties peuvent se faire assister ou représenter par (article L.144-3 du code de la sécurité sociale inscrit par l'ordonnance du 08.06.05)

- un avocat ou un avoué
- leur conjoint ou un ascendant ou un descendant en ligne directe
- suivant le cas un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs
- un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale
- un délégué des associations des mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Les témoins comparissant devant le CNITAAT perçoivent une indemnité de comparution et le remboursement de leur frais de séjour ou de déplacement (article R.129 et R.133 du code de procédure pénale et l'article R.144-15 du code de la sécurité sociale inscrit par le décret du 29.09.05).

Lorsqu'il le juge utile, le président de la section chargé de la mise en état prononce la clôture de l'instruction et informe les parties de la date de l'audience et de la possibilité qu'elles ont d'y présenter des observations orales (article R. 143-29 du Code de la Sécurité Sociale). Cette ordonnance de clôture est faite 15 jours au

moins avant la date de l'audience. A l'audience, le président de la section qui a procédé à l'instruction fait son rapport, les parties présentes ou représentées sont entendues (article R. 143-29-1 du Code de la Sécurité Sociale) . Lorsqu'un assesseur est empêché il est remplacé par son suppléant.

Comme on le constate, il n'est pas fait mention de la possibilité par le demandeur de se faire assister par un médecin à l'audience. Néanmoins il est quasi systématiquement toléré si le demandeur se fait accompagner d'un médecin que le médecin puisse évoquer devant la cour les arguments médicaux du demandeur.

La cour nationale statue par un délibéré secret.

La cour nationale n'est pas obligée de suivre l'avis du médecin qualifié ou des experts désignés pouvant même prendre une décision contraire à leur avis.

La décision mentionne le nom du président et des assesseurs ainsi que le nom des parties, leur profession et le lieu où elles demeurent. La décision résume le déroulement de la procédure avant d'évoquer les prétentions, observations écrites et moyens des parties. Elle passe ensuite à la motivation puis annonce les solutions à adopter sous forme de dispositif. La décision, c'est-à-dire le dispositif, est prononcée en audience publique souvent immédiatement après les délibérations.

La décision de la Cour est notifiée sans délai, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à chacune des parties (article R. 143-29-2 du Code de la Sécurité Sociale) .

δ. Voies de recours

Les décisions de la Cour Nationale de l'incapacité, de la tarification de l'assurance des accidents du travail (on parle de décisions et non d'arrêts) sont susceptibles de pourvoi devant la Cour de cassation (article L.144-1 du Code de la Sécurité Sociale inséré par les Loi N°94-43 du 18 janvier 1994 art.80 VII Journal Officiel du 19 janvier 1994, Loi N°2002-73 du 17 janvier 2002 art.35 III 2° Journal Officiel du 18 janvier 2002, article L.144-4 du Code de la sécurité sociale, inscrit par l'ordonnance du 08.06.05)

Le délai pour ce pourvoi est de 2 mois à compter de la notification, de la décision de la Cour Nationale .

Le pourvoi en cassation est examiné par la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation.

Le pourvoi en cassation suit la procédure édictée par les articles R.144-7 du code de la sécurité sociale inscrit par le décret n°2055-1224 du 29.09.05. Cette procédure est commune à l'ensemble des juridictions de sécurité sociale : tribunal des affaires de sécurité sociale, cour d'appel, CNIT, Cour nationale de l'incapacité.

Le pourvoi nécessite le recours à un avocat à la Cour de cassation. Cette représentation est donc obligatoire.

ε. Commentaires

Outre la mise en place d'une présidence indépendante, la CNIT s'ouvre également au débat contradictoire. Toutes les parties doivent pouvoir faire valoir leurs arguments oralement ou par écrit et de façon contradictoire. Jusqu'à présent les débats à la CNIT se faisaient sur pièces.

Maintenant, le plaignant pourra défendre en personne ses arguments devant la CNIT. Il peut également être représenté par un avocat ou un avoué.
Le roulement des assesseurs est obligatoire à la CNIT, ce qui n'est pas le cas au TCI .

I. Le cas des fonctionnaires

1. Généralités

Les fonctionnaires sont regroupés en 3 grandes administrations :
La Fonction publique de l'Etat, la Fonction publique hospitalière, la Fonction publique territoriale.

a. Corps et cadres d'emploi

Les corps ou cadres d'emplois regroupent des fonctionnaires soumis à un même ensemble de règles appelé statut particulier fixé par décret. Les corps concernent les Fonctions publiques de l'Etat et la Fonction publique hospitalière.
Les cadres d'emplois concernent la Fonction publique territoriale.
Les statuts particuliers fixent, pour chaque corps ou cadre d'emplois, les conditions de recrutements de rémunération, de déroulement de carrière, etc.

b. Catégories

Les corps et cadres d'emplois sont classés en trois catégories hiérarchiques désignées par ordre décroissant par les lettres A, B, C. L'accès à chacune des 3 catégories se fait par concours externe selon les niveaux des diplômes des candidats.

La catégorie A concerne les emplois comportant des Fonctions de conception et d'encadrement. Le recrutement se fait au niveau licence-maîtrise. Elle nécessite un niveau Bac +3 ou plus.

A titre d'exemple dans la Fonction publique territoriale, 9 % des agents appartiennent à la catégorie A. La catégorie B comprend les emplois comportant les fonctions d'application. Elle nécessite le niveau Bac ou Bac +2 (par exemple infirmière, titulaire d'un BTS ou d'un DUT...), cette catégorie B constitue un encadrement intermédiaire. A titre d'exemple, dans la Fonction publique territoriale, 14 % des agents appartiennent à la catégorie B.

La catégorie C concerne les emplois comportant la Fonction dite d'exécution. Cette catégorie C comprend des fonctionnaires sans diplôme ou à un niveau scolaire infra Bac (titulaire d'un BEPC, d'un CAP, BEP...) .

Parmi les catégories des fonctionnaires existent certaines sous catégories.

Par exemple, la catégorie A inclut en particulier les attachés. Mais il existe à l'intérieur de la catégorie A une catégorie A+ concernant les ingénieurs.

La catégorie B correspond en particulier aux rédacteurs et techniciens animateurs de la filière animation. Il existe au sein de la catégorie une catégorie B+ correspondant aux rédacteurs chefs.

Au sein de la catégorie C il existe une catégorie C de base, concernant les adjoints administratifs de 1^{er} et de 2^{ème} classe. Il existe également une catégorie C+ correspondant à l'adjoint administratif principal de 2^{ème} classe et aux agents de maîtrise.

c. Les grades

Les corps ou cadres d'emplois comprennent un ou plusieurs grades selon le statut particulier. Lorsqu'il y a plusieurs grades, ils sont hiérarchisés.

Sauf exception, l'accès à un corps ou cadre d'emplois s'effectue par le grade le moins élevé ou grade de début de carrière.

Il est possible ensuite d'accéder au grade supérieur par avancement de grade.

A titre d'exemple.

Il existe le corps des chefs de service intérieur. Ils comprennent les grades de chef de service intérieur de 1^{ère} catégorie, de chef de service intérieur de 2^{ème} catégorie.

d. Echelons

Chaque grade comprend plusieurs échelons, l'ensemble des échelons constituent l'échelle indiciaire du grade. Le nombre d'échelons de chaque grade est fixé par le statut particulier du corps ou cadre d'emplois auquel le fonctionnaire appartient.

L'échelon détermine la rémunération du fonctionnaire. En effet, à chaque échelon correspond un indice brut dit indice de carrière et un indice majoré auquel correspond un traitement de base.

En principe l'accès au grade se fait par le 1^{er} échelon. Puis au cours de sa carrière le fonctionnaire accède aux échelons plus élevés par avancement d'échelon. Les conditions d'avancement sont fixées par le statut particulier.

L'avancement d'échelon est un droit .

L'avancement de grade n'est pas un droit.

2. Les médecins agréés

Les médecins agréés autrefois appelés médecins assermentés assurent pour l'administration les examens médicaux des fonctionnaires (aptitude aux emplois publics, congés de maladie, renouvellement, réintégration, contrôle, expertises...) .

Les médecins agréés se définissent comme des médecins généralistes ou spécialistes que l'administration désigne pour siéger aux comités médicaux ou qui sont chargés par elle ou par les comités médicaux et commissions de réforme d'effectuer les contre- visites et expertises.

Les contre visites ont lieu à la demande de l'Administration pendant la durée des congés pour vérifier que le congé accordé est justifié (Article 35 de la Loi du 11.01.1984 et Article 34 – 4^{ème} paragraphe). Les contre visites et expertises ont lieu à la demande du comité médical ou de la commission de réforme pour mettre ces instances en mesure de donner leur avis.

Leur fonctionnement est régi par le décret N°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et aux régimes de congés de maladie des fonctionnaires de l'Etat (Journal officiel du 16 mars 1986) .

La désignation des médecins agréés, l'organisation des comités médicaux des conditions d'aptitude physique pour l'admission de la fonction publique territoriale, l'organisation des congés de maladie, de longue maladie, des congés de longue durée, de la mise en disponibilité concernant la fonction publique territoriale sont

régis par le décret n°87-602 du 30.07.1987 pris pour l'application de la loi n°84-53 du 26.01.1984 du Journal officiel.

a. Rôle du médecin agréé

L'Administration désigne le médecin chargé de la contre visite ou de l'expertise (médecin agréé).

Dans le cadre d'une expertise, le médecin agréé transmet son rapport au comité médical ou à la commission de réforme.

Le Conseil d'état, par une décision du 04.01.1995, a stipulé que l'intégralité du rapport d'expertise devait, à la demande de l'agent, être remis au médecin qu'il avait désigné pour le recevoir. Le fonctionnaire doit donc adresser sa demande de communication au comité de réforme ou au comité médical et non au médecin expert auteur du rapport. Si l'administration, en particulier, l'inspection académique maintient un refus de communication des expertises, le fonctionnaire ou l'agent concerné peut saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (C.A.D.A., 66 rue de Bellechasse 75007 Paris).

Il peut arriver en particulier dans les cas de congés pour maladie mentale que des problèmes de communication surviennent entre le fonctionnaire et le médecin chargé de la contrôler. Un changement de médecin peut être alors opéré sur demande de l'intéressé et maintenu pour des visites ultérieures. Cette récusation ne peut-être utilisée sauf exception à l'égard des médecins généralistes chargés des contre visites mais uniquement pour des spécialistes et une seule demande de changement de médecin est alors en prendre en compte.

- le médecin agréé donne son avis sur les conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics ainsi que sur la compatibilité de l'état de santé des candidats à l'exercice des fonctions qui postulent.

- le médecin agréé effectue des contre-visites à la demande de l'administration auprès des fonctionnaires faisant l'objet d'un congé de maladie.

Il intervient à la demande de l'administration pour contrôler l'état de santé de l'agent et ne doit dans ce cas communiquer que sa conclusion sans indiquer les raisons médicales qui l'ont motivées.

Le contrôle médical peut être organisé par l'autorité territoriale notamment lorsqu'elle s'est attachée à un médecin agréé ou par le secrétariat du comité médical et de la commission de réforme. La contre visite effectuée par le médecin agréé peut être organisée sous la forme d'une convocation à une consultation soit à son cabinet soit au domicile de l'intéressé. La convocation comporte l'identification du service qui la délivre, les coordonnées du médecin chargé de la consultation, les données précises du rendez-vous ou la date limite à laquelle un rendez-vous doit être pris avec un médecin agréé dont la liste est alors jointe. Les numéros de téléphone de ces médecins étant indiqués.

La visite à domicile peut être préférée notamment lorsque l'état de santé du fonctionnaire territorial ne lui permet aucun déplacement. Cette formule plus onéreuse que la consultation peut se révéler en définitive moins coûteuse dans la mesure où elle peut permettre d'éviter le remboursement de frais de déplacement en ambulance ou lorsque le fonctionnaire ne se rend pas aux convocations qui lui sont

adressées. Dans ce cas il n'est pas obligatoire d'informer préalablement le fonctionnaire de la date de la visite.

Le fonctionnaire qui ne peut se rendre à la consultation qui lui a été indiquée ou ne sera pas présent lors d'une visite qui lui a été notifiée doit immédiatement en informer l'organisme dont elle émane afin que, si les circonstances le justifient, la date de contrôle soit modifiée ou la consultation soit remplacée par une visite. Dans le cadre d'une contre visite au terme de la consultation ou de la visite, le médecin adresse son rapport soit au service médical de l'Administration employant l'agent, soit au comité médical ou à la commission de réforme. Dans ce dernier cas, les conclusions sont transmises à l'Administration employant l'agent directement ou par l'intermédiaire du comité médical ou de la commission de réforme.

- le médecin agréé donne son avis sur la prolongation, l'octroi ou le renouvellement de congé, la mise en disponibilité, le reclassement professionnel des agents de l'Etat, en général dans le cadre du comité médical compétent.
- lorsqu'il est membre de la commission de réforme, le médecin agréé détermine le taux d'incapacité temporaire entraîné par un accident de service ou une maladie survenu en service, ainsi que l'évaluation de l'éventuelle invalidité entraînant la mise à la retraite anticipée.
- Le médecin agréé intervient à la demande du comité médical pour le renouvellement des congés ordinaires au-delà de 6 mois, pour la mise en congés de longue maladie ou de longue durée. Les expertises sont demandées par le médecin inspecteur de la santé ou le médecin agréé. Celui-ci doit lui retourner directement son rapport médical sous couvert du secret médical.

La direction départementale de l'action sanitaire et sociale peut également consulter le médecin agréé au sujet d'avis divers (dossier d'adoption, contrôle sanitaire des immigrés...) .

La circulaire FP/4 n° 1711 du 30-01-1989 parue au Bulletin officiel des services du premier ministre, les articles 8 et 9 du décret du n° 86-442 du 14-3-1986 ne prévoient pas de délai pour contester les conclusions du médecin agréé et l'avis du comité médical.

b. Nomination

Les médecins agréés sont choisis sur leur demande ou avec leur accord parmi les praticiens âgés de moins de 65 ans, ayant au moins 3 ans d'exercice professionnel dont, pour les généralistes, 1 an au moins dans le département pour lequel la liste est établie. La condition de trois ans d'exercice professionnel doit s'entendre au sens large et être considérée comme remplie lorsque le médecin a exercé ses fonctions dans un établissement hospitalier. Cet agrément est donné pour une durée de 3 ans, il est renouvelable. Le préfet de chaque département fixe une liste de médecins agréés, généralistes et spécialistes, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, et après avis du conseil départemental de l'Ordre des Médecins et des Syndicats Médicaux Départementaux. Tout praticien hospitalier comme tout autre médecin peut sur sa demande être inscrit sur la liste des médecins agréés.

L'agrément est attribué à titre individuel par le préfet. Le médecin agréé qui a atteint l'âge de 65 ans en cours de mandat peut conserver son agrément jusqu'au terme de

la période de trois ans. Cette hypothèse constitue la seule dérogation admise à limite d'âge de 65 ans.

La liste des médecins agréés ne doit recenser que des médecins qui ont fait connaître leur volonté d'y figurer et donc n'en comporter aucune inscription automatique.

Il est rappelé qu'aucune prestation de serment n'est à exiger des médecins agréés.

c. Rémunération

HONORAIRES DES MEDECINS AGREES			
	Généralistes	Spécialistes	Psychiatres
Honoraires en vue de l'admission à un emploi public, contre- visite du fonctionnaire sollicitant un congé de longue maladie ou longue durée	C	CS	CN PSY
Contre-visite avant réintégration à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée : (honoraires affectés d'un coefficient 0.8)	0.8 C	0.8 CS	0.8 CN PSY
Avis donné au titre de la commission de réforme : (accident du travail – maladie professionnelle –invalidité) (honoraires affectés d'un coefficient 1.2)	1.2 C	1.2 CS	1.2 CN PSY

Les tarifs des autres actes médicaux ou examens complémentaires (biologie – radiologie) prescrits par le médecin agréé, dans le cadre de son expertise, sont calculés selon la nomenclature générale des actes professionnels.

Dans les circonstances exceptionnelles lorsqu'une expertise réclame une charge de travail particulièrement importante, peut être envisagé un dépassement d'honoraires. Ce dépassement, dans tous les cas sera mesuré, et brièvement justifié sur le relevé d'honoraires.

3. Les organismes " de contrôle "

a. Les comités médicaux

Le comité médical constitue une instance médicale consultative, départementale ou ministérielle.

aa. Les comités médicaux départementaux

On distingue en fait deux types de comités médicaux départementaux :
Tout d'abord un comité médical est institué auprès de chaque département ministériel, compétent à l'égard des fonctionnaires en service à l'administration centrale et dans les services centraux des établissements publics de l'Etat, relevant du ministère intéressé.

D'autre part dans chaque département géographique, un comité médical est constitué auprès du préfet, il est compétent à l'égard des fonctionnaires des 3 fonctions publiques, exerçant leur fonction dans le département considéré (fonction publique d'Etat : FPE, fonction publique territoriale : FPT, fonction publique hospitalière : FPH). Le comité médical départemental est compétent à l'égard des fonctionnaires exerçant leur fonction dans le département.

Le comité médical est composé de deux médecins généralistes ainsi que de médecins spécialistes. Ces médecins spécialistes interviennent seulement pour l'examen des cas relevant de leur qualification. Il est adjoint au comité médical départemental un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le bénéfice du congé de longue maladie ou de longue durée, pour l'examen des cas relevant de sa qualification. S'il ne se trouve pas le département un ou plusieurs des spécialistes agréés nécessaires, le comité médical départemental fait appel à des spécialistes professant dans d'autres départements.

Un médecin peut être membre de plusieurs comités médicaux départementaux.

Un ou plusieurs suppléants sont désignés pour chacun des membres. Leur nombre doit être suffisant pour éviter tout retard dans les réunions des comités du à l'indisponibilité de l'un de leurs membres. Les membres titulaires et suppléants sont nommés par le ministre ou les préfets concernés pour une durée de 3 ans sur une liste de médecins agréés établie par la DDASS. Le mandat de trois ans des membres du comité médical départemental peut être écourté dans trois circonstances :

- le médecin atteint l'âge de 65 ans et doit être remplacé pour cette raison.
- Le médecin demande qu'il soit mis fin à son mandat avant terme.
- L'autorité administrative peut décider de mettre fin au mandat du médecin pour un motif grave notamment d'absences répétées et injustifiées.

Leurs fonctions sont renouvelables dans les mêmes conditions que pour les médecins agréés.

Le président de chaque comité est élu par les membres titulaires et suppléants parmi les deux médecins généralistes, titulaires de chaque comité, au début de chaque période de trois ans.

Le secrétariat est effectué par un médecin désigné, soit par le ministre concerné lorsqu'il s'agit de département ministériel, soit par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales. Dans ce dernier cas, le secrétariat du comité médical est assuré par un médecin inspecteur de la santé qui peut-être assisté d'agents placés sous sa responsabilité. Le secrétariat du comité médical est assuré par un médecin inspecteur de la santé ce qui garantit le respect du secret médical.

Les membres titulaires et suppléants du comité médical élisent leur président parmi les deux médecins généralistes,.

Le comité médical se réunit en général au moins deux fois par mois, on évitera l'absence de réunion pendant la période bimensuel de Juillet et d'Août. Aucune procédure n'a malheureusement prévu de délai d'instruction ni de fréquence des réunions du comité médical. Il peut s'ensuivre pour les agents des retards considérables dans le traitement de leur dossier.

Les avis rendus par le comité médical n'ont qu'un caractère consultatif sous réserve des trois hypothèses citées ci-dessus. Il s'agit donc d'actes préparatoires à la décision de l'administration qui ne peuvent être critiqués par la voie de recours contentieux.

Aucun avis supplémentaire ne peut être sollicité après l'avis rendu par la commission de réforme ou le comité médical lorsque ce dernier comité médical statue en qualité d'instance consultative d'appel.

Le comité médical départemental est consulté sur les contestations d'ordre médical à propos de l'admission des candidats aux emplois publics, sur l'octroi et le renouvellement des congés de maladie et la réintégration à l'issue de ces congés . Ainsi le comité médical départemental est consulté par l'Administration lorsque le candidat conteste, au sujet des conditions d'aptitudes physiques requises pour l'admission de la fonction publique, les conclusions du ou des médecins agréés qui l'ont examiné. Le comité médical départemental peut également être saisi en matière de contrôle médical par l'Administration ou le fonctionnaire en appel des conclusions du médecin agréé.

Le comité médical est une instance consultative composée de médecins agréés désignés par l'administration qui donne obligatoirement un avis sur l'état de santé du fonctionnaire avant que l'administration ne se prononce sur l'octroi ou le renouvellement des congés de maladie (à l'exception des congés de maladie d'une durée de moins de six mois consécutifs), la reprise de fonction à l'issue de ce congé (à l'exception du congé ordinaire de maladie de moins de douze mois consécutifs) ou la mise en disponibilité d'office, hormis les cas de compétence de la commission de réforme (Articles 5 à 7, 14 à 17 du Décret du 14.03.1986).

Le comité médical est une instance consultative d'appel des conclusions formulées par les médecins agréés lors des contre-visites.

L'avis du comité médical ne lie pas l'Administration, sauf dans trois hypothèses :

- la reprise de fonction après douze mois consécutifs de congé ordinaire de maladie qui ne peut être admise par l'administration que sur avis favorable du comité médical.
- la reprise de fonction après une période de congé de longue maladie ou de longue durée.
- l'octroi d'une période de mi-temps thérapeutique.

L'administration ne peut prononcer ces décisions que sur avis favorable du comité médical.

Le comité médical départemental est obligatoirement sollicité dans 7 cas :

- la prolongation des congés de maladie c'est-à-dire de 6 mois consécutifs.
- l'octroi de congés de longue maladie et de congés de longue durée.
- le renouvellement de ces congés.
- la réintégration après 12 mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé longue maladie ou congés de longue durée.
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé ou mise en disponibilité d'office .
- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire.

Le comité médical peut recourir à des experts choisis en dehors de ce comité sur la liste des médecins agréés. S'il ne se trouve pas dans le département un ou plusieurs experts dont l'assistance a été jugée nécessaire, les comités médicaux départementaux font appel à des experts résidant dans d'autres départements.

L'Administration transmet au comité médical un dossier qui comporte les éléments suivants :

- Un bref exposé des circonstances qui conduisent à la saisine,
- Une fiche récapitulative des divers congés pour raison de santé dont l'intéressé a déjà bénéficié et éventuellement des droits à congés encore ouverts.
- L'identification du service gestionnaire et du médecin du service de médecine professionnelle et préventive qui suit le dossier.
- Les questions précises sur lesquelles l'administration souhaite obtenir un avis et les délais de réponses qui doivent être respectés pour éviter toute difficulté de gestion.

Dès la réception du dossier le secrétariat du comité médical vérifie que le dossier instruit par l'Administration est en état d'être soumis en instance et organise la contre visite et éventuellement l'expertise si l'Administration ne les a pas déjà fait pratiquer.

Le secrétariat du comité médical informe l'Administration et le fonctionnaire de la date à laquelle le dossier sera examiné dès que cette date est fixée. Le fonctionnaire peut toujours avoir communication de la partie administrative de son dossier de l'avis du médecin ou du service de médecine professionnelle et préventive et les conclusions des médecins agréés du comité médical. Mais la partie médicale de son dossier ne peut lui être communiquée que par l'intermédiaire de son médecin traitant.

En plus des membres du comité médical (les deux médecins généralistes agréés et éventuellement un médecin spécialiste agréé), peuvent être entendus aux audiences du comité médical, le médecin du service de médecine professionnelle et préventive, l'expert, le médecin traitant du fonctionnaire, et éventuellement un médecin choisi par l'Administration.

Le comité médical n'a pas à transmettre à l'Administration, lorsqu'il diffuse les avis rendus à l'issue d'une séance, des renseignements qui permettraient de deviner la pathologie dont souffre le fonctionnaire.

La rubrique « observations » du procès verbal de réunion du comité médical doit être renseignée afin, en tant que besoin, et dans toute la mesure compatible avec le respect du secret médical, d'éclairer au mieux l'Administration sur la détermination des droits à congés pour raison de santé du fonctionnaire. Pour réaliser cet objectif il est demandé au comité médical de produire deux documents distincts :

- un procès verbal exhaustif comprenant toutes les informations médicales de l'agent qui devra être conservé avec la plus grande confidentialité par le comité médical.
- Des extraits partiels du procès verbal relatifs à l'avis rendu par le comité médical pour chaque agent qui seront envoyés au service gestionnaire et qui préciseront uniquement la composition du comité médical ainsi que la solution statutaire la mieux appropriée à l'état médical de l'agent.

Il est impératif que le procès verbal et les extraits soient signés, soit par les deux médecins généralistes membres du comité médical, soit par le médecin secrétaire de ce comité, mais pas par un agent administratif du service assurant le secrétariat du comité.

Par ailleurs la mention de la spécialité des médecins présents lors des séances des comités médicaux ne doit pas apparaître dans l'extrait du procès verbal transmis à l'autorité territoriale dont est originaire l'agent concerné.

Aucune obligation légale n'impose en effet une telle précision qui peut contrevenir au respect du secret médical dans la mesure où l'indication de la spécialité du médecin peut dans certains cas permettre de déduire la pathologie dont souffre l'agent.

Les avis rendus par le comité médical n'ont qu'un caractère consultatif sauf dans les trois hypothèses déjà suscitées qui lient l'Administration (reprise de fonction après des congés de maladie ordinaire d'une durée totale de 12 mois obtenus dans une période de 12 mois consécutifs, un prise de fonction après une période de congé de longue maladie ou de longue durée, octroi d'une période de mi temps thérapeutique à l'expiration d'un congé de longue maladie ou de longue durée).

Le comité médical départemental ne juge que sur dossier. Le fonctionnaire demandeur ne peut donc en aucun cas se présenter à ce comité médical. Il est cependant possible d'y faire entendre le médecin choisi par le demandeur. Lors de la mise pour information du demandeur par le comité médical départemental de sa réunion concernant son dossier, le demandeur est informé qu'il peut obtenir sur demande écrite, les conclusions de l'expertise médicale effectuée par le médecin agréé si elle a eu lieu.

Le procès verbal de la séance du comité médical départemental est transmis à l'employeur qui prend la décision finale.

Le fonctionnaire s'il conteste l'avis du comité médical départemental peut formuler un recours auprès du comité médical supérieur par l'intermédiaire de son employeur.

Le secrétariat du comité médical doit informer le fonctionnaire d'une possibilité de communication de son dossier, de la possibilité de faire entendre le médecin de son choix dans ses structures et des voies d'appel devant le comité médical supérieur,

ainsi que d'avoir communication de l'avis du comité médical et de la commission de réforme.

Lorsque l'Administration saisit le comité médical, elle doit y inscrire des questions précises sur lesquelles elle désire avoir un avis et les délais de réponse qui doivent être respectés. Lors de l'audience du comité médical, peuvent être entendus le « médecin du travail », l'expert nommé par le comité médical, le médecin traitant du fonctionnaire, éventuellement le médecin choisi par l'administration. Le comité médical doit donner un avis précis à titre de réponse aux questions posées par l'administration.

Aucun avis supplémentaire ne peut être sollicité après l'avis rendu par la commission de réforme ou le comité médical lorsque ce dernier comité médical statue en qualité d'instance consultative d'appel .

La circulaire FP/4 n° 1711 du 30-01-1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat parue au Bulletin officiel des services du premier ministre, les articles 8 et 9 du décret du 14-3-1986 ne prévoient pas de délai pour contester les conclusions du médecin agréé et l'avis du comité médical.

En pratique les contestations doivent être formulées dès que les conclusions sont connues par le fonctionnaire ou l'Administration.

bb Le comité médical supérieur

Le comité médical supérieur constitue une instance médicale consultative d'appel constituée auprès du ministre chargé de la santé .

Le comité médical supérieur est une instance consultative d'appel des avis rendus par le comité médical.

Le comité médical supérieur assure ainsi sur le plan national une certaine cohérence entre les avis rendus par les comités médicaux. Le comité médical supérieur peut être appelé, à la demande de l'Administration ou du fonctionnaire concerné, à donner son avis sur les cas litigieux qui doivent avoir été préalablement examinés en premier ressort par les comités médicaux.

Le délai moyen d'attente est d'un an .

Le comité médical supérieur, créé auprès du ministre chargé de la santé est une instance consultative comprenant deux sections.

Une première section de 5 membres pour les maladies mentales, une deuxième section de 8 membres pour les autres maladies.

Le comité médical supérieur siège au ministère chargé de la santé, à la direction générale de la santé.

Les membres sont nommés pour 3 ans par le ministre de la santé. Un ou plusieurs suppléants sont nommés pour chacun des membres. Il est saisi par l'administration compétente, soit de sa propre initiative, soit à la demande du fonctionnaire lorsque ce fonctionnaire conteste l'avis émis par le comité médical départemental (voir articles 7 et 19, décret N°86-442 du 14 mars 1986 modifié). Il constitue une instance consultative d'appel des avis rendus en premier ressort par les comités médicaux c'est-à-dire sur l'un des sept points énumérés à l'Article 7 du Décret du 14.03.1986. Le comité médical supérieur est une instance consultative d'appel des avis rendus par le comité médical.

Le comité médical supérieur est une instance consultative composée de médecins nommés par le ministre chargé de la santé, qui est consultée par le ministre gestionnaire en appel de l'avis donné par le comité médical, à la demande de l'administration ou du fonctionnaire dès réception par l'administration du courrier indiquant que l'intéressé conteste l'avis (Articles 8 et 9 du Décret du 14.03.1986) .

Les seules exceptions où le comité médical supérieur ne bénéficie pas d'une compétence obligatoire pour connaître en appel des contestations d'avis émis par les comités médicaux, contestation par l'administration ou l'agent de la fonction publique sont :

- le contrôle de l'aptitude physique des candidats aux emplois publics (l'administration n'est pas obligée en cas de contestation de soumettre le dossier au comité médical supérieur).

Elle peut néanmoins pour des cas exceptionnels consulter cette instance .

- les contre-visites opérées par l'administration au cours de congés ordinaires de maladie à condition que le litige ne porte pas sur le renouvellement d'un congé de ce type, au delà de 6 mois consécutifs de ce même congé ordinaire de maladie, sur la reprise de fonction après douze mois consécutif de ce même congé.

Le comité médical supérieur est consulté lorsque le comité médical départemental estime licite d'accorder un congé de longue maladie à un fonctionnaire, atteint d'une affection ne figurant pas sur la liste indicative et lorsque le bénéficiaire d'un congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice de ces fonctions pour la fonction publique d'Etat et la fonction publique hospitalière. En ce qui concerne la fonction publique territoriale, seule est saisie dans ce cadre à la commission de réforme.

L'Administration informe de l'appel le comité médical qui transmet aussitôt le dossier médical du fonctionnaire au comité médical supérieur.

Le comité médical supérieur statue sur pièces. La procédure devant le comité médical supérieur est donc écrite. Le fonctionnaire, son médecin traitant ou l'administration ne peuvent donc être entendus par lui. Le comité médical supérieur se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier qui lui est soumis.

Il peut s'adjoindre en cas de besoin, un spécialiste de l'affection considérée.

b. La commission de réforme

aa. Constitution de la commission de réforme

La composition et le fonctionnement de la Commission de Réforme pour les fonctionnaires de l'Etat est régie par le décret n°86-442 du 14.03.1986, pour la Fonction publique territoriale, la Fonction publique hospitalière par l'article 31 du décret n°2003-1306 du 26.12.2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à Caisse Nationale des agents des collectivités locales. Le caractère commun des dispositions relatives aux Commissions de Réforme de la Fonction publique territoriale, de la Fonction publique hospitalière s'explique par le fait que ces deux catégories de fonctionnaires dépendent du même régime de retraite, à savoir celui des fonctionnaires affiliés à Caisse Nationale de retraite des agents des collectivités

locales (décret n°47-1846 du 19.09.47 modifié). Le décret du 26.12.2003 a été actualisé par le décret n°2010-1740 du 30.12.2010 pris en application de la loi du 09.11.10 portant réforme des retraites.

La Commission de réforme constitue une instance consultative tripartite ministérielle ou départementale où siègent médecins, représentants de l'administration et du personnel .

La commission de réforme est une instance consultative médicale et paritaire (composée de médecins du comité médical, de représentants de l'administration et de représentants du personnel) qui donne obligatoirement un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie et sur l'état de santé, les infirmités ou le taux d'invalidité qui en découlent avant que l'administration ne se prononce sur l'octroi, le renouvellement des congés pour accidents de service ou maladies contractées dans l'exercice des fonctions (à l'exception du congé de ce type inférieur ou égal à 15 jours) ou la mise en disponibilité d'office à la suite de ces congés (Articles 10 à 19 du Décret du 14.03.1986).

L'avis de la commission de réforme ne lie pas l'administration.

On distingue deux types de commission de réforme :

* Il existe une commission de réforme ministérielle créée auprès de l'administration centrale de chaque département ministériel. Elle se compose de deux représentants de l'Administration (le chef de service général de l'administration dont dépend le fonctionnaire ou son représentant, un membre du contrôle général économique et financier ou son représentant), de deux représentants du personnel, des deux médecins du comité médical . Les représentants de l'Administration dans la Commission de Réforme Ministérielle présentent des grades différents des représentants de l'Administration de la Commission départementale de Réforme. Le président de la commission de réforme ministérielle est le chef de service ou son représentant .

* Une Commission départementale de réforme existe dans chaque département géographique, placé sur l'autorité du préfet. Les commissions de réforme départementale sont composées de :

- deux représentants de l'Administration (le chef de service général de l'administration dont dépend le fonctionnaire et le trésorier payeur général du département ou leurs représentants) ; on retrouve dans cette dualité le principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable .

- deux représentants du personnel (élus par les membres titulaires et suppléants de la commission administrative paritaire) .

Les représentants du personnel sont issus en général de la Commission administrative paritaire .

Les représentants du personnel peuvent ne pas être membres de la commission administrative paritaire.

En effet certains ministères ne disposent pas de Commission administrative paritaire locale et il serait difficile pour les représentants du personnel d'être présents dans toutes les commissions de réforme départementales s'ils ne pouvaient pas être élus sans appartenir à la Commission administrative paritaire centrale.

Les deux représentants du personnel appartiennent au même grade ou à défaut au même corps que l'intéressé.

- deux praticiens de médecine générale, en principe membres du Comité médical, auxquels est adjoint pour l'examen des cas relevant de sa compétence un spécialiste de l'affection considérée. Le spécialiste compétent pour l'affection considérée doit participer à la délibération (article R.49 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) .

Lorsqu'un médecin spécialiste participe à la délibération conjointement avec les 2 praticiens de médecine générale, l'un de ces 2 derniers s'abstient de voter (circulaire FP/4 n° 1711 du 30-01-1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat parue au Bulletin officiel des services du premier ministre, paragraphe 5.1.4 quorum) .

Le médecin spécialiste participe aux débats de la Commission de réforme et ne prend pas part aux votes (arrêté du 04.08.2004 relatif aux Commissions de réforme des agents de la Fonction publique territoriale et la Fonction publique hospitalière titre premier, article 3) .

La présence d'un médecin spécialiste dans de la Commission de Réforme est prévue pour :

- La Fonction publique de l'Etat dans les articles 5 et 6 du décret n°86-442 du 14.03.86
- Pour la Fonction publique territoriale et la Fonction publique hospitalière par l'article 3 de l'arrêté du 04.08.2004. Le terme «en tant que de besoin », cité dans l'article 5.1 de la 2^{ème} partie de la circulaire FP/4, n°1711 du 30.01.89 du Bulletin Officiel des services du 1^{er} Ministre de 1989. est très vague, Néanmoins si la Commission de Réforme ne comprend pas un médecin spécialiste, le fonctionnaire peut contester l'avis de la Commission de Réforme s'il arrive à démontrer que l'avis d'un médecin spécialiste est nécessaire du fait du domaine très précis médicalement parlant de l'affection qui est responsable du handicap de l'agent.
- exemples où la présence de ce médecin spécialiste à été jugée nécessaire : Conseil d'Etat du 6 février 1981, Mme Thielen c/ ministre de l'Intérieur, req. N° 16288, Rec. Lebon, tables, p. 875 ;
- exemples où cette présence n'a pas été jugée nécessaire : Conseil d'Etat du 9 septembre 1998, Lambourdière c/ Assistance publique de Paris, req. N° 107466 et Conseil d'Etat du 13 juin 1980, Prudet c/ Caisse des dépôts et consignations, req. N° 13095.

Le renouvellement de ces commissions a lieu tous les 3 ans.

Chaque membre titulaire à deux suppléants.

Le président de la Commission de réforme départementale est le préfet ou son représentant. Le président de la Commission de réforme dirige les délibérations mais ne participe pas aux votes.

bb. Les rôles de la Commission de réforme

Les compétences de la Commission de Réforme sont inscrites

- pour les fonctionnaires de l'État dans les articles 13, 10 et 19 du décret n° 86.442 du 14.03.1986, l'article L.31 du Code des pensions civiles et militaires de retraite.
- pour la Fonction publique territoriale et la Fonction publique hospitalière dans l'arrêté du 04.08.2004 paru au JO du 17.09.2004, (pages 16232 et suivantes) qui précise le décret n° 2003-1306 du 26.12.2003 , l'article 31 du décret n° 2003-1306 du 26.12.2003 .

La Commission de Réforme donne obligatoirement un avis sur

- l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie qui a donné lieu à l'octroi d'un congé maladie, de longue maladie ou de longue durée afin d'assurer sa prise en charge par l'Administration.
- la réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie imputable au service, la preuve de leur imputabilité au service et le taux d'invalidité qu'elle entraîne au niveau de l'attribution éventuelle d'une allocation d'invalidité .

- l'application du Code des pensions civiles et militaire en matière de retraite pour invalidité et l'attribution de la rente viagère d'invalidité.

La consultation de la Commission de Réforme est obligatoire pour apprécier l'imputabilité au service d'un accident ou une maladie imputable au service en cas de congé de maladie ayant pour cause un accident au service, une maladie imputable au service. L'obligation de consulter la Commission de Réforme en cas de congé maladie ayant pour cause un accident de service ou une maladie imputable au service figurent :

- Pour les fonctionnaires de l'Etat dans l'article 26 du décret n°86-442 du 14.03.89.
- Pour les fonctionnaires territoriaux dans l'article 16 du décret n°87-602 du 30.07.87.
- Pour les fonctionnaires hospitaliers dans l'article 16 du décret n°88-386 du 19.04.88.

Une dérogation à cette obligation de la consultation de la Commission de Réforme en cas de congé maladie ayant pour cause un accident de service ou une maladie imputable au service est apportée par le décret n°2008-1191 du 17.11.2008.

La Commission de Réforme dispose de larges pouvoirs d'instruction dans les 3 Fonctions publiques comme le stipule le décret n° 86-442 du 14.03.86, article 19, l'arrêté du 04.08.04, article 16 : « la Commission de Réforme doit être saisie de tout témoignages, rapports et constatations propres à considérer sa décision administrative comme nulle (arrêt du Conseil d'Etat du 05.04.06, éclairer son avis. Elle peut faire procéder à toutes mesures d'instruction, enquêtes et expertises qu'elle estime nécessaires » la Commission de Réforme doit donc posséder une connaissance complète du dossier. L'Administration doit donc fournir tous les éléments d'appréciations dont elle dispose à la Commission de Réforme. Si l'Administration dans sa décision ultérieure se fonde sur des éléments d'appréciation qui n'ont pas été soumis préalablement à la Commission de Réforme, en appel, la justice administrative Caisse des Dépôts et consignations contre Mr Merotte, requête n° 266010).

L'article 17, 4^{ème} alinéa de l'arrêté du 04.08.04 stipule «le médecin visé au 1^{er} paragraphe de l'article 3 (c'est-à-dire les 2 praticiens de médecine générale et s'il y a lieu les médecins spécialistes) les médecins agréés ayant reçu pouvoir en application de l'article 8 (c'est-à-dire dans le cas où le médecin et son suppléant sont indisponibles) ne peuvent pas siéger avec voix délibérative lorsque la Commission examine le dossier d'un agent qu'ils ont examiné à titre d'expert ou de médecin traitant » cet arrêté du 04.08.04, qui concerne la Fonction publique territoriale et la Fonction publique hospitalière peut être étendu à la Fonction publique d'Etat.

Le fonctionnaire ne peut récuser un membre d'une Commission de Réforme. La seule solution réside lorsqu'il fait appel devant le Tribunal Administratif le faire valoir qu'un des membres de la Commission de Réforme aurait fait preuve de partialité à son égard, a charge pour lui d'apporter les preuves.

La Commission de réforme donne son avis sur :

α. L'imputabilité au service d'un accident de service ou d'une maladie survenue en service

La consultation de la Commission de Réforme est obligatoire pour apprécier l'imputabilité au service d'un accident ou une maladie imputable au service en cas de congé de maladie ayant pour cause un accident au service, une maladie imputable au service.

L'obligation de consulter la Commission de Réforme en cas de congé maladie ayant pour cause un accident de service ou une maladie imputable au service figure :

- Pour les fonctionnaires de l'Etat dans l'article 26 du décret n°86-442 du 14.03.89.
- Pour les fonctionnaires territoriaux dans l'article 16 du décret n°87-602 du 30.07.87.
- Pour les fonctionnaires hospitaliers dans l'article 16 du décret n°88-386 du 19.04.88.

Une dérogation à cette obligation de la consultation de la Commission de Réforme en cas de congé maladie ayant pour cause un accident de service ou une maladie imputable au service est apportée par le décret n°2008-1191 du 17.11.2008.

Avant le décret n°2008-891 du 17.11.08 paru dans le Journal officiel du 18.11.08, la Commission de réforme était consultée chaque fois qu'il y avait présomption d'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie. Cette consultation n'était pas obligatoire lorsque l'imputabilité était reconnue par la Fonction publique de l'Etat, l'autorité territoriale et que l'arrêt de travail ne dépassait pas 15 jours. Avant ce décret du 19.04.1988, aucune dérogation n'était prévue pour les fonctionnaires hospitaliers. Depuis ce décret n°2008-891, la saisine obligatoire de la Commission de réforme pour tout arrêt supérieur à 15 jours est supprimée. Le décret mentionne ainsi que la Commission de réforme n'est plus consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'Administration.

La Commission de réforme garde la possibilité de demander à l'Administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

D'autre part lorsque les éléments objectifs dont dispose l'Administration ne lui permettent pas de se prononcer sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, l'avis de la Commission de réforme peut être requis.

En conclusion, jusqu'au décret du 17.11.08, la Commission de réforme donnait son avis quant à la décision à prendre par l'Administration. Désormais l'Administration a la pleine et entière responsabilité de la reconnaissance de l'imputabilité au service. En cas d'appréhension difficile de la reconnaissance de l'accident ou d'une maladie le décret a prévu que l'Administration pouvait consulter un médecin agréé avant de se prononcer.

Du point de vue pratique si l'Administration reconnaît l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident, deux cas de figure peuvent survenir :

- soit l'imputabilité au service semble ne pas devoir être contestée, l'Administration prend alors la décision de reconnaissance de l'imputabilité.
- Soit l'Administration est confrontée à des difficultés d'appréciation de l'imputabilité au service de l'accident et de la maladie.

L'Administration se voit alors recommander de faire appel au concours d'un médecin agréé expert d'après le décret du 17.11.08 qui indique que « lorsque l'Administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, elle peut autant qu'elle en a besoin consulter un médecin expert agréé ».

L'Administration ne doit donc pas systématiquement transmettre le dossier pour avis à la Commission de réforme.

Si l'Administration ne reconnaît pas l'imputabilité au service de maladie ou de l'accident, l'Administration doit transmettre à la commission de réforme l'ensemble des éléments du dossier. Ce dossier doit comporter un rapport écrit du médecin du travail.

Deux possibilités s'ouvrent alors :

- soit la Commission de réforme émet un avis défavorable à une reconnaissance de l'imputabilité au service de maladie ou de l'accident.
- Soit elle se prononce favorablement à cette reconnaissance.

L'Administration peut refuser de saisir la Commission de Réforme si elle estime que le défaut d'imputabilité au service est manifeste (pour les fonctionnaire de l'Etat : arrêt du Conseil d'Etat du 16.05.73 Ministre des postes et télécommunications contre Mademoiselle Dumestre, requête n° 86715, recueil Lebon page 353, pour les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers : arrêt du Conseil d'Etat du 10.12.93 Administration générale de l'assistance publique de Paris contre Luce, requête n°109526 recueil Lebon, tables page 840, pour les 3 fonctions publiques, arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Paris du 1^{er} juin 2006, Commune de Courbevoie contre Madame Pichard requête n°03PA02708) .

Le fonctionnaire s'il désire contester cette décision défavorable de l'Administration peut demander lui-même la saisie de la Commission de Réforme pour demander la révision de cette décision ou encore saisir directement le Tribunal Administratif.

L'obligation de la consultation de la Commission de Réforme a pour but d'éviter des abus qui accorderaient aux fonctionnaires sans examen objectif le bénéfice des dispositions relatives au congé pour maladie et résultant d'un accident de service ou maladie imputable au service. La dérogation accordée par le décret du 17.11.2008 permet par contre de ne pas compliquer inutilement le travail de l'Administration.

Lorsqu'une demande de rechute d'accident de service n'est pas reconnue par l'Administration, par l'exemple lorsque l'Administration ne répond pas une demande de rechute, que ce soit d'une façon favorable ou défavorable et qu'elle place le patient en position de maladie ordinaire, le fonctionnaire peut saisir directement la Commission de Réforme afin de faire reconnaître sa rechute.

β. La détermination du taux d'incapacité permanente partielle ou au droit au bénéfice de la location temporaire d'invalidité (A.T.I.)

La Commission de Réforme peut aussi donner son avis sur la preuve de l'imputabilité au service des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle en vue de l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité.

La Commission peut demander une expertise pour décision sur une éventuelle consolidation. Si le patient est consolidé, il peut être déclaré comme apte à un poste aménagé à temps partiel, pendant une certaine période au début.

L'employeur est tenu à rechercher un poste aménagé, mais n'est pas obligé d'en trouver un.

y. La mise en congé de longue maladie ou de longue durée (décidée d'office) à l'initiative de l'administration (voir article 34 du décret N°86-442) sur le 3^{ème} et le dernier renouvellement d'une mise en disponibilité d'office pour une pathologie liée ou non au service (voir article 48 du décret N°86-442).

δ. L'admission d'un agent de la Fonction publique à la retraite pour une invalidité résultant ou pas du service

En cas d'admission d'un agent de la Fonction publique à la retraite pour une invalidité résultant du service, cette mise en invalidité est réglementée par l'article L.27 du Code des pensions civiles et militaires de retraites.

Le rôle de la Commission de Réforme est d'apprécier la réalité des infirmités invoquées, la preuve de leur imputabilité au service, le taux d'invalidité qu'elles entraînent, l'incapacité permanente à exercer les fonctions (article L.31 du Code des pensions civiles et militaires de retraite et article 31 du décret n° 2003-1306 du 26.12.03).

Cette consultation de la Commission de Réforme est obligatoire, l'avis de la Commission de Réforme doit être obligatoirement motivé (article R.49, dernier alinéa du Code des pensions civiles et militaires de retraite pour les fonctionnaires de l'Etat, article 17, 5^{ème} alinéa de l'arrêté du 04.08.2004 pour la Fonction publique territoriale et la Fonction publique hospitalière)

cc. Le fonctionnement de la Commission de réforme

La Commission de Réforme est saisie par l'autorité administrative compétente ou par le fonctionnaire.

Si le fonctionnaire saisit directement la Commission de Réforme, celle-ci est obligée d'examiner le dossier, elle ne peut pas refuser de l'examiner.

Par contre, si le fonctionnaire demande à l'Administration de saisir la Commission de Réforme, l'Administration peut refuser. Il est donc conseillé en cas de contentieux pour le fonctionnaire qu'il saisisse directement la Commission de Réforme.

On peut citer à titre d'exemple le cas d'un fonctionnaire qui lors de sa révision quinquennale a vu son taux d'ATI passer de 12 % à 7 %.

Il a alors saisi la Commission de Réforme une 1^{ère} fois qui lui a accordé un taux d'ATI de 9 % au lieu des 7 % accordés par le médecin conseil.

Il a alors consulté son médecin spécialiste qui a rédigé un certificat médical en sa faveur. Il a alors saisi directement la Commission de Réforme une 2^{ème} fois en apportant des faits nouveaux avec son certificat médical.

La Commission de Réforme s'est donc réunie une 2^{ème} fois et lui a accordé un taux d'ATI de 11 %.

La Commission de Réforme ne peut délibérer valablement que si la majorité absolue des membres en exercice assiste à la séance.

Le médecin du travail du service auquel appartient le fonctionnaire, peut assister à titre consultatif à la réunion du comité de réforme ou d'ailleurs du comité médical.

La Commission de réforme peut si elle le désire, convoquer le fonctionnaire, accompagné d'une personne de son choix (par exemple le médecin traitant) qui peut alors défendre son point de vue. Le fonctionnaire lors de la réunion de la

commission de réforme peut se faire représenter par un médecin et se faire entendre ou faire entendre une personne de son choix .

L'Administration peut également se faire représenter devant la Commission de réforme par un médecin agréé qu'elle aura choisi.

En plus des membres de la Commission de réforme, peuvent participer aux audiences de cette Commission de réforme, le médecin de prévention équivalent du médecin du travail chez les non-fonctionnaires , l'expert, le médecin traitant du fonctionnaire et éventuellement un médecin choisi par l'administration.

Il est des cas où le « médecin du travail » du service doit remettre obligatoirement un rapport écrit.

Les « médecins du travail » nommés auprès des administrations sont des médecins chargés en particulier des questions de prévention .

Auprès des administrations, sont en place des médecins équivalents du médecin du travail chez les non-fonctionnaires chargés des questions de prévention, de conditions de travail et de santé des agents, dits encore, en bref, « médecins de prévention ». Leur appellation diffère suivant les types de fonction publique. Il s'agit :

- pour la Fonction publique de l'Etat, du « médecin chargé de la prévention attaché au service auquel appartient le fonctionnaire » (décret n° 86-442 du 14 mars 1986, art. et 26) ;

- pour la Fonction publique territoriale, du « médecin du service de médecine professionnelle et préventive compétent à l'égard du fonctionnaire concerné » (décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, articles 9 et 16, et article 15 de l'arrêté du 04 août 2004) ; ce médecin est prévu à l'article L. 417-26 du Code des communes ;

- pour la Fonction publique hospitalière, du « médecin du travail attaché à l'établissement auquel appartient le fonctionnaire » (décret n° 88-386 du 19 avril 1988, article 9, article 15 de l'arrêté du 4 août 2004) ; la place et le rôle de ce médecin du travail dans les établissements hospitaliers sont régis par les articles R. 4626-9 et suivants du Code du travail .

L'intervention de ce « médecin de prévention » prend deux formes :

celle, obligatoire dans certains cas, d'un rapport écrit et celle, facultative, laissée à son gré, de la présentation d'observations écrites ou d'une assistance à titre consultatif à la réunion de la Commission de Réforme.

L'intervention de ce « médecin de prévention » est précisée par la Circulaire d'application relative à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine de prévention dans la Fonction publique (Ministère de la Fonction publique, de la réforme de l'état et de la décentralisation, Direction générale de l'Administration et de la Fonction publique, FP/4 n°1871 ; Ministère de l'Economie et des Finances, Direction du Budget 2B – n° 95-1353, Paris, le 24 janvier 1996) .

Cette intervention figure dans les dispositions du décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (articles 18, 26, 32, 34 et 43).

Dans chacune de ces hypothèses, le médecin de prévention est amené à jouer un rôle consultatif important sous forme d'avis ou d'observations écrites.

Ainsi, en application de l'article 18 de ce décret de 1986, « le médecin chargé de la prévention, attaché au service auquel appartient le fonctionnaire dont le cas est

soumis au Comité médical ou à la Commission de réforme, est informé de la réunion et de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé. Il peut présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la réunion ; il remet obligatoirement un rapport écrit dans les cas prévus aux articles 26, 32, 34 et 43 du décret », à savoir :

- dans tous les cas où un fonctionnaire demande le bénéfice des dispositions de l'article 34 (2*), 2^{ème} alinéa, de la loi du 11 janvier 1984 (maladie provenant de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L.27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'accident survenus dans l'exercice de ses fonctions) (article 26 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un congé de longue durée est demandé pour une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions (article 32 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un chef de service estime que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier sa mise en congé d'office de longue maladie ou de longue durée (article 34 du décret de 1986) ;
- lorsqu'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée envisage la possibilité de reprendre ses fonctions (article 43 du décret de 1986).

Bien que non membre de droit du Comité médical ou de la Commission de réforme, la présence du médecin de prévention dans ces différentes hypothèses apparaît tout à fait opportune et de nature à éclairer ces instances sur les cas examinés.

Si ces « médecins du travail » n'ont pu exercer leurs droits du fait de l'Administration, la justice administrative estime que l'avis de la Commission de Réforme a été irrégulièrement rendu et annule la décision prise sur cet avis (arrêt du Conseil d'Etat du 26.07.96, Combescure contre Ministre de la justice, requête n°121199).

Le secrétariat de la Commission de réforme est assuré par un médecin, désigné soit par le ministre concerné en cas de comité de réforme ministériel, soit par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales en cas de commission de réforme départementale.

La Commission de Réforme doit être saisie de tous les témoignages, rapports et constatations propres à éclairer son avis. Elle peut faire procéder à toutes mesures d'instructions enquêtes et expertises qu'elle estime nécessaires (article R.49 du Code des pensions civiles et militaires de retraite, article 19 du décret n°86-442 du 14.03.1986, article 16 de l'arrêté du 04.08.2004) .

Des textes différents assurent le caractère contradictoire de la procédure suivant qu'il s'agisse de fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers régis par l'arrêté du 04.08.04 ou qu'il s'agisse de fonctionnaire de l'Etat régis par le décret du 28.06.00 n°2000-610 modifiant le décret n°86-442 du 14.03.86.

Le médecin traitant du fonctionnaire ne peut réclamer lui-même les rapports d'expertises réalisés pour le compte de la Commission de Réforme. C'est le patient qui doit les réclamer à la Commission de Réforme s'il le désire et demander à ce qu'ils soient adressés au patient personnellement, soit au médecin de son choix. La Commission de Réforme est alors tenue de lui envoyer le rapport de l'expertise correspondant.

Typiquement, les avis des Commissions de Réforme n'ont pas l'obligation à être motivés. Toutefois, la loi n°79-587 du 11.07.79 relative à la motivation des actes administratifs impose la motivation des décisions administratives défavorables concernant les particuliers. Du fait de cette loi, lorsque l'Administration refuse de reconnaître une imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, elle doit motiver sa décision

Mais comme la Commission de Réforme n'émet qu'un avis et non pas une décision, l'application de cette loi n'est pas possible. Ceci est attesté par les jurisprudences suivantes :

- Cour Administrative d'Appel de Bordeaux, 17 mai 2005, Centre hospitalier départemental Félix Guyon c/ Mme Gaulin, req. N° 03BX00096 ;
- Cour Administrative d'Appel de Bordeaux, 05 octobre 2004, Mme Alexis c/ Centre hospitalier général de la Trinité, req. N° 00BX01363.

Cette absence d'obligation de motivation de l'avis présente néanmoins des exceptions. En effet le décret du 14.03.86, article 19, alinéa 8 prévoit pour la Fonction publique de l'Etat la motivation des avis de la Commission de Réforme dans le cas particulier de l'application d'article L.31 du Code des Pensions civiles et Militaires de retraite c'est-à-dire en cas d'incapacité permanente à l'exercice des fonctions entraînant la mise à la retraite pour invalidité.

Pour la Fonction publique territoriale et hospitalière, l'arrêté du 04.08.2004, article 17, alinéa 5, contient les dispositions qui obligent la Commission de Réforme à motiver ses avis.

Même si la motivation de l'avis de la Commission de Réforme n'est pas obligatoire dans les faits, en cas d'avis défavorable, elle semble néanmoins inévitable car l'Administration, comme on l'a vu, lorsqu'elle émet un avis défavorable doit se justifier en motivant sa décision (loi n°79-587 du 11.07.1979).

L'avis émis par la Commission de réforme ne lie pas l'Administration.

La décision d'attribution ou de refus de l'octroi d'un accident de service ou d'une maladie contractée en service au bénéfice d'un fonctionnaire appartient à l'Administration. Cette décision sera notifiée à l'intéressé ainsi que les voies de recours. Si l'Administration se prononce défavorablement et que l'agent conteste, la Commission de réforme pourra être saisie, soit par l'agent, soit par l'employeur .

L'avis de la Commission de réforme est purement consultatif, il ne s'impose pas à l'Administration. Mais dans les faits, l'Administration suit quasiment systématiquement, l'avis de la Commission de réforme.

L'avis de la Commission de réforme n'étant pas une décision mais seulement un avis consultatif, il ne peut pas faire l'objet directement d'un recours devant le juge administratif. Un tel recours est donc irrecevable. Seules d'éventuelles irrégularités dans l'avis de la commission de réforme peuvent être invoquées dans le cadre d'un recours contentieux contre la décision administrative prise après cet avis. Le fonctionnaire peut par exemple demander l'annulation d'une décision de l'Administration prise sur la base d'un avis de la Commission de Réforme lorsqu'il existe un vice de procédure propre de nature à affecter sa légalité, par exemple une irrégularité de la composition de la Commission de Réforme (arrêt du Conseil d'Etat du 04.08.2006 Madame Massimi contre Ministre de l'économie, des finances et Ministre de la justice, requête n°272074) le caractère consultatif de la Commission de Réforme a été confirmé à de multiples reprises par la jurisprudence en particulier par les arrêts suivants :

Pour la fonction publique territoriale : Conseil d'Etat du 4 janvier 1995, Commune de Septèmes-les-Vallons contre M. Ringler, requête n°150369 ; Conseil d'Etat du 05 avril 1996, Commune de Vaulx-en-Velin contre Mme Pocheron, requête n°133364. Pour la fonction publique hospitalière : Conseil d'Etat du 9 février 2000, Centre hospitalier spécialisé « Le Mas Careiron » contre Mme Besson, requête n°186546. Pour la fonction publique d'Etat : Conseil d'Etat du 29 décembre 1993, Feller contre le Ministre de l'Education nationale, requête n°135891.

Une autre conséquence du caractère consultatif de l'avis de la Commission de Réforme est que, quand l'Administration prend une décision suivant l'avis de cette Commission au motif qu'elle s'estimerait liée par celui-ci alors qu'elle n'a pas exercé la compétence que lui donnent les textes et en vertu de laquelle elle dispose d'un pouvoir d'appréciation, elle commet un erreur de droit. La décision de l'Administration peut alors être annulée par le Tribunal Administratif (arrêt du Conseil d'Etat du 07.06.1995, Delaunay contre le Ministre de l'éducation nationale, requête n°159362 recueil Lebon page 626) . Cela peut arriver quand l'Administration, dans un mémoire en défense, s'estime liée par l'avis de la Commission de Réforme .

L'avis de la Commission de Réforme est communiqué au fonctionnaire soit sur sa demande pour les fonctionnaires de l'Etat en vertu de l'article 19 du décret du 14.03.1986, soit d'office pour les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers en vertu de l'article 17 de l'arrêté du 04.08.2004 .

Par contre le fonctionnaire non satisfait d'un avis défavorable de la Commission de réforme peut exercer un recours administratif pour solliciter un nouvel avis de la Commission de réforme sans attendre que l'Administration ait pris une décision. En effet, le Conseil d'état dans sa jurisprudence, estime qu'un organisme consultatif, tant qu'une décision n'a pas été prise après sa consultation, n'a pas épuisé sa compétence et peut soit spontanément, soit à la demande de l'autorité compétente, procéder à un nouvel examen et confirmer, modifier ou infirmer sa décision précédente. (Conseil d'Etat 26.02.58, Bouchereau c/ Ministre de la Santé, requête n°39444, recueil Lebon, page 132).

La demande de réexamen nécessite néanmoins l'apport d'éléments nouveaux que n'aurait pas connus la Commission de réforme dans sa précédente délibération tels que par exemple des témoignages ou des pièces médicales . Le fonctionnaire peut donc saisir la Commission de Réforme une 2^{ème} fois s'il apporte des éléments nouveaux, par exemple un certificat médical d'un médecin. Lorsque le fonctionnaire sollicite une 2^{ème} fois la Commission de Réforme, il effectue alors un recours gracieux en arguant d'éléments nouveaux par exemple, un certificat médical et en demandant à ce que la Commission de Réforme soit ressaisie.

Si la demande de réexamen est considérée comme justifiée par la Commission de Réforme, celle-ci peut très bien ne pas juger utile de demander une expertise et peut donner satisfaction au fonctionnaire.

Le fonctionnaire peut également demander à la Commission de réforme une contre-expertise médicale mais si la Commission de réforme rejette cette demande, ce refus ne constitue pas une décision susceptible de recours pour excès de pouvoir. En effet, le rejet par la Commission de Réforme d'une demande de contre-expertise médicale déposée par le fonctionnaire, ne constitue pas une décision susceptible

d'un recours pour excès de pouvoir, En effet le Conseil d'Etat estime que la Commission de réforme émet un avis, non pas une décision puisque la décision appartient à l'Administration et que donc un avis n'est pas susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir (Arrêt du Conseil d'Etat du 18.12.1991, Blengino contre Commission Départementale de Réforme, requête n°122.959) . A l'inverse l'Administration, qui n'est pas d'accord avec un avis par exemple d'une prise en charge qu'elle considère comme injustifiée, pourrait solliciter un nouvel avis de la Commission de Réforme. Une autre solution pour l'Administration est de prendre sa décision sans tenir compte de l'avis de la Commission de Réforme.

Après avis de la Commission de Réforme et décision de l'Administration, le fonctionnaire peut encore faire une demande de recours gracieux auprès de son employeur, en cas du refus de ce recours gracieux il pourra alors se tourner en recours contentieux devant le Tribunal Administratif. Il peut être alors opportun de rechercher une solution par une nouvelle consultation. Cette démarche est à l'initiative de l'Administration .

α. Fonctionnement de la Commission de réforme pour les fonctionnaires de l'Etat

En ce qui concerne les fonctionnaires de l'Etat les garanties du caractère contradictoire sont un peu moins développées que pour les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers.

Le décret n°86-442 du 14.03.86 par son article 18 stipule que « le fonctionnaire intéressé et l'Administration peuvent en outre faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical ou la Commission de réforme ».

Le fonctionnaire doit être averti de la tenue de la Commission de Réforme et ce, dans un délai qui lui permet de faire entendre devant la Commission de Réforme le médecin de son choix. L'Administration doit pouvoir prouver qu'elle a fait le nécessaire pour avertir le fonctionnaire dans les délais prescrits de la tenue de la Commission de Réforme (arrêt du Conseil d'Etat du 25.11.1994, Colin contre le Ministre des affaires sociales, requête n°145310 recueil Lebon, tables, page 754 ; arrêt du Conseil d'Etat du 20.09.1991, Ministre de l'Education Nationale contre Giraud requête n°81431).

L'article 19 précise que le fonctionnaire est invité à prendre connaissance personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant de la partie administrative de son dossier. Un délai minimal de 8 jours doit séparer la date à laquelle cette consultation est possible de la date de la réunion de la commission de réforme.

Il peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux. La Commission de réforme si elle le juge utile peut faire comparaître le fonctionnaire intéressé. Celui-ci peut se faire accompagner par une personne de son choix ou demander qu'une personne de son choix soit entendue par la commission de réforme.

Dans ce même article 19 du décret 86-442 du 14.03.86 modifié par le décret du 28.06.00 n°2000-610, « le secrétariat de la Commission de réforme informe le fonctionnaire :

- de la date à laquelle la Commission de réforme examinera son dossier
- de ses droits concernant la communication de son dossier

- de la possibilité de se faire entendre par la commission de réforme de même que de faire entendre le médecin et la personne de son choix. »

Néanmoins la commission de réforme n'est pas obligée de convoquer le fonctionnaire. (Arrêt du conseil d'état du 01.03.96, Vincent c/ Ministre de L'industrie, de la Poste et des télécommunications et Ministre de l'Intérieur, requête n°092-287)

La non audition de l'agent ne constitue donc pas une atteinte à la procédure contradictoire.

La Commission de réforme n'a pas à faire procéder de sa propre initiative à la communication au fonctionnaire des pièces de son dossier. Mais quand cette communication est demandée, elle doit se faire de façon complète (arrêt du conseil d'état du 16.12.94, Madame Parent-Hugues c/ Ministre du Budget, requête n°110-257, recueil Lebon page 560, arrêt du conseil d'état du 04.01.95 Ministre de l'Intérieur c/ Joly, requête n°125546 recueil Lebon tables page 860).

Il convient de souligner que le décret du 14.03.86 n'accorde au fonctionnaire de l'Etat que l'accès à la partie administrative de son dossier ce qui paraît peu compatible avec la loi n°2002-303 du 04.03.02 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui reconnaît aux patients un accès direct à leur dossier médical. En effet, le malade dans le cadre de cette loi a le droit d'accéder aux informations concernant sa santé (article L.1111-7 du Code de la Santé Publique). « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultations, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuille de surveillance, correspondance entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. La personne peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication ».

β. Fonctionnement de la Commission de réforme pour les fonctionnaires de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière

La garantie du caractère contradictoire de la procédure est renforcée pour les fonctionnaires de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière. En ce qui concerne les fonctionnaires de la fonction publique territoriale, le décret n°87-602 du 30.07.87 par son article 9 stipule que « l'intéressé et l'administration peuvent faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical. » La Commission de réforme n'est certes pas citée mais on peut considérer que ce décret s'y applique puisque la commission de réforme est en quelque sorte une formation élargie du comité médical.

Pour les fonctionnaires hospitaliers le décret n°88-386 du 19.04.88 par son article 9 stipule que « le fonctionnaire intéressé et l'autorité compétente de l'établissement peuvent faire entendre le médecin de leur choix par le comité médical et la commission de réforme. »

L'arrêté du 04.08.04 commun aux comités de réforme de la Fonction publique territoriale et Fonction publique hospitalière a amélioré le caractère contradictoire de la procédure par rapport aux arrêtés antérieurs du 28.10.58, du 05.06.98 et apporte un plus par rapport aux agents de la fonction publique de l'Etat. L'application

contradictoire de la procédure devant la Commission de Réforme permet une garantie un peu plus développée pour les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers depuis l'arrêté du 04.08.2004 par rapport aux fonctionnaires de l'État, malgré le décret du 28.06.2000 concernant les fonctionnaires de l'État .

Tout d'abord en ce concerne les modalités d'accès du dossier un délai est également prévu pour permettre au fonctionnaire de se préparer mais il doit recevoir une invitation adressée « dix jours au moins avant la réunion de la Commission ». D'autre part cet accès au dossier est élargi. Le fonctionnaire accède lui-même non seulement à la partie non médicale de son dossier, c'est-à-dire la partie administrative et les conclusions des pièces médicales, notamment les expertises mais il peut accéder également à la partie médicale de son dossier et ce, personnellement, alors qu'auparavant, l'accès à la partie médicale devait se faire par l'intermédiaire d'un médecin (arrêté de 1998 de l'époque). Cet arrêté du 04.08.04 intègre donc la loi du 04.03.02 relative au droit des malades.

Le fonctionnaire peut prendre connaissance de son dossier médical du service médical de contrôle le concernant en application de l'article L1111-7 du Code de la santé publique extrait de la loi n°2002-303 du 04.03.2002 relatif au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Il peut également consulter son dossier administratif en application de l'article 65 de la loi du 22.04.1995 de la loi n°78-153 du 17.07.1978 modifiée .

Le fonctionnaire doit d'autre part systématiquement être convoqué devant la Commission alors qu'auparavant cette comparution n'était qu'une faculté laissée à la discrétion de la commission. Lors de cette comparution, le fonctionnaire peut se faire assister par un médecin et par un conseiller de son choix (article 16 de l'arrêté du 04.08.04). Les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers sont donc en droit de soutenir qu'ils doivent être convoqués à la réunion de la commission de réforme pour pouvoir y comparaître. L'Administration devra veiller à ne pas oublier cette convocation en respectant les délais impartis.

Les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers peuvent également réclamer un accès direct à la partie médicale de leur dossier.

La demande d'inscription à l'ordre du jour de la Commission de réforme est adressée au secrétariat de celle-ci par l'employeur du fonctionnaire concerné. Le fonctionnaire concerné peut également adresser une demande de saisine de la commission de réforme à son employeur qui doit la transmettre au secrétariat de celle-ci dans un délai de 3 semaines. Le secrétariat accuse réception de cette transmission à l'agent concerné et à son employeur ; passé le délai de 3 semaines l'agent concerné peut faire parvenir directement au secrétariat de la commission un double de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette transmission vaut saisine de la Commission . La Commission doit examiner le dossier dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'inscription de l'ordre du jour par son secrétariat.

Le secrétariat de la Commission de réforme convoque les membres titulaires et l'agent concerné au moins 15 jours avant la date de la réunion. La convocation mentionne la liste des dossiers à examiner, les références de la collectivité ou de l'établissement employeur, l'objet de la demande d'avis.

Le secrétariat de la Commission informe le médecin du service de médecine professionnelle et préventive, compétent à l'égard du service auquel appartient le

fonctionnaire dont le cas est soumis à la commission. Lorsque la Commission statue sur le cas d'un sapeur pompier professionnel, son secrétariat informe le médecin des sapeurs pompiers désigné par le préfet sur proposition du directeur départemental des services d'incendies et de secours. Ces médecins peuvent obtenir s'ils le demandent, communication du dossier de l'intéressé.

Ils peuvent présenter des observations écrites et assister à titre consultatif à la réunion de la commission. La Commission de réforme peut faire procéder à toutes mesures d'instructions enquêtes et expertises qu'elle estime nécessaire.

Dix jours au moins avant la réunion de la Commission, le fonctionnaire est invité à prendre connaissance personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant de son dossier dont la partie médicale peut lui être communiquée sur sa demande ou par l'intermédiaire d'un médecin. Il peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux. La Commission entend le fonctionnaire qui peut se faire assister d'un médecin de son choix. Il peut aussi se faire assister par un conseiller.

Les avis peuvent être valablement rendus si quatre au moins de leurs membres, titulaires ou suppléants ayant voix délibérative sont présents à condition que le président et au moins un médecin soient présents. Cependant en cas d'absence d'un praticien de médecine générale, le médecin spécialiste a voix délibérative par dérogation au paragraphe 1 de l'article 3 de l'arrêté du 04.08.04 paru au Journal officiel du 17-09-2004 p 16.232 (circulaire du 13.03.06 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux de la direction générale des collectivités locales, de la sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, DGCL – FPT3 / 2006 / n°012808 / DEP). Deux praticiens titulaires ou suppléants doivent obligatoirement être présents. Les avis sont émis à la majorité des membres présents, ils doivent être motivés dans le respect du secret médical.

La majorité requise pour donner un avis est la majorité simple des votes exprimés. Aucun avis supplémentaire ne peut être sollicité après l'avis rendu par la commission de réforme ou le comité médical lorsque ce dernier comité médical statue en qualité d'instance consultative d'appel.

4. Les congés de maladie

a. Fonctionnaires titulaires et stagiaires

Plusieurs types de congés de maladie sont prévus statutairement par les décrets N°86-442 du 14 mars 1986 pour la fonction publique d'Etat, N°87-602 du 30 juillet 1987 pour la fonction publique territoriale et N°88-386 du 19 avril 1988 pour la fonction publique hospitalière. Les modalités en sont précisées par la circulaire FP4 N° 1711 du 30 janvier 1989.

aa. Le congé de maladie ordinaire

Il s'agit de l'arrêt de maladie habituel, l'état de santé de l'agent rendant impossible l'exercice de ses fonctions. L'agent doit alors adresser un certificat d'arrêt de travail de son médecin à son supérieur hiérarchique dans un délai de 48 heures. Si le fonctionnaire diffère son envoi du certificat médical d'arrêt de travail sans fournir aucune justification à ce retard, il se trouve dans des conditions irrégulières. Dès lors

l'autorité administrative est fondée à réclamer à l'intéressé le remboursement des traitements qu'il a perçus pendant cette période.

Ce délai est similaire pour les prolongations de l'arrêt de travail. Les demandes de prolongation du congé de maladie ordinaire sont faites de la même manière que la demande initiale de congés.

Les fonctionnaires sont invités à transmettre au service du personnel dont il dépend, les seuls volets des certificats d'arrêt de travail qui ne comportent pas de mention médicale à caractère personnel (les volets 2 et 3).

Le volet n°1 devra être conservé par le fonctionnaire. Ce document devra être présenté à toute requête du médecin agréé, notamment en cas de contre visite réalisée par le médecin agréé en vue de l'obtention ou la prolongation d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée. Le médecin agréé est tenu au secret professionnel y compris à l'égard de l'employeur.

La durée maximum d'un congé ordinaire de maladie est d'un an. Les 3 premiers mois, l'agent de la fonction publique conserve l'intégralité de son traitement hors prime, puis celui-ci se réduit de moitié les 9 mois suivants .

Le fonctionnaire conserve pendant son congé de maladie ordinaire ses droits à la perception de la totalité du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence.

Pendant ce congé ordinaire de maladie, le fonctionnaire conserve la totalité du supplément familial et de l'indemnité de résidence. En cas de congé de maladie fractionné, le fonctionnaire reçoit un plein traitement tant que pendant la période de référence d'un an précédant la date à laquelle ses droits à rémunération sont appréciés, il ne lui a pas été attribué plus de 3 mois de congé de maladie. Dans le cas contraire en cas de congé maladie ordinaire, le fonctionnaire perçoit, un demi traitement jusqu'à ce qui lui soit attribué 12 mois de congés de maladie pendant la même période de référence d'un an précité.

Après 6 mois d'arrêt de maladie consécutifs, le comité médical statue systématiquement sur une demande de prolongation .

Après 12 mois consécutifs d'arrêt de maladie, l'agent ne peut reprendre son travail sans l'avis favorable du comité médical. En cas d'avis défavorable, il est alors, soit placé en congé de longue maladie, soit en congé de longue durée, soit mis en disponibilité, soit reclassé dans un autre emploi, soit reconnu définitivement inapte à exercer tout emploi et admis ainsi de manière anticipée à la retraite après avis de la commission de réforme. Il s'agit alors d'une mise à la retraite pour invalidité. En cas de refus du fonctionnaire d'accepter un poste adapté à son état de santé, il peut-être licencié après avis de la commission administrative paritaire.

L'administration peut faire procéder à tout moment à une contre-visite de l'agent malade par un médecin agréé qui fait connaître à l'autorité administrative ses conclusions.

Le fonctionnaire doit se soumettre à cette contre-visite, sinon il risque l'interruption de sa rémunération. Si le médecin agréé conclut après la contre-visite, que l'agent est physiquement apte à reprendre sa fonction, l'autorité administrative est en droit d'enjoindre à l'agent de reprendre son service sous peine de suspension de sa

rémunération . L'agent peut faire appel auprès du comité médical, lequel appel est suspensif.

Pour les fonctionnaires, normalement, le congé de maladie ordinaire ne permet une rémunération à taux plein que pendant 3 mois puis ensuite de mi-traitement pendant 9 mois. Pour le personnel de la police nationale le congé de maladie ordinaire est indemnisé à plein traitement pendant 365 jours sur 15 mois consécutifs. (Article 40 du décret du 09.05.95 n° 95-654) On décompte cette période de 15 mois consécutifs à partir du dernier arrêt maladie à celui en cours.

bb. Le congé de longue maladie

Le congé de longue maladie est un congé octroyé au fonctionnaire si cette maladie " met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée " (Loi n° 84 - 16 du 11.01.1984, Article 34 - 3). L'attribution de ce congé dépend donc uniquement des trois critères suivants, l'impossibilité d'exercer ses fonctions, la nécessité d'un traitement et de soins prolongés et le caractère invalidant et de gravité confirmée.

Le droit de congé de maladie pour les fonctionnaires territoriaux est reconnu par l'article 57, 3^{ème} alinéa de la loi du 26.01.84 n°84-53 paru au Journal officiel du 27.01.84 page 441.

Les congés de longue maladie et de longue durée sont accordés par périodes qui ne peuvent être inférieures à trois mois ni supérieures à six mois (Circulaire relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'état FP4 n° 1 711 du 30.01.1989) .

Le renouvellement du congé de longue maladie est accordé dans les conditions prévues à l'article 24 de la loi du 09.01.86 et du décret n°88-386 du 19.04.86. Cet article 24 stipule que le renouvellement est accordé avec un certificat du médecin traitant. Le fonctionnaire en cours de congé de longue maladie n'est pas obligé de fournir par exemple tous les mois des certificats médicaux tant qu'il demeure dans la période d'arrêt du comité médical départemental de 3 ou 6 mois. Mais pour obtenir le renouvellement du congé il doit fournir un certificat médical afin que le comité médical départemental puisse valablement se prononcer sur le renouvellement de cette période.

Le congé de longue maladie est un congé statutairement prévu, accordé lorsque le fonctionnaire est victime d'une maladie énumérée dans une liste limitative d'affections (arrêté du 14 mars 1986) . Cette liste (Article 28 du Décret 86 - 442 du 14.03.1986) n'est qu'indicative. La disposition des articles 1^{er}, 2 et 3 de l'arrêté du 14.03.1986 concernant la fonction publique de l'Etat relative à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie sont étendus aux fonctionnaires territoriaux par le fait d'un arrêté dans son article 1^{er} relatif à la liste indicative des maladies pouvant ouvrir droit à un congé de longue maladie du 30.07.1987 paru au Journal officiel du 12.08.1987 page 9219.

Arrêté du 14 mars 1986 : liste des maladies donnant droit à l'octroi des congés de longue maladie .

Article 1^{er}

Un fonctionnaire est mis en congé de longue maladie lorsqu'il est dûment constaté qu'il est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions au cours d'une des affections suivantes lorsqu'elle est devenue invalidante :

1. Hémopathies graves,
2. Insuffisance respiratoire chronique grave,
3. Hypertension artérielle avec retentissement viscéral sévère,
4. Lèpre mutilante ou paralytique,
5. Maladies cardiaques et vasculaires :
 - angine de poitrine invalidante,
 - infarctus myocardique,
 - suites immédiates de chirurgie cardio-vasculaire,
 - complications invalidantes des artériopathies chroniques,
 - troubles de rythme et de conduction invalidants,
 - c'est-à-dire pulmonaire postembolique,
 - insuffisance cardiaque sévère (cardiomyopathies notamment).
6. Maladies du système nerveux :
 - accidents vasculaires cérébraux,
 - processus expansifs intracrâniens ou intrarachidiens non malins,
 - syndromes extrapyramidaux : maladie de Parkinson et autres syndromes extrapyramidaux,
 - syndromes cérébelleux chroniques,
 - sclérose en plaques,
 - myélopathies,
 - encéphalopathies subaiguës ou chroniques,
 - neuropathies périphériques : polynévrites, multinévrites, polyradiculonévrites,
 - amyotrophies spinales progressives,
 - dystrophies musculaires progressives,
 - myasthénie.
7. Affections évolutives de l'appareil oculaire avec menace de cécité,
8. Néphropathies avec insuffisance rénale relevant de l'hémodialyse ou de la transplantation,
9. Rhumatismes chroniques invalidants, inflammatoires ou dégénératifs,
10. Maladies invalidantes de l'appareil digestif :
 - maladie de Crohn,
 - rectocolite hémorragique,
 - pancréatite chroniques,
 - hépatites chroniques cirrhogènes,
11. Collagénoses diffuses, polymyosites,
12. Endocrinopathies invalidantes.

Article 2

Les affections suivantes peuvent donner droit à un congé de longue maladie dans les conditions prévues aux articles 29 et 30 du décret N°86-442 du 14 mai 1986 (modifié par le décret N°97-815 du 1^{er} septembre 1997) susvisé :

- tuberculose,
- maladies mentales,

- affections cancéreuse,
- poliomyélite antérieure aigue
- déficit immunitaire grave et acquis (arrêté du 1^{er} octobre 1997) (FPE) .

Article 3

Un congé de longue maladie peut être attribué à titre exceptionnel, pour une maladie non énumérée aux articles 1 et 2 du présent arrêté, après proposition du comité médical compétent à l'égard de l'agent et avis du comité médical supérieur.

La saisine du comité médical supérieur est donc obligatoire lorsque le bénéficiaire d'un congé de longue maladie est demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste prévue par l'arrêté du 14.03.86.

Il peut s'agir en particulier d'une polyopathie groupant plusieurs pathologies hors liste.

Dans ce cas, la pathologie présentée par le fonctionnaire n'appartient pas à la liste limitative de l'article premier ci-dessus, mais le comité médical compétent à l'égard de l'agent considère néanmoins que ce dernier présente une pathologie invalidante, même s'il a refusé la pathologie présentée par le fonctionnaire n'appartient pas à la liste limitative de l'article premier ci-dessus, y étant " obligé " car la pathologie présentée par le fonctionnaire n'appartient pas à la liste limitative de l'article premier ci-dessus. Dans ce cas, il doit être constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmée.

En dehors des affections énumérées à cette liste, le comité médical départemental déposera une proposition au comité médical supérieur qui jugera le bien-fondé de cette demande de congé de longue maladie.

Pour obtenir un congé de longue maladie ou de longue durée, le fonctionnaire doit se rendre chez son médecin traitant qui lui délivre :

- en même temps que l'arrêt de travail, s'il y a lieu, un certificat de demande de congé de longue maladie ou de longue durée destiné à l'Administration certifiant que son affection rend impossible l'exercice de ces fonctions et que la maladie causale justifie l'adoption d'un congé de longue maladie ou de longue durée . Le certificat médical transmis à l'employeur ne devra pas faire mention en raison du secret médical, de la pathologie qui justifie l'octroi du congé de longue maladie. Le fonctionnaire malade devra remettre à son supérieur hiérarchique ce certificat de demande de congé de longue maladie ou de longue durée destiné à l'administration
- Un certificat médical descriptif adressé sous couvert du secret médical au médecin inspecteur de la santé, c'est-à-dire au secrétariat du comité médical au nom du président du comité médical. Ce certificat doit préciser la pathologie et l'origine de la demande du congé et permettra de déclencher l'expertise par un médecin agréé spécialiste. Le certificat médical peut être accompagné de pièces justificatives de la maladie qui seront également envoyées au secrétariat du comité médical.

La circulaire du 13.03.06 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux de la direction générale des collectivités locales, de la sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, DGCL – FPT3 / 2006 / n°012808 / DEP indique que l'autorité territoriale doit transmettre au comité médical un dossier comportant les éléments suivants en cas de demande d'obtention de congés de longue maladie ou de longue durée :

- un bref exposé des circonstances qui conduisent à la saisine du comité
- une fiche récapitulative des divers congés pour raison de santé dont l'agent a déjà bénéficié et éventuellement des droits à congé encore ouverts
- l'identification du service gestionnaire du médecin du service de médecine professionnelle qui suit le dossier
- les questions précises sur lesquelles l'autorité territoriale souhaite obtenir un avis et les délais de réponse qui doivent être respectés pour éviter toutes difficultés de gestion.

Le fonctionnaire territorial et son employeur sont informés de la date à laquelle le dossier de l'agent sera examiné. L'agent peut obtenir communication de la partie administrative de son dossier, de l'avis du médecin du service de médecine professionnelle et préventive et des conclusions des médecins agréés du comité médical.

La partie médicale de son dossier ne peut lui être communiquée que par l'intermédiaire de son médecin traitant selon la circulaire du 13.03.06 suscitée mais ceci est discutable car contraire à l'application de l'article L.1111-7 du Code de la Santé publique qui stipule que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quel titre que ce soit par des professionnels et établissements de santé... »

Le dossier complet est ensuite soumis aux médecins membres du comité médical. Le comité médical peut recourir au concours d'experts pris en dehors de lui qui peuvent donner leur avis par écrit ou siéger au comité à titre consultatif. Les audiences du comité médical comprennent bien sûr ses membres mais peuvent être également entendus le médecin du travail, l'expert, le médecin traitant du fonctionnaire et un médecin choisi par l'autorité administrative.

Dans le cadre d'une demande de congés de longue maladie ou de longue durée, le secrétaire du comité médical fait procéder à la contre visite du demandeur par un médecin agréé par l'administration compétent pour l'affection en cause. Le dossier est ensuite soumis au comité médical. Si le médecin agréé qui a procédé à la contre visite ne siège pas au comité médical, il peut être entendu par celui-ci. L'avis du comité médical est transmis à l'autorité de tutelle qui, en cas de contestation de sa part ou du fonctionnaire intéressé, le soumet pour avis au comité médical supérieur.

Au cours de sa première réunion après la contre visite, le comité médical examine le dossier du fonctionnaire.

Le comité médical statue après avoir entendu le cas échéant, le médecin agréé chargé de la contre visite et le médecin choisi par le fonctionnaire territorial. L'autorité prend ensuite une décision qui ne peut être contestée par les fonctionnaires que par les voies de recours gracieux et hiérarchique devant l'autorité administrative et de recours contentieux devant la juridiction administrative qui bien entendu ne sont pas suspensifs.

L'autorité administrative peut décider la mise en congé d'office du fonctionnaire lorsque, au vu d'un certificat médical ou sur le rapport des supérieurs d'un fonctionnaire, elle estime que celui-ci se trouve dans la situation prévue des congés de longue maladie ou de longue durée. Ceci est appliqué à la Fonction publique

territoriale au terme de l'article 24 du décret du 30.07.87, n°97-602 paru au Journal officiel du 01.08.87.

Elle décide alors l'examen médical de l'agent par un médecin agréé. Un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive dont relève le fonctionnaire concerné doit figurer au dossier. Celui-ci sera ensuite transmis au comité médical. Cette mesure de mise en congé d'office est une procédure destinée à protéger l'agent de sa propre négligence concernant son état de santé mais aussi destinée à garantir le bon fonctionnement du service qu'un agent défaillant pourrait compromettre.

L'autorité administrative qui souhaite placer d'office un fonctionnaire en congé de longue maladie doit l'informer qu'il a le droit de faire entendre le médecin de son choix par le comité médical (arrêt du Conseil d'état du 13.02.95, n°1154479, Favre, arrêt de la Cour d'appel administrative de Bordeaux du 26.03.01, n°97BX32640, commune de Fort de France) et ce médecin doit être mis à même de connaître l'ensemble du rapport du médecin agréé (arrêt du Conseil d'état du 04.01.95, n°12-55-46, Ministère de l'Intérieur c/ Joly).

Le comité médical octroiera ou non le congé de longue maladie en consultant la liste indicative des affections suscitées. Si la pathologie causale n'est pas énumérée dans cette liste indicative, le congé de maladie ne pourra être octroyée qu'après avis du comité médical supérieur.

Le comité médical donne à l'autorité administrative un avis sur les questions qui lui ont été posées mais il ne peut donner à l'employeur des informations qui permettraient d'identifier la pathologie dont l'agent est victime.

De même la fonction de la spécialité des médecins présents lors des séances des comités médicaux ne doit pas apparaître dans l'extrait du procès verbal transmis à l'autorité territoriale.

L'autorité territoriale peut interrompre le versement de la rémunération de l'agent en cas de congés de longue maladie ou de longue durée dans trois situations particulières :

- le refus du fonctionnaire territorial de se soumettre au contrôle médical dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire (article 15, alinéa 2 du décret du 30.07.87). Si la visite de contrôle au domicile du fonctionnaire territorial ou sur convocation n'a pu avoir lieu en l'absence ou en raison du refus de l'intéressé, celui-ci doit être mis en demeure par la collectivité qui l'emploie de justifier cette absence ou ce refus et d'accepter la contre visite compatible avec son état de santé. Si le fonctionnaire territorial ne satisfait pas à cette obligation, la collectivité territoriale dans laquelle le fonctionnaire est employé, suspend sur la base de l'article 15 suscitée, le versement de sa rémunération jusqu'à ce qu'il obtempère. Dès la première mise en demeure infructueuse tendant à faire accepter le contrôle par le fonctionnaire territorial, celui-ci peut perdre le bénéfice du congé de maladie et se trouver être en situation d'absence irrégulière. Une procédure d'abandon de poste peut alors être engagée à son encontre afin que puisse être prononcée sa radiation des cadres. Pour être considéré comme ayant abandonné son poste, l'agent territorial doit, selon la jurisprudence administrative, avoir été absent totalement et injustement pendant une certaine durée et n'avoir pas déféré à une mise en demeure de l'autorité territoriale de reprendre ses fonctions. Cette mise en demeure pour être régulière doit mentionner la sanction à laquelle le fonctionnaire territorial

s'expose en ne déférant pas à l'ordre ou de reprendre son service ou de reprendre le poste qui lui avait été assigné (arrêt du Conseil d'Etat n°262815 du 18.02.05). Dans ce cas il peut légitimement être radié des cadres.

- Le refus du fonctionnaire territorial de se soumettre aux prescriptions médicales dans le cadre d'un congé de longue maladie ou de longue durée (article 29 du décret du 30.07.87). Ce suivi par le malade des prescriptions médicales se fait sous le contrôle du médecin agréé et s'il y a lieu du comité médical compétent.
- Lorsque le fonctionnaire territorial, en congé de longue maladie ou de longue durée, contrevient à l'obligation de cesser tout travail rémunéré sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation (article 28 du décret du 30.07.87).

Le comité médical consulté sur l'aptitude d'un fonctionnaire territorial mis en congé de longue maladie ou de longue durée à reprendre l'exercice de ses fonctions peut formuler des recommandations sur les conditions d'emploi de l'intéressé sans porter atteinte à sa situation administrative (article 4 et 33 du décret du 30.07.87). Le dossier soumis au comité médical comporte un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive. Si l'intéressé bénéficie d'un aménagement des conditions de son travail, le comité médical, après avis du service de médecine professionnelle et préventive, est appelé de nouveau à l'expiration de périodes successives d'une durée comprise entre 3 et 6 mois à formuler des recommandations auprès de l'autorité territoriale sous l'opportunité du maintien ou de la modification de ces aménagements.

Le comité médical supérieur peut être saisi par l'autorité administrative ou par le fonctionnaire concerné en tant qu'instance d'appel de l'avis rendu par le comité médical départemental.

Si le comité médical refuse l'octroi du congé de longue maladie, le fonctionnaire peut saisir directement le comité médical supérieur en appel par l'intermédiaire de l'employeur. La saisine du comité médical supérieur présente un caractère suspensif. Quand l'autorité territoriale a saisi le comité médical supérieur, elle ne peut en principe statuer sur la demande du fonctionnaire qu'après avoir recueilli l'avis sollicité (décision du Conseil d'état du 24.02.06, n°266462, commune de Lapradelle Puilaurens ; JCP A 2006, 1071, concl.Y. AGUILA ; AJFP 2006, 4, page 212, notes C. Moniolle ; décision du Conseil d'état du 12.03.07 n°271941, Heubert).

Le comité médical supérieur peut alors demander la transmission médicale des pièces au comité médical. Le comité médical supérieur se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier qui lui est soumis. La procédure est écrite et ni le fonctionnaire ni l'employeur ne peuvent être entendus. Aucun délai d'instruction n'est fixé par les textes.

Le comité médical supérieur donne alors son avis, puis l'employeur décide (en général l'employeur suit les avis du comité médical supérieur).

Les avis rendus par le comité médical et le comité médical supérieur pour l'obtention des congés de longue maladie ou de longue durée ne lient pas la décision de l'autorité territoriale.

Leur responsabilité ne saurait donc être engagée. De même il est impossible de les contester directement devant des juridictions administratives. Le refus d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit être motivé. Le secret médical exige

néanmoins que l'autorité territoriale ne puisse pas mentionner la nature de l'affection dont souffre l'agent pour refuser le congé. L'autorité administrative ne disposant pas du dossier médical de l'agent, son refus ne peut finalement que s'appuyer sur l'avis donné par le comité médical ou éventuellement sur les nécessités du service.

Il est bien évident néanmoins que l'on voit mal quelle nécessité du service pourrait justifier un refus de l'octroi d'un congé de longue maladie à un agent qui aurait reçu un avis favorable du comité médical.

Les collectivités ne font donc que confirmer le sens des avis rendus par les comités médicaux.

La jurisprudence se contente donc de demander que l'autorité territoriale motive sa décision par le fait que la pathologie invoquée par l'agent ne justifie pas l'octroi d'un tel congé et fasse référence à l'avis du comité médical (Cour administrative d'appel de Paris, arrêt du 06.06.06 n°02PA03385, département des Hauts de Seine).

La circulaire du 13.03.06 relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux propose pour éviter les contentieux, lorsque plus aucun avis supplémentaire n'est susceptible d'être recueilli, que l'autorité territoriale choisisse de demander une contre-expertise à un médecin spécialiste agréé qui n'a pas encore été consulté sur le dossier de l'intéressé. Si cette contre-expertise exprime une opinion différente de celle donnée par le comité médical, l'autorité territoriale peut demander une nouvelle délibération à l'instance consultative.

Si la demande de congés de longue maladie ou de longue durée est présentée au cours d'un congé de maladie ordinaire, le point de départ de la période de longue durée ou de longue maladie, part du jour de la première constatation médicale de la maladie dont est atteint le fonctionnaire (décret n°87-602 du 30.07.1987 article 25, paru au Journal officiel du 01.08.87, page 8646). Cela vise notamment l'hypothèse de l'agent bénéficiant d'un congé de maladie ordinaire après avoir fait des examens médicaux qui certifient qu'il est atteint d'une affection ouvrant droit à un congé de longue maladie ou de longue durée.

Sous peine d'interruption du versement de sa rémunération, le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée doit se soumettre sous le contrôle du médecin agréé et s'il y a lieu du comité médical compétent aux prescriptions et aux visites que son état comporte, en particulier, l'examen prévu pour la réintégration après congés de longue maladie ou de longue durée prévu à l'article 39 du décret n°87-602 du 30.07.87.

La durée maximale du congé de longue maladie est de 3 ans.

La première année les fonctionnaires obtiennent l'intégralité de leur traitement hors prime. Les deux années suivantes, le traitement hors prime sera réduit de moitié. Le supplément familial et l'indemnité de résidence sont maintenus.

En cas de congé fractionné de longue maladie entrecoupé de périodes de reprise du travail, " l'intéressé perçoit un plein traitement tant que, pendant la période de référence du 4 ans précédant la date à laquelle ses droits à rémunération sont appréciés, il ne lui a pas été attribué plus d'un an de congé de longue maladie ".

Dans le cas contraire, le fonctionnaire perçoit un demi traitement jusqu'à qu'il lui soit attribué trois ans de congé de longue maladie pendant la même période de référence de quatre ans. Ce type de congé de longue durée est reconnu aux fonctionnaires

territoriaux par l'article 57, 4^{ème} alinéa de la loi du 26.01.84, loi n°84-53 paru au Journal officiel du 27.01.84, page 441.

Ce congé de maladie ne peut être accordé que par période de 3 à 6 mois. Le fonctionnaire malade devra déposer une demande de renouvellement de congé à l'administration 1 mois avant l'expiration de la période de congé de longue maladie octroyée en cours.

Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie ou de longue durée ne peut reprendre ses fonctions à l'expiration ou au cours dudit congé que s'il est reconnu apte après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical compétent. Cet examen peut être demandé, soit par le fonctionnaire, soit par l'autorité administrative de tutelle. Si au vu de l'avis du comité médical compétent, et éventuellement de celui du comité médical supérieur dans le cas où l'autorité territoriale ou l'intéressé juge utile de le provoquer, le fonctionnaire est reconnu inapte à exercer ses fonctions, le congé est renouvelé. Il en est ainsi jusqu'au moment où le fonctionnaire sollicite l'octroi de l'ultime période de congés rétribué à laquelle il peut prétendre. Le comité médical doit alors donner son avis sur la prolongation du congé sur la présomption d'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions.

S'il y a présomption d'inaptitude définitive la commission de réforme se prononce à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de longue durée attribuable, soit pour une décision pour l'intéressé à reprendre son service, soit pour un reclassement dans un autre emploi en application du décret n°85-1054 du 30.09.85 susvisé, soit pour une décision d'une mise en disponibilité, soit pour une décision de mise à la retraite pour invalidité après avis de la commission de réforme prévue par le décret n° 65-773 du 09.09.65. Dans ce dernier cas le paiement du demi traitement est maintenu le cas échéant jusqu'à la date d'admission à la retraite. Le comité médical consulté sur l'aptitude d'un fonctionnaire mis en congé de longue maladie ou de longue durée à reprendre l'exercice de ses fonctions, peut formuler des recommandations sur les conditions d'emploi de l'intéressé sans qu'il puisse porter atteinte à sa situation administrative. Si l'intéressé bénéficie d'un aménagement de ses conditions de travail, le comité médical, après avis du service de médecine professionnelle et préventive qui envoie un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle et préventive au comité médical, est appelé de nouveau à l'expiration de périodes successives d'une durée comprise entre 3 mois et 6 mois à formuler des recommandations auprès de l'autorité administrative sur l'opportunité du maintien ou de la modification de ces aménagements.

Le fonctionnaire qui à l'expiration d'un congé de longue maladie ou de longue durée refuse le poste qui lui est assigné sans justifier d'un motif valable lié à son état de santé, peut être licencié après avis de la commission paritaire.

Une reprise en mi-temps thérapeutique peut-être accordée par périodes de 3 mois jusqu'à un total de 1 an.

Cette décision à l'issue de la totalité du congé de longue durée est soumise à l'avis du comité médical ou de la commission de réforme, après examen par un médecin agréé.

Une contre visite par un médecin agréé peut-être effectuée à tout moment.

A la suite d'un congé de longue maladie, le fonctionnaire peut obtenir un nouveau droit au congé de maladie, pour cela, il doit avoir travaillé au moins une année.

cc. Le congé de longue durée

Il s'agit en fait d'une forme particulière de congé de longue maladie, le terme officiel devant être théoriquement celui de congé de longue maladie de longue durée, au titre de l'arrêté du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale du 14 mars 1986 paru au Journal Officiel du 16 mars 1986 dans le cadre du décret N°86-442 du 14 mars 1986), dans son article 2 .

Ce type de congé est disponible pour les patients victimes de 5 maladies : la tuberculose, les maladies mentales, les cancers, la poliomyélite antérieure aigue et le sida mais le fonctionnaire malade doit d'abord avoir fait l'objet d'un congé de longue maladie d'un an.

La liste des maladies ouvrant droit au congé de longue durée est éminemment restrictive. Toute maladie non énumérée dans cette liste ne peut ouvrir droit à un congé de longue durée (arrêt du Conseil d'état du 28.01.98, n°162222, donc ; Recueil du Conseil d'état 1998, page 24) .

Les congés de longue durée s'inscrivent dans l'idée d'un prolongement du congé de longue maladie afin que le fonctionnaire puisse bénéficier le plus longtemps possible de son droit à un entier traitement.

Ainsi l'article 57, 4^{ème} alinéa de la loi n°84-53 paru au Journal officiel du 27.01.84, page 441 précise que « sauf dans le cas où le fonctionnaire ne peut être placé en congé de longue maladie à plein traitement, le congé de longue durée ne peut être attribué qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est réputée être une période de congé de longue durée accordée pour la même affection. Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée ». Ainsi, tant que les droits au congé de longue maladie à plein traitement n'ont pas été épuisés, il n'est pas possible pour l'agent de disposer d'un congé de longue durée. Le fonctionnaire doit avoir épuisé à quel titre que ce soit la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. La procédure de demande de congé de longue durée est identique à celle de demande de congé de longue maladie . Le fonctionnaire qui demande un congé de longue durée en raison d'une maladie contractée en service doit soumettre son dossier à la commission de réforme. Ce dossier doit comprendre un rapport écrit du médecin du service de médecine professionnelle.

Les congés de longue maladie et de longue durée sont accordés par périodes qui ne peuvent être inférieures à trois mois ni supérieures à six mois (Circulaire relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'état FP4 n° 1 711 du 30.01.1989) .

Le fonctionnaire est immédiatement remplacé dans ses fonctions lorsqu'il bénéficie d'un congé de longue durée. A la fin de ce congé, il est bien sûr réintégré mais pas obligatoirement à son ancien poste. La durée maximale du congé de longue durée se monte à 5 ans. Les 3 premières années, le fonctionnaire bénéficie de l'intégralité de son traitement indiciaire hors prime. Les deux années suivantes, ce traitement est réduit de moitié. Si l'affection est contractée dans l'exercice de ces fonctions, le fonctionnaire bénéficie d'un plein traitement pendant 5 ans et d'un demi traitement pendant 3 ans. Dans le cas d'un congé de longue durée, le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence sont maintenus à taux plein.

Le congé de longue durée peut être pris de manière continue ou fractionnée. L'agent doit demander le renouvellement de son congé à l'autorité administrative un mois avant l'expiration de son congé de longue maladie ou de longue durée. Il est

important que l'agent soit informé de cette règle dans la notification qui lui est faite de l'octroi de la première période de congé et de chacune des périodes suivantes.

Le fonctionnaire placé en congé de longue durée peut-être remplacé dans ses fonctions.

En cas d'amélioration de santé, il pourra bénéficier d'une réintégration en surnombre. Ceci constitue un avantage du point de vue pécunier mais par contre peut constituer un inconfort moral.

Le congé de longue durée peut-être entrecoupé de reprises du travail jusqu'à une durée d'arrêt de travail cumulés égale à 5 ans.

Le fonctionnaire atteint de l'une des affections ouvrant droit au congé de longue durée peut, sous réserve qu'il ait encore droit à une période rémunérée à plein traitement de ce congé, dans un premier temps, être placé en congé de longue maladie.

Le fonctionnaire peut ensuite bénéficier d'un congé de longue durée s'il n'est pas apte à reprendre ses fonctions à la date d'épuisement de ses droits au congé de longue maladie à plein traitement. Dans ce cas, la période de congé de longue maladie accordée pour l'affection ouvrant droit à congé de longue durée est décomptée dans les 5 années de congé de longue durée.

Quand un fonctionnaire a bénéficié d'un congé de longue durée, tout congé accordé par la suite, pour la même affection est un congé de longue durée dont la durée s'ajoute à celle du congé déjà attribué.

En revanche, si les fonctionnaires contractent une autre affection ouvrant droit à un congé de longue durée, il a droit à l'intégralité d'un nouveau congé de longue durée (Cour administrative d'appel de Lyon, arrêt du 26.09.95, n°95 LY00492).

L'administration peut ordonner à tout moment une contre-visite par un médecin agréé.

Un fonctionnaire ne peut bénéficier que d'un seul congé de longue durée de 5 ans, pour une maladie donnée au cours de sa carrière de fonctionnaire. Les droits à congé de longue durée ne se reconstituent donc pas, même en cas de reprise de fonction. Par conséquent, le recours au congé de longue durée est mal adapté dans le cas de maladie comprenant des périodes de rémission. C'est pourquoi il n'est délivré qu'une fois épuisés les droits à plein traitement du congé de longue maladie accordée à la place du congé de longue durée au titre d'une maladie antérieure. Néanmoins, un congé de longue durée peut être attribué au titre de chaque maladie différente. Si à l'issue de ce congé de longue durée, le fonctionnaire ne peut reprendre son emploi, il est soit reclassé dans un autre emploi, soit mis en disponibilité, soit admis à la retraite, soit bénéficiaire d'un mi-temps thérapeutique. L'avis d'un médecin agréé est systématiquement sollicité lorsqu'il ne peut ainsi reprendre son emploi.

dd. Le mi-temps thérapeutique

Il est régi par la circulaire de la fonction publique FP/ 1. 388 - Budget B, 2 A/122 du 18.08.1980 pour l'Etat, la Circulaire du Ministère de l'intérieur n° 80. 332 du 18.10.1980 pour les fonctionnaires territoriaux, la Circulaire du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale n° 80 - 260 DGSH / 4 du 18.12.1980 pour les fonctionnaires hospitaliers, la Loi n° 94 - 628 du 25.07.1994 pour les trois

catégories de fonctionnaires, la lettre Ministérielle du 1^{er} juin 2007 du Ministère du budget pour les 3 catégories de fonctionnaires .

Le mi-temps thérapeutique peut être accordé :

- Soit parce que la reprise des fonctions à mi-temps thérapeutique est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé.
- Soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Le mi-temps thérapeutique permet à un fonctionnaire titulaire, tout en travaillant à mi-temps, de percevoir l'intégralité de son traitement. Il ne peut que prolonger un congé ordinaire de maladie après six mois consécutifs d'arrêt pour la même maladie, un congé de longue maladie, un congé de longue durée ou un congé après un accident de service ou une maladie contractée dans l'exercice des fonctions.

La loi n°2007-148 du 02.02.2007 de modernisation de la fonction publique a instauré la possibilité de reprendre un mi-temps thérapeutique après six mois consécutifs d'arrêt pour la même maladie. Cette possibilité d'octroi d'un mi-temps thérapeutique n'est pas systématique. Par exemple après six mois d'arrêt le Comité médical peut décider, au lieu d'un mi-temps thérapeutique, la reprise du travail temps plein, par exemple à poste aménagé.

Le régime du temps partiel thérapeutique ne peut s'appliquer qu'à des fonctionnaires en activité. Un fonctionnaire à l'issue d'une période de disponibilité d'office pour maladie ne peut donc bénéficier de ce régime du temps partiel thérapeutique.

En effet, un fonctionnaire ne peut être placé en disponibilité d'office pour raisons de santé que lorsqu'il est reconnu inapte temporairement à reprendre ses fonctions, à l'expiration de ses droits statutaires à congé de maladie et qu'il ne peut être reclassé dans l'immédiat. Il en résulte que le placement en disponibilité d'office pour raisons de santé et l'octroi du temps partiel thérapeutique sont deux régimes totalement incompatibles. Cependant, un fonctionnaire reconnu apte à reprendre ses fonctions, après avis du comité médical, à l'issue d'une période de disponibilité d'office pour raisons de santé, peut demander à bénéficier d'une autorisation de travail à temps partiel, selon la quotité de travail qu'il aura choisie.

La loi n°2007-148 du 02.02.2007 de modernisation de la Fonction publique transforme l'ancien mi-temps thérapeutique en temps partiel thérapeutique « avec pour objectif annoncé de mieux prendre en compte l'état de santé de l'agent qui peut s'accommoder d'une quotité de travail supérieure au mi-temps et gérer de façon plus progressive, un retour à une activité normale.

Le régime du temps partiel thérapeutique est assimilable à celui du temps partiel sur autorisation prévu à l'article 37 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée et dont les quotités sont fixées par le décret n° 82-624 du 20 juillet 1982 fixant les modalités d'application pour les fonctionnaires de l'ordonnance n° 82-296 du 31 mars 1982 relative à l'exercice des fonctions à temps partiel.

Aux termes de l'article 1er du décret précité, les quotités de travail sont fixées à 50%, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 % de la durée du service que les agents à temps plein exerçant les mêmes fonctions doivent effectuer en application des dispositions de l'article 1er ou de l'article 7 du décret no 2000-815 du 25 août 2000 relatif à

l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'Etat.

Sur avis du comité médical ou de la Commission de réforme, ces quotités peuvent varier à l'occasion de chaque période successivement accordée de temps partiel thérapeutique.

Le fonctionnaire réintégré à temps partiel thérapeutique, quelle que soit la quotité accordée, perçoit l'intégralité de son traitement indiciaire, du supplément familial de traitement et de l'indemnité de résidence ainsi que des primes et indemnités calculées au prorata de sa durée effective de service.

Cependant, un agent qui bénéficierait d'un temps partiel thérapeutique au cours d'une période de travail à temps partiel devra percevoir la rémunération afférente à la quotité de temps partiel accordée jusqu'à l'expiration de l'autorisation.

Les droits à congé annuel d'un fonctionnaire en service à temps partiel thérapeutique sont assimilables à ceux d'un agent effectuant un service à temps partiel de droit commun.

Les droits à congés annuels des fonctionnaires de l'Etat à temps partiel sont fixés par l'article 4 du décret n° 82-624 du 20 juillet 1982. Cet article prévoit que la durée des congés annuels des intéressés est égale à cinq fois leurs obligations hebdomadaires de service, appréciées en jours effectivement ouverts. Les droits à congés annuels restent égaux à 5 fois leurs obligations hebdomadaires de service comme pour tout fonctionnaire qui soit à temps plein ou à temps partiel. Ainsi un fonctionnaire à mi-temps thérapeutique à 50% a droit à 12,5 jours de congés annuels par an (c'est-à-dire 5 x 2,5 jours travaillés par semaine).

Exemple : un agent à temps plein bénéficiant de 25 jours de congés annuels, un agent à temps partiel thérapeutique à 80 % travaillant 4 jours par semaine bénéficiera de 20 jours de congés annuels.

A l'issue d'une période de temps partiel thérapeutique, le fonctionnaire peut reprendre ses fonctions à temps plein sans que cette reprise de fonctions ait fait l'objet préalablement d'une consultation du comité médical ou de la commission de réforme. En effet, lors de l'octroi du temps partiel thérapeutique, son aptitude à reprendre ses fonctions a déjà été vérifiée.

A l'épuisement de la durée du temps partiel thérapeutique, le fonctionnaire qui n'est pas apte à reprendre ses fonctions à temps plein peut solliciter une autorisation de travail à temps partiel au titre du dispositif de droit commun.

L'agent dispose également de la possibilité de présenter à son service gestionnaire une nouvelle demande de congé de maladie, si ses droits ne sont pas épuisés.

Lorsque, pendant une période de mi-temps thérapeutique, le fonctionnaire voit son état s'aggraver et bénéficie d'un arrêt de travail à temps complet par son médecin traitant, il transmet les certificats d'arrêt de travail du médecin traitant à son employeur, qui transmet ces certificats à la Commission de Réforme. L'employeur et la Commission de Réforme acceptent quasi-systématiquement ces arrêts de travail à temps complet.

Ce mi-temps thérapeutique est destiné à favoriser la réinsertion professionnelle en permettant la poursuite de soins souvent incompatibles avec un travail à plein temps (rééducation fonctionnelle, dialyse...).

Le médecin traitant doit délivrer un certificat médical descriptif. Un médecin agréé donne son avis au comité médical ou en cas d'accident de service à la commission de réforme.

Le fonctionnaire en congé maladie depuis six mois consécutifs pour une même affection, en congé de longue maladie, de longue durée ou pour un accident de service ou une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions doit présenter une demande expresse de réintégration à temps partiel thérapeutique auprès de l'Administration.

L'Administration doit au préalable recueillir à l'issue de la période de 6 mois précitée de congé maladie ou l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée un avis du Comité médical (ou de la Commission de Réforme après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions).

L'article 42 de la loi 2007-148 stipule « ce temps partiel demeure d'une durée de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection et peut être demandé après un congé de longue congé maladie ou un congé de longue durée ou 6 mois consécutifs de congé de maladie ordinaire. Il ne peut en aucun cas être inférieur au mi-temps ».

Il est accordé par période de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an par affection ouvrant droit au congé de longue maladie ou au congé de longue durée après avis du comité médical . En cas d'accident de service ou d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions, il peut-être accordé pour une période de 6 mois renouvelable une fois après avis de la Commission de réforme.

Le dispositif actuel ne peut conduire en aucun cas à allonger la durée du temps partiel thérapeutique au-delà d'un an par affection. Ainsi l'agent ayant épuisé cette période d'un an de temps partiel thérapeutique a la suite de 6 mois de congé de maladie ordinaire et qui se trouve ultérieurement placé en congé de longue maladie pour la même affection ne pourrait plus bénéficier du temps partiel thérapeutique (lettre ministérielle du Ministère du budget du 1^{er} juin 2007) .

Quand la Commission de Réforme propose un mi-temps thérapeutique, validé par l'Administration, mais que le patient produit alors un certificat d'arrêt de travail, l'employeur doit s'incliner devant cet arrêt de travail. La Commission de réforme n'a qu'un avis consultatif. Ainsi à titre d'exemple, imaginons le cas d'une patiente en accident de service depuis le 01.09.10 chez qui la Commission départementale de réforme préconise une reprise à temps partiel thérapeutique à 50% à partir du 01.05.11. La patiente refuse cette reprise à temps partiel thérapeutique à 50% et bénéficie de certificats médicaux d'arrêt de travail à partir du 01.05.11 de façon continue. Si la collectivité territoriale ou l'Administration ne fait pas d'objection à la persistance de l'arrêt de travail de la patiente, celle-ci peut continuer à bénéficier d'un arrêt de travail malgré l'avis de la Commission départementale de réforme. En effet, cet avis de la Commission départementale de réforme n'est que consultatif.

Par contre elle peut demander, soit directement une expertise sur une éventuelle reprise du travail (loi de 2008), soit solliciter l'avis de la Commission de Réforme qui demande une expertise sur une éventuelle reprise du travail

ee. La mise en disponibilité d'office pour raison de santé

Elle est régie par la Loi n° 84 - 16 du 11.01.1984, Article 51, le décret n° 86 - 442 du 14.03.1986, Articles 27, 47, 48 pour les fonctionnaires de l'Etat , l'article 72 de la Loi n° 84 - 53 du 26.01.1984, le décret n°87 - 602 du 30.07.1987, les articles 17, 37, 38 pour les fonctionnaires territoriaux , l'article 62 de la Loi n° 86 - 33 du 09.01.1986,

décret n° 88 - 386 du 19.04.1988, articles 17, 35, 36 pour les fonctionnaires hospitaliers .

Pour bénéficier d'une mise en disponibilité d'office pour raison de santé, le fonctionnaire doit :

- avoir épuisé ses droits à congé statutaire de maladie ordinaire (12 mois consécutifs) ou de longue maladie (3 ans) ou de longue durée (, 5 ans), être dans l'impossibilité de prendre un congé de maladie d'une autre nature que celui obtenu,
- avoir été reconnu inapte physiquement à reprendre ses fonctions et à être reclassé dans un autre emploi après consultation du Comité médical ou de la Commission de réforme,
- n'être pas reconnu définitivement inapte à reprendre ses fonctions ni susceptible d'être admis à la retraite.

Le fonctionnaire qui, à l'expiration de ses droit à congé maladie est reconnu inapte, définitivement ou non à l'exercice de ces fonctions, doit avoir été invité à présenter une demande de reclassement avant d'être placé en disponibilité d'office.

Le fonctionnaire qui est déclaré définitivement inapte physiquement à toute fonction à l'issue d'un congé maladie lorsque son administration est dans l'attente des avis nécessaires à sa mise en retraite pour invalidité peut être mis en disponibilité d'office. Dans ce cas le fonctionnaire bénéficie approximativement de la moitié de sa rémunération à demi-traitement jusqu'à la date de la décision d'admission à la retraite.

La mise en disponibilité d'office ne peut suivre un congé pour accident de service ou maladie contractée en service .

Le Comité médical ou la Commission de réforme donnent leurs avis sur l'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions à l'Administration qui prononcent alors la mise en disponibilité d'office.

La mise en disponibilité d'office est accordée par l'autorité compétente.

Le Comité médical donne son avis pour l'attribution de la mise en disponibilité d'office et les deux premiers renouvellements.

Si le congé initial a été accordé dans le cadre d'une maladie ouvrant droit à congé de longue durée contractée en service, c'est la Commission de réforme qui donne alors son avis sur la mise en disponibilité d'office.

Le fonctionnaire en disponibilité d'office ne perçoit pas son traitement .

Lors de la mise en disponibilité d'office pour raison de santé, le fonctionnaire perçoit des indemnités journalières pour une durée maximale de 3 ans, c'est-à-dire des prestations en espèces de l'Assurance maladie pour une durée maximale de 3 ans (voir les articles L. 323-1 et R.232-1 du Code de la Sécurité Sociale) .

Si l'agent remplit les conditions fixées par le Code de la Sécurité Sociale pour avoir droit aux indemnités journalières, il bénéficie du versement d'une indemnité de coordination par la collectivité, égale à :

- la moitié (ou 2/3 à compter de trois enfants à charge) du traitement brut,
- la moitié (ou 2/3 à compter de trois enfants à charge) de l'indemnité de résidence,
- la totalité du supplément familial de traitement.

Le salarié doit justifier des conditions suivantes :

- à la date d'interruption de travail, justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance maladie,

- et avoir travaillé au moins 800 heures (soit environ 6 mois à temps plein) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail,
- ou avoir perçu un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire pendant les 12 mois civils (ou les 365 jours) précédant l'arrêt.

Exemple : un arrêt de travail de plus de 6 mois débute le 1er janvier 2014. Le droit aux IJ est ouvert :

si vous avez travaillé au moins 800 heures entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2013,

ou si, pendant cette période, vous avez perçu une rémunération au moins égale à 19 142 € correspondant à 2 030 x 9,43 € (valeur du Smic en 2013).

La durée de l'indemnisation est distincte de celle correspondant à la mise en disponibilité d'office.

A l'issue des 3 ans de paiement des indemnités journalières, l'agent mis en disponibilité d'office peut bénéficier du paiement de l'allocation d'invalidité temporaire s'il en remplit les conditions, c'est-à-dire s'il ne peut ni reprendre ces fonctions, ni être admis à la retraite et s'il est atteint d'une maladie réduisant au moins des 2 tiers sa capacité de travail. L'état d'invalidité temporaire est alors reconnu par l'employeur sur avis de la CPAM et de la Commission de Réforme qui apprécie l'état d'invalidité. L'allocation d'invalidité temporaire permet donc le paiement du fonctionnaire pendant la 4^{ème} année de mise en disponibilité d'office

Le fonctionnaire ne percevra pas d'indemnité journalière de maladie mais des allocations chômage si, ayant été reconnu partiellement inapte à l'exercice de ses fonctions, il est mis en disponibilité faute d'emploi vacant permettant son reclassement.

A titre d'exemple, une femme de ménage, fonctionnaire publique territoriale, pendant son congé de disponibilité d'office touche une indemnité de coordination égale à 68.66% de son traitement de base et de l'indemnité de résidence afférente à sa situation indiciaire.

L'indemnité de coordination est soumise à aux cotisations de CSG et de RDS mais n'est pas imposable.

Le fonctionnaire cesse de bénéficier de ses droits à avancement et à pension. Le fonctionnaire reste couvert par la sécurité sociale.

Sa durée maximale est d'un an. Elle peut être renouvelée à deux reprises pour un an chaque fois. La seule exception concerne les stagiaires où le renouvellement ne peut être accordé qu'à une seule reprise. A l'issue de la troisième année de mise en disponibilité d'office pour raison de santé, si l'agent est toujours considéré comme inapte à reprendre ses fonctions, et que le comité médical pense qu'il pourra reprendre ses fonctions ou faire l'objet d'un reclassement avant une quatrième année, la mise en disponibilité d'office pour raison de santé peut être renouvelée une troisième fois. On peut donc être mis en disponibilité d'office théoriquement pour un maximum de quatre ans .

La Commission de réforme donne son avis sur l'obtention d'un troisième renouvellement, c'est à dire pour une quatrième année (article 36 du décret n°88-86 du 19.04.1988 pour la fonction publique hospitalière, arrêt du conseil d'Etat n°34-6613) . Si la commission de réforme donne alors son accord et après cette

quatrième année, le fonctionnaire sera, soit réintégré dans son administration, soit admis à la retraite d'office pour invalidité s'il est inapte, soit licencié.

A la fin de la mise en disponibilité d'office, la réintégration est subordonnée à la vérification par un médecin agréé et éventuellement par le comité médical compétent de l'aptitude physique du fonctionnaire à l'exercice de ses fonctions.

Si le fonctionnaire est apte à reprendre un emploi correspondant à son grade, il est réintégré dans les conditions suivantes selon la fonction publique d'appartenance :

Fonctions publiques	Conditions de réintégration
Etat	Réintégration sur l'un des trois premiers emplois vacants dans son grade. Maintien en disponibilité en attendant.
Territoriale	Disponibilité inférieure à 6 mois : réintégration dans l'emploi occupé avant la mise en congé de maladie. Disponibilité supérieure à 6 mois : réintégration dans un emploi correspondant à son grade. En l'absence d'emploi vacant, prise en charge par le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) ou le centre de gestion selon sa catégorie jusqu'à sa réintégration dans un emploi de son grade.
Hospitalière	Disponibilité inférieure à 3 ans : réintégration à la 1 ^{ère} vacance d'emploi dans le grade. Disponibilité supérieure à 3 ans : aucun texte ne précise les conditions de réintégration.

Si le comité médical estime que le fonctionnaire ne présente pas de façon temporaire ou permanente l'aptitude physique requise pour l'exercice de ses fonctions, sans cependant que son état de santé lui interdise toute activité, et si l'adaptation du poste de travail n'apparaît pas possible (inaptitude physique partielle), il peut proposer à l'intéressé d'être reclassé dans un autre emploi dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Si l'agent est jugé inapte physiquement, de façon temporaire ou permanente, à l'exercice de ses fonctions, sans être inapte à toute fonction, le comité médical peut proposer l'adaptation de son poste de travail.

Si cette adaptation n'est pas possible, le comité peut proposer un [reclassement](#) dans un autre emploi.

Dans les 3 fonctions publiques, le fonctionnaire qui refuse successivement 3 propositions d'emploi peut être licencié après avis de la commission administrative paritaire.

Inaptitude totale définitive

Si l'agent est définitivement inapte à l'exercice de toute fonction, il est :

- admis à la retraite pour invalidité,
- ou licencié, s'il n'a pas droit à pension.

ff. La mise en état d'invalidité temporaire

Cette prestation est équivalente à la pension d'invalidité du régime général de Sécurité sociale.

Elle est régie par les articles D.712 - 13 à D.712 - 18 du Code de la Sécurité Sociale, l'article 8 bis du décret du 20.10.47, l'instruction générale du 01.08.56 pour

les fonctionnaires de l'Etat, le décret n° 60 - 58 du 11.01.1960, les articles 6 et 8 pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers .

Si l'agent ne peut, à l'issue d'un congé de maladie pour maladie non professionnelle, ni reprendre sa profession, ni être admis à la retraite et qu'il est considéré comme atteint d'une réduction de capacité de travail des 2/3 dans l'exercice de sa profession du fait de sa maladie, il pourra bénéficier d'une mise en invalidité temporaire et donc d'une allocation d'invalidité temporaire.

Le fonctionnaire peut prétendre à l'allocation d'invalidité temporaire soit :

- A la date d'expiration de ses droit statutaires
 - A la date d'expiration du service des prestations en espèce de l'assurance maladie
 - A la date de consolidation de sa blessure ou à la date de stabilisation de son état
- Outre l'allocation d'invalidité temporaire, ce statut d'invalidité temporaire permet le maintien des prestations en nature maladie et maternité (remboursement de soins) comme pour les assurés du régime général de la Sécurité Sociale .

L'invalidité temporaire ne peut-être attribuée que si le fonctionnaire a épuisé ses droits à congé statutaires . Elle n'est pas applicable aux pathologies liées au service. Le fonctionnaire doit en faire la demande.

Le fonctionnaire doit pouvoir satisfaire aux conditions générales d'attribution de l'allocation du régime général de sécurité sociale c'est-à-dire satisfaire aux conditions administratives d'ouverture des droits de la Sécurité sociale.

Le fonctionnaire doit être âgé de moins de 60 ans.

La demande du fonctionnaire doit être adressée à la Caisse d'assurance maladie :

- soit dans un délai d'un an suivant la date d'expiration des droits statutaires à un traitement, ou du service des prestations en espèces de l'Assurance maladie.
- soit à la date de la consolidation de la blessure
- soit à la date de la stabilisation de l'état de l'intéressé tel qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou l'employeur.

La Caisse primaire transmet alors cet avis à l'Administration dont relève l'intéressé.

La Commission de réforme donne son avis.

L'invalidité temporaire est appréciée compte tenu du barème indicatif d'incapacité du Code des pensions civiles et militaires (barème issu du décret n°68-756 du 13.08.1968 modifié par le décret n°2001-99 du 31.01.2001) .

La Commission de Réforme se prononce

- En vue de l'attribution de l'allocation d'invalidité temporaire à compter de l'expiration des droits statutaires à un traitement . L'invalidité temporaire est alors accordée par période d'une durée maximale de 6 mois renouvelable.
- En vue de l'attribution des prestations en nature de l'Assurance Invalidité (prévus au paragraphe 5 de l'article 8 bis du décret du 20.10.47 ; article D.712-17 du Code de la Sécurité sociale) .

, qui sont dues à compter de cette date, soit de la consolidation de la blessure, soit de la stabilisation de l'état de l'intéressé tel qu'elle résulte de l'avis de la Caisse Primaire, soit de l'entrée en jouissance de l'allocation d'invalidité temporaire. Le fonctionnaire en état d'invalidité temporaire à droit aux mêmes conditions que les pensionnés d'invalidité du régime général de la Sécurité Sociale sans limitation de durée aux prestations en nature de l'Assurance Maladie et aux prestations en nature de l'Assurance Maternité

- En vue de la détermination du montant de l'allocation, la Commission de Réforme classe les intéressés en 3 groupes.

La Commission de réforme à la fin de cette période de 3 ans est chargée de donner son avis sur l'invalidité, cet état d'invalidité temporaire sera octroyé par l'Administration pour une période de 6 mois renouvelable. Le fonctionnaire en invalidité temporaire se verra classé dans un des 3 groupes d'invalidité :

- le premier groupe correspondant aux invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- le deuxième groupe concernant les invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- le troisième groupe concernant les invalides incapables d'exercer une profession quelconque et en outre nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Cette classification est opérée par la commission de réforme.

De cette classification dépend le montant de l'allocation d'invalidité temporaire.

Le premier groupe d'invalides bénéficiera de 30% d'une somme correspondant au traitement de base, aux indemnités accessoires (à l'exclusion de celles attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont un caractère de remboursement de frais), à l'indemnité de résidence et de 100 % des avantages familiaux.

Le deuxième groupe bénéficiera de 50 % de ce même montant.

Le troisième groupe bénéficiera également de 50 % de ce même montant avec une majoration de 40 % (éventuellement plafonnée), sans que la majoration puisse être inférieure à un minimum fixé par décret. Cette majoration n'est pas versée pendant la durée d'une hospitalisation.

Pour tous les invalides, la somme de 30 % (ou 50 %) du dernier traitement indiciaire, des primes et indemnités ,de l'indemnité de résidence ne peut pas dépasser 30 % (ou 50 %) du plafond de Sécurité sociale.

L'allocation d'invalidité est considérée comme temporaire car elle ne sera plus versée en cas de réintégration ou de mise à la retraite ou dès que le fonctionnaire aura atteint l'âge légal de départ à la retraite qui passe progressivement de 60 ans à 62 ans.

L'état d'invalidité temporaire est constaté par arrêté Ministériel pris sur avis de la Commission de Réforme.

Cet arrêté précise dans tous les cas :

- Le degré de l'invalidité de l'intéressé
- Le point de départ et la durée de l'état de l'invalidité
- La nature des prestations auxquelles l'intéressé ouvre droit
- Le taux de l'allocation d'invalidité temporaire éventuellement applicable

Une notification de l'arrêté est faite à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle incombe le service des prestations en nature.

L'invalidité temporaire est alors accordée par période d'une durée maximale de 6 mois renouvelable.

L'allocation d'invalidité temporaire est liquidée et payée par l'Administration ou l'établissement auquel appartient le fonctionnaire.

Les fonctionnaires à temps complet qui effectuent un service à temps partiel perçoivent l'Allocation Temporaire au prorata de la part de traitement qui leur est versée.

gg. La mise en retraite pour invalidité non imputable au service

La prise en compte de l'invalidité dans la fonction publique (d'Etat, territoriale ou hospitalière) diffère sensiblement de son traitement pour les salariés relevant du régime général.

Les principales différences tiennent :

- d'une part, à l'existence d'une pension de retraite pour invalidité qui peut être perçue avant l'âge d'ouverture des droits à retraite dès lors qu'un agent est radié des cadres pour invalidité après avis de la commission de réforme. Cette pension est calculée comme une pension de retraite, avec quelques aménagements (neutralisation de la décote et des conditions d'accès au minimum garanti, pension au moins égale à 50 % du traitement indiciaire si le taux d'invalidité dépasse 60 %) ;
- d'autre part, au fait que le risque d'invalidité temporaire, résultant ou non de l'exercice des fonctions (et ouvrant droit respectivement à l'allocation temporaire d'invalidité -ATI- ou à l'allocation d'invalidité temporaire -AIT), est assuré par l'employeur public.

3 conditions doivent être réunies :

- L'inaptitude du fonctionnaire, il s'agit d'une inaptitude à toutes fonctions c'est-à-dire que le fonctionnaire n'a pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé. Cette inaptitude est établie par un médecin agréé et confirmée par la Commission de Réforme .
- L'invalidité doit avoir été contractée ou aggravée alors que le fonctionnaire était dans une position valable pour la retraite. Cela signifie que l'invalidité doit avoir été contractée ou aggravée pendant une période d'acquisition de droits à pension, en qualité de fonctionnaire titulaire. Hormis les positions d'activité et de détachement, sont considérées comme périodes valables pour la retraite les périodes de :
 - . temps partiel de droit pour élever un enfant,
 - . de congé parental,
 - . de congé de présence parentale,
 - . de disponibilité de droit pour élever un enfant de moins de 8 ans.
- L'impossibilité de procéder au reclassement par le fonctionnaire, ces fonctions doit être définitive et absolue .

Selon l'article 24 du décret numéro 65-773 du 9 septembre 1965, l'agent titulaire peut prétendre à une pension d'invalidité lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer l'exercice de ses fonctions.

Cette invalidité est prononcée par les organismes spécifiques à la fonction publique décrits ci-dessus .

L'incapacité définitive au travail est, pour les fonctionnaires de l'Etat, réglementairement cadrée par 2 articles du Code des pensions civiles et militaires :

- Art. L 29 (invalidité ne résultant pas du service et pour lesquelles les fonctionnaires concernés n'ont pas pu être reclassés)
- Art. L 27 (les accidents de service et les maladies contractées ou aggravées en service ou en accomplissant un acte de dévouement) .

Dans ces 2 cas, pour être reconnu invalide définitif, le fonctionnaire doit être dans l'incapacité permanente d'exercer ses fonctions, et ce quel que soit le taux d'invalidité qui est parallèlement évalué par le médecin agréé, en référence au barème des pensions civiles et militaires.

En cas d'incapacité absolue définitive à sa fonction, le fonctionnaire bénéficie alors d'une mise en réforme. Cette incapacité définitive à exercer ses fonctions, évaluée par un médecin agréé, donne droit à une pension rémunérant les services proportionnellement au nombre d'années d'exercice. Il s'agit d'une retraite anticipée avec le paiement d'une retraite proportionnelle en gros au temps travaillé.

Le fonctionnaire civil que se trouve dans l'incapacité permanente, définitive, absolue de continuer ses fonctions en raison d'une invalidité ne résultant pas du service et qui n'a pu être reclassé dans un autre corps en application de l'Article 63 de la Loi n° 84 - 16 du 11.01.1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, peut-être radié des cadres par anticipation soit sur sa demande, soit d'office (article 29 du Code des pensions civiles et militaires), peut être radié des cadres pour invalidité et prétendre à une pension d'invalidité .

La législation est identique pour les fonctionnaires de la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière (décret n° 65 - 773 du 09.09.1965, Article 34). Ces dispositions sous entendent donc que le fonctionnaire a auparavant épuisé toute forme de congé statutaire.

La Commission de Réforme apprécie le taux d'invalidité et émet un avis sur la radiation des cadres, mais il ne s'agit que d'un avis consultatif, c'est le Ministre dont dépend le fonctionnaire et le Ministre des finances qui décident d'accorder la radiation des cadres. Il n'y a pas de condition d'âge ou de durée minimale de service à accomplir, pour demander la pension civile d'invalidité.

α. Les conditions de l'impossibilité de reclassement

α1. L'obligation de la recherche d'un retour à l'emploi

L'article L 27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite dispose que "le fonctionnaire civil qui se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'infirmités résultant de blessures ou de maladies contractées ou aggravées soit en service, soit ... et qui n'a pu être reclassé dans un autre corps en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat peut être radié des cadres par anticipation...".

L'article L 29 du même code, relatif au droit à pension en cas d'invalidité non imputable au service, prévoit les mêmes dispositions.

L'admission à la retraite des fonctionnaires reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions par suite de l'altération de leur état physique ne peut donc intervenir qu'après qu'ont été épuisées les possibilités d'aménagement du poste de travail ou de reclassement, telles qu'elles résultent de l'article 63 de la loi du 11 janvier 1984 et du décret n° 84-1051 du 30 novembre 1984 pris pour son application.

L'obligation ainsi faite à l'Administration de rechercher, préalablement à une décision de mise à la retraite pour invalidité, une solution visant à maintenir le fonctionnaire en activité se trouve renforcée par l'article L 24-I-2° du code des pensions dans sa rédaction issue de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

En effet, selon cet article, la liquidation de la pension intervient... "2° lorsque le fonctionnaire est mis à la retraite pour invalidité et qu'il n'a pas pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé".

L'Administration se trouve dans l'obligation d'adapter l'emploi à la condition physique du fonctionnaire ou de le reclasser si possible (Titre II, art. 63. – D. n° 84-1051, 30 nov. 1984 pris pour application de la loi du 11 janvier 1984, en vue de faciliter le reclassement des fonctionnaires de l'État reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, art. 63 modifié).

En outre, le Conseil d'État a dégagé un principe général du droit selon lequel un employeur est soumis à l'obligation de chercher un reclassement pour l'agent inapte physiquement (CE, 2 octobre 2002, n° 227868, CCI Meurthe-et-Moselle c/ Fardouet).

α2. Les modalités du retour à l'emploi

L'article 63 de la loi du 11 janvier 1984 et le décret du 30 novembre 1984 pris pour son application prévoient, en faveur du fonctionnaire devenu inapte à accomplir ses fonctions :

- ou bien l'adaptation à son état physique du poste de travail sur lequel il est affecté.
- ou bien, si les nécessités de service ne permettent pas cette adaptation, son affectation dans un emploi de son grade, dans lequel les conditions de service sont de nature à lui permettre d'assurer les fonctions correspondantes.

Cette affectation intervient après avis du médecin de prévention si l'état du fonctionnaire n'a pas rendu nécessaire l'octroi d'un congé de maladie ou du comité médical si un tel congé a été accordé.

- ou bien, si ces solutions ne sont pas envisageables, son reclassement dans un emploi d'un autre corps, sous réserve qu'il soit en mesure de remplir les fonctions correspondantes et qu'il en fasse la demande.

C'est à l'Administration d'emploi qu'il appartient, après avis du comité médical, d'inviter l'intéressé à présenter cette demande.

A cet égard, il est précisé qu'un fonctionnaire peut ne pas demander à être reclassé dans un emploi d'un autre corps.

Mais, son refus d'exercer des fonctions sur un poste aménagé ou sur un poste de son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à lui permettre d'assurer les fonctions correspondantes entraîne un rejet du droit à pension civile d'invalidité (cf. articles 27 et 45 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986).

Une telle pension n'est en effet accordée qu'à l'agent qui se trouve, à la date de sa radiation des cadres, dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer à exercer ses fonctions et pour lequel aucune possibilité d'aménagement du poste de travail, d'affectation dans un autre emploi de son grade ou de reclassement sur demande n'a été possible.

Lorsque le reclassement n'est pas possible (mise en invalidité impossible, refus de reclassement), l'agent qui est dans l'incapacité physique d'assurer ses fonctions (ou d'autres) se verra licencié après communication de son dossier (CE, 26 oct. 1984, CH général Firminy) et avis des comités médicaux et de la commission paritaire. Le licenciement pour inaptitude physique n'est pas une sanction. Il est toutefois une mesure prise en considération de la personne. Selon le principe général des droits de la défense, il ne peut intervenir sans que l'intéressé n'ait été mis à même de demander la communication de l'ensemble de son dossier individuel, et pas seulement de son dossier médical (CE, 9 mai 2005) .

β. Les formalités

La pension d'invalidité est accordée sans condition d'âge, de durée de services et de taux minimal d'incapacité.

Cette pension peut être accordée,

. soit à sa demande à tout moment, si le fonctionnaire est en congé de maladie ou en disponibilité d'office, si la limite d'âge du départ en retraite n'est pas atteinte
 . soit d'office

* à tout moment, en cas d'invalidité non imputable au service, si le caractère définitif et stabilisé de la maladie rend inutile tout traitement; ce constat effectué par un médecin agréé peut intervenir avant l'expiration d'un congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée dans les cas prévus à l'article 39 du décret du 26-12-2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et suivant l'article L.29 du Code des pensions civiles et militaires

* ou à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de sa mise en congé maladie ordinaire ou de longue maladie ou à la fin du congé de longue durée (un fonctionnaire peut être mis à la retraite d'office pour invalidité à l'issue non seulement d'un congé de maladie ou de longue durée mais encore d'un congé de longue maladie (Arrêt du CE 5 sept. 2008, Min. de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, requête. N° 298297: Lebon T. 783), si la limite d'âge du départ en retraite n'est pas atteinte .

Il ne s'agit pas d'une inaptitude au travail mais d'une inaptitude à la fonction, quelque soit le taux d'invalidité. Il n'est pas nécessaire, comme pour les assurés du régime général de la Sécurité Sociale, d'atteindre un taux d'incapacité supérieure à 2/3 de la capacité de travail et de gain pour être considéré comme invalide.

La consultation de la Commission de Réforme est obligatoire dans les cas où le fonctionnaire va être admis à la retraite pour invalidité :

- pour invalidité imputable au service à la suite d'un accident ou d'une maladie,
- pour invalidité non imputable au service lorsque l'agent ne compte pas 110 trimestres valables en 2012 auprès de la CNRACL.

La collectivité a l'initiative de la procédure en faisant procéder à une expertise sur l'imprimé AF3 auprès d'un médecin agréé auquel auront été confiées les missions suivantes :

- L'agent présente-t-il une inaptitude définitive et absolue à l'exercice de ses fonctions ?
- Quelles sont les infirmités dont souffre l'agent ? Quelle est leur date d'apparition ? Pour chacune de ces infirmités, existait-il un état antérieur à la date de titularisation ou d'acquisition de la qualité de fonctionnaire CNRACL ?
- Pour chacune des infirmités présentées, préciser si celle-ci est imputable au service,
- Fixer en conformité avec le barème du Code des Pensions Civiles et Militaires pour chacune de ces infirmités les taux d'invalidité de l'état antérieur (si existant) et de l'infirmité,
- En cas de constatation d'infirmités imputables au service et d'infirmités non imputables au service, les infirmités non imputables au service justifient-elles à elles seules l'admission à la retraite pour invalidité ?
- La présence d'une tierce personne est-elle nécessaire de façon constante ?

La mise en retraite pour invalidité est prononcée après consultation de la Commission de Réforme devant laquelle le fonctionnaire peut se faire représenter ou se faire assister du médecin de son choix.

La Commission de réforme donne son avis sur l'inaptitude aux fonctions et le taux des infirmités proposé par le médecin agréé ayant examiné le fonctionnaire.

L'Administration employeur de même que la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales pour la fonction publique territoriale en cas de divergence avec l'avis du comité médical peuvent solliciter un examen par la Commission de réforme. Le taux d'invalidité est fixé en application du barème du Code des pensions civiles et militaires. Le calcul de la pension de retraite pour invalidité va prendre en compte toutes les infirmités acquises ou aggravées durant le temps d'activité de l'agent au sein de la fonction publique. Le médecin agréé recherchera si une invalidité existait ou non avant la titularisation. Dans l'affirmative il différenciera et chiffrera ses taux d'invalidité préexistant à l'entrée dans la fonction publique. Les taux préexistants à la titularisation seront déduits du taux global d'invalidité.

La Commission de réforme apprécie :

- . le lien éventuel de la maladie causale avec les infirmités apparues c'est-à-dire la titularisation.
- . l'imputabilité des infirmités aux fonctions exercées ou l'imputabilité assimilée (par exemple actes de dévouement) .
- . l'assistance d'une tierce personne .

La Commission de Réforme transmet en retour à la collectivité l'imprimé AF3 de rapport d'expertise médicale et l'imprimé AF4 de procès-verbal à la collectivité pour transmission de l'ensemble des pièces à la CNRACL qui va étudier le dossier.

La collectivité conserve une copie de l'ensemble des pièces transmises à la Caisse.

Le dossier ainsi transmis à la Caisse doit comprendre les pièces suivantes :

- dossier R15 d'étude des droits à pension auprès de la CNRACL,
- imprimé AF de demande d'avis favorable,
- imprimé d'attestation de reclassement,
- procès-verbal de la Commission de Réforme (imprimé AF4),
- imprimé AF3 de rapport d'expertise médicale,
- état détaillé des arrêts de travail de l'agent,
- le cas échéant, avis du Comité Médical Départemental constatant l'inaptitude définitive et absolue,
- certificat médical établi lors de la visite d'embauche ou lorsque l'agent a acquis la qualité de fonctionnaire CNRACL,
- descriptif des fonctions en cas de maladie professionnelle,
- pièces relatives à la reconnaissance de l'imputabilité au service en cas d'accident.

Pour la Fonction publique territoriale, il existe une procédure simplifiée d'admission de la retraite pour l'invalidité décrite par la circulaire interministérielle n° P21/FP1359 du 27 juillet 1979 (B.I. n° 342-C-8°/C-P7-79-6) . L'admission à la retraite peut-être prononcée pour invalidité sur simple avis du comité médical et sans consultation préalable de la Commission de Réforme .

Le comité médical statue sur l'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions. Un avis médical par le médecin agréé précisant l'origine, le taux des infirmités et démontrant l'inaptitude aux fonctions s'avère néanmoins nécessaire.

Cette procédure est ouverte aux fonctionnaires

- . qui devront être admis à la retraite sur leur demande pour invalidité non imputable au service
 - . en cas d'invalidité non imputable au service
 - . qui ne demandent pas de majoration spéciale de leur pension pour l'assistance d'une tierce personne
 - . qui comptent à la date envisagée de leur radiation des cadres au moins un certain nombre de trimestres valables auprès de la CNRACL . Cette condition d'un minimum de trimestres valables auprès de la CNRACL évolue chaque année selon la valeur de rémunération d'un trimestre par la CNRACL.
- Ils doivent justifier d'un nombre de trimestres (services + bonifications) à la date envisagée de leur radiation des cadres leur permettant de percevoir une pension au moins égale à 50 % de leur dernier traitement d'activité ..

Le nombre de trimestres liquidables nécessaires pour la mise en œuvre de la procédure simplifiée est d'au moins 110 trimestres valables en 2012 . Dans cette situation, le traitement garanti au fonctionnaire par l'article 34 du Décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (50% si le taux global d'invalidité est égal ou supérieur à 60%) est déjà acquis aux fonctionnaires au titre de la durée des services.

En effet ce seuil s'explique par la disposition qui prévoit que lorsque le taux d'invalidité global de l'agent est au moins ou égal à 60%, le montant de la pension de l'invalidité servie est automatiquement élevé à 50 % du dernier traitement indiciaire d'activité (article 17 du Code des pensions civiles et militaire de retraite) .

Lorsqu'un fonctionnaire compte au moins 110 trimestres valables en 2012 auprès de la CNRACL, il bénéficiera d'une pension dont le montant sera supérieur ou égal à 50 % de son dernier traitement d'activité.

Dès lors, la saisie de la Commission de Réforme pour fixer un taux d'invalidité globale n'est d'aucune utilité.

L'admission au titre de la procédure simplifiée ne nécessite que de recueillir l'avis du Comité Médical Départemental sur l'inaptitude définitive et absolue de l'agent à l'exercice de ses fonctions.

Une fois, l'avis du Comité recueilli, le dossier R15 d'étude des droits à pension auprès de la CNRACL peut être envoyé à la Caisse accompagné de l'avis du Comité Médical Départemental, de l'imprimé AF de demande d'avis favorable et de l'attestation de reclassement.

Dans le cas où le fonctionnaire admis à la retraite pour invalidité bénéficie d'une Allocation Temporaire d'Invalidité, il convient de saisir la Commission de Réforme avant la radiation des cadres pour en effectuer la révision définitive.

Il est rappelé que l'employeur, comme la CNRACL et l'agent, peuvent mettre en cause cette procédure et demander l'examen du dossier par la commission départementale de réforme.

Si les conditions précitées sont réunies, l'intéressé a droit à la pension rémunérant les services, sous réserve que ses blessures ou maladies aient été contractées ou aggravées au cours d'une période durant laquelle il acquerrait des droits à pension (Article L29 du Code des pensions civiles et militaires de retraite, une maladie rendant un fonctionnaire définitivement inapte à l'emploi ne peut donner lieu à pension de retraite pour invalidité si elle a été contractée alors que l'intéressé était en position de disponibilité [jugement du TA. Lille, 21 oct. 1997, M. T., requête. N° 94-1836: AJFP 1998. 46]) .

Cette pension ne rémunère que les services accomplis et les accessoires y afférents.

Le pouvoir de décision d'attribution de la pension civile d'invalidité et de la rente viagère d'invalidité (Articles L31 et R49 bis du Code des pensions civiles et militaires de retraite) appartient, dans tous les cas, au ministre dont relève l'agent et au Ministre des finances.

Nonobstant toutes dispositions contraires, et notamment celles relatives au secret professionnel, tous renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen des droits pourront être communiqués

sur leur demande aux services administratifs placés sous l'autorité des ministres auxquels appartient le pouvoir de décision et dont les agents sont eux mêmes tenus au secret professionnel.

Attribution et versement de la pension et de la rente (article R65 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) :

Le ministre dont relevait le fonctionnaire ou le militaire lors de sa radiation des cadres ou de son décès en activité est chargé de constituer le dossier nécessaire au règlement des droits à pension. Il propose les bases de liquidation de la pension et, le cas échéant, de la rente viagère d'invalidité.

Après contrôle de cette proposition, le ministre du budget effectue les opérations de liquidation et, par arrêté, concède la pension et la rente viagère d'invalidité.

La pension et la rente viagère d'invalidité sont définitivement acquises et ne peuvent être révisées ou supprimées à l'initiative de l'Administration ou sur demande de l'intéressé que dans les conditions suivantes (Article L55 du code des pensions civile et militaire de retraite) :

- à tout moment en cas d'erreur matérielle ;
- dans un délai d'un an à compter de la notification de la décision de l'attribution initiale de la pension ou de la rente viagère, en cas d'erreur de droit.

γ. Calcul de de la pension civile d'invalidité

L'allocation de la pension civile d'invalidité suit ce qui est appelé la mise en retraite pour l'invalidité. Cette pension d'invalidité est donc une pension de retraite (article L.29 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) .

Le taux de la pension d'invalidité est déterminé comme celui de la pension des retraites.

La pension pour invalidité est équivalente à la pension rémunérant les services, soit la pension de droit commun pour le calcul d'une retraite. La pension est calculée sur le traitement brut de l'agent (indemnités, supplément familial de traitement et primes exclus).

Le pourcentage de la pension sera donc fonction de la durée des services que l'on aura accomplis.

Elle donc fonction du traitement détenu dans les six derniers mois de l'activité et de la durée des services et bonifications acquis par l'agent (article L.13 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) . Ce traitement correspond à l'emploi au grade, à l'échelon, effectivement détenu par le fonctionnaire pendant 6 mois au moins au moment de la cessation de ses fonctions. Si cette condition de durée de 6 mois n'est pas respectée, la pension est calculée sur l'indice correspondant au grade et à l'échelon détenu antérieurement.

La pension d'invalidité est accordée sans condition d'âge, de durée de services et de taux minimal d'incapacité. Le taux de la pension d'invalidité est déterminé comme celui de la pension des retraites. Cette pension rémunère les services accomplis et les accessoires y afférents, Cette particularité mise à part, la une pension d'invalidité ne présente pas beaucoup de différence par rapport à une pension de retraite. Le système de bonification s'applique ici comme en matière de retraite.

Le montant de la pension civile d'invalidité ne sera affecté d'aucune décote en raison du motif d'invalidité de mise à la retraite.

La rente d'invalidité n'est pas soumise au régime de la décote (la décote est le coefficient de minoration qui s'applique pour calculer le montant de la pension lorsque l'affilié ne justifie pas, soit de la durée d'assurance requise, soit d'un âge déterminé permettant l'annulation de la décote) . Cette particularité mise à part, une pension d'invalidité ne présente pas beaucoup de différences par rapport à une pension de retraite. Le système des bonifications s'applique ici comme en matière de retraite.

Le patient touche alors une pension dite pension civile d'invalidité. La pension civile d'invalidité prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la radiation des cadres.

Le montant de la pension civile d'invalidité dépend du nombre de trimestres liquidables, qui permettent de déterminer un pourcentage du traitement indiciaire brut annuel détenu depuis au moins 6 mois.

Si cette condition de durée de 6 mois n'est pas respectée, la pension est calculée sur l'indice correspondant au grade et à l'échelon détenu antérieurement.

Le principe de calcul :

$$P = [(N / DSB) \times 75 \%] \times TB = (\text{pourcentage de pension}) \times TB$$

P = pension civile

N = nombre de trimestres liquidable

DSB = durée d'assurance et bonification requise pour obtenir une pension à taux plein

TB = traitement indiciaire brut annuel détenu depuis au moins 6 mois

Exemples de calcul d'une pension civile d'invalidité. :

- Premier exemple

un fonctionnaire né en 1946, veut partir à la retraite le jour de son 60^{ème} anniversaire en 2006. Sa durée de service sera de 158 trimestres à cette date. Il ne bénéficie d'aucune bonification. Son traitement indiciaire détenu depuis au moins 6 mois à son départ sera de 27.300 €.

Le nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier du pourcentage maximum d'une pension civile en 2006 (voir tableau ci-dessous) est de 156 trimestres.

Date de naissance du fonctionnaire	Année d'ouverture du droit à liquidation	Nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum de la pension civile (75% du traitement indiciaire)
< 1944	Jusqu'en 2003	150
1944	2004	152
1945	2005	154
1946	2006	156
1947	2007	158
1948	2008	160

A compter de 2009, cette durée de services et bonifications est majorée dans les conditions suivantes, sauf si, au regard des évolutions présentées par le rapport du Conseil d'orientation de retraites, un décret ajuste le calendrier de mise en œuvre de cette majoration.

Date de naissance du fonctionnaire	Année d'ouverture du droit à liquidation	Nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum de la pension civile (75% du traitement indiciaire)
1949	2009	161
1950	2010	162
1951	2011	163
1952	2012	164

Les services effectifs ne pouvant être retenus que dans la limite du pourcentage maximum pour obtenir une pension, les 158 trimestres cotisés par ce fonctionnaire sont donc ramenés à 156.

Le montant de sa pension civile sera : $[(156/156) \times 75] \times TB = 75\% \times 27.300 \text{ €} = 20.475\text{€}$.

-Deuxième exemple

Monsieur X est mis à la retraite pour invalidité en 2005, après avoir accompli 11 ans de service effectif, soit 44 trimestres.

Si son taux d'invalidité est égal à 55 %, les règles de liquidation seront celles en vigueur l'année de sa radiation. Le nombre de trimestres nécessaires pour obtenir une pension à taux maximal est de 154 en 2005. Le montant de sa pension civile d'invalidité sera donc égal à $(44/154 \times 75 \%) \times \text{le traitement indiciaire brut}$ (TB), soit $21,43 \%$ x TB. Ce montant sera comparé au minimum garanti, le plus avantageux

pour l'agent sera retenu. En effet, le montant de la pension civile pourra être élevé au montant minimum prévu par l'article 17 du Code des Pensions civiles et militaires de retraite et l'article 66-V de la loi n°2003-775 du 21.08.2003 portant Réforme des retraites.

Si le taux d'invalidité reconnu par la Commission de Réforme et approuvé par le Ministère du budget est égal ou supérieur à 60 %, le fonctionnaire bénéficie d'une pension d'invalidité dont le montant est égal au moins à 50 % du traitement de base retenu pour le calcul de la pension.

Le taux global d'invalidité retenu pour l'examen des droits à la garantie des 50 % du dernier traitement est calculé sur la règle de la validité restante. Ainsi, pour trois infirmités qui, considérées isolément, correspondraient respectivement aux taux de 60 %, 20 % et 10 %, on obtient un taux global d'invalidité de 71.2 %, suivant le calcul suivant :

1^{ère} infirmité 60 % de 100 %, soit un taux effectif de 60 %, la validité restante est de $100 \% - 60 \% = 40 \%$.

2^{ème} infirmité, le taux effectif est de $20 \% \times 40 \%$ soit 8 %, la validité restante est de $40 \% - 8 \% = 32 \%$.

Le taux effectif de la 3^{ème} infirmité est de $10 \% \times 32 \%$ soit 3,2 %.

Le total est de $60 \% + 8 \% + 3,2 \% = 71,2 \%$.

Il existe un minimum de pension en cas d'invalidité importante (article L30 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) .

Lorsque le fonctionnaire est atteint d'une invalidité d'un taux au moins égal à 60 %, le montant de la pension civile d'invalidité ne peut être inférieur à 50 % du traitement de base ayant servi au calcul de sa pension (dans le cas d'aggravation d'infirmités préexistantes, le taux d'invalidité à retenir est apprécié par rapport à la validité restante du fonctionnaire : (Article R41 du Code des pensions civiles et militaires de retraite).

Il s'agit des émoluments obtenus par le fonctionnaire lors des 6 derniers mois de service avant la radiation des cadres, sauf en cas d'invalidité imputable au service. Dans ce dernier cas le montant de référence est le traitement obtenu par l'agent le jour de sa radiation.

Ce montant minimum est dû :

- Quelque soit la durée des services
- Que l'invalidité soit imputable ou non au service.

Le cas échéant, le montant de la pension civile d'invalidité pourra être élevé au montant du minimum garanti prévu par l'article 17 du Code des pensions civiles et militaire de retraite et l'article 66-Vde la loi n°2003-775 du 21.08.2003 portant Réforme des retraites.

L'Administration compare le montant normal de la pension calculée suivant les règles en vigueur à celui du minimum garanti, dans tous les cas c'est le montant le plus favorable qui est payé au fonctionnaire sans que celui-ci ait besoin de demander. Les pensions élevées au minimum garanti seront revalorisées dans les mêmes conditions que les autres pensions.

A titre d'exemple, à partir du 1^{er} janvier 2014, pour une pension rémunérant moins de 15 ans de services effectifs, le minimum garanti est égal à 1/15 de 57,5 % du montant correspondant à la valeur de l'indice majoré 227 au 1^{er} janvier 2004, valorisé dans les mêmes conditions que les pensions en paiement à cette même date multiplié par le nombre d'année de services effectifs.

Le montant brut de cette pension peut être augmenté éventuellement :

- d'une majoration pour enfant.

- de la majoration pour tierce personne

Le fonctionnaire retraité titulaire d'une pension d'invalidité et devant recourir à l'assistance constante de tierce personne pour les actes ordinaires de la vie, peut obtenir une majoration de sa pension.

Le montant de la majoration pour tierce personne est forfaitaire.

Le montant de la majoration spéciale pour tierce personne est égal au traitement afférant à la valeur de l'indice majoré 227 au 1^{er} janvier 2004, revalorisé chaque année sur l'indice des prix à la consommation hors tabac .

Il est égal en 2013 à un montant mensuel brut de 1079,77 € (il s'agit de l'indice majoré 227 revalorisé chaque année).

La majoration peut être accordée soit au moment du départ à la retraite pour invalidité, soit après la radiation des cadres. Dans tous les cas, le fonctionnaire doit justifier sa demande.

La majoration pour tierce-personne est accordée pour 5 ans. Au terme de cette période, les droits sont réexaminés et la majoration est :

- * soit attribuée définitivement si l'état de santé du retraité est justifié

- * soit supprimée en cas d'amélioration de l'état de santé. Elle peut être rétablie à tout moment, suivant la même procédure à partir de la date de demande du pensionné, si celui-ci, remplit à nouveau les conditions pour en bénéficier.

Elle n'est pas cumulable avec toutes autres prestations ayant le même objet.

- D'une rente viagère d'invalidité

Une rente viagère d'invalidité s'ajoute à la pension civile d'invalidité si l'invalidité est reconnue imputable au service. Le fonctionnaire (ou sa famille) doit apporter la preuve que ses infirmités sont imputables à un fait précis de service. Ce cas particulier sera traité dans le chapitre accidents de service et maladies professionnelles.

Il faut noter que la rente d'invalidité et la majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne sont accordées en plus de ce montant minimum (Article R42 du Code des pensions civiles et militaires de retraite).

δ. Majoration pour l'assistance d'une tierce personne (article L30 du Code des pensions civiles et militaires de retraite)

Le régime des pensions de l'Etat prévoit l'attribution d'une majoration pour assistance d'une tierce personne en faveur de l'ancien fonctionnaire qui bénéficie d'une pension civile d'invalidité et qui se trouve dans l'obligation d'avoir recours, d'une manière constante, à une personne pour l'assister dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante.

Les titulaires d'une pension civile d'invalidité qui sont placés dans l'obligation d'avoir recours, d'une manière constante, à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie peuvent obtenir une majoration spéciale de leur pension.

A titre indicatif, le Conseil d'Etat a pu considérer que (arrêt du Conseil d'Etat du 6 décembre 2006, n° 258659) :

- il ne peut être exigé que l'aide d'un tiers soit nécessaire à l'accomplissement de la totalité des actes nécessaires à la vie ;
- il faut toutefois que l'aide d'une tierce personne soit indispensable, ou bien pour l'accomplissement d'actes nombreux se répartissant tout au long de la journée, ou bien pour faire face soit à des manifestations imprévisibles des infirmités ou de l'affection dont le pensionné est atteint, soit à des soins dont l'accomplissement ne peut être subordonné à un horaire préétabli, et dont l'absence mettrait sérieusement en danger l'intégrité physique ou la vie de l'intéressé. Ainsi, si l'affection dont souffre l'agent ne met pas celui-ci dans l'obligation de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement de tous les actes nécessaires à la vie, elle impose cependant l'aide d'une tierce personne en raison de ses manifestations imprévisibles

La demande de majoration peut être déposée à tout moment. On peut obtenir une majoration pour tierce personne même si ce recours à l'assistance constante d'une tierce personne devient nécessaire postérieurement à la cessation d'activité.

Cette majoration est réservée au pensionnaire titulaire d'une pension civile d'invalidité. Si on bénéficie d'une pension civile de retraite pour ancienneté de services on ne peut pas prétendre au versement de la majoration pour assistance constante d'une tierce personne.

La majoration peut être accordée soit au moment du départ à la retraite pour invalidité, soit après la radiation des cadres. Dans tous les cas, le fonctionnaire doit justifier sa demande.

Cette majoration est étudiée par la Commission de Réforme sur demande expresse du bénéficiaire :

- soit lors du passage du dossier d'admission à la retraite pour invalidité devant la commission,
- soit après son admission à la retraite pour invalidité sur présentation aux services de la Caisse d'un certificat médical attestant de son état de santé.

La demande se fait sur papier libre auprès du bureau ou service des pensions de l'ancien ministère d'emploi, en joignant les justificatifs nécessaires (certificats médicaux, résultats d'examen...).

La situation sera examinée par un médecin agréé de l'administration et les conditions de vie feront l'objet d'une enquête administrative. Le dossier médical sera ensuite transmis à la commission de réforme départementale pour avis.

La décision finale revient cependant à l'Administration qui examinera les droits. Si elle estime que l'état de santé rend inapte le fonctionnaire à effectuer seul(e) et de façon permanente les actes ordinaires de la vie courante, elle adressera un dossier de révision de pension en sa faveur au Service des Retraites de l'Etat.

Si le dossier est accepté, le Service des Retraites de l'Etat lui adressera un nouveau titre de pension mentionnant son droit à une majoration pour tierce personne pour une durée de cinq ans.

Après un refus ou la suppression de cet avantage, le fonctionnaire peut renouveler à tout moment sa demande.

La majoration spéciale est accordée pour une période de cinq ans. A l'expiration de cette période, les droits des pensionnés font l'objet d'un nouvel examen et la majoration est, soit accordée à titre définitif s'il est reconnu que le titulaire continue de remplir les conditions pour en bénéficier, soit, dans le cas contraire, supprimée. Postérieurement, elle peut être à tout moment rétablie suivant la même procédure à compter de la date de la demande du pensionné, si celui-ci justifie être de nouveau en droit d'y prétendre (Article R43 du Code des pensions civiles et militaires de retraite).

Si on estime que son état de santé justifie le renouvellement de la majoration pour assistance constante d'une tierce personne, on doit en faire la demande auprès du bureau ou service des pensions de son ancien ministère d'emploi, en joignant les justificatifs nécessaires (certificats médicaux, résultats d'examen...).

La situation sera examinée par un médecin agréé de l'Administration et les conditions de vie feront l'objet d'une enquête administrative. Le dossier médical sera ensuite transmis à la Commission de réforme départementale pour avis.

L'Administration examinera les droits et, si elle estime que l'état de santé nécessite toujours la présence constante d'une tierce personne, elle adressera un dossier de révision de pension en sa faveur au Service des Retraites de l'Etat.

Si le dossier est accepté, le Service des Retraites de l'Etat lui adressera un nouveau titre de pension mentionnant son droit définitif à une majoration pour assistance constante d'une tierce personne.

Cette majoration constitue un avantage statutaire pour l'ancien fonctionnaire qui bénéficie d'une pension civile d'invalidité. Elle n'est pas cumulable avec toute autre prestation ayant le même objet.

Si on sollicite d'un régime obligatoire une autre aide pour tierce personne, on doit signaler à l'organisme qui examinera le dossier que l'on bénéficie déjà d'une majoration pour assistance constante d'une tierce personne au titre de sa pension civile d'invalidité. Si le régime obligatoire octroie cette nouvelle aide, le montant de la

majoration pour assistance constante d'une tierce personne sera diminué à due concurrence du montant de l'aide accordée.

Le montant de la majoration pour assistance constante d'une tierce personne correspond aux émoluments de l'indice majoré 227 du barème des traitements de la fonction publique (1 123,49 € en 2012) .

Ce montant est revalorisé chaque année par décret conformément à l'évolution du coût de la vie sur la base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac .

La majoration pour assistance constante d'une tierce personne n'est pas cumulable avec toute autre prestation ayant le même objet (article R43 du Code des pensions civile et militaire de retraite).

Le montant cumulé de la pension civile d'invalidité de la majoration spéciale pour tierce personne peut être supérieur à 100 % du traitement de base.

ε. La pension des ayants cause

Un ayant cause est une personne qui a acquis un droit d'une autre personne. Il s'agit là des enfants et du conjoint du fonctionnaire défunt .

Le droit à pension de réversion est ouvert le lendemain de la date du décès du fonctionnaire (article R53 du code des pensions civile et militaire de retraite) .

Les dossiers de demande de pension constitués par les ayants cause de fonctionnaires ou militaires décédés en position de retraite sont adressés directement au ministre du budget. Si les droits des intéressés sont reconnus, ce dernier procède à la liquidation et à la concession de la pension et de la rente. Dans le cas contraire, le dossier est transmis au ministre dont relevait l'auteur du droit qui doit alors constituer le dossier nécessaire.

Le décompte détaillé du montant des droits du fonctionnaire est adressé à chaque intéressé en même temps que son titre lui indiquant qu'il dispose d'un droit à pension (Article R65 du Code des pensions civiles et militaires de retraite).

La pension et la rente viagère d'invalidité sont payées mensuellement et à terme échu (articles L90 et R96 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) .

La mise en paiement, portant rappel du jour de l'entrée en jouissance, doit être obligatoirement effectuée à la fin du premier mois suivant le mois de cessation de l'activité (articles L90 et R96 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) .

Lorsque la demande de liquidation ou de révision de la pension est déposée postérieurement à l'expiration de la quatrième année qui suit celle de l'entrée en jouissance normale de la pension, pour des raisons imputables au fonctionnaire, celui-ci ne peut prétendre qu'au paiement d'un rappel correspondant à l'année au cours de laquelle la demande a été déposée et aux quatre années antérieures (Article L53 du Code des pensions civiles et militaires de retraite).

ε.1. Pensions des conjoints

Elles sont régies par l'article L38 du Code des pensions civile et militaire de retraite

ε.1. 1. Personnes concernées

Le conjoint du fonctionnaire a droit une pension de réversion (Article L39 du code des pensions civile et militaire de retraite) :

- si le fonctionnaire bénéficiait à son décès d'une pension normale, le fonctionnaire doit avoir accompli, depuis la date du mariage jusqu'à la cessation d'activité, 2 années au moins de services valables pour la retraite.
- s'il a obtenu ou pouvait obtenir une pension pour invalidité, le mariage doit être antérieur à l'événement qui a amené la mise à la retraite ou le décès du fonctionnaire.

Ces conditions d'antériorité ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage (les «enfants issus du mariage» s'entendent des enfants nés après le mariage ou avant le mariage, dès lors que, dans cette dernière hypothèse, ils ont été reconnus par le père. Arrêt du Conseil d'Etat du 30 janv. 2008, Mme Many, requête : N°274898) ou si celui-ci, antérieur ou postérieur à la cessation de l'activité, a duré au moins 4 ans.

Le conjoint séparé de corps et le conjoint divorcé ont droit à la pension. Le conjoint divorcé qui s'est remarié avant le décès du fonctionnaire et qui, à la cessation de cette union, ne bénéficie d'aucun droit à pension de réversion peut faire valoir ce droit s'il n'est pas ouvert au profit d'un autre ayant cause. (article L44 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

Le conjoint survivant ou le conjoint divorcé, qui contracte un nouveau mariage ou vit en état de concubinage notoire, perd son droit à pension (article L46 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

Les droits qui leur appartenaient ou qui leur auraient appartenu passent aux enfants âgés de moins de vingt et un ans (article L46 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

Le conjoint survivant ou le conjoint divorcé, dont la nouvelle union est dissoute ou qui cesse de vivre en état de concubinage notoire, peut, s'il le désire, recouvrer son droit à pension (article L46 du Code des pensions civile et militaire de retraite) . Ce droit prend alors effet à compter de la date du nouveau veuvage, du divorce ou de la cessation du concubinage notoire (article R57 du Code des pensions civile et militaire de retraite) . La pension éventuellement attribuée aux enfants âgés de moins de vingt et un ans est annulée à compter de la demande de rétablissement (article R57 du code des pensions civile et militaire de retraite) .

ε.1. 2. Montant de la pension des conjoints

Il est régi par l'article L38 du Code des pensions civiles et militaires de retraite .
Le conjoint d'un fonctionnaire civil a droit à une pension de réversion égale à 50 % de la pension obtenue par le fonctionnaire ou qu'il aurait pu obtenir au jour de son décès.

A la pension de réversion s'ajoutent, le cas échéant :

- 1° la moitié de la rente d'invalidité dont le fonctionnaire bénéficiait ou aurait pu bénéficier,
- 2° la moitié de la majoration pour enfants

Lorsque, au décès du fonctionnaire, il existe plusieurs conjoints, divorcés ou survivants, ayant droit à la pension, la pension est répartie entre ces conjoints au prorata de la durée respective de chaque mariage (article L45 du Code des

pensions civile et militaire de retraite) . La durée de chaque mariage, déterminée de date à date, est arrondie au nombre de mois inférieur (article R57 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

Le total de la pension de réversion, quelle que soit la date de sa mise en paiement, et des autres ressources de son bénéficiaire ne peut être inférieur à celui de l'ASPA ou allocation de solidarité aux personnes âgées (ou anciennement à celui de l'allocation servie aux vieux travailleurs salariés augmentée de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse).

ε.1.3. Décès du conjoint

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, sa part passe le cas échéant aux orphelins de moins de vingt et un ans, légitimes ou naturels, issus de son union avec le fonctionnaire ou le titulaire de la pension, ou adoptés au cours de cette union (article L45 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

ε.2. Pensions des orphelins

Elles sont régies par l'article L40 du Code des pensions civile et militaire de retraite

ε.2. 1. Orphelins concernés

Chaque orphelin a droit jusqu'à l'âge de vingt et un ans à une pension égale à 10 % de la pension obtenue par le fonctionnaire ou qu'il aurait pu obtenir au jour de son décès, et augmentée, le cas échéant, de 10 % de la rente d'invalidité dont il bénéficiait ou aurait pu bénéficier.

Sont assimilés aux enfants âgés de moins de vingt et un ans, les enfants qui, au jour du décès de leur père ou mère, se trouvaient à la charge effective de ce dernier par suite d'une infirmité permanente les mettant dans l'impossibilité de gagner leur vie. La pension accordée à ces enfants n'est pas cumulable avec toute autre pension ou rente d'un régime général, attribuée au titre de la vieillesse ou de l'invalidité, à concurrence du montant de ces avantages. Elle est suspendue si l'enfant cesse d'être dans l'impossibilité de gagner sa vie.

Cette disposition s'applique également aux enfants atteints, après le décès de leur auteur mais avant leur 21ème année révolue, d'une infirmité permanente les mettant dans l'impossibilité de gagner leur vie.

Les enfants naturels reconnus et les enfants adoptifs sont assimilés aux orphelins légitimes.

Aucune condition d'antériorité de la naissance par rapport à la radiation des cadres de leur auteur n'est exigée des orphelins légitimes, légitimés ou naturels dont la filiation est légalement établie (Article L41 du Code des pensions civile et militaire de retraite).

Aucune condition d'antériorité de l'adoption par rapport à la radiation des cadres de l'adoptant n'est exigée des orphelins adoptifs (Article L41 du code des pensions civile et militaire de retraite).

ε.2. 2. Conséquences du décès du conjoint survivant sur l'enfant qu'il a en commun avec le fonctionnaire décédé

En cas de décès du conjoint survivant, les droits à pension de réversion de celui-ci passent aux enfants âgés de moins de vingt et un ans et la pension de 10 % est maintenue à chaque enfant âgé de moins de vingt et un ans.

Lorsqu'il existe une pluralité d'ayants cause de lits différents, la pension est divisée en parts égales entre les lits représentés par le conjoint survivant ou divorcé ayant droit à pension ou par un ou plusieurs orphelins âgés de moins de vingt et un ans. Les enfants naturels sont assimilés à des orphelins légitimes ; ceux nés de la même mère représentent un seul lit. S'il existe des enfants nés du conjoint survivant ou divorcé ayant droit à pension, chacun d'eux a droit à la pension de 10 %.

En cas de pluralité d'orphelins âgés de moins de vingt et un ans d'un même lit non représenté par le conjoint survivant ou divorcé ayant droit à pension, ils bénéficient de la pension du conjoint décédé (article L43 du Code des pensions civile et militaire de retraite).

Si un lit cesse d'être représenté, sa part accroît celle du ou des autres lits (Article L43 du code des pensions civile et militaire de retraite).

ε.2. 3. Minimum

Les pensions de 10 % attribuées aux enfants ne peuvent pas, pour chacun d'eux, être inférieures au montant des avantages familiaux dont aurait bénéficié le fonctionnaire s'il avait été retraité.

ε.3. Limites aux pensions des ayants droit

Elles sont régies par l'article L40 du Code des pensions civile et militaire de retraite . Le total des sommes attribuées au conjoint survivant et aux orphelins ne peut pas excéder le montant de la pension et, éventuellement, de la rente d'invalidité attribuées ou qui auraient été attribuées au fonctionnaire. S'il y a excédent, il est procédé à la réduction temporaire des pensions des orphelins.

ε.4. Cas particuliers.

Ils sont régis par l'article L50 du Code des pensions civiles et militaires de retraite .

1/ En cas de décès d'un fonctionnaire civil ou militaire par suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions, d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, une pension de réversion est concédée aux conjoints.

A cette pension de réversion s'ajoute, soit la moitié de la rente viagère d'invalidité dont aurait pu bénéficier le fonctionnaire, soit la pension prévue au Code des pensions militaires d'invalidité, de manière à ce que le total ne soit pas inférieur à un montant correspondant à la valeur de l'indice majoré 227 au 1er janvier 2004, revalorisé chaque année par décret en Conseil d'Etat conformément à l'évolution prévisionnelle de l'indice des prix à la consommation hors du tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée.

2/ Le total des pensions et, selon les cas, de la rente viagère d'invalidité ou de la pension militaire d'invalidité attribuables aux conjoints survivants et aux orphelins ne peut être inférieur à celui de la pension et de la rente viagère d'invalidité ou de la pension militaire d'invalidité dont le fonctionnaire ou le militaire aurait pu bénéficier, si le décès intervient dans les conditions suivantes :

- 1° Lorsqu'un fonctionnaire des douanes de la branche de la surveillance est tué au cours d'une opération douanière ;
- 2° Lorsqu'un fonctionnaire de la police nationale est tué au cours d'une opération de police ou décède en service et est cité à l'ordre de la Nation ;
- 3° Lorsqu'un militaire de la gendarmerie nationale est tué au cours d'une opération de police ou décède en service et est cité à l'ordre de la Nation ou à l'ordre de la gendarmerie ;
- 4° Lorsqu'un fonctionnaire appartenant au personnel de l'administration pénitentiaire décède à la suite d'un acte de violence dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ;
- 5° Lorsqu'un sapeur-pompier de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou du bataillon des marins-pompiers de Marseille est tué dans l'exercice de ses fonctions et est cité à l'ordre de la Nation ;
- 6° Lorsqu'un agent d'exploitation ou un chef d'équipe des travaux publics de l'Etat est tué en service dans le cadre d'une intervention sur voirie circulée ;
- 7° Lorsqu'un contrôleur des transports terrestres est tué en service dans le cadre de l'exercice de ses missions de contrôle sur route ;
- 8° Lorsqu'un inspecteur des affaires maritimes ou un contrôleur des affaires maritimes ou un syndic des gens de mer de la spécialité navigation et sécurité est tué en service au cours d'une mission de contrôle ou de surveillance.

3/ Le total des pensions et, selon les cas, de la rente viagère ou de la pension militaire d'invalidité attribuables aux conjoints survivants et aux orphelins est porté à 100 % du traitement ou de la solde de base détenu par le fonctionnaire ou le militaire au jour de son décès lorsqu'un fonctionnaire, un militaire de carrière ou un militaire servant sous contrat est tué dans un attentat alors qu'il se trouvait en service sur le territoire national ou à l'étranger ou au cours d'une opération militaire, alors qu'il se trouvait en service ou en mission à l'étranger.

4/ Lorsqu'un bénéficiaire d'une pension ou d'une rente viagère d'invalidité, a disparu de son domicile et que plus d'un an s'est écoulé sans qu'il ait réclamé les arrérages de sa pension ou de sa rente viagère d'invalidité, son conjoint et les enfants âgés de moins de vingt et un ans qu'il a laissés peuvent obtenir, à titre provisoire, la liquidation des droits à la pension qui leur seraient ouverts en cas de décès (Article L57 du Code des pensions civile et militaire de retraite).

La pension provisoire est supprimée lorsque le décès est officiellement établi ou que l'absence a été déclarée par jugement passé en force de chose jugée et une pension définitive est alors attribuée aux ayants cause.

ζ. Indu

Ils est régi par l'article L93 du Code des pensions civile et militaire de retraite .

En cas de paiement indu (c'est-à-dire si le fonctionnaire a reçu un paiement auquel il n'avait pas droit, ou d'un montant supérieur à celui auquel il avait droit) de la pension, de la rente ou de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne, les sommes correspondant à l'année au cours de laquelle le trop-perçu a été constaté et aux trois années antérieures peuvent être réclamées.

En cas de fraude, omission, déclaration inexacte ou de mauvaise foi de la part du bénéficiaire, la restitution des sommes payées indûment peut être réclamée sur 30 ans. Cette restitution peut-être poursuivie par l'agent judiciaire du Trésor.

En outre, en cas de fraude, omission, déclaration inexacte ou de mauvaise foi de la part du bénéficiaire, celui-ci pourra être puni d'un emprisonnement de cinq ans au plus et d'une amende qui ne pourra excéder le montant des sommes versées sur une année (Article L92 du code des pensions civile et militaire de retraite).

Si le coupable est un fonctionnaire ou un officier public en activité de service au moment où la fraude a été commise, ou un employé travaillant dans les bureaux d'un comptable public, d'un notaire ou d'une mairie, la peine de prison peut aller jusqu'à dix ans.

Les coupables pourront, en outre, être privés de leurs droits civils (article 131-26 du Code pénal) .

η. Saisie

η.1. Les conditions habituelles de saisie

Les pensions et les rentes viagères d'invalidité instituées sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires (article L56 du Code des pensions civile et militaire de retraite renvoyant à l'article L355-2 du Code de la sécurité Sociale) : elles sont donc saisissables, mais un montant doit être laissé à son bénéficiaire .

Pour l'application de la saisie, la pension sera, comme les salaires, divisée en trois fractions :

η.1.1. La fraction saisissable

Les pensions d'invalidité sont saisissables ou cessibles selon les proportions suivantes (Article R3252-2 du code du travail, décret n°2011-1909 du 20 décembre 2011, JO du 22 décembre 2011) :

- au vingtième, sur la tranche inférieure ou égale à 3 590 euros ;
- au dixième, sur la tranche supérieure à 3 590 euros, inférieure ou égale à 7 030 euros
- au cinquième, sur la tranche supérieure à 7 030 euros, inférieure ou égale à 10 510 euros ;
- au quart, sur la tranche supérieure à 10 510 euros, inférieure ou égale à 13 950 euros ;
- au tiers, sur la tranche supérieure à 13 950 euros, inférieure ou égale à 17 410 euros ;
- aux deux tiers, sur la tranche supérieure à 17 410 euros, inférieure ou égale à 20 910 euros;
- à la totalité, sur la tranche supérieure à 20 910 euros.

Les seuils déterminés ci-dessus sont augmentés d'un montant de 1 360 euros par personne à la charge du débiteur saisi ou du cédant, sur justification présentée par l'intéressé. Sont considérés comme personnes à charge (Article R3252-3 du code du travail) :

- le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin du débiteur, dont les ressources personnelles sont inférieures au montant du revenu de solidarité active fixé pour un foyer composé d'une seule personne (474,93 euros mensuel en 2012) ;
- tout enfant ouvrant droit aux prestations familiales (c'est-à-dire tout enfant jusqu'à 16 ans ou jusqu'à 20 ans si l'enfant perçoit une rémunération mensuelle n'excédant

pas un plafond (55% du SMIC brut correspondant à 169 heures), et se trouvant à la charge effective et permanente du débiteur). Est également considéré comme étant à charge tout enfant à qui ou pour le compte de qui le débiteur verse une pension alimentaire;

- l'ascendant dont les ressources personnelles sont inférieures au montant du revenu de solidarité active fixé pour un foyer composé d'une seule personne (474,93 euros mensuel au 1er juillet 2012) et soit qui habite avec le débiteur, soit auquel le débiteur verse une pension alimentaire.

η.1.2. La fraction relativement insaisissable (insaisissable sauf par des débiteurs d'aliments)

Le prélèvement direct du terme mensuel courant et des six derniers mois impayés des pensions alimentaires peut être poursuivi sur l'intégralité de la rémunération. Il est d'abord imputé sur la fraction insaisissable (c'est-à-dire au-delà des proportions évoquées ci-dessus) et, s'il y a lieu, sur la fraction saisissable. (Article L3252-5 du code du travail). Le prélèvement est d'abord imputé sur la fraction insaisissable et, s'il y a lieu, sur la fraction saisissable.

η.1.3. La fraction absolument insaisissable

La personne doit toujours conserver une somme minimale qui correspond au montant du revenu de solidarité active (Articles L3252-3, L3252-4 et R3252-5 du code du travail soit 466,99 euros mensuel au 1er janvier 2011) (donc même en cas de dette de pension alimentaire).

η.2. Les cas de saisie dans la limite de 90%

Par exception, elles peuvent également être saisies en cas d'impayés de frais d'hospitalisation dans la limite de 90% au profit des établissements hospitaliers et des caisses de sécurité sociale pour le paiement des frais.

η.3. Les cas de saisie de la totalité de la pension

En outre, la saisie peut s'élever à la totalité de la pension, réserve faite d'une somme d'un montant égal au tiers du minimum de pension garanti (prévu à l'article L17 du Code des pensions civile et militaire de retraite) , lorsque cette saisie a pour objet d'exécuter les condamnations à des réparations civiles ou aux frais dus à la victime d'une infraction pénale et que ces condamnations ont été prononcées à l'encontre d'une personne qui a été jugée coupable de crime ou complicité de crime contre l'humanité (article L56 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

η.4. Les cas d'insaisissabilité

Enfin, la majoration pour l'assistance d'une tierce personne est insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien du bénéficiaire, des rémunérations dues aux personnes assurant son assistance ou des cotisations sociales obligatoires attachées à ces rémunérations (article L56 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

θ. Reclassement ou réintégration dans les fonctions

La pension du fonctionnaire qui a été reclassé dans un autre corps ne peut être inférieure au montant de la pension civile d'invalidité et, le cas échéant, de la rente viagère d'invalidité qui lui aurait été attribuée s'il n'avait pas été reclassé (article L33 du Code des pensions civile et militaire de retraite) .

Le fonctionnaire dont la mise à la retraite a été prononcée pour invalidité et qui est reconnu, après avis de la Commission de réforme, apte à reprendre l'exercice de ses fonctions, peut être réintégré dans un emploi de son grade s'il existe une vacance. La pension et, le cas échéant, la rente viagère d'invalidité sont annulées à compter de la date d'effet de la réintégration (Article L33 bis du Code des pensions civiles et militaires de retraite) .

hh. Le licenciement du fonctionnaire

Le licenciement du fonctionnaire titulaire après un arrêt-maladie prolongé est exceptionnel, mais possible. D'une manière générale comme il a été écrit ci-dessous lorsque l'agent est inapte physiquement temporairement, il bénéficie de la protection sociale instituée à l'article 57 de la loi du 26.01.1984 et du décret n°87-602 du 30.06.1987.

Ainsi il pourra être placé en congé de maladie ordinaire et ensuite, sur avis du Comité médical en congé de longue maladie ou en congé de longue durée. Si ensuite l'incapacité persiste, le fonctionnaire est placé en disponibilité d'office pour maladie et percevra éventuellement l'allocation d'invalidité temporaire (AIT).

Si, après un arrêt-maladie prolongé ou d'emblée si le fonctionnaire a consulté son médecin du travail ou a produit un certificat médical de son médecin traitant, lorsque l'état physique d'un fonctionnaire est considéré comme ne le permettant d'exercer normalement ses fonctions, et que les nécessités du service ne lui permettent pas d'aménager ses conditions de travail, le fonctionnaire est alors considéré comme inapte définitif.

Il peut être alors reclassé en application du décret n°85-1054 du 30.09.1985.

Ce décret propose 2 modalités de reclassement.

Tout d'abord, lorsque l'état d'un fonctionnaire ne lui permet plus d'exercer normalement ses fonctions, celui peut être affecté dans un autre emploi de son grade après avis de la Commission administrative paritaire. Il s'agit donc d'un simple changement de fonctions ou de métier dans le même cadre d'emplois .

La jurisprudence estime que l'Administration qui prononce le licenciement après avoir proposé 3 postes compatibles avec l'état de santé de l'intéressé, ne commet pas de faute (Cour administrative d'appel de Nancy, arrêt du 26.01.12 n°11NC01672) . En effet dans ce cas précis, l'Administration avait proposé 3 postes administratifs successivement à un fonctionnaire qui avait été déclaré inapte de manière définitive à tout poste à la faculté de médecine où il était employé comme technicien animalier dans un laboratoire. L'université, en proposant les 3 postes susmentionnés a été considérée comme ayant satisfait à son obligation de recherche de reclassement, il n'a ainsi pas commis de faute de nature à engager sa responsabilité .

À défaut de possibilité de reclassement en raison, soit de l'état physique de l'agent, soit de la structure des effectifs des emplois de l'Administration, l'agent sera admis à la retraite pour invalidité. Cette mise en invalidité par l'Administration après avis de la Commission de Réforme doit être approuvée par la Caisse de retraite en vigueur, en l'occurrence, la CNRACL pour la fonction publique territoriale. La Caisse de retraite ou la CNRACL peut rejeter la demande de pension pour invalidité s'il s'agit d'une pathologie préexistante à l'entrée en fonction ou survenue au cours d'une interruption de la carrière (exemple de la disponibilité où la réintégration est conditionnée à l'aptitude physique vérifiée par un médecin agréé ; le médecin agréé s'il constate l'apparition d'une pathologie apparue pendant la mise en disponibilité la signalera et la Caisse de retraite en tirera les conséquences) . S'il s'agit d'une pathologie préexistante dont l'entrée en fonction est survenu au cours de l'interruption de la carrière, la Caisse de retraite rejettera la demande de pension pour invalidité . La Caisse de retraite acceptera alors de prendre en compte éventuellement seulement l'aggravation de l'invalidité (Tribunal administratif de Lille, 21.10.1997, requête n° 94-1836) .

C'est pourquoi en théorie, il est important et prudent de faire chiffrer au moment du 1^{er} recrutement le pourcentage d'invalidité préexistante par le médecin agréé sur la base du barème du Code des pensions civiles et militaires .

En cas de refus de la Caisse de retraite de valider la mise en invalidité, l'agent inapte pourra être rayé des cadres. Une telle décision ne peut être prononcée qu'après observation de la procédure de communication préalable du dossier administratif et médical (arrêt du Conseil d'Etat du 09.05.2005, requête n° 262288) pour permettre le cas échéant au fonctionnaire de pouvoir formuler ses observations en défense .

Ces décisions des Caisses de retraites et en particulier de la CNRACL (Caisse Nationale de Retraite des Agents de Collectivités Locales) sont de plus en plus fréquentes. Il convient de souligner que le fonctionnaire peut contester cet avis puisqu'il s'agit d'une véritable décision administrative et qui donc en tant que telle peut être contestée. En effet, l'avis rendu par la Caisse de retraite (en particulier la CNRACL) constitue une décision Administrative puisqu'elle lie l'autorité administrative, c'est-à-dire l'employeur.

La décision de licenciement devra en outre être motivée au sens de la loi du 11.07.1979, et contenir les considérations de fait et de droit qui constituent le fondement de la décision et ne pas se limiter à faire référence aux avis de la Commission de Réforme, de la Caisse de retraite (par exemple la CNRACL) ou à s'abriter derrière le secret médical du dossier (arrêt de la Cour d'appel administrative de Bordeaux du 21.12.2000, requête n° 00BX02035) . Si tel n'est pas le cas, le fonctionnaire peut ouvrir un contentieux devant la justice administrative. Celle-ci contrôle la réalité des possibilités de reclassement offertes à l'agent et les juridictions administratives n'hésitent pas à censurer les radiations pour inaptitude physique, pour absence de recherche de reclassement préalable au licenciement (arrêt du Conseil d'Etat du 03.02.2003, requête n° 234156) . Le licenciement ne peut avoir lieu qu'après avis de la Commission Administrative paritaire.

Le fonctionnaire licencié pour inaptitude physique n'a pas droit au versement d'une indemnité de licenciement et ne peut pas non plus, prétendre au paiement des allocations pour perte d'emploi, dans la mesure où il est nécessaire d'être à la recherche effective et permanente d'un emploi.

La jurisprudence administrative demande à ce que, soit la motivation figure dans la décision de l'Administration elle-même, soit que la décision renvoie à l'avis du Comité médical départemental par appropriation de cette motivation. Il faut dans ce cas, que l'Administration veuille non seulement à ce que l'avis du Comité médical soit lui-même effectivement suffisamment motivé, mais également qu'elle joigne ce même avis du Comité médical à sa décision.

Les juridictions administratives n'hésitent pas à sanctionner l'absence de motivation ou des motivations vagues ou trop générales au licenciement

Les seules ressources financières possibles sont les pensions d'invalidité instituées par le Code de la Sécurité sociale (pension d'invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie)

Il convient de signaler que même si le fonctionnaire n'a pas épuisé l'ensemble de ses droits statutaires à congé de maladie (congé de longue maladie, congé de maladie de longue durée), s'il est reconnu définitivement inapte à l'exercice à tout emploi de la fonction publique, l'Administration peut le licencier (arrêt du Conseil d'Etat du 13.02.2004, pourvoi n°249049, préfet de région Rhône Alpes). Les congés de longue maladie ou les congés de longue durée ne peuvent être accordés qu'aux fonctionnaires susceptibles d'être aptes à la reprise d'un emploi. L'Administration est en droit de refuser l'attribution d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée à un fonctionnaire qui a épuisé tous ses droits au congé de maladie ordinaire et qui a été reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi (arrêt du Conseil d'Etat du 13.02.2004 requête n°249049 ; préfet de la région Rhône Alpes). Le fonctionnaire doit alors être rayé des cadres pour inaptitude physique.

b. Les congés de maladie des fonctionnaires territoriaux nommés dans un ou des emplois permanents à temps non complet.

aa. les congés de maladie des fonctionnaires territoriaux nommés dans un ou des emplois permanents à temps non complet effectuant une durée hebdomadaire de service supérieure à 28h

Ils bénéficient des mêmes droits à disponibilité d'office et à congé pour raison de santé que les fonctionnaires territoriaux à temps complet.

bb. Les congés de maladie des fonctionnaires territoriaux nommés dans un ou des emplois permanents à temps non complet effectuant une durée hebdomadaire de service inférieure à 28h

Le fonctionnaire territorial peut bénéficier de congé de maladie ordinaire. Par contre il ne peut bénéficier de congé de longue maladie, de congé de longue durée.

Le fonctionnaire territorial nommé à un ou des emplois permanents à temps non complet effectuant entre 17h30 et 28h de travail hebdomadaire bénéficie d'un congé dit de grave maladie pendant une période maximale de trois ans en cas d'affection dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée. L'agent conserve alors l'intégralité de son traitement pendant une

durée de 12 mois. Celui-ci est réduit de moitié pendant les 24 mois suivants. L'agent est soumis à l'examen d'un spécialiste agréé compétent pour l'affection en cause. Le congé est accordé par décision de l'autorité territoriale dont il relève sur avis du comité médical saisi du dossier. Le congé pour grave maladie peut être accordé par période de trois mois à six mois. L'agent qui a épuisé un congé de grave maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a repris auparavant l'exercice de ses fonctions pendant un an .

Dans le cadre de la fonction publique territoriale, les fonctionnaires territoriaux recrutés sur un emploi permanent à temps non complet, c'est-à-dire pour une durée inférieure à 28 heures hebdomadaires, ne relèvent pas de la CNRACL, mais du régime général de Sécurité sociale. En effet l'article 34 du décret n°91-298 du 20.03.1991 portant sur les dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans les emplois permanents à temps non complet, stipule que « le fonctionnaire relève du régime général de la Sécurité sociale pour l'ensemble des risques maladie, maternité, vieillesse, décès, d'accident du travail couvert par ce régime » . La procédure de licenciement est donc plus facile pour cette catégorie de fonctionnaires. Si le fonctionnaire à temps non complet se voit reconnaître l'impossibilité de reclassement dans un autre emploi ou dans un autre cadre d'emploi, il pourra donc faire l'objet d'une mesure de licenciement (arrêt de la Cour Administrative d'appel de Nancy du 24.01.2008 n°06NC01469). L'obligation pour la collectivité d'envisager le reclassement de l'agent devenu physiquement inapte n'est pas rendue nécessaire lorsqu'est reconnue une inaptitude totale et définitive à toutes les fonctions. (Articles 81 à 86 de la loi du 26.01.84, décret n°85-1054 du 30.09.85).

A ce titre, le décret du 20.03.91 dans son article 41 il écrit «le fonctionnaire qui est définitivement inapte physiquement à l'exercice de ses fonctions à l'issue de congés de maladie, de grave maladie, d'accident de travail, de maternité, de paternité ou adoption ou de la période de disponibilité ... et qui ne peut être reclassé en application du « décret n°85-1054 du 30.09.85 susvisé est licencié ». Ce licenciement donne lieu au versement d'une indemnité (articles 41-1 et 41-2 du décret n°91-298 du 20.03.1991 modifié le 13.12.2006) ; les modalités de calcul de cette indemnité sont précisées par la circulaire du Ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire du 07.02.2007 NORMCTB070013C.

c. Les agents non titulaires de l'Etat ne relevant pas d'autres dispositions

aa. Le congé de maladie ordinaire

La durée de ce congé varie en fonction de l'ancienneté de service de l'agent.

Après 4 mois de service l'agent a droit à un mois de congé à plein traitement et un mois à demi-traitement.

Après deux ans de service il a droit à deux mois de congés à plein traitement puis deux mois à demi-traitement.

Après quatre ans de service il peut bénéficier de trois mois de congés de maladie à plein traitement puis trois mois à demi-traitement.

L'étude de la durée des droits à congés se fait soit globalement si la prise du congé se fait sur une durée continue soit par une période comprenant 300 jours de service effectif si l'utilisation des jours de congés est discontinue.

bb. Le congé de grave maladie

Pour en bénéficier l'agent doit avoir au moins trois années de service, être atteint d'une maladie nécessitant un traitement et des soins prolongés, présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée.

Ce congé de grave maladie s'étend sur une durée maximale de trois ans. Il est renouvelable s'il y a eu une reprise du travail au moins égale à un an au moment où les droits de l'agent non titulaire sont étudiés.

L'agent conserve son traitement intégral hors prime pendant douze mois, puis ce traitement est réduit de moitié pendant les 24 mois suivants.

Ce congé n'est accordé que par période de trois mois à six mois.

L'agent qui a bénéficié de la totalité d'un congé de grave maladie ne peut bénéficier d'un nouvel autre congé de grave maladie que s'il a repris ses fonctions pendant un an.

L'agent malade est tout d'abord soumis à l'examen d'un spécialiste agréé. Le comité médical saisi du dossier donne son avis puis ensuite la décision d'octroi de ce congé de grave maladie est prise par le chef de service.

cc. Le congé sans traitement

A l'issue de ce congé de grave maladie l'agent non titulaire qui est toujours inapte à son activité professionnelle est placé en congé sans traitement pour une durée maximale d'un an.

Une période complémentaire de six mois est ensuite octroyée si après avis médical on considère que l'agent pourra reprendre ses fonctions.

Après l'octroi de ce congé sans traitement l'agent non titulaire, s'il reste inapte à reprendre sa profession, est licencié .

dd. Le licenciement des agents non titulaire de l'Etat

Lorsqu'un agent non titulaire également désigné sur le terme d'agent contractuel est considéré comme inapte à son poste de travail par le médecin du travail, une procédure de licenciement pour inaptitude est effectuée dans les mêmes modalités que dans le secteur privé. L'article 17 du décret du 06.02.91 relatif aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière stipule que : « l'agent contractuel définitivement inapte pour raison de santé à reprendre son service à l'issue d'un congé de maladie, de grave maladie, d'accident de travail, de maternité, d'adoption ou de paternité est licencié. Le licenciement ne peut toutefois intervenir avant l'expiration de 4 semaines sans traitement suivant la fin du congé de maternité ou d'adoption ».

4. Le contentieux de la fonction publique.

Les conclusions formulées par les médecins agréés lors des contre-visites peuvent être contestées par le malade devant le comité médical qui constitue alors une instance consultative d'appel (confère le 1er alinéa de l'article 7 du décret du 14 mars 1986, circulaire FP / 4 N° 1711 du 30 janvier 1989 paru au bulletin officiel des services du Premier Ministre N°1 en 1989) .

Les avis rendus par le comité médical peuvent être contestés par le fonctionnaire devant le comité médical supérieur qui constitue alors une instance consultative d'appel (article 7 du décret du 14 mars 1986, circulaire FP / 4 N°1711 du 30 janvier 1989 paru au bulletin officiel des services du Premier Ministre N°1 de 1989) .
Aucun avis supplémentaire ne peut être sollicité après l'avis rendu par la Commission de réforme ainsi que lorsque le comité médical statue en qualité d'instance consultative d'appel (circulaire FP / N° 1711 du 30 janvier 1989 paru au Bulletin Officiel du service du Premier ministre N°1 en 1989, 2ème partie, chapitre 4.2.1) .

Une autre possibilité est ce qu'on appelle le recours gracieux en appel d'un avis rendu par le comité médical en première instance auprès du comité médical supérieur. Dans le cas d'une demande de congés de longue maladie pour une pathologie psychiatrique, si ce congé de longue maladie a été refusé après une première expertise psychiatrique, on peut déposer une demande de recours gracieux auprès de l'employeur pour solliciter une deuxième expertise psychiatrique dans le cadre de cette demande de congés pour longue maladie.

Dans ces hypothèses où un avis supplémentaire n'est pas susceptible d'être recueilli, il peut être opportun de rechercher une solution par une nouvelle consultation avant que l'affaire ne soit portée au contentieux .

L'Administration peut alors demander une contre-expertise par un médecin agréé qui n'a pas été encore consulté sur le dossier de l'intéressé .

Si les conclusions de ce médecin agréé vont dans le même sens que celles du comité médical ou de la commission de réforme, l'Administration est suffisamment éclairée pour prendre sa décision . Si elle exprime une opinion différente, l'Administration peut demander une nouvelle délibération à l'instance consultative .

Ces démarches sont effectuées à l'initiative de l'Administration .

De toute façon, les instances à type de comité médical ou de commission de réforme ne sont que consultatives . La décision finale revient à l'Administration .

Le contentieux après cette décision de l'administration relève donc du Tribunal administratif .

Le fonctionnaire peut par exemple demander devant la justice administrative l'annulation d'une décision de l'Administration prise sur la base d'un avis de la Commission de Réforme lorsqu'il existe un vice de procédure propre de nature à affecter sa légalité, par exemple une irrégularité de la composition de la Commission de Réforme (arrêt du Conseil d'Etat du 04.08.2006 Madame Massimi contre Ministre de l'économie, des finances et Ministre de la justice, requête n°272074) .

Après jugement, un appel peut être sollicité auprès de la Cour administrative d'appel puis ensuite devant le Conseil d'Etat .

L'argumentation ne prévoit pas de délai pour contester les conclusions du médecin agréé et l'avis du comité médical . En pratique, les contestations doivent être formulées dès que les conclusions ou avis litigieux sont connus par le fonctionnaire ou l'Administration .

J. Le cas des artisans

En cas d'arrêt de travail d'un artisan, d'un industriel ou d'un commerçant, le RSI verse une indemnité journalière à partir du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation (délai de

carence de 3 jours) et du 8^{ème} jour en cas de maladie ou d'accident (délai de carence de 7 jours).. La durée du versement est limitée à 360 jours sur une période de trois ans ou à trois ans pour les affections de longues durées supérieures à six mois. Le délai de carence est supprimé en cas de rechute pour le même accident, pour une affection de longue durée (sauf au premier arrêt de la période de trois ans), pour un état pathologique lié à la grossesse ou à l'accouchement.

Le montant est égal à la moitié du revenu professionnel annuel moyen des trois dernières années civiles avec un minimum journalier en 2009 de 19.06 € et un maximum journalier en 2009 de 47.65€.

A titre d'exemple un artisan ayant un revenu professionnel moyen sur les trois dernières années de 42000€ s'il s'arrête de travailler pendant 40 jours suite à une maladie percevra à partir du 8^{ème} jour, 47.65€ soit 1524.80 € pour la durée totale d'arrêt de travail. Il subira ainsi un manque à gagner de 3141.86 €.

Exemples de calcul d'indemnités journalières

1^{er} cas :

Revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années 8.000€.

Le calcul donne le résultat suivant :

$$8.000\text{€} / 2 \times 1/360 = 11,11\text{€}.$$

Le montant de l'indemnité journalière est porté au minimum soit 19,23€.

2^{ème} cas :

Revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années 20.000€.

Montant de l'indemnité journalière :

$$20.000/2 \times 1/360 = 27,77\text{€}.$$

3^{ème} cas

Revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années 35.000€.

Montant de l'indemnité journalière limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale :

$$34.620/2 \times 1/360 = 48,08\text{€}.$$

Il est régi par l'Article L.635-7 du Code de la Sécurité Sociale.

La couverture du risque invalidité des artisans est gérée par le RSI (Régime Social des Indépendants), structure unique issue de la fusion des trois caisses de santé et de retraite des artisans, commerçants et professions libérales à savoir les réseaux AMPI (Assurance Maladie des Professions Indépendantes), AVA (Assurance Vieillesse des Artisans) et ORGANIC (ORGAnisation Autonome Nationale de l'Industrie et du Commerce).

Un taux de cotisation est fixé à 1.8% du revenu professionnel dans la limite minimale de 800 fois le SMIC horaire en vigueur soit 7.056€ en 2009, et une limite maximale égale au plafond annuel de la Sécurité Sociale soit 34.308 € en 2009.

Cette assurance couvre l'assurance décès et l'assurance invalidité des artisans.

Elle est calculée :

- sur la base de l'assiette forfaitaire légale en 1^{ère} et 2^{ème} année d'activité,
- sur la base du revenu de l'avant dernière année à partir de la 3^{ème} année d'activité.
- Ou sur le revenu estimé de l'année en cours sur demande.

On distingue en fait deux types d'invalidité, l'incapacité totale d'exercer son métier artisanal et l'incapacité totale de se livrer à toute activité professionnelle .

1. L'incapacité au métier artisanal.

Cette incapacité est temporaire et est servie au maximum jusqu'à 60 ans. Elle peut-être délivrée à titre temporaire ou à titre définitif jusqu'à 60 ans.

Cette incapacité doit être totale sur les conditions requises pour l'exercice de la profession.

Néanmoins, on admet parfois une incapacité d'au moins des 2/3 par rapport aux conditions physiques requises pour l'exercice de l'activité exercée par analogie avec l'invalidité des salariés.

Cette incapacité s'apprécie au regard du métier exercé. Cette incapacité est donc étudiée en fonction du secteur d'activité de l'entreprise et non pas en fonction de l'activité réellement exercée par l'assuré au sein de son entreprise.

Classiquement cette incapacité au regard du métier exercé sera prise en considération " au moment où elle est apparue ". Ainsi il importe peu que l'assuré se soit reconverti dans une activité salariée ou autre, puisque l'incapacité s'apprécie en fonction du métier exercé à l'ouverture des droits.

La pension d'invalidité au métier servie pendant les trois premières années consécutives ou non s'élève à 50 % des revenus annuels moyens de l'assuré des dix meilleures années revalorisées.

Cette pension au delà de ces trois ans s'élève à 30 % des revenus annuels moyens des dix meilleures années revalorisées. Cette pension ne peut-être inférieure à un minimum légal (AVTNS : Allocation aux Vieux Travailleurs Non Salariés) .

La pension d'invalidité au métier versée pendant les trois premières années consécutives ou non s'élève à 50% de la moyenne des revenus des dix meilleures années plafonnées au plafond annuel de la Sécurité Sociale soit 34.308 € en 2009 dans les limites d'un minimum de 3122,04 € et d'un maximum de 17.154 € par an.

A partir de la quatrième année, la pension pour incapacité totale au métier artisanal est de 30% de ce revenu plafonné à 1.029,24 € annuel en 2009.

L'assuré peut garder le bénéfice de sa pension d'invalidité en le cumulant avec une autre activité professionnelle sous réserve que les revenus tirés de cette activité professionnelle n'excèdent pas deux fois le montant de la pension.

Lorsque cette invalidité est imputable à l'accident dont un tiers a été responsable, la pension est diminuée en fonction de la rente ou du capital délivrés par ce tiers responsable.

La reconnaissance d'une incapacité au métier définitive peut permettre l'attribution d'une indemnité de départ.

La pension peut être complétée d'une majoration pour tierce personne en cas de besoin d'une assistance constante pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Le montant annuel de cette majoration est au 01.01.2001 de 10. 759 euros.

Cette pension d'incapacité au métier peut-être fixée au plus tôt au 91ème jour d'arrêt de travail.

2. L'incapacité totale de se livrer à toute activité professionnelle

Il s'agit d'une invalidité totale et définitive pour toute activité rémunératrice. Cette situation se distingue donc à la fois de l'incapacité au métier et même de l'invalidité deuxième catégorie du régime des travailleurs salariés par son caractère " définitif ". Les artisans peuvent obtenir une pension d'invalidité à condition d'être âgés de moins de 60 ans et d'être dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle . Les conditions d'obtention d'une pension d'invalidité sont donc beaucoup plus restrictives que pour un travailleur salarié, puisqu'ils doivent démontrer que non seulement il ne peut exercer son activité habituelle, mais aussi qu'il ne peut exercer aucune autre activité professionnelle .

Du point de vue administratif, l'assuré doit être âgé de moins de 60 ans, avoir cotisé un an au minimum au risque invalidité dans un régime obligatoire de Sécurité Sociale, être en arrêt de travail depuis au moins 90 jours consécutifs.

La pension est réglée au plus tôt au 91^o jour d'arrêt de travail. Elle est servie mensuellement. Elle s'élève à 50 % des revenus annuels moyens de l'assuré des dix meilleures années revalorisées. Cette pension d'invalidité s'élève à 50% des revenus annuels moyens cotisés dans la limite du plafond annuel de la Sécurité Sociale soit 34308€ au 1^{er} janvier 2009 dans les limites d'un minimum de 3.122.04€ et d'un maximum de 17.154€ en 2009.

Si l'assuré a besoin de l'aide constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se lever, se coucher, se vêtir, se mouvoir, s'alimenter), l'assuré peut bénéficier d'une majoration de sa pension d'invalidité. Cette majoration pour tierce personne s'élève à 12.349,29€ par an en 2009, ce droit est suspendu en cas d'hospitalisation.

Le montant de la majoration pour tierce personne est égal à 40% du montant de la pension normale d'invalidité sans pouvoir être inférieure à un minimum annuel fixé par décret

Elle ne peut être inférieure à un minimum légal (AVTNS : Allocation aux Vieux Travailleurs Non Salariés , soit 2.807 € 72 par an, c'est-à-dire 233 € 97 par mois, au 1^{er} juillet 2002) .

L'assuré peut cumuler sa pension d'invalidité et les rémunérations d'une autre activité professionnelle sous réserve que les revenus tirés de l'activité professionnelle n'excèdent pas deux fois le montant de sa pension .

La pension est diminuée en cas d'accident avec un tiers responsable en fonction de la rente du capital versé par ce tiers responsable.

A 60 ans, la pension d'invalidité est transformée en pension vieillesse accordée au titre de l'incapacité au travail, si l'assuré est reconnu invalide total et définitif.

Pendant la période où l'assuré bénéficie de la pension d'invalidité, il est exonéré des cotisations d'assurance maladie obligatoire gérées par l'assurance maladie des professions indépendantes, les cotisations d'assurance retraite de base provisionnelle, du régime complémentaire obligatoire, du régime invalidité-décès gérées par l'AVA.

Le contentieux relatif à l'invalidité pour l'ensemble des professions indépendantes (artisans, commerçants, industriels) suit les règles du contentieux technique de la Sécurité Sociale. Ainsi l'assuré pourra contester la décision de rejet de demande de pension d'invalidité auprès du Tribunal du contentieux et de l'incapacité suivant les mêmes dispositions réglementaires que dans le cas des salariés (Décret n° 99 - 949 du 02.06.1999) .

K. Cas des commerçants et industriels

En ce qui concerne les commerçants, le régime des indemnités journalières est identique à celui attribué aux artisans.

L'indemnité journalière est versée à compter du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation (délai de carence de 3 jours) du 8^{ème} jour en cas de maladie ou d'accident (délai de carence de 7 jours).

Le délai de carence est supprimé en cas de rechute pour le même accident, pour une affection de longue durée (sauf au premier arrêt de la période de trois ans), pour un état pathologique lié à la grossesse ou à l'accouchement.

Exemple de calcul d'indemnité journalière

1^{er} cas :

Revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années 8.000€.

Le calcul donne le résultat suivant :

$$8.000 \text{ €} / 2 \times 1/360 = 11,11\text{€}.$$

Le montant de l'indemnité journalière est porté au minimum soit 19,23€.

2^{ème} cas :

Revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années 20.000€.

Montant de l'indemnité journalière :

$$20.000 / 2 \times 1 / 360 = 27,77\text{€}.$$

3^{ème} cas

Revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années 35.000€.

Montant de l'indemnité journalière limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale :

$$34.620 / 2 \times 1 / 360 = 48,08\text{€}.$$

La couverture du risque invalidité des commerçants et industriels est gérée par le RSI (Régime Social des Indépendants), structure unique issue de la fusion des trois caisses de santé et de retraite des artisans, commerçants et professions libérales à savoir les réseaux AMPI (Assurance Maladie des Professions Indépendantes), AVA (Assurance Vieillesse des Artisans) et ORGANIC (ORGAnisation Autonome Nationale de l'Industrie et du Commerce).

Par contre le régime invalidité diffère de celui des artisans puisqu'on ne parle plus d'incapacité au métier artisanal ou d'incapacité totale de se livrer à toutes activités professionnelles mais qu'on parle d'invalidité partielle ou d'invalidité totale et définitive à toute activité professionnelle. L'assurance invalidité des commerçants garantit deux risques : l'invalidité partielle, l'invalidité totale et définitive. A partir de 60 ans, la pension d'invalidité pour invalidité totale et définitive est remplacée par la retraite.

Une autre différence avec le régime des artisans est qu'il n'y a pas de condition d'arrêt de travail pour les commerçants et industriels pour percevoir une pension d'invalidité alors que c'est le cas chez les artisans où il faut au minimum 90 jours d'arrêt de travail continu .

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité partielle, l'assuré doit présenter une perte de ses capacités de travail ou de gains supérieure à deux tiers de celle que lui procurerait une activité commerciale ou le chef d'entreprise relevant du régime des

commerçants. Cet état d'incapacité est évalué médicalement par le médecin conseil. Le montant de la prestation est égal à 30% du revenu annuel moyen de l'assuré, cotisé dans la limite du plafond annuel de la Sécurité Sociale soit 34.620 € en 2010. Le montant ainsi calculé ne peut être inférieur à un minimum correspondant au montant de l'allocation vieillesse des travailleurs non salariés soit 30.181,67 € ni supérieur à 10.386 € en 2010.

Le dossier de demande d'invalidité du commerçant est transmis au médecin conseil de la caisse RSI qui procède à un examen médical complet et détermine l'invalidité ou l'incapacité. Si le médecin conseil ne reconnaît pas l'invalidité, l'affilié peut contester sa décision devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

La pension d'invalidité totale et définitive est attribuée en cas d'invalidité totale et définitive à toute activité professionnelle reconnue par le médecin conseil de la caisse RSI. Elle est attribuée jusqu'au soixantième anniversaire de l'affilié. Elle correspond à 50% du revenu annuel moyen de l'assuré cotisé dans la limite du plafond annuel de la Sécurité Sociale soit 34.620€ en 2010. Le montant calculé ne peut être inférieur à un minimum forfaitaire de 7.204,48€ ni supérieur à 17.310 € en 2010.

Cette pension peut-être augmentée d'une majoration pour l'aide d'une tierce personne. Pour bénéficier de cette majoration, l'assuré doit avoir besoin de l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se lever, se coucher, se vêtir, se mouvoir, s'alimenter). C'est le médecin conseil qui procédera à l'expertise médicale afin de déterminer si l'assuré a besoin effectivement d'une tierce personne.

Le droit à majoration pour tierce personne est suspendu en cas d'hospitalisation. La majoration pour tierce personne s'élève à 12.460,37 au 01.04.10.

Pour les commerçants, les revenus professionnels et la pension d'invalidité peuvent se cumuler dans une certaine mesure que l'invalidité soit partielle ou totale.

En ce qui concerne l'invalidité partielle, elle n'empêche pas la reprise ou la poursuite d'une activité professionnelle. Toutefois la somme de la pension d'invalidité et du revenu professionnel ne doit pas dépasser 120% du revenu professionnel moyen qui a servi au calcul de la pension d'invalidité.

En ce qui concerne l'invalidité totale et définitive, une telle pension d'invalidité totale et définitive n'empêche pas la poursuite de l'activité de l'entreprise mais nécessite l'absence de participation de l'affilié. Dans ce cas, la somme de la pension d'invalidité et du revenu professionnel ne doit pas dépasser 120% du revenu professionnel moyen qui a servi au calcul de la pension d'invalidité.

La reprise d'une activité professionnelle en cas de perception d'une pension d'invalidité totale et définitive entraîne la suppression de la pension.

Lorsque l'invalidité est consécutive à un accident avec un tiers responsable, la pension d'invalidité n'est servie que dans la mesure où la rente versée par le tiers responsable est inférieure au montant de cette pension d'invalidité. Elle s'élève alors à la différence entre le montant de la rente versée par le tiers responsable et celui de la pension d'invalidité. Si cette indemnisation est versée sous forme d'un capital celui-ci se voit reconverti sous forme d'une rente en fonction d'un taux fixé par la caisse nationale de prévoyance. Cette rente fictive est alors déduite de la pension

d'invalidité. Si cette rente fictive est supérieure au montant de la pension d'invalidité, cette pension d'invalidité n'est pas servie à l'assuré.

Le paiement de cette pension d'invalidité est effectué par versement mensuel et versé jusqu'à l'âge de 60 ans. La pension vieillesse au titre de l'inaptitude au travail se substituera alors à la pension d'invalidité. A 60 ans, la pension d'invalidité qu'elle soit partielle ou totale sera automatiquement transformée en pension de retraite accordée au titre de l'inaptitude au travail.

Cette pension d'invalidité est supprimée si l'assuré reprend une activité professionnelle.

L. Le cas des professions libérales

En ce qui concerne les professions libérales, toutes les sections professionnelles des professions libérales ne garantissent pas le risque invalidité de la même façon . Il s'agit d'un régime obligatoire d'invalidité. Ce risque invalidité est géré par deux organismes différents, suivant le type de profession libérale.

1. La Caisse nationale des barreaux français (CNBF.)

La CNBF gère essentiellement l'assurance vieillesse des avocats. En plus, l'avocat qui exerce à titre libéral, qui se voit dans l'impossibilité totale d'exercer sa profession temporairement ou définitivement, peut bénéficier auprès de la CNBF, de prestations journalières puis d'une pension d'invalidité.

Pour bénéficier des ces prestations, l'avocat doit être inscrit au Barreau au moment de la cessation d'activité et justifier d'au moins 12 mois d'exercice. La cause de l'invalidité doit être postérieure à l'inscription au Barreau et ne doit être liée ni à un fait de guerre ni à une compétition sportive. Il doit avoir cessé totalement son activité. Le médecin conseil de la CNBF donne son avis à la commission d'invalidité qui décide alors de l'octroi de cette prestation.

La CNBF verse une allocation d'invalidité temporaire à partir du 91ème jour jusqu'au 1 090ème jour de l'arrêt de travail, soit pendant au maximum 3 ans. Cette allocation d'invalidité temporaire est payable mensuellement.

Après ces trois ans, les avocats dont l'état d'incapacité permanente est confirmée peuvent solliciter une pension d'invalidité jusqu'à l'âge de 60 ans. La reprise d'une activité professionnelle même partielle entraîne la suspension du versement de cette pension d'invalidité qui est octroyé par le conseil d'administration de la CNBF. Le montant de cette pension d'invalidité est égal à la moitié de la pension de retraite de base entière ou à la retraite de base proportionnelle de l'avocat si celui-ci à plus de 20 ans d'ancienneté. Elle est attribuée jusqu'à l'âge de 60 ans.

2. L'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales

a. Généralités

Cette organisation a été créée par le Loi n° 48 - 101 du 17.01.1948 inscrite dans le livre 6 du Code de la Sécurité Sociale .

L'assurance retraite des professions libérales est gérée par 12 caisses dites sections professionnelles, chacune autonome financièrement et juridiquement, qui sont réunies dans la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales

(CNAVPL), organisme de coordination, de compensation financière et de garantie de solvabilité.

Chacune de ces sections présente des particularités de fonctionnement interne, de montant de cotisations, de prestations, de conditions d'octroi et de montant annuel des prestations. On ne peut donc détailler par manque de place la réglementation de chacune des prestations d'invalidité offerte. Nous ne ferons que citer les différentes sections professionnelles :

- la Caisse de Retraite des Notaires (CNR)
- la Caisse d'Assurance Vieillesse des Officiers Ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires (CAVOM)
- la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF)
- la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes (CARCD)
- la Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens (CAVP)
- la Caisse Autonome de Retraite des Sages-femmes Françaises (CARSAF)
- la Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO)
- la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Vétérinaires (CARPV)
- la Caisse d'Allocation Vieillesse des Agents généraux et des Mandataires non salariés de l'Assurance et la Capitalisation (CAVAMAC)
- la Caisse d'Assurance Vieillesse des Experts-comptables et des Commissaires aux comptes (CAVEC)
- la Caisse de Retraite de l'Enseignement, des Arts appliqués, du sport et du tourisme (CREA)
- la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse des architectes, ingénieurs, géomètres, conseils... (CIPAV) .

b. Le cas des médecins

Une pension d'invalidité est payée par la CARMF (caisse autonome de retraite des médecins français) en cas d'invalidité totale et définitive.

Le médecin cotisant à la CARMF doit être reconnu atteint d'une maladie ou victime d'un accident entraînant une invalidité totale et définitive le rendant absolument incapable d'exercer sa profession. Toutefois, il peut continuer à exercer une profession non médicale si son état le permet après accord de la commission d'invalidité de la CARMF. Le médecin doit être âgé de moins de 60 ans et être à jour de ses cotisations au moment de l'arrêt de l'exercice.

Le médecin doit alors envoyer un certificat médical comportant la date de l'arrêt total de travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident cause de la demande de pension d'invalidité sous pli cacheté au médecin contrôleur de la CARMF le plus tôt possible lors de la cessation totale de ses activités.

L'exercice d'une activité non médicale n'est plus permis lorsque le médecin est admis au bénéfice de la retraite anticipée au titre de l'inaptitude, à son soixantième anniversaire.

Le montant est fonction du nombre d'année de cotisation au régime invalidité décès et de celui compris entre la date de l'invalidité et le soixantième anniversaire, date à laquelle la retraite pour inaptitude est versée. Il n'est pas imposé de minimum ni pour la durée d'exercice ni pour le nombre d'année de cotisation sauf lorsqu'il est médicalement décelé un état antérieur à l'affiliation. Si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieur à la demande d'affiliation à la CARMF et si le médecin ne

justifie pas de huit trimestres d'affiliation la pension est réduite dans des conditions statutaires.

En cas de reprise de toute profession de santé, le service de la pension d'invalidité cesse. La pension annuelle moyenne en 2007 varie entre 6735€ et 15715€.

Le montant de la pension d'invalidité peut être complété par les majorations suivantes :

- de 2357€ à 5500€ par an, si le médecin est marié depuis au moins deux ans au moment du fait du générateur de l'invalidité.
- De 35% si l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne.
- De 10% si le médecin a eu au moins trois enfants.

Une rente pour enfant à charge est versé de 5837€/ an au 01.01.07 par enfant à charge jusqu' à 21 ans ou 25 ans, s'il justifie poursuivre ces études. La CARMF ne délivre pas de carte d'invalidité. Celle-ci est à demander à la MDPH (maison départementale des personnes handicapées). La pension est versée trimestriellement par virement bancaire ou postal. Le médecin doit avoir cédé son cabinet médical ou à défaut procédé à sa fermeture définitive. La CSG au taux de 6.6% et la CRDS au taux de 0.5% sont prélevé sur le montant brut de la pension à l'exception de la majoration pour tierce personne au 01.01.07.

Toutes les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu à la rubrique des pensions, retraites et rentes. Toutefois ne sont pas à déclarer la majoration familiale et la majoration pour tierce personne.

M. Conseils

- Il est bien sûr primordial de disposer d'un dossier médical défendable, et à ce titre, la consultation auprès de son médecin traitant, d'un médecin spécialisé dans ce genre de démarches nous paraît fondamentale . Ainsi, l'avis de ces médecins permettra déjà de savoir si l'affaire offre des chances de succès raisonnables ou si ,au contraire , elle n'a aucune chance d'aboutir . Dans ce dernier cas, il n'y a pas lieu d'insister et de se perdre dans des démarches condamnées à l'échec .

- Si l'assuré redoute que sa demande soit considérée défavorablement par le médecin conseil, il peut solliciter de son médecin traitant une intervention téléphonique directe auprès du médecin conseil en charge du centre d'assurance maladie ou auprès du médecin conseil chef de la Caisse primaire d'assurance maladie pour décrire l'état de santé défaillant de son patient de façon optimale et aplanir d'éventuels malentendus .

- Une demande d'invalidité peut certes aboutir rapidement, mais elle peut aussi se heurter à un avis négatif persistant du médecin conseil . Il convient alors de savoir qu'on s'engage dans une procédure contentieuse de longue haleine, pour laquelle l'aide de son médecin traitant et d'un médecin spécialisé dans ce genre de démarches s'avère indispensable . L'aide parfois d'un avocat spécialisé se montre parfois même nécessaire . Les honoraires demandés peuvent paraître importants, mais il faut reconnaître que sans l'aide de ces conseils d'hommes de l'art, l'échec est quasi certainement la règle .

IV. LES DEPARTS ANTICIPES EN RETRAITE POUR RAISON DE SANTE

En amont de la retraite, quatre grands types de dispositifs visent à assurer des revenus à des personnes qui ne sont pas ou plus en mesure de travailler suffisamment du fait de leur état de santé :

- les indemnités journalières (IJ),
- les pensions d'invalidité (au sens du code de la sécurité sociale),
- les prestations relatives au handicap,
- les rentes au titre d'accidents du travail ou des maladies professionnelles.

En ce qui concerne l'articulation avec la retraite, certaines des prestations versées en amont de la retraite ouvrent des droits à retraite (sous forme de périodes assimilées au régime général et de points dans les régimes complémentaires) : c'est le cas des IJ, des pensions d'invalidité du régime général et des rentes d'incapacité permanente correspondant à un taux de plus de 66%.

En revanche, d'autres prestations n'ouvrent aucun droit à retraite : c'est le cas de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Dans le cadre de la retraite proprement dite, quatre dispositifs spécifiques de retraite anticipée existent au régime général :

- la retraite au titre de l'inaptitude, qui permet un départ au taux plein dès 60 ans (62 ans à terme avec la loi du 9 novembre 2010),
- la retraite anticipée pour les assurés handicapés,
- le maintien de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les assurés handicapés (loi du 9 novembre 2010),
- la retraite au titre de la pénibilité (loi du 9 novembre 2010) .

A. Le départ anticipé pour carrière longue

La possibilité de partir en retraite anticipée pour carrières longues concerne les assurés du régime général de la Sécurité sociale, ceux des salariés agricoles et des régimes alignés des artisans et commerçants (Décret n° 2010-1734 du 30 décembre 2010) et sous réserves de spécificités : RATP, IEG, clercs et employés de notaires, Opéra National de Paris, Comédie Française et Banque de France .

1. Les principes

Depuis le 1er novembre 2012, les assurés ayant commencé à travailler avant 20 ans et réunissant le nombre de trimestres requis pour leur génération peuvent partir en retraite anticipée à partir de 60 ans (Décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012.). Cela revient à réduire de deux ans la condition de durée d'assurance exigée par la suppression de la majoration de huit trimestres précédemment en vigueur. Pour un départ en retraite anticipé, l'assuré doit remplir simultanément deux conditions:

- avoir commencé de travailler avant un âge déterminé;
- justifier d'une durée minimale d'assurance cotisée

a. Début d'activité

L'assuré doit avoir commencé son activité avant 20 ans (18 ans auparavant). Cette condition de début d'activité est remplie si l'assuré réunit un certain nombre de trimestres d'assurance à un âge donné. En fonction de cet âge de début d'activité, il peut partir au plus tôt à la retraite:

- avant 60 ans pour un début d'activité avant 16 ou 17 ans;
- à 60 ans pour un début d'activité avant 20 ans.

Cette condition d'activité est remplie si l'assuré a accompli cinq trimestres validés à la fin de l'année

civile au cours de laquelle est survenu le 16e, 17e ou 20e anniversaire. Cette durée est ramenée à 4 trimestres si l'assuré est né durant le quatrième trimestre de l'année (octobre à décembre) (Article D. 351-1-13 du Code de la Sécurité Sociale).

b. Durée d'assurance minimale cotisée

Pour prétendre à un départ anticipé au titre d'une carrière longue, l'assuré doit remplir une condition de durée d'assurance cotisée (voir tableau). Pour les départs avant 60 ans, une durée d'assurance cotisée majorée de quatre à huit trimestres reste appliquée (voir ci-dessus).

La durée d'assurance cotisée s'entend comme étant la durée d'assurance accomplie par l'assuré dans le régime général ou tout autre régime obligatoire et ayant donné lieu à cotisations à sa charge.

Certaines périodes ne sont pas prises en compte au titre de la durée cotisée (Article L. 381-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Il s'agit :

- des périodes d'assurance vieillesse des parents au foyer;
- les périodes de volontariat associatif;
- les périodes reconnues équivalentes;
- les majorations de durée d'assurance pour enfants;
- les majorations pour congé parental d'éducation.

aa. Périodes assimilées prises en compte

Certaines périodes sont dites «réputées cotisées». Le décret du 2 juillet élargit le champ des périodes prises en compte, il s'agit:

du service national: comme le prévoit la loi de novembre 2010, les périodes de service national sont considérées comme périodes cotisées à raison d'un trimestre par période d'au moins 90 jours, consécutifs ou non; elles sont retenues dans la limite de quatre trimestres; si le service national a couvert deux années civiles, la période retenue peut l'être sur l'une ou l'autre de ces années et la solution la plus avantageuse est retenue pour l'assuré (Article R. 351-1-2, 2e alinéa du Code de la Sécurité Sociale) ;

la maladie, la maternité, l'accident du travail: sont considérées comme périodes cotisées (Article D. 351-1-2, 2ème alinéa du Code de la Sécurité Sociale)

les périodes de maladie à raison d'un trimestre par période de 60 jours consécutifs d'indemnisation; le trimestre de l'accouchement; les périodes d'accident du travail à raison d'un trimestre par période de 60 jours d'indemnisation selon que l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de l'incapacité temporaire ou une rente pour une incapacité permanente au moins égale à 66%.

Pour toutes ces situations, le décret de juillet 2012 prévoit pour les pensions prenant effet au 1er novembre 2012 que le nombre de trimestres à retenir est porté à six trimestres maximum (au lieu de 4) : 4 trimestres au titre de la maladie et accident du travail, les deux autres trimestres supplémentaires peuvent être retenus au titre de la maternité. Pour illustrer cette mesure, prenons des exemples:

1^{er} exemple : Brigitte a eu deux enfants nés en 1980 et 1985 et a connu une seule interruption pour maladie en 1983; sur son relevé de carrière, elle comptabilise:

- 1980 : 3 trimestres cotisés + 1 trimestre « maternité»
- 1983: 4 trimestres «maladie»
- 1985 : 3 trimestres cotisés + 1 trimestre «maternité»

Avant le décret de juillet 2012, 4 trimestres auraient été «réputés cotisés» pour Brigitte, alors qu'à partir du 1er novembre 2012, elle peut comptabiliser 6 trimestres «réputés cotisés».

2^o exemple : Martine a eu deux enfants nés les mêmes années que ceux de Brigitte

et n'a pas eu de maladie durant sa carrière professionnelle; sur son relevé de carrière, on comptabilise:

- 1980 : 4 trimestres cotisés + 1 trimestre «maternité»
- 1985 : 3 trimestres cotisés + 1 trimestre «maternité»

Seul le trimestre «maternité» de l'année 1985 peut être retenu comme «réputé cotisé» car seuls 4 trimestres peuvent être décomptés par année.

3e exemple : Marie Madeleine a eu deux enfants nés les mêmes années que ceux de ses collègues citées précédemment; sur son relevé de carrière, on comptabilise:

- 1980: 4 trimestres cotisés + 1 trimestre «maternité»
- 1985 : 4 trimestres cotisés + 1 trimestre «maternité»

Aucun trimestre au titre de la maternité ne sera retenu étant donné que seuls 4 trimestres peuvent être décomptés dans une année civile et que Marie Madeleine, malgré ses congés maternité a validé les trimestres de l'année de ses accouchements par les seuls salaires perçus au cours de ces dites années.

Ces trois exemples permettent de constater que les deux trimestres accordés par le décret du 2 juillet 2012 au titre de la maternité ne concernent pas toutes les femmes salariées. Seules les salariées ayant des très bas salaires ou des périodes d'activité professionnelle interrompues pendant leur année de grossesse peuvent en bénéficier.

Longues carrières et retraites complémentaires

La circulaire AGIRC-ARRCO du 1^{er} août 2012 aligne ses régimes sur le décret du 2 Juillet 2012 pour attribuer aux personnes qui remplissent les conditions de durée d'assurance cotisée et de début d'activité la retraite complémentaire pour retraite anticipée.

Rappelons que l'AGIRC gère le régime de retraite complémentaire des cadres du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture, L'ARRCO gère celui de l'ensemble des salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture, cadres compris (Sur la retraite complémentaire des salariés, voir Revue Pratique de Droit Social, 2012, n° 805, p. 165).

DEPART ANTICIPE POUR CARRIERE LONGUE A COMPTER DU 01.11.2012			
Vous pourrez partir à compter de	Si vous êtes nés en	Et si vous avez démarré votre carrière avant	A condition d'avoir cotisé
56 ans	1953	16 ans	173 trimestres
56 ans	1954	16 ans	173 trimestres
56 ans et 4 mois	1955	16 ans	174 trimestres
56 ans et 8 mois	1956	16 ans	174 trimestres
57 ans	1957	16 ans	174 trimestres
57 ans et 4 mois	1958	16 ans	174 trimestres
57 ans et 8 mois	1959	16 ans	174 trimestres

58 ans	1960	16 ans	174 trimestres
58 ans et 4 mois	1953	16 ans	169 trimestres
58 ans et 8 mois	1954	16 ans	169 trimestres
59 ans	1955	16 ans	170 trimestres
59 ans et 4 mois	1956	16 ans	170 trimestres
	1952	17 ans	164 trimestres
59 ans et 8 mois	1957	16 ans	170 trimestres
	1953	17 ans	165 trimestres
60 ans	1952	20 ans	164 trimestres
	1953	20 ans	165 trimestres
	1954	20 ans	165 trimestres
	1955	20 ans	166 trimestres
	1956	20 ans	166 trimestres
	1957	20 ans	166 trimestres
	1958	20 ans	166 trimestres
	1959	20 ans	166 trimestres
	1960	20 ans	166 trimestres

(1) Sur le site Internet www.nvo.fr voir le tableau permettant de comparer la situation d'avant le décret.

(2) Condition: avoir travaillé avant l'âge indiqué et totaliser cinq trimestres au 31 décembre de l'année concernée ou quatre trimestres pour ceux nés au quatrième trimestre.

(3) Le nombre de trimestres nécessaires est fixé, année par année, jusqu'à la génération 1955. Le même nombre (166) est retenu pour l'instant pour les générations suivantes.

bb. Cas particulier du chômage

Pour les pensions prenant effet au 1er novembre 2012, les périodes de chômage indemnisées sont assimilées à des périodes cotisées dans la limite de deux trimestres (Article D. 351-1-2, 3e alinéa du Code de la Sécurité Sociale). Cela concerne les périodes antérieures au 1er janvier 1980 durant lesquelles l'assuré se trouvait en situation de chômage involontaire constaté ou ayant donné lieu au bénéfice du régime de garantie de ressources ou de l'allocation spéciale FNE (Art. R. 351-12, 4e alinéa b, du Code de la Sécurité Sociale) ainsi que les périodes de chômage postérieures au 31 décembre 1979 pendant lesquelles l'assuré a perçu des allocations de chômage (au titre des articles L. 5421-2 et suivants du code du travail et de l'article R351-12, 4' alinéa du Code de la Sécurité Sociale).

Ces périodes de chômage sont validées à raison d'un trimestre pour une période de 50 jours de chômage.

2. Démarches

Comme souligné ci-dessus, l'assuré désireux de faire valoir ses droits à la retraite anticipée pour carrière longue à compter du 1er novembre 2012 doit demander une étude préalable de son dossier à la CARSAT (ou à la CNAV pour la région parisienne), cela pour vérifier s'il remplit toutes les conditions lui permettant d'accéder au dispositif

À l'issue de cette étude, la caisse remet à l'assuré:

- une attestation de sa situation vis-à-vis de la retraite anticipée;
- une demande de retraite pour départ anticipé si les conditions sont remplies.

Le point de départ de la retraite est fixé au 1^{er} jour du mois suivant la demande. La date de demande d'attestation de situation est retenue pour fixer le point de départ de la retraite si la

demande de retraite anticipée est reçue dans les trois mois qui suivent la date d'envoi de l'attestation .

B. L'inaptitude médicale au travail

Lors du passage à la retraite, certaines prestations ouvrent automatiquement le droit à la retraite au titre de l'inaptitude au régime général (qui permet un départ à taux plein dès l'âge minimum sans condition de durée d'assurance) : c'est le cas des pensions d'invalidité et de l'AAH.

1. Cas des salariés.

a. Définitions

aa. L'inaptitude au travail

Nous avons vu qu'une demande de pension d'invalidité ne peut être satisfaite que si la demande a été effectuée avant l'âge de 60 ans. A partir de 60 ans, on ne peut donc postuler pour une invalidité mais par contre on peut demander une inaptitude au travail.

La définition de l'inaptitude au travail est l'impossibilité pour le patient de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, lorsqu'il se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée dont le taux est fixé à 50 % (articles L.351-7 et R. 351-21 du Code de la Sécurité Sociale). L'assuré est reconnu médicalement inapte au travail s'il n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qu'il se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % médicalement constatée compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle. Toutefois, lorsque l'assuré a cessé son travail depuis plus de 5 ans (ou qu'il n'a jamais travaillé), seule l'incapacité de travail supérieure à 50 % est exigée (articles L.351-7 et R. 351-21 du Code de la Sécurité Sociale) .

bb. Le minimum vieillesse

Le minimum vieillesse a pour objet d'assurer un revenu minimum à toute personne âgée, qu'elle perçoive une retraite (par hypothèse faible) ou une allocation non contributive (c'est à dire allouée sans condition de cotisation) .

Toute personne âgée de 65 ans, ou à partir de 60 ans si elle est reconnue inapte au travail, peut prétendre au minimum vieillesse .

Celui-ci est obtenu par l'addition de deux éléments, une allocation de base et une allocation supplémentaire.

Ce minimum vieillesse est versé par la Caisse de retraite du demandeur. Ce minimum vieillesse assure à toute personne âgée un revenu mensuel qui est pour le 01.01.2008 de 628 € 11 et pour un couple un revenu mensuel qui est pour le 01.01.2008 de 1.126 € 77. Il est revalorisé tous les ans au 1er janvier .

α. L'allocation de base

L'allocation dite de base comprend en fait deux éléments, premièrement une retraite de base, par hypothèse, faible, versée par le régime d'assurance vieillesse éventuellement assortie de la majoration pour enfants et / ou conjoint à charge ou

d'un avantage non contributif (appelé encore allocation dite non contributive qui se définit comme une allocation versée sans qu'il soit nécessaire d'avoir cotisé pour en bénéficier) et un éventuel complément de retraite qui est destiné à porter la retraite de base ou avantage de base à un niveau minimum, celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés .

α1. Premier élément : retraite de base faible ou un avantage non contributif

Les allocations dites non contributives sont allouées à l'âge de 65 ans au à partir de 60 ans en cas d'inaptitude au travail .

L'appréciation des ressources tient compte de l'allocation elle-même .

Ces allocations au nombre de 9 dites non contributives comprennent :

- l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS)
- l'allocation aux vieux travailleurs non salariés (AVTNS)
- l'allocation de vieillesse agricole
- le secours viager
- l'allocation simple à domicile aux personnes âgées
- l' allocation supplémentaire prévue par l'article L.815 – 2 du Code de la Sécurité Sociale
- la majoration prévue par l'article L.814 – 2 du Code de la Sécurité Sociale
- l'allocation aux mères de famille

Cette allocation aux mères de famille est versée aux femmes quelle que soit leur situation matrimoniale (mariées, séparées, divorcées...) qui souscrivent aux conditions suivantes

- résider en France ou dans un DOM
- avoir élevé au moins cinq enfants pendant neuf ans (à leur charge ou à celle de leur conjoint)
- ne bénéficier d'aucun avantage vieillesse (retraite...).

Le montant de cette allocation est au 01.01.2008 de 258 € 11 par mois auxquels s'ajoutent 10 % de bonification pour enfants .. L'allocation aux mères de famille n'est pas cumulable avec la majoration pour conjoint à charge .

- L'allocation spéciale de vieillesse

L'allocation spéciale de vieillesse est accordée aux personnes qui ne bénéficient d'aucun avantage personnel ou de réversion d'un régime de base obligatoire . Elle n'est pas attribuée si le conjoint retraité bénéficie d'une majoration pour conjoint à charge. Cette allocation est payée par un fonds géré par la Caisse des dépôts et consignations .

α2. Deuxième élément : le complément de retraite

Le complément de retraite permet au retraité, si sa retraite est modérée, et s'il bénéficie de peu de revenus, à partir de 65 ans ou à partir de 60 ans en cas d'inaptitude au travail, ou s'il est ancien combattant, ou si la retraitée est ancienne ouvrière mère de 3 enfants, de bénéficier d'un complément de retraite afin de porter sa retraite au minimum du montant de l'allocation au vieux travailleurs salariés (A.V.T.S.) c'est à dire 258 € 11 par mois pour le 01.01.2008 . Ce complément de retraite concerne aussi les retraites par réversion .

Ce montant inclut les majorations pour enfants (10 % de bonification accordée si le bénéficiaire de l'A.V.T.S. a élevé au moins trois enfants à sa charge) ou conjoint à charge (50 € 82 par mois) .

Ce complément de retraite est donc égal à la différence entre 258.11€ par mois le 1^{er} janvier 2008 moins le montant de la retraite de base, majoration pour enfants et pour conjoint à charge incluses. Par exemple, si on perçoit une retraite de base d'un montant de 195€ par mois, le montant du complément de retraite est de 258.11€ par mois moins 195€ égal 63.11€.

Aucune condition de nationalité ou de résidence est exigée. Ce complément de retraite n'est pas attribué de façon automatique, le retraité doit donc en faire la demande au point d'accueil retraite ou en écrivant à la Caisse qui lui verse la pension .

Le plafond de ressources est celui de l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse .

β. L' allocation supplémentaire prévue par l'article L.815 – 2 du Code de la Sécurité Sociale : l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse

L'allocation supplémentaire du Fond de solidarité vieillesse (ex FNS) n'est jamais versée seule, elle complète l'allocation de base décrite ci-dessus afin de porter les ressources de l'intéressé à un montant minimum appelé " minimum vieillesse " . Elle est versée en supplément soit d'une retraite (personnelle ou de réversion), soit d'une allocation non contributive (allocation aux mères de famille, allocation spéciale de vieillesse) .

Tout retraité bénéficie du minimum vieillesse c'est à dire des allocations dites non contributives, du complément de retraite, de l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse . Le retraité ne doit pas dépasser un certain plafond de ressources pour bénéficier du minimum vieillesse (complément de retraite et allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse) .

Les ressources calculées seront celles des 3 mois civils précédant la date d'effet et de l'allocation ou si cela est plus favorable au retraité, les douze mois civils précédents . Il s'agit des ressources que possèdent le retraité et son conjoint en France et hors de France (articles R. 815-25 à R. 815-32 du Code de la Sécurité Sociale) .

Les ressources prises en compte sont :

- * l'allocation supplémentaire elle même
- * le montant brut des retraites, d'une pension d'invalidité, des prestations d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale
- * les pensions alimentaires versées en exécution d'une décision de justice
- * les salaires brut soumis à cotisation, les avantages en nature (nourriture, logement) évalués normalement forfaitairement, les revenus non salariaux appréciés pour leur montant net, les revenus des terres exploitées
- * les biens mobiliers et immobiliers. Ces biens sont considérés comme attribuant un revenu annuel fictif égal à 3 % de leur valeur vénale au moment de la demande d'allocation .
- * les donations de biens mobiliers ou immobiliers faites aux descendants du retraité depuis moins de 5 ans à la date du dépôt de la demande sont censées procurer un

revenu égal à 3 % de leur valeur vénale (1, 5 % si la donation est intervenue depuis plus de 5 ans et moins de 10 ans) .

* les donations faites à d'autres personnes dans les 10 ans précédents sont prises en compte sur la base d'une rente viagère calculée sur la valeur de ces biens à la date de la demande, soit environ 12 % de cette valeur (article R. 815-28 du Code de la Sécurité Sociale) .

Les ressources à exclure sont :

- * la valeur de l'habitation principale, celle des bâtiments de l'exploitation agricole
- * les prestations familiales, l'allocation de logement social, l'aide personnalisée au logement,
- * les allocations d'aide sociale, les secours bénévoles ou précaires versés par une collectivité ou une personne non tenue à l'obligation alimentaire
- * l'aide des personnes tenues à l'obligation alimentaire (les enfants, petits-enfants...)
- * la majoration pour tierce personne, l'allocation compensatrice octroyée aux personnes infirmes
- * le revenu minimum d'insertion (RMI)
- * la retraite du combattant
- * les pensions attachées aux distinctions honorifiques (Légion d'Honneur, médaille militaire)
- * les indemnités de fonction perçues par les maires
- * les prestations en nature de l'aide sociale, de l'assurance maladie ou maternité
- * l'indemnité de soins aux tuberculeux
- * les pensions d'orphelin
- * l'allocation aux adultes handicapés si son titulaire vit seul ou si les deux conjoints la perçoivent .

Le montant global des ressources prises en compte ne doit pas dépasser, allocation supplémentaire elle même comprise, au 1er janvier 2007, 7.635 € 53 par an, soit 636 € 29 par mois pour une personne seule et 13.374 € 16 pour un couple marié, soit 1.114 € 51 par mois .

Le montant de l'allocation supplémentaire est réduit si, ajouté aux autres revenus de la personne (ou du ménage), le plafond de ressources autorisé est dépassé .

Le 1er janvier 2008, cette allocation supplémentaire atteint un taux maximum de 370 € par mois pour une personne seule, 610 € 55 pour un ménage et permet, ajoutée à la retraite, d'atteindre le minimum vieillesse qui est de 628 € 11 pour une personne seule et 1.126 € 77 pour un couple au 1er janvier 2008 .

Le montant de l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse est récupérable sur la succession, qui excède 39.000 € . Pour garantir ce recouvrement, l'administration peut prendre une hypothèque sur les biens du bénéficiaire .

L'allocation supplémentaire n'est pas attribuée automatiquement, il faut en faire la demande. Pour cela, adressez-vous à la caisse qui vous sert votre avantage de base (retraite, allocation spéciale de vieillesse...) ou en mairie .

Si le retraité quitte le territoire de la République (la Métropole, DOM), le paiement de cette allocation supplémentaire sera suspendu dès le mois du départ (article

L.815.11 du Code de la Sécurité sociale) . Cette allocation sera néanmoins de nouveau payée si le retraité revient vivre sur le territoire français .

b. Avantages

aa. La liquidation de retraite au taux plein de 50 % même si le nombre de trimestres de cotisation est insuffisant

α. Le calcul de la retraite de base

α. Les paramètres de calcul

α.1. La formule de calcul

Le montant de la retraite de base dépend de trois éléments : les salaires perçus pendant la période d'activité (S), la durée d'activité totale, salariée et non salariée servant à calculer le taux de liquidation de la retraite (T) et la durée pendant laquelle on a relevé du régime général des salariés (D) rapportée à la durée d'assurance considérée comme « normale » que l'on appelle durée de référence (M).

La formule de calcul de la pension de la retraite de base est la suivante :

Salaire annuel moyen (S) x taux de retraite (T) x (durée d'assurance D / durée de référence M) ou $S \times T \times (D/M)$.

S est le salaire annuel moyen perçu durant les 17 à 25 meilleures années de sa carrière, selon son année de naissance (voir tableau ci-dessous).

Le salaire annuel moyen correspond à la moyenne des salaires perçus au cours des meilleures années de sa carrière, autrement dit les salaires annuels les plus élevés, peu importe que ces années se suivent ou non.

T est le taux de liquidation de la retraite : T est de 50% à taux plein ; T est de 50% - (50% X décote) en cas de décote pour trimestres manquants, où la décote est égale à un pourcentage fixé dans le tableau ci-dessous que multiplie le nombre de trimestres manquants.

D est la durée d'assurance, tous régimes de retraite de base confondus, c'est-à-dire la durée de cotisation.

M est la durée de référence dans le régime général, c'est-à-dire la durée d'assurance exigée pour une retraite non proratisée .

Il est à noter que, après 65 ans, même si le taux de liquidation de la retraite reste un taux plein de 50%, si l'assuré n'a pas atteint la durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée, la pension sera réduite à concurrence du nombre de trimestres manquants.

α.2. Le salaire annuel moyen

A partir du moment où on liquide sa retraite à compter du 1^{er} janvier 2008, le salaire annuel moyen sera calculé sur la base des 25 meilleures années quelque soit sa date de naissance.

Si la personne n'a eu qu'une courte activité salariée ne permettant pas de réunir le nombre d'années requises pour calculer son salaire annuel moyen, par exemple s'il on n'a été salarié que pendant 15 ans, on calculera son salaire annuel moyen sur ces 15 années à conditions qu'au titre de chacune de ces 15 années la personne ait eu au moins un trimestre validé. Les salaires pris en compte sont plafonnés à hauteur du plafond de la Sécurité sociale applicable au moment où ils ont été versés. S'il on a perçu des salaires supérieurs au plafond de la Sécurité sociale, la retraite sera calculée comme s'il n'avait pas dépassé le plafond. Les rémunérations à prendre en compte pour calculer le salaire annuel moyen sont celles qui ont donné lieu au versement de cotisations au régime général. On ne tient donc pas compte des périodes dites assimilées pendant lesquelles on a perçu des revenus de remplacement : allocation chômage, allocation spéciale du FNE, de pré retraite progressive, indemnités journalières de maladie, d'accident de travail ou de maternité, pension d'invalidité et rente d'accident du travail.

α.3. Le taux de liquidation de la retraite

T est le taux de liquidation de la retraite : T est de 50% à taux plein ; T est de 50% - (50% X décote) en cas de décote pour trimestres manquants, où la décote est égale à un pourcentage fixé dans le tableau ci-dessous que multiplie le nombre de trimestres manquants.

A 65 ans, la personne a automatiquement droit au taux de liquidation plein de 50% quelque soit sa durée d'assurance. A partir de 65 ans, la durée d'assurance n'aura plus d'impact sur le calcul du taux de liquidation de la retraite, qui sera de 50%.

Si l'on prend sa retraite entre 60 ans et 65 ans, on ne peut bénéficier d'une retraite de base calculée au taux plein de 50%, que si l'on justifie d'une durée d'assurance minimale, ou durée de référence, c'est-à-dire d'un nombre de trimestres de travail requis, appréciée sur l'ensemble de sa carrière professionnelle, tous régimes de base confondus .

Le nombre de trimestres nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein sera apprécié à la date à laquelle la personne aura 60 ans.

La durée de référence est la durée nécessaire pour avoir une retraite complète dans le régime général à partir de 60 ans . Si la durée d'assurance dans le régime des salariés est inférieure à cette durée de référence, la retraite est proratisée.

Certaines catégories d'assurés bénéficient d'un taux plein de 50% dès 60 ans quelque soit leur durée de cotisation :

- en cas d'inaptitude au travail
- en cas de femme ayant effectué un travail manuel ouvrier sous certaines conditions
- s'il est ancien combattant titulaire de la carte de combattant ou ancien prisonnier de guerre sous certaines conditions.

α.4. la durée d'assurance

Cette durée minimale, ainsi que les autres paramètres de calcul de la retraite (décote en pour cents par trimestre manquants, durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée, nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire annuel moyen), dépend de l'année de naissance.

A la date de Février 2009, seules les personnes liquidant leur retraite avant 2013, c'est-à-dire qui ont en 2009 au moins 57 ans, sont informées de façon claire et précise.

A 60 ans, pour bénéficier d'une retraite avec un taux de liquidation plein de 50%, il faut avoir cotisé un minimum de trimestres requis qui est de 160 trimestres jusqu'en 2008.

Pour les retraites liquidées en 2008, la durée de référence est portée à 160 trimestres pour tous les assurés quelque soit leur date de naissance.

Pour les retraites liquidées à partir du 1^{er} janvier 2009 la durée de référence devrait être augmentée d'un trimestre par an et devrait être ainsi portée à 161 trimestres pour les personnes nées en 1949, à 162 trimestres pour les personnes nées en 1950, à 163 trimestres pour les personnes nées en 1951 et à 164 trimestres pour celles nées en 1952.

Tableau permettant de calculer en fonction de la date de naissance, la durée d'assurance tous régimes confondus pour avoir droit au taux plein avant 65 ans (D), la décote par trimestre manquant, la durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée (M), le nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire annuel moyen :

Votre date de naissance	Avant 1944	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Après 1952
Durée d'assurance tous régimes confondus pour avoir droit au taux plein avant 65 ans (D)	(1)	(1)	160	160	160	160	161	162	163	164	(3)
Décote par trimestre manquant (en %)	(1)	(1)	2,25	2,12 5	2	1,87 5	1,75	1,62 5	1,5	1,37 5	1,25
Durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée (M)	150	152	154	156	158	160	161	162	163	164	Egale à la durée d'assurance pour bénéficiaire du taux plein

Nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire annuel moyen	17 à 20 (2)	21	22	23	24	25	25	25	25	25	25
---	-------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

(1) : La retraite est calculée automatiquement au taux plein de 50%, quelque soit la durée d'assurance

(2) : En fonction de la date de naissance

(3) : Les règles ne sont pas encore fixées

Si on part en retraite avant 65 ans, le taux servant au calcul de la retraite sera minoré si on n'a pas, tous régimes de base confondus, accompli une carrière complète de 160 trimestres jusqu'en 2008. Jusqu'au 31.12.08 le nombre de trimestres exigés pour bénéficier du taux plein reste fixé à 160, à partir du 1^{er} janvier 2009 il augmente d'un trimestre par an de manière à atteindre 164 trimestres en 2012.

Ainsi si la personne est née avant le 1^{er} janvier 1949, elle ne sera pas concernée par l'allongement de la durée d'assurance, elle devra uniquement justifier de 160 trimestres de cotisation pour bénéficier du taux plein quelque soit la date à laquelle elle partira en retraite. Si elle est née en 1949 elle devra justifier de 161 trimestres d'assurance pour bénéficier du taux plein, si elle est née en 1950, de 162 trimestres, etc...

La durée d'assurance est appréciée tous régimes confondus. C'est-à-dire que l'on retire l'ensemble de la carrière professionnelle et pas uniquement la durée d'assurance dans le régime des salariés, c'est-à-dire les trimestres validés dans le régime général. On tient compte aussi des périodes d'assurance dans les autres régimes de retraite de base obligatoire : régime des non salariés, des régimes des salariés et des non salariés agricole, régimes spéciaux...

Lorsque la personne demande la liquidation de sa retraite entre 60 et 65 ans sans avoir le nombre de trimestres requis pour bénéficier du taux plein, la retraite est calculée à partir d'un taux de liquidation minoré. Ce taux minoré est calculé en appliquant un coefficient de minoration à chaque trimestre manquant. Le nombre de trimestres manquants se définit par soit le nombre de trimestres manquants pour avoir la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein (160 trimestres jusqu'en 2008), soit celui manquant pour atteindre 65 ans. La solution la plus favorable est retenue.

Le coefficient de minoration ou décote par trimestres manquants varie de 2.5% pour une date de naissance avant 1944 à 1.25% pour une date de naissance après 1952.

Prenons l'exemple d'une personne née en 1944 souhaitant prendre sa retraite en 2004 et à qui il manque dix trimestres pour atteindre les 160 trimestres requis. Le taux de décote est de 2.375%, le coefficient de minoration est de 10 trimestres x 2.375% = 23.75% . le taux de la retraite est de 50% - (50% x 23.75%) = 50% - 11,875% = 38,125%.

Supposons que vous soyez né en 1947, et que vous souhaitez prendre votre retraite à 64 ans, en 2011.

Vous aurez cotisé, par exemple 156 régimes confondus (inférieurs aux 160 trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein), dont 150 dans le régime général (inférieurs au 158 requis).

Comme vous n'aurez pas la durée d'assurance requise, on vous appliquera une décote de 2%, par trimestre manquant, au nombre de 4. Votre décote sera donc de 8%, (4x2%) le taux de votre retraite de : $5 [50 \% - (50 \% \times 8 \%)] = 46 \%$.

Si votre salaire annuel moyen, calculé sur vos 24 meilleures années, est de 25.000 euros, votre retraite sera de : $25\ 000 \times 46\% \times (150/158) = 10.917\text{€}$.

Exemple de calcul de retraite :

Un salarié prend sa retraite avec 150 trimestres validés dans le régime général, une décote sur 10 trimestres est donc appliquée à sa retraite. On suppose que le salaire annuel moyen est de 10.000€. Imaginons qu'il prenne sa retraite en 2004. S'il est né avant 1944, la décote est de 2.5% par trimestres manquants, le taux de retraite est alors égal à $50\% - (50\% \times 2.5\% \times 10) = 50\% - (50\% \times 25\%) = 37,5 \%$. La retraite s'élève donc à $10.000 \times 37,5\% \times 150/150 = 3.750\text{€}$.

D est la durée d'assurance, tous régimes de retraite de base confondus, c'est-à-dire la durée de cotisation.

Chaque trimestre de cotisation écoulé après 65 ans, permet à l'assuré de bénéficier d'une majoration de 2,5 % de sa durée d'assurance totale.

α.5. La durée de référence dans le régime général

M est la durée de référence dans le régime général, c'est-à-dire la durée d'assurance exigée pour une retraite non proratisée .

Il est à noter que, après 65 ans, même si le taux de liquidation de la retraite reste un taux plein de 50%, si l'assuré n'a pas atteint la durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée, la pension sera réduite à concurrence du nombre de trimestres manquants.

Par exemple : si l'assuré est né en 1944 et n'a validé que 145 trimestres dans le régime général au lieu des 152 trimestres requis, la retraite sera amputée de $145 / 152 = 95,4\%$, l'assuré aura alors intérêt à différer de quelques trimestres la liquidation de sa pension.

En effet, $145/152 = 95,4\%$.

Chaque trimestre de cotisation écoulé après 65 ans, permet à l'assuré de bénéficier d'une majoration de 2,5 % de sa durée d'assurance totale.

Dans l'exemple ci-dessus, si l'assuré fait liquider sa retraite à 65 ans et demi au mieux de 65 ans avec donc 2 trimestres d'activité supplémentaire, ces 2 trimestres d'activité supplémentaires allongeront sa durée d'assurance de $2 \times 145 \times 2 = 7$, soit 7 trimestres et l'assuré pourra alors percevoir sa retraite en entier.

α.6. La surcote

Si, avant 65 ans, on dispose du nombre de trimestres nécessaires pour pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein, on n'est pas obligé pour autant de faire liquider sa retraite. La loi du 17.12.08 de financement pour la Sécurité sociale pour 2009,

visé à encourager les assurés à poursuivre leur activité professionnelle au delà de 60 ans, ainsi elle augmente le taux de la surcote accordée à ceux qui prolongent leur activité alors qu'ils ont assez cotisé pour bénéficier d'une retraite à taux plein à 60 ans.

La loi du 17.12.08, permet même si l'on remplit déjà les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein, de continuer à travailler pour permettre d'améliorer le salaire annuel moyen, pris en compte pour le calcul de la retraite de base, si les salaires actuels sont parmi les plus élevés de sa carrière et de profiter d'une majoration de pension par le biais d'une surcote.

Cette surcote est accordée à ceux qui continuent à travailler après 60 ans, alors qu'ils réunissent le nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Pour les trimestres accomplis à partir du 1^{er} Janvier 2009, le taux de cette surcote est porté à 1,25% par trimestre civil entier.

On aboutit ainsi à une retraite majorée de 5% pour une année travaillée en plus, de 10% pour 2 années travaillées en plus, et 15% pour 3 années travaillées en plus, et ainsi de suite, aucun plafond n'étant prévu.

Prenons à titre d'exemple, le cas d'un assuré né le 1^{er} Janvier 1950, ayant commencé à travailler en 1972, après une année de service militaire.

En 2010, il aurait acquis 162 trimestres et pourra prétendre à une retraite à taux plein à l'âge de 60 ans .

S'il ne cesse son activité professionnelle qu'en 2015, il pourra alors bénéficier d'une surcote, s'il part à la retraite en 2015, il aura acquis 180 trimestres .

Les 18 trimestres supplémentaires acquis, permettront à l'assuré de bénéficier d'une surcote de $1,25\% \times 18 = 22,5\%$ sur la retraite de base. Son salaire annuel moyen sur les 25 meilleures années étant de 31.630 euros, sa retraite sera alors de $31.630 \text{ euros} \times 50\% \times 1,225 = 19.373 \text{ €}$ brut par an après surcote, la surcote s'élevant à 3558 €.

Il est à noter, que en continuant à travailler, de cette façon, l'assuré acquiert des points supplémentaires dans les régime ARRCO et AGIRC, ce qui majore d'autant ses retraites complémentaires, même si aucun bonus supplémentaire de ces pensions n'est prévu sous forme de surcote.

Ainsi, calculée en 2010, la retraite ARRCO était égale à $5.220 \text{ points} \times 1,1648 \text{ €} = 6.080 \text{ €}$ brut par an.

En 2015, elle aurait été de $5.910 \text{ points} \times 1,1648 \text{ €} = 6.884 \text{ €}$ brut par an.

De même, la retraite AGIRC en 2010, aurait été estimée à $7.630 \text{ points} \times 0,4132 \text{ €} = 3.153 \text{ €}$ brut par an.

En 2015, cette retraite AGIRC, se serait élevée à $9.680 \text{ points} \times 0,4132 \text{ €} = 4.000 \text{ €}$ brut par an.

La retraite totale serait de $19.373 \text{ €} + 6.884 \text{ €} + 4.000 \text{ €} = 30.257 \text{ €}$

α.7. Les majorations de la pension de retraite

La personne peut aussi bénéficier de majorations applicables au montant de la retraite, en particulier si elle a eu au moins trois enfants, si elle a un conjoint à charge ou si elle est dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Si la personne a eu ou a élevé trois enfants, sa pension est majorée de 10%.

La majoration pour conjoint à charge s'ajoute à sa retraite, à la demande de la personne, si son conjoint a 65 ans (ou s'il a 60 ans mais qu'il est inapte au travail) et s'il n'a pas ou très peu de ressources. Cette majoration pour conjoint à charge est de 609,80 euros par an. Cette majoration pour conjoint à charge est proratisée si le futur retraité ne dispose pas de 150 trimestres de durée d'assurance auprès du régime général.

Par exemple, si le futur retraité ne dispose que de 100 trimestres de durée d'assurance, cette majoration ne sera égale qu'à $100 / 150$ soit 66,67% de 609,80€ le 01.01.08, soit 406,53€.

Pour que cette majoration pour conjoint à charge soit versée, il faut que la somme des ressources personnelles du conjoint et de la majoration elle-même soit au plus égale à un plafond fixé à 7.223,45€ par an en 2004, soit 601,95 / mois.

Si les ressources personnelles du conjoint atteignent 6.613,65 € par an on ne pourra avoir droit à cette majoration. D'autre part, le conjoint ne doit pas bénéficier d'un avantage vieillesse ou invalidité, sauf s'il est inférieur à la majoration (dans ce cas, un complément sera versé jusqu'à hauteur de la majoration).

Une majoration pour tierce personne est versée aux personnes titulaires d'une pension de vieillesse attribuée au titre de l'inaptitude au travail ou d'une pension de retraite qui s'est substituée à une pension d'invalidité et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Il faut que la condition d'invalidité soit remplie avant le 65^{ième} anniversaire. La majoration pour tierce personne doit faire l'objet d'une demande sur un imprimé spécifique fourni sur simple demande. La demande doit en principe être présentée avant le 65^{ième} anniversaire. La majoration est accordée pour son montant intégral quelque soit la durée d'assurance accomplie par le bénéficiaire. Le montant mensuel est égal au 1^{er} janvier 2008 à 1010,82€. Le versement de la majoration est suspendu en cas d'hospitalisation : elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le bénéficiaire a été hospitalisé puis suspendu au-delà de cette date. Le service de la majoration est rétabli lors de la sortie de l'hôpital. La majoration n'est pas soumise à la CSG et à la CRDS. Elle n'est pas imposable sur les revenus.

Pour bénéficier de cette majoration pour tierce personne, il faut que la condition d'invalidité soit remplie avant le 65^{ième} anniversaire.

Le montant de la majoration pour tierce personne est de 11.350,44 € en 2004 soit 945,87€ par mois quelle que soit la durée d'assurance.

La majoration est accordée à la date de l'entrée en jouissance de la pension si on bénéficie des conditions d'attribution.

β. Le minimum contributif de retraite

Si la retraite est liquidée à un taux plein, on a le droit à un minimum appelé minimum contributif. Par contre pour les personnes faisant liquider leur retraite avec un taux minoré, il n'y a pas de retraite minimale. Ce montant minimal est fixé pour les retraites attribuées en 2004 à taux plein, à 558,86€ par mois.

Le montant de la pension de retraite après reconnaissance de l'inaptitude au travail ne peut pas être inférieur au minimum contributif fixé selon les droits individuels à 579,85€ par mois ou 633,61 € par mois au 01.01.08.

Les personnes qui peuvent prétendre au minimum de retraite, dit contributif, sont celles qui ont cotisé pour une retraite et qui l'ont liquidée à son taux maximal, soit 50 % . Vous avez donc droit au minimum de retraite contributif si vous touchez une pension à taux plein, mais dont le montant est faible parce que vous avez cotisé sur des salaires modestes . Le minimum contributif est versé sans condition de ressources : son but est en effet de porter votre retraite (liquidée au taux plein) à un montant minimal de 533 € 51 par mois au 1 - 1 – 2003 (si vous avez cotisé 150 trimestres) . Vous pouvez toutefois, vous même ou votre conjoint, disposer de revenus (même importants), tels des loyers, des revenus de placements... Revalorisé tous les ans au 1er janvier, le minimum contributif s'élève le 1 - 1 – 2003 à 533 € 51 par mois . Mais, attention, ce montant n'est versé que si l'assuré justifie de 150 trimestres dans le régime général. A défaut, le minimum contributif est calculé au prorata, c'est à dire diminué proportionnellement au nombre de trimestres manquants .

Exemple : une personne est inapte au travail et, à ce titre, obtient une retraite au taux de 50 % à 60 ans. Elle ne justifie que de 120 trimestres dans le régime général . Le minimum contributif auquel elle a droit le 1 - 1 – 1999 est de 2 627, 73 F par mois (3284,67 F x 120/150) . Si cette personne n'a pas d'autre ressource, elle peut demander l'allocation supplémentaire (auparavant appelé Fonds national de solidarité, FNS) afin de bénéficier du minimum vieillesse, soit 3 540,41 F par mois le 1 - 1 – 1999 .

Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir le minimum contributif . La caisse qui vous verse votre retraite compare automatiquement le montant de cette dernière et le minimum contributif : s'il s'avère que votre retraite est inférieure à 3 284,67 F le 1 - 1 – 1999, c'est cette somme qui vous sera versée (ou un montant calculé au prorata si vous avez cotisé moins de 150 trimestres) .

Par ailleurs, au montant de ce minimum contributif, entier ou réduit, s'ajoutent, éventuellement, les majorations pour enfants, pour conjoint à charge et pour tierce personne .

La majoration pour conjoint à charge : les conditions sont identiques à celles décrites dans le chapitre de la retraite de base .

La majoration pour tierce personne s'élève à 930 € 05 par mois le 1 – 1 – 2003 .

La majoration pour enfants s'élève à 10 % du minimum contributif .

bb. L'obtention du taux plein de 50 % dès 60 ans

Cette pénalisation du taux de retraite en fonction de l'âge de la demande de la retraite et du nombre de trimestres de cotisation disparaît donc en cas de reconnaissance de l'inaptitude au travail par la Sécurité Sociale .

La reconnaissance de l'inaptitude au travail par la Sécurité Sociale permet à l'assuré de bénéficier d'une retraite qui sera certes proportionnelle au temps de cotisation mais qui ne connaîtra pas l'abattement de 1,25 % par trimestre manquant ou de 5 % par année qui manque pour atteindre le nombre de trimestres optimum .

Ceci signifie l'importance du régime de l'inaptitude au travail pour ceux qui pour des raisons de santé veulent interrompre leur activité professionnelle entre 60 ans et 65 ans mais sans avoir validé le nombre de trimestres nécessaire pour avoir une retraite à taux plein. Pour bénéficier du taux plein de 50 % dès 60 ans, quelque soit le nombre de ses trimestres de cotisation, il faudra donc être reconnu inapte à son travail. L'assuré devra être atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % et être dans l'impossibilité d'exercer son emploi sans nuire gravement à sa santé.

b. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

Le titulaire d'une inaptitude au travail à partir de l'âge de 60 ans peut solliciter le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Etre titulaire de l'inaptitude au travail permet de bénéficier du minimum vieillesse remplacé à partir du 1^{er} janvier 2006 par l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Le minimum vieillesse était atteint par le cumul de plusieurs prestations à l'âge de la retraite. En effet, le minimum vieillesse n'était pas une allocation unique mais le nom générique donné à un ensemble de prestations (allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation spéciale vieillesse, secours viager, allocation supplémentaire, allocation aux mères de familles d'au moins cinq enfants etc...) .

Tout retraité a le droit à un minimum de ressources pour vivre. Dans le passé ce minimum était atteint par le cumul de plusieurs prestations. Désormais le dispositif a été simplifié et prend la forme d'une allocation unique et différentielle : l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (A.S.P.A.).

L'ASPA est une allocation unique, créée en remplacement de différentes prestations qui composaient le minimum vieillesse jusqu'au 31.12.05.

L'ASPA constitue un montant minimal de pension de vieillesse accordé sous conditions de ressources aux personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé au régime de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence minimal à l'âge de la retraite, auquel pouvait prétendre les personnes âgées ne disposant d'aucun droit ou de droits insuffisants.. Les sommes versées au titre de l'ASPA sont récupérables au décès de l'allocataire sur sa succession si l'actif net de la succession dépasse 39.000€. L'ASPA remplace les anciennes allocations du minimum vieillesse ci-dessous :

- L'allocation vieux travailleur salarié
- L'allocation vieux travailleur non salarié
- L'allocation mère de famille
- L'allocation spéciale de vieillesse
- L'allocation supplémentaire de vieillesse
- L'allocation de vieillesse agricole
- Le secours viager
- La majoration versée pour porter le montant d'une pension de vieillesse au niveau de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.
- L'allocation viagère aux rapatriés âgés.

L'ASPA vient donc souvent s'ajouter à une petite retraite de base ou de réversion.

Le demandeur doit avoir atteint l'âge de 65 ans ou bien 60 ans en cas d'inaptitude au travail.

L'inaptitude au travail n'est pas requise à 60 ans si la personne a déjà été reconnue inapte au travail par un régime d'assurance vieillesse ou si elle est titulaire :

- de l'allocation supplémentaire d'invalidité (A.S.I.)
- d'une pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail substituée à une pension d'invalidité
- d'une pension d'ancien combattant
- de l'allocation aux adultes handicapés

- de la carte d'invalidité reconnaissant une incapacité de travail permanente d'au moins 80%.
- d'une retraite anticipée de travailleur handicapé
- de l'aide sociale aux infirmes aveugles et grands infirmes
- de la carte d'invalidité pour un taux d'incapacité permanente d'au moins 80%.

L'ASPA est soumise à conditions de ressources. Les ressources du demandeur le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ne doivent pas dépasser un plafond qui varie selon que le foyer comprend une personne seule ou un ménage. L'examen porte sur les ressources des trois mois précédents la date d'effet de l'ASPA. Si le montant des ressources ainsi évalué dépasse le quart des plafonds annuels autorisés, une seconde évaluation est effectuée sur la période des 12 mois qui précèdent la date d'effet de l'ASPA. Les ressources prises en compte comprennent les avantages de vieillesse et d'invalidité dont bénéficie l'intéressé, de même que les revenus professionnels, les revenus des biens mobiliers et immobiliers et les biens dont il a fait donation dans les dix années qui précèdent la demande d'ASPA. L'évaluation des ressources d'un couple est effectuée de la même manière sans faire la distinction entre les biens propres ou les biens communs des conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS.

Certaines ressources ne sont pas prises en compte dans l'estimation des ressources, il s'agit notamment :

- de la valeur des locaux d'habitation occupés par le demandeur et les membres de sa famille vivant dans son foyer lorsqu'il s'agit de sa résidence principale
- des prestations familiales
- de l'allocation de logement sociale
- des majorations prévues par l'administration accordées aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne
- de la retraite du combattant
- des pensions attachées aux distinctions honorifiques
- de l'aide apportée ou susceptible d'être apportée par les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Le plafond de ressource pour une personne seule c'est-à-dire appliqué aux personnes célibataires, séparées de corps, divorcées, veuves à l'exception des veuves de guerre, aux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS qui se déclare séparés de fait avec une résidence distincte est de 643.29€ par mois au 1^{er} janvier 2008. Ce plafond est donc à ne pas dépasser.

Le plafond pour une personne veuve de guerre c'est-à-dire appliqué au conjoint survivant non remarié de soldat, non soumis à l'impôt sur le revenu et âgé de 50 ans et plus, ou infirme ou atteint d'une maladie incurable ou entraînant une incapacité permanente de travail

est égal au montant de la pension de veuve de soldat au taux spécial augmenté du montant de l'ASPA soit 16.662.46€ le 1^{er} janvier 2008.

Le plafond à ne pas dépasser pour un ménage, c'est-à-dire pour les personnes mariées, vivant en concubinage ou liées à un partenaire par un PACS est de 1126.77€ par mois le 1^{er} janvier 2008.

Le montant maximal de l'ASPA le 1^{er} janvier 2008 est de 628.10€ par mois pour une personne seule ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie, 1126.77€ par

mois lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS en bénéficient.

Lorsque le montant maximal de l'ASPA additionné aux ressources du ou des demandeurs dépasse le plafond fixé pour ses conditions d'obtention, le montant de l'allocation est réduit à hauteur du dépassement.

A titre d'exemple, imaginons une personne vivant seule et percevant une retraite personnelle d'un montant mensuel de 202.94 € et ne disposant pas d'autres ressources. Si on ajoute sa retraite au montant maximal de l'ASPA, on obtient 831.04€ par mois égal à 202.94€ + 628.10 € au 1^{er} janvier 2008. Mais ce total dépasse de 197.75 € le plafond de ressources autorisé pour une personne seule. L'ASPA versée sera donc égale à 628.10€ - 197.75€ = 440.35€. La personne disposera donc d'une somme mensuelle de 202.94€ + 440.35€ = 643.29€.

Si le demandeur vit en couple, (marié, en concubinage ou pacsé), son allocation ASPA « personne seule » est réduite à hauteur de la différence entre le montant des ressources du ménage additionné du montant maximal de l'ASPA « personne seule » et le plafond de ressource applicable à un couple.

Si le demandeur vit en couple et si son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS bénéficie déjà de l'ASPA le calcul de l'ASPA différentielle s'établit de la façon suivante :

- les montants retenus pour le calcul de l'ASPA sont le montant de l'allocation « couple » et le plafond applicable à un couple ;
- en cas de dépassement du plafond de ressources le montant de la moitié de l'allocation « couple » versé à chacun des allocataires est réduit à hauteur de la moitié du dépassement du plafond.

L'ASPA n'est pas attribuée automatiquement. La demande est à adresser à la caisse du régime de retraite de base dont dépend l'assuré. La caisse envoie un formulaire au demandeur et ne prend en compte sa demande que si ce dernier le lui retourne complété.

La caisse de retraite notifie au demandeur sa décision d'attribution de rejet de l'ASPA.

La commission de recours amiable est compétente pour les contestations relatives à l'attribution, au refus d'attribution, à la suspension, à la révision, à la récupération sur succession de l'ASPA.

En cas de refus de la commission de recours amiable, un recours peut être porté devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision.

L'ASPA peut être récupérée en tout ou partie sur la succession de l'allocataire sur l'actif net successoral. Le montant d'actif net à partir duquel est procédé à la récupération sur la succession de l'allocataire est fixé à 39.000€.

L'attribution de l'ASPA s'accompagne d'un certain nombre d'autres avantages : exonération de l'impôt sur le revenu, des impôts locaux (taxe foncière, taxe d'habitation), de la redevance audiovisuelle, gratuité des transports en commun dans la plupart des villes, accès à la CMU.

Les assurés qui percevaient jusqu'au 1^{er} janvier 2006 le minimum vieillesse peuvent continuer à en bénéficier selon les anciennes dispositions. L'octroi du minimum

vieillesse est soumis à conditions de ressources : les ressources annuelles, allocations comprises doivent être inférieures à 7719.52€ pour une personne seule et 1352.27€ pour un ménage le 01.01.08.

c. Les avantages annexes

- La majoration tierce personne : l'inaptitude permet d'obtenir l'attribution ultérieure (voire dans le même temps) de la tierce personne, si celle-ci a été constatée avant l'âge de 65 ans et s'il est médicalement démontré que l'assuré ne peut effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie et qu'il est dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne .

- Le cumul avec des indemnités journalières pendant 6 mois : un patient en arrêt de travail pour maladie de longue durée après 60 ans peut cumuler pendant 6 mois au maximum sa pension pour inaptitude et ses indemnités journalières.

De plus, le titulaire de moins de 65 ans de la pension d'inaptitude ne doit pas tirer d'un revenu professionnel plus d'un maximum fixé à 260 heures du SMIC par trimestre .

3. La procédure de demande

a. La demande déposée par l'assuré

En pratique, il n'est pas logique de demander à bénéficiaire de l'inaptitude sans avoir bénéficié auparavant d'un arrêt de maladie. En effet, la demande d'inaptitude sous entend l'impossibilité de travailler sans nuire à sa santé, ou une incapacité de travail d'au moins 50 %, ce qui logiquement entraîne un arrêt des activités professionnelles.

Il est donc fortement conseillé de faire l'objet d'un arrêt de maladie dans ses activités au titre de l'assurance maladie pendant un temps qui permettra de démontrer l'impossibilité de reprise de travail de façon définitive au médecin conseil.

Du point de vue formalités, l'assuré doit formuler une demande de retraite à sa caisse d'assurance vieillesse de la Sécurité Sociale pour inaptitude au travail.

Le demandeur doit remplir la première partie concernant la situation familiale et le déroulement de carrière.

Le médecin traitant donnera son avis sur l'inaptitude et son caractère définitif. Le médecin traitant devra remplir la colonne de gauche d'un document intitulé " Le rapport médical d'inaptitude au travail, pièce obligatoire ", que l'assuré ou le médecin se procurera auprès de cette caisse d'assurance vieillesse, document sur laquelle sera établi un rapport médical.

Dans ce document, il y fera un historique bref de la maladie et décrira les conséquences qui en résultent ainsi que le pronostic.

Le document sera retourné à la caisse du dernier régime de retraite d'affiliation. Les conclusions du médecin conseil de la sécurité sociale seront transmises à la caisse pour décision. Il est possible d'effectuer une demande de retraite au titre de l'inaptitude après avoir fait une première demande de retraite à titre normal. Dans ce cas, il convient de respecter une procédure particulière.

La demande est recevable si elle est déposée avant la notification de décision qui fait suite à la demande de retraite à titre normal. Lorsque la demande au titre de

l'inaptitude est faite après la notification de la décision d'une retraite à titre normal, elle doit être déposée auprès de la commission recours amiable de la caisse de retraite dans un délai de deux mois suivant la notification de la pension à titre normal. Passé ce délai, il n'est plus possible d'annuler la première décision d'attribution de pension à titre normal.

L'assuré sera alors convoqué au service médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Le médecin conseil de la Sécurité Sociale remplira la colonne de droite de ce même document . La pension si elle est définitive ne peut être supprimée.

b. L'attribution automatique de l'inaptitude médicale au travail

- le sujet, en invalidité avant 60 ans, quelle que soit la catégorie, se voit attribuer la retraite par inaptitude médicale à l'âge de 60 ans (sauf si celui-ci s'y oppose).
- le patient bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés bénéficie de la retraite pour inaptitude.
- la mère de famille qui a élevé au moins 3 enfants et qui a validé 120 trimestres au total et qui, au cours des 15 années précédant la demande, a effectué 5 années de travaux pénibles, bénéficie de l'attribution de la retraite au taux de 50 % sans avis médical .

4. Le contentieux

L'assuré peut contester le refus de la Caisse dans les deux mois de la notification de la caisse auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité, devant lequel il sera convoqué ; un appel est encore possible en cas de maintien du refus devant la Cour nationale de l'incapacité. (Articles R.143.1 à R.143.24 du Code de la Sécurité Sociale) .

B. L'inaptitude au travail dans le régime d'assurance vieillesse des professions indépendantes

1. Le cas des professions libérales

L'appréciation de l'inaptitude au travail ne s'applique pas aux professions libérales (Article L. 161 - 18 du Code de la Sécurité sociale) .

Néanmoins une allocation de vieillesse peut, en application de l'Article L. 643 - 2 du Code de la Sécurité Sociale, être accordée au demandeur s'il a au moins 60 ans et moins de 65 ans, s'il est reconnu inapte à l'exercice d'une activité professionnelle et, dans le cas d'un conjoint, s'il est reconnu incapable d'exercer une activité quelconque et en particulier pour une femme de tenir son foyer.

L'inaptitude d'un membre d'une profession libérale est reconnue sur l'avis d'une commission d'inaptitude dans chaque section professionnelle.

L'inaptitude au travail doit être considérée comme complète et définitive.

2. Le cas des artisans, industriels et commerçants

Les artisans, industriels et commerçants bénéficient au même titre que les salariés de l'appréciation de l'inaptitude au travail (article 39 de la Loi n° 85.772 du

25.07.1985, décret du 22.07.1987, article L. 161 - 18 du Code de la Sécurité Sociale) .

L'attribution de cette inaptitude au travail suit donc la même réglementation que pour les salariés, en particulier en application de l'Article L. 315 - 7 du Code de la Sécurité Sociale.

Lorsque le conjoint participait de façon effective et constante à l'exploitation du fonds ou de l'entreprise de l'assuré alors qu'il n'exerçait pas une activité professionnelle justifiant son affiliation à un régime de Sécurité Sociale, en appréciera néanmoins l'inaptitude par rapport à cette activité.

Pour les conjointes d'assurés ou des veuves qui n'ont jamais exercé d'activité ou qui ont cessé toute activité depuis de nombreuses années, comme dans le régime général de Sécurité Sociale des salariés, l'inaptitude sera reconnue si ces conjointes ne peuvent pas tenir leur propre ménage .

L'état d'inaptitude doit ainsi être apprécié à un double point de vue :

- en fonction de l'emploi occupé par l'intéressé à la date de sa demande (impossibilité de poursuivre l'exercice de cet emploi sans danger pour la santé du travailleur),

- à l'égard d'une activité professionnelle quelconque (incapacité de travail de 50 % médicament constatée, compte tenu des aptitudes physiques et mentales, à l'exercice d'une activité professionnelle) .

Il s'agit là de deux conditions cumulatives .

Ce n'est que lorsque l'intéressé n'a exercé aucune activité professionnelle au cours des cinq dernières années antérieures à sa demande que l'inaptitude doit être appréciée exclusivement par référence à la seconde condition .

L'assuré demandant la reconnaissance de l'inaptitude au travail doit être âgé de plus de 60 ans et de moins de 65 ans. L'octroi de l'inaptitude au travail permet à l'assuré et à son conjoint de bénéficier à taux plein de la pension vieillesse normale due à 65 ans.

Cette pension d'inaptitude peut-être assortie de la majoration tierce personne dans les mêmes conditions que dans l'octroi d'une pension d'invalidité.

L'assuré peut bénéficier d'une allocation du fond national de solidarité (FNS) si ses ressources sont inférieures à un minimum.

Le contentieux relatif à l'inaptitude relève, comme les demandes d'invalidité, du contentieux technique de la Sécurité Sociale c'est à dire du Tribunal du contentieux et de l'incapacité (TCI) et en appel de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNIT) .

C. La retraite à raison de la pénibilité

L'article 79 de la loi du 09.11.10 portant la Réforme des retraites ouvre droit à compter du 01.07.11 à la retraite anticipée pour les personnes souffrant d'une incapacité permanente au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail sauf pour les accidents de trajets. Les salariés concernés pourront ainsi bénéficier de la retraite à taux plein à l'âge de 60 ans quelle que soit la durée d'assurance.

La retraite à raison de la pénibilité concerne :

- Les assurés du régime général (nouvel article L. 351-1-4 du Code de la Sécurité sociale, instauré par l'article 79 de la loi précitée du 9 novembre 2010) ;

- Les assurés du régime agricole (le nouvel article L. 351-1-4 leur étant applicable par renvoi de l'article L. 742-3 du Code rural et de la pêche maritime aux dispositions du titre V du livre III du Code de la Sécurité sociale) ;
- Les travailleurs non-salariés des professions agricoles (nouvel article L. 732-18-3 du Code rural et de la pêche maritime, instauré par l'article 83 de la loi du 9 novembre 2010 précitée).

La retraite à raison de la pénibilité est réservée aux assurés victimes d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail. Cette dernière notion s'entend stricto sensu, c'est-à-dire à l'exclusion des accidents de trajet, lesquels n'ouvrent pas droit à la retraite à raison de la pénibilité.

Pour prétendre au bénéfice de la retraite à raison de la pénibilité, les assurés devront justifier d'un taux d'incapacité permanente reconnu :

- soit au titre d'une maladie professionnelle ;
- soit au titre d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Il a en effet été considéré que le lien entre maladies professionnelles et pénibilité est, dans la grande majorité des cas, avéré. C'est pourquoi, s'agissant des victimes d'accident du travail, le bénéfice de la retraite à raison de la pénibilité est, en logique, réservée aux seules personnes souffrant de lésions qui auraient également pu être la résultante d'une maladie professionnelle.

Le taux d'incapacité permanente requis devra être d'au moins 10 %.

Lorsque ce taux sera au moins égal à 20 %, le droit à retraite sera ouvert sans autres conditions que la seule vérification, pour les victimes d'accidents du travail, de l'appréciation de la notion de lésions identiques.

En revanche, lorsque le taux sera au moins égal à 10 % et inférieur à 20 %, le bénéfice de la retraite sera subordonné

- d'une part, au fait que l'assuré puisse apporter la preuve qu'il a été exposé, pendant au moins dix-sept ans, à des facteurs de risques professionnels ;
- d'autre part, à l'avis d'une commission pluridisciplinaire chargée d'apprécier à la fois la validité des modes de preuve apportés par l'assuré et l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Il résulte de ce qui précède que trois cas de figure doivent être distingués :

- l'assuré justifie d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 %, reconnu au titre d'une maladie professionnelle.

Ce cas de figure est le plus simple .

Il est régi pour

- les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son I, R. 351-37 en son I et D. 351-1-9 du Code de la sécurité sociale.
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son I, D. 732-41-2 et D. 732-58 du Code rural et de la pêche maritime.

Dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert sans autres conditions ;

- l'assuré justifie d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % reconnu au titre d'un accident du travail.

Dans ce cas, l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle devra être vérifiée ; elle est régie pour

- les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son I, R. 351-37 en son III et D. 351-1-9 du Code de la sécurité sociale (Arrêté du 30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale) .
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son I, et D. 732-58-1 du Code rural et de la pêche maritime (arrêté du 30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale).

Il est rappelé que le droit à retraite à raison de la pénibilité ne s'adresse qu'aux seuls assurés justifiant d'un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajet.

Pour les victimes d'accidents du travail, le droit n'est ouvert qu'aux seuls assurés souffrant de lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Lorsque la demande de pension de retraite émane d'un assuré victime d'un accident du travail, la caisse saisit :

- Lorsque la demande est instruite par une caisse du régime général : l'échelon régional du service médical dont relève l'assuré au moment du dépôt de sa demande de pension ou, si l'assuré réside à l'étranger, l'échelon régional du service médical du lieu d'implantation de la caisse. La caisse joint à sa saisine la notification de rente ;
- Lorsque la demande est instruite par une caisse départementale ou pluri départementale de mutualité sociale agricole : le service du contrôle médical. La caisse joint à sa saisine la notification du taux d'incapacité permanente.

Cette saisine du médecin-conseil n'a toutefois lieu d'être que si l'assuré justifie bien d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 %.

L'arrêté du 30 mars 2011 a fixé la liste des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur cette liste est appréciée par le médecin-conseil au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente (salariés du régime général) ou sur la notification du taux d'incapacité permanente (travailleurs salariés et non-salariés des professions agricoles)

Aux termes des derniers alinéas du III de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception par la caisse d'un dossier complet.

Pour une instruction des dossiers de demande de retraite compatible avec ce délai de quatre mois, il est recommandé aux médecins-conseils de rendre leur avis dans le délai d'un mois suivant le jour où l'échelon régional du service médical ou le service du contrôle médical a été saisi, particulièrement en cas de taux d'incapacité permanente nécessitant la saisine de la commission pluridisciplinaire.

Cette saisine du médecin-conseil n'a toutefois lieu d'être que si l'assuré justifie bien d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 %.

L'arrêté du 30 mars 2011 a fixé la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnée à l'article R. 351-24-1 du code de la sécurité sociale.

Lésions cardio-vasculaires

Arrêt cardio-respiratoire
Embolie pulmonaire
Endocardite
Insuffisance cardiaque
Insuffisance coronarienne
Myocardite
Péricardite
Phlébite
Syndrome de Raynaud
Troubles du rythme et de la conduction

Lésions dermatologiques

Acné
Atteinte unguéale
Brûlures cutanées
Carcinome basocellulaire et spinocellulaire
Dépilation
Dermite
Eczéma
Infection cutanée
Panaris
Prurit chronique
Pustule
Pyodermite
Radiodermite
Ulcérations post-phlébitiques
Urticaire
Varices

Lésions digestives

Brûlures gastriques
Cirrhose
Colite
Diarrhée
Douleurs gastriques
Dysphagie
Hépatite
Insuffisance hépatique
Tumeur maligne du foie
Vomissements

Lésions neurologiques

Accident vasculaire cérébral
Aphasie
Ataxie
Céphalées
Coma
Cruralgies
Dysarthrie
Encéphalopathie

Epilepsie
Myoclonies
Paralysie faciale
Réaction méningée, méningite, myélite
Sciatiques
Syndrome cérébelleux
Syndromes de compression nerveuse : cervico-brachial, gouttière épitrochléo-olécrânienne, canal carpien, loge de Guyon, sciatique poplitée externe, queue de cheval
Syndrome pyramidal
Syndrome extrapyramidal dont syndrome parkinsonien
Troubles neurologiques périphériques : polynévrite, polyradiculonévrite (syndrome de Guillain Barré)
Somnolence
Tremblements

Lésions psychiatriques

Altérations cognitives
Délires
Etats de stress posttraumatique
Syndromes confusionnels
Troubles anxieux
Troubles de l'adaptation
Troubles dépressifs
Troubles phobiques

Lésions de l'appareil urinaire et génital masculin

Epididymite
Insuffisance rénale
Orchite
Stérilité masculine

Lésions de l'appareil respiratoire

Cancer broncho-pulmonaire primitif
Emphysème
Insuffisance respiratoire
Pneumothorax

Lésions hématologiques

Anémie
Aplasie médullaire
Leucémie
Leuco-neutropénie
Syndrome hémorragique
Syndrome post-splénectomie
Syndrome post-transfusionnel
Thrombopénie

Lésions de l'appareil locomoteur

Algodystrophie
Arthrite
Arthrose (dont gonarthrose)

Cervicalgies
Dorsalgies
Hydarthrose
Hygromas
Nécrose osseuse
Lésions du ménisque
Limitation mobilités articulaires
Lombalgies
Maladie de Dupuytren
Ostéoarthrites
Raideurs lombaires
Sarcome osseux
Synovite
Tendinopathies de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, des doigts, du genou et de la cheville
Troubles angioneurotiques

Lésions ORL

Acouphènes
Hyperacousie
Hypoacousie, surdité

Lésions de l'oreille interne

Otite
Rhinite
Ulcération bucco-pharyngée
Ulcération nasale
Vertiges et troubles de l'équilibre

Lésions stomatologiques

Hypersialorrhée
Stomatite
Syndrome sec

Lésions ophtalmologiques

Blépharite
Brûlures oculaires
Cataracte
Conjonctivite
Endophtalmie
Kératite
Paralysie oculo-motrice (diplopie, ptosis)
Ptérygion
Syndrome sec oculaire
Trouble de l'acuité visuelle
Uvéite

Lésions dues aux maladies infectieuses

Hépatites virales
Septicémie
Tétanos

Toutes manifestations de la rage

Lésions systémiques

Choc anaphylactique

Œdème de Quincke

L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur cette liste est appréciée par le médecin-conseil au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente (salariés du régime général) ou sur la notification du taux d'incapacité permanente (travailleurs salariés et non-salariés des professions agricoles)

Aux termes des derniers alinéas du III de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception par la caisse d'un dossier complet.

Pour une instruction des dossiers de demande de retraite compatible avec ce délai de quatre mois, il est recommandé aux médecins-conseils de rendre leur avis dans le délai d'un mois suivant le jour où l'échelon régional du service médical ou le service du contrôle médical a été saisi, particulièrement en cas de taux d'incapacité permanente nécessitant la saisine de la commission pluridisciplinaire.

L'avis du médecin-conseil étant rendu, deux cas de figure peuvent se présenter :

- le médecin-conseil ne reconnaît pas l'identité des lésions avec celles figurant sur la liste annexée à l'arrêté du 30 mars 2011 précité : dans ce cas, la caisse liquidatrice de la pension de retraite notifie à l'assuré le rejet de sa demande de pension de retraite, en précisant les voies et délais de recours (saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de cette décision) ;
- l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité au moins égal à 20 % : dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert.

- l'assuré justifie d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 %

Les dispositions spécifiques sont régies

pour les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son III, R. 351-37 en son III, D. 351-1-10, D. 351-1-11, D. 351-1-12 et D. 351-1-13 du code de la sécurité sociale, l'article D. 4121-5 du code du travail (créé par le décret n°2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels).

pour les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son III, R. 732-58-1, D. 732-41-3, D. 732-41-4 et D. 732-41-5 du code rural et de la pêche maritime, par l'article D. 4121-5 du code du travail (créé par le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels).

* si ce taux a été reconnu au titre d'une maladie professionnelle

Lorsque le salarié a été victime d'une maladie professionnelle ayant entraîné une IPP d'au moins 10 %, si son activité professionnelle a au moins été de 17 ans, cette durée d'activité professionnelle sera considérée comme la durée d'exposition aux facteurs de risque professionnels de pénibilité (circulaire n° 2012-63 du 13.09.12 de la caisse nationale d'assurance vieillesse) . Si l'incapacité permanente était reconnue suite à une maladie professionnelle et si la durée d'activité professionnelle a été au moins de 17 ans la demande n'aura pas à être soumise à l'avis de la commission pluridisciplinaire.

* si ce taux a été reconnu au titre d'un accident du travail.

Dans ce cas, l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle devra être vérifiée ;

elle est régie pour

- les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son I, R. 351-37 en son III et D. 351-1-9 du Code de la sécurité sociale (Arrêté du 30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale) .
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son I, et D. 732-58-1 du Code rural et de la pêche maritime (arrêté du 30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale).

Il est rappelé que le droit à retraite à raison de la pénibilité ne s'adresse qu'aux seuls assurés justifiant d'un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajet.

Pour les victimes d'accidents du travail, le droit n'est ouvert qu'aux seuls assurés souffrant de lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Lorsque la demande de pension de retraite émane d'un assuré victime d'un accident du travail, la caisse saisit :

- Lorsque la demande est instruite par une caisse du régime général : l'échelon régional du service médical dont relève l'assuré au moment du dépôt de sa demande de pension ou, si l'assuré réside à l'étranger, l'échelon régional du service médical du lieu d'implantation de la caisse. La caisse joint à sa saisine la notification de rente ;
- Lorsque la demande est instruite par une caisse départementale ou pluri départementale de mutualité sociale agricole : le service du contrôle médical. La caisse joint à sa saisine la notification du taux d'incapacité permanente.

Cette saisine du médecin-conseil n'a toutefois lieu d'être que si l'assuré justifie bien d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 %.

L'arrêté du 30 mars 2011 a fixé la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnée à l'article R. 351-24-1 du code de la sécurité sociale.

Lésions cardio-vasculaires

Arrêt cardio-respiratoire
Embolie pulmonaire
Endocardite
Insuffisance cardiaque
Insuffisance coronarienne
Myocardite
Péricardite
Phlébite
Syndrome de Raynaud
Troubles du rythme et de la conduction

Lésions dermatologiques

Acné
Atteinte unguéale
Brûlures cutanées
Carcinome basocellulaire et spinocellulaire
Dépilation
Dermite
Eczéma
Infection cutanée
Panaris

Prurit chronique
Pustule
Pyodermite
Radiodermite
Ulcérations post-phlébitiques
Urticaire
Varices

Lésions digestives

Brûlures gastriques
Cirrhose
Colite
Diarrhée
Douleurs gastriques
Dysphagie
Hépatite
Insuffisance hépatique
Tumeur maligne du foie
Vomissements

Lésions neurologiques

Accident vasculaire cérébral
Aphasie
Ataxie
Céphalées
Coma
Cruralgies
Dysarthrie
Encéphalopathie
Epilepsie
Myoclonies
Paralysie faciale
Réaction méningée, méningite, myélite
Sciatiques
Syndrome cérébelleux
Syndromes de compression nerveuse : cervico-brachial, gouttière épitrochléo-olécrânienne, canal carpien, loge de Guyon, sciatique poplitée externe, queue de cheval
Syndrome pyramidal
Syndrome extrapyramidal dont syndrome parkinsonien
Troubles neurologiques périphériques : polynévrite, polyradiculonévrite (syndrome de Guillain Barré)
Somnolence
Tremblements

Lésions psychiatriques

Altérations cognitives
Délires
Etats de stress posttraumatique
Syndromes confusionnels
Troubles anxieux
Troubles de l'adaptation
Troubles dépressifs

Troubles phobiques

Lésions de l'appareil urinaire et génital masculin

Epididymite
Insuffisance rénale
Orchite
Stérilité masculine

Lésions de l'appareil respiratoire

Cancer broncho-pulmonaire primitif
Emphysème
Insuffisance respiratoire
Pneumothorax

Lésions hématologiques

Anémie
Aplasie médullaire
Leucémie
Leuco-neutropénie
Syndrome hémorragique
Syndrome post-splénectomie
Syndrome post-transfusionnel
Thrombopénie

Lésions de l'appareil locomoteur

Algodystrophie
Arthrite
Arthrose (dont gonarthrose)
Cervicalgies
Dorsalgies
Hydarthrose
Hygromas
Nécrose osseuse
Lésions du ménisque
Limitation mobilités articulaires
Lombalgies
Maladie de Dupuytren
Ostéoarthrites
Raideurs lombaires
Sarcome osseux
Synovite
Tendinopathies de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, des doigts, du genou et de la cheville
Troubles angioneurotiques

Lésions ORL

Acouphènes
Hyperacousie
Hypoacousie, surdité

Lésions de l'oreille interne

Otite
 Rhinite
 Ulcération bucco-pharyngée
 Ulcération nasale
 Vertiges et troubles de l'équilibre

Lésions stomatologiques

Hypersialorrhée
 Stomatite
 Syndrome sec

Lésions ophtalmologiques

Blépharite
 Brûlures oculaires
 Cataracte
 Conjonctivite
 Endophtalmie
 Kératite
 Paralysie oculo-motrice (diplopie, ptosis)
 Ptérygion
 Syndrome sec oculaire
 Trouble de l'acuité visuelle
 Uvéite

Lésions dues aux maladies infectieuses

Hépatites virales
 Septicémie
 Tétanos
 Toutes manifestations de la rage

Lésions systémiques

Choc anaphylactique
 Œdème de Quincke

L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur cette liste est appréciée par le médecin-conseil au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente (salariés du régime général) ou sur la notification du taux d'incapacité permanente (travailleurs salariés et non-salariés des professions agricoles)

Aux termes des derniers alinéas du III de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception par la caisse d'un dossier complet.

Pour une instruction des dossiers de demande de retraite compatible avec ce délai de quatre mois, il est recommandé aux médecins-conseils de rendre leur avis dans le délai d'un mois suivant le jour où l'échelon régional du service médical ou le service du contrôle médical a été saisi, particulièrement en cas de taux d'incapacité permanente nécessitant la saisine de la commission pluridisciplinaire.

L'avis du médecin-conseil étant rendu, trois cas de figure peuvent se présenter :

- le médecin-conseil ne reconnaît pas l'identité des lésions avec celles figurant sur la liste annexée à l'arrêté du 30 mars 2011 précité : dans ce cas, la caisse liquidatrice de la pension de retraite notifie à l'assuré le rejet de sa demande de pension de retraite, en précisant les voies et délais de recours

(saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de cette décision) ;

- l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité au moins égal à 20 % : dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert.
- l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité inférieur à 20 % et au moins égal à 10 % : dans ce cas, la Caisse saisit la Commission pluridisciplinaire, en précisant que l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle a été reconnue par le médecin-conseil.

Dans ce cas, l'avis de la Commission pluridisciplinaire est requis, cette commission étant saisie, si l'assuré a été victime d'un accident du travail, après que l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle a été vérifiée. Lorsque la demande de retraite émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité inférieur à 20 %, mais au moins égal à 10 %, la caisse saisit la commission pluridisciplinaire. Cette saisine intervient si l'incapacité résulte d'un accident du travail, après que le médecin-conseil a reconnu l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. La Caisse ne saisit pas la Commission pluridisciplinaire en cas de maladie professionnelle si la durée d'activité professionnelle a été au moins de 17 ans.

La composition et le fonctionnement de la commission pluridisciplinaire diffèrent pour le régime général et les régimes de protection sociale agricole.

Cas du régime général

► Dans le régime général, la commission pluridisciplinaire est composée comme suit :

- 1° le directeur de la caisse chargée de la liquidation de la pension de retraite, ou son représentant intervenant au titre de l'assurance vieillesse ;
- 2° le médecin-conseil régional qui peut désigner, pour le représenter, un médecin-conseil de l'échelon régional du contrôle médical ;
- 3° l'ingénieur conseil chef du service de prévention, ou son représentant ;
- 4° selon le cas, le professeur des universités-praticien hospitalier ou le praticien hospitalier membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, qui peuvent se faire représenter ;
- 5° le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ou son représentant.

En tant que de besoin, la commission pluridisciplinaire peut recueillir l'avis du médecin inspecteur régional du travail ou, à défaut, d'un médecin du travail désigné par le DIRECCTE.

► Le ressort territorial de la commission pluridisciplinaire est celui de la caisse chargée d'apprécier la demande de pension de retraite. Cette caisse assure le secrétariat de la commission pluridisciplinaire.

Cas des régimes de protection sociale des professions agricoles

► En ce qui concerne les régimes de protection sociale agricole, la commission pluridisciplinaire est composée comme suit :

- 1° le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole dont relève le département dans lequel se trouve le siège du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, ou le représentant qu'il désigne pour le représenter ;
- 2° le médecin-conseil national du régime agricole de protection sociale, ou la personne qu'il désigne pour le représenter parmi les médecins-conseils des caisses de mutualité sociale agricole se trouvant dans le ressort de compétence du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles ;
- 3° un conseiller en prévention des risques professionnels désigné au sein de sa caisse par le directeur mentionné au 1° ;
- 4° selon le cas, le professeur des universités-praticien hospitalier ou le praticien hospitalier membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, qui peuvent se faire représenter ;
- 5° le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ou son représentant.

En tant que de besoin, la commission pluridisciplinaire peut recueillir l'avis du médecin inspecteur régional du travail ou, à défaut, d'un médecin du travail désigné par le DIRECCTE.

► Le ressort territorial de la commission pluridisciplinaire est celui prévu par l'article D. 751-35 du code rural et de la pêche maritime pour le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le secrétariat de la commission pluridisciplinaire est assuré par la caisse de mutualité sociale agricole visée au 1° ci-dessus, dont relève le département dans lequel se trouve le siège du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Dispositions communes au régime général et aux régimes de protection sociale des professions agricoles

► Les membres de la commission pluridisciplinaire sont astreints au secret professionnel. Ils sont remboursés de leurs frais de déplacement.

Les praticiens visés aux 4° des **des régimes de protection sociale des professions agricoles, du régime général** ci-dessus reçoivent en outre une rémunération pour cette mission.

► La commission pluridisciplinaire compétente est celle du lieu où l'assuré a déposé sa demande de retraite.

Pour mémoire, les règles de coordination interrégime font que lorsqu'un assuré relève ou a relevé du régime général et d'au moins l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, seule la commission du régime compétent, en application de l'article R. 173-3-1 du code de la sécurité sociale, pour apprécier le droit à retraite sera saisie.

► L'assuré peut être, à son initiative ou à celle de la commission, entendu par la commission pluridisciplinaire. Il peut se faire assister par une personne de son choix.

La saisine de la commission pluridisciplinaire

La commission pluridisciplinaire est chargée :

- de vérifier que les modes de preuve apportés par l'assuré permettent d'attester d'une part que l'intéressé a bien été exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011 précité, d'autre part que la durée de ces expositions atteint bien dix-sept ans ;

Liste des facteurs de risques pris en compte dans le cadre du droit à retraite anticipée pour pénibilité ainsi que pour la mise en œuvre d'un suivi des expositions des travailleurs.

Ces dispositions sont codifiées à l'article D. 4121-5 nouveau du code du travail créé par décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 publié au journal officiel du 31 mars 2011.

Risques liés à des contraintes des contraintes physiques marquées

Entrent dans cette catégorie :

- les manutentions manuelles de charges définies à l'article R. 4541-2 du code du travail ;
- les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ;
- les vibrations mécaniques mentionnées à l'article R. 4441-1 du code du travail (vibrations transmises aux mains et aux bras, vibrations mécaniques entraînant des risques, notamment des troubles vasculaires, des lésions ostéo-articulaires ou des troubles neurologiques ou musculaires, vibrations transmises à l'ensemble du corps, ou enfin vibrations mécaniques entraînant des risques notamment de lombalgies et de microtraumatismes de la colonne vertébrale).

Risques liés à l'environnement physique agressif

Sont prise en compte à ce titre :

- les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R. 4412-3 du Code du travail (agents chimiques satisfaisant aux critères de classement des substances ou préparations dangereuses ou pouvant présenter un risque pour la santé et la sécurité des travailleurs) ainsi que ceux mentionnés à l'article R. 4412-60 (agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la production), y compris les poussières et les fumées ;
- les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R. 4461-1 du Code du travail (c'est-à-dire avec une pression supérieure à 100 hectopascals) ;
- les températures extrêmes ;
- le bruit mentionné à l'article R. 4431-1 du Code du travail (ce texte définit les valeurs limites d'exposition professionnelle).

Risques liés à rythmes de travail

Constituent un facteur de risques :

- le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L. 3122-29 à L. 3122-31 ;
- le travail en équipes successives alternantes ;
- le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

- Et d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

La commission pluridisciplinaire devra vérifier les deux conditions requises, à savoir l'exposition pendant au moins dix-sept ans à des facteurs de risques professionnels et l'effectivité du lien entre cette exposition et l'incapacité permanente.

En conséquence, la caisse joint à sa saisine les pièces au vu desquels la commission va se prononcer, à savoir :

- Si l'assuré relève du régime général : la notification de rente prévue à l'article R. 434-32 et la notification de la date de consolidation prévue à l'article R. 433-17 du code de la sécurité sociale ;
- S'il relève du régime des salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue à l'article R. 751-63, quatrième alinéa, du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de consolidation prévue à l'article L. 751-31 du même code.
- S'il relève du régime des non-salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue à l'article L. 752-6, cinquième alinéa, du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de consolidation prévue à l'article L. 752-24 du même code ● Si l'incapacité a été reconnue au titre d'une maladie professionnelle, les éléments permettant de justifier de dix-sept années d'activité professionnelle ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré ;
- Si l'incapacité a été reconnue au titre d'un accident du travail, les modes de preuve attestant de l'exposition, pendant dix-sept années, à des facteurs de risques professionnels.

Les modes de preuve

1°) salariés du régime général et du régime agricole

Aux termes du nouvel article D. 351-1-12 du code de la sécurité sociale, constitue mode de preuve tout document à caractère individuel remis à l'assuré dans le cadre de son activité professionnelle et attestant de cette activité. Peuvent notamment être cités :

- les bulletins de paie, étant toutefois précisé que les expositions aux facteurs de risque n'ont pas nécessairement d'incidence sur la rémunération. Le code du travail fait toutefois état d'une compensation salariale possible pour le travail de nuit (article L. 3122-39), les conventions collectives

pouvant également prévoir des primes particulières pour certains types de travaux. En outre, les bulletins de paie peuvent comporter des précisions sur la nature de l'emploi.

- Les différentes formes de contrats de travail : contrat de travail à durée indéterminée, à durée déterminée, contrat de mission pour les salariés intérimaires ;
- pour les périodes à venir : la fiche individuelle dans laquelle l'employeur devra consigner, pour chaque salarié exposé à au moins un facteurs de risques professionnels, le ou les risques auxquels ce salarié est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue, ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre pour faire disparaître ou réduire ces facteurs de risques professionnels. Une copie de cette fiche sera remise au salarié à son départ de l'entreprise (nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail, tel qu'il résulte de l'article 60, en son II, de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites). La date d'entrée en vigueur de cette nouvelle disposition législative n'est pas connue à la date de signature de la présente circulaire ;
- Pour les périodes antérieures à la mise en œuvre de cette fiche individuelle d'exposition : les divers documents actuellement prévus par le code du travail et ayant la même finalité.

2°) travailleurs non salariés agricoles

Aux termes du nouvel article D. 732-41-5 du code de la sécurité sociale, constitue mode de preuve tout document à caractère individuel attestant d'une affiliation au régime des personnes non salariées des professions agricoles et de la réalité de l'exposition aux risques professionnels.

L'appréciation par la commission pluridisciplinaire

Des conditions devront être vérifiées pour les assurés victimes d'un accident du travail .

1°) validation des modes de preuve attestant de la durée d'exposition

► Pour bénéficier de la retraite à raison de la pénibilité, le demandeur doit avoir été exposé pendant au moins dix-sept ans aux facteurs de risques professionnels listés par le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011.

Cette durée d'exposition est appréciée en cumulant les facteurs de risques professionnels auxquels l'assuré aura été exposé tout au long de sa carrière. Sont donc prises en compte non seulement les expositions subies dans les régimes ouvrant droit à retraite à raison de la pénibilité (régime général, salariés agricoles, non-salariés agricoles) mais aussi celles subies dans les régimes dans lesquels la retraite pour pénibilité n'existe pas (régime social des indépendants, par exemple).

◆ *Exemple : Un salarié justifie d'une incapacité permanente d'un taux de 10 % liée à des postures pénibles, reconnue par le régime général. Les preuves apportées par ce salarié attestent qu'il a été exposé à des postures pénibles pendant vingt ans, ces vingt années se décomposant en dix années dans une entreprise relevant du régime général et dix années effectuées dans une entreprise relevant du régime agricole. Pour apprécier la durée d'exposition, il est fait masse des périodes d'exposition dans le régime général et dans le régime agricole, conduisant ainsi à une durée d'exposition totale supérieure à dix-sept ans.*

Sont également prises en compte les années d'exposition accomplies dans un ou plusieurs Etats de l'Union Européenne dans le champ du règlement 883/2004, au titre des principes de l'assimilation des faits et de la totalisation des périodes.

En revanche, les années accomplies dans un Etat lié à la France par un accord bilatéral de sécurité sociale ne sont pas retenues (aucune disposition conventionnelle ne le permettant).

► Toutefois, la prise en compte de ces expositions s'entend sous réserve, bien entendu, qu'elles correspondent aux facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011 précité. En conséquence, seuls peuvent être retenus les facteurs de pénibilité suivants :

- Au titre des contraintes physiques marquées :

- les manutentions manuelles de charges définies à l'article R.4541-2 du code du travail ;
 - les postures pénibles définies comme position forcée des articulations ;
 - les vibrations mécaniques définies à l'article R.4441-1 du code du travail.
- Au titre de l'environnement physique agressif :
 - les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R.4412-3 et R.4412-60 du code du travail, y compris les poussières et fumées ;
 - les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R. 4461-1 du même code ;
 - les températures extrêmes ;
 - le bruit mentionné à l'article R. 4431-1 du même code.
- Au titre des contraintes liées aux rythmes de travail :
 - le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L.3122-29 à L.3122-31 du code du travail ;
 - le travail en équipes successives alternantes ;
 - le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

2°) effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels

► Le fait d'avoir été exposé, pendant dix-sept années, aux facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011 est une condition nécessaire mais non suffisante. Encore faut-il qu'il y ait un lien entre ces années d'exposition et l'incapacité permanente dont souffre l'assuré. Si tel n'est pas le cas, la condition d'effectivité de ce lien n'est pas remplie.

♦ *Exemple : Un salarié justifie d'une incapacité permanente d'un taux de 10 % en raison d'une hypoacousie consécutive à un accident du travail. Les preuves apportées par ce salarié attestent qu'il a été exposé au bruit pendant dix ans, et à des postures pénibles pendant dix autres années. L'incapacité permanente dont cet assuré est atteint étant sans lien avec l'exposition à des postures pénibles, la condition de durée d'exposition n'est pas remplie.*

► Seuls peuvent bénéficier de la retraite pour pénibilité les assurés victimes d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Les lésions retenues sont celles figurant sur la liste annexée à l'arrêté du 30 mars 2011.

Parmi ces lésions, certaines d'entre elles sont, par nature, peu susceptibles d'être liées à une exposition aux facteurs de risques professionnels énoncés ci-dessus. Pour aider la commission pluridisciplinaire, des exemples sont indiqués ci-après. Ils ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne préjugent pas de la décision que prendra la commission au vu des éléments de preuve apportés par l'assuré.

Séquelles d'un traumatisme crânien

Aphasie

Ataxie

Dysarthrie

Epilepsie

Myoclonies

Névrites, polynévrites

Somnolence

Syndromes

cérébelleux

Syndrome parkinsonien

Syndromes psychiatriques (dont délires, états dépressifs, altérations cognitives, confusion mentale)

Tremblements

Séquelles d'un traumatisme thoraco-abdominal

Emphysème
Insuffisance cardiaque
Insuffisance rénale
Insuffisance respiratoire
Pneumothorax
Stérilité masculine

Complications infectieuses d'un accident du travail

Endocardite
Epididymite
Infection cutanée
Méningite
Myocardite
Orchite
Ostéoarthrite
Otite
Panaris
Péricardite
Pyodermite
Septicémie
Toutes manifestations de la rage

Séquelles psychiques d'un traumatisme

Etats de stress post-traumatique
Troubles anxieux et dépressifs
Troubles de l'adaptation
Troubles phobiques

Accidents vaccinaux

Affections imputables à la sérothérapie ou vaccinothérapie
Syndrome de Guillain-Barré

Les conséquences de la décision de la commission pluridisciplinaire

Aux termes des articles R. 351-37, dernier alinéa du III, du code de la sécurité sociale et R. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception par la caisse d'un dossier complet.

Pour une instruction des dossiers de demande de retraite compatible avec ce délai de quatre mois, il est recommandé aux commissions pluridisciplinaires de rendre leur avis dans le délai de deux mois suivant le jour où elles sont saisies.

La commission pluridisciplinaire ne valide pas les modes de preuve et/ou l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels

L'avis de la commission pluridisciplinaire s'impose à la caisse liquidatrice de la pension de retraite. En conséquence, cette caisse notifie à l'assuré le rejet de sa demande, en précisant les voies et délais de recours (saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de cette décision) .

La commission pluridisciplinaire valide les modes de preuve et/ou l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels .

Dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert :

- Pour les salariés du régime général et du régime agricole : selon les dispositions prévues au I de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale ;
- Pour les non-salariés agricoles : selon les dispositions prévues à l'article D. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

Les taux d'incapacité permanente sont régis par les articles L. 351-1-4, D. 351-9 et D. 351-1-10 du Code de la sécurité sociale pour les salariés du régime général et du régime agricole, les articles L. 732-18-3, D. 732-41-2 et D. 732-41-3 du code rural et de la pêche maritime pour les travailleurs non-salariés des professions agricoles .

Les taux d'incapacité permanente pris en compte sont ceux reconnus dans le cadre des articles L. 411-1 et L. 461-1 du code de la sécurité sociale et des articles L. 752-2 et L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime.

Pour le régime des non-salariés agricoles, il convient de rappeler que l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles (ATEXA), mise en place par la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001, ne couvre que les maladies professionnelles et accidents du travail constatés ou survenus à compter du 1er avril 2002.

► Un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % permet d'ouvrir le droit à retraite à raison de la pénibilité sans autres conditions que la seule vérification, pour les victimes d'accidents du travail, de l'appréciation de la notion de lésions identiques .

◆ Exemple : Un assuré justifie d'une incapacité permanente reconnue au titre d'une maladie professionnelle, d'un taux égal à 20 %. Le droit à retraite pour pénibilité peut être ouvert.

Si ce même taux d'incapacité permanente a été reconnu au titre d'un accident du travail, l'ouverture du droit à retraite pour pénibilité est subordonnée à la reconnaissance de l'identité des lésions consécutives à cet accident avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Le taux de 20 % peut être obtenu par l'addition de plusieurs taux d'incapacité permanente reconnus à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, sous réserve qu'un taux d'incapacité au moins égal à 10 % ait été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail.

◆ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes toutes deux reconnues au titre d'une maladie professionnelle, l'une d'un taux de 15 %, l'autre d'un taux de 5 %. L'une de ces maladies professionnelles ayant entraîné la reconnaissance d'un taux au moins égal à 10 %, le cumul des taux est possible,

permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %. Le droit à retraite pour pénibilité peut donc être ouvert.

Cependant, lorsqu'au moins un des taux résulte d'une incapacité consécutive à un accident du travail, le cumul des taux ne dispense pas de la vérification de l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle (cf. annexe n° 5).

Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, l'une d'un taux de 15 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle, l'une d'un taux de 5 % reconnu au titre d'un accident du travail. Un taux au moins égal à 10 % ayant été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle, le cumul des taux est possible, permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %.

Toutefois, l'une des incapacités permanentes ayant été reconnue au titre d'un accident du travail, l'ouverture du droit à retraite pour pénibilité nécessite la vérification préalable de l'identité des lésions consécutives à cet accident du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Si cette identité des lésions n'est pas reconnue, la seule incapacité permettant d'ouvrir droit à retraite pour pénibilité est celle obtenue au titre de la maladie professionnelle. Cette incapacité étant d'un taux inférieur à 20 % mais supérieur à 10 %, la demande ne devra pas être soumise à l'avis de la commission pluridisciplinaire si la durée d'activité professionnelle était d'au moins 17 ans..

◆ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes toutes deux reconnues au titre d'un accident du travail, l'une d'un taux de 15 %, l'autre d'un taux de 5 %. L'un de ces accidents du travail ayant entraîné la reconnaissance d'un taux au moins égal à 10 %, le cumul des taux est possible, permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %.

Toutefois, ces incapacités étant consécutives à des accidents du travail, le droit à retraite pour pénibilité ne peut être ouvert que si l'identité des lésions consécutives à ces accidents du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle est reconnue. Si cette identité des lésions n'est pas reconnue, le droit à retraite pour pénibilité ne peut être ouvert.

Si l'identité des lésions est reconnue pour la seule incapacité d'un taux de 15 % (et non pour celle de 5 %), donc pour une incapacité d'un taux inférieur à 20 %, la demande devra être soumise à l'avis de la commission pluridisciplinaire.

Si cette identité des lésions est reconnue pour la seule incapacité d'un taux de 5 % (et non pour celle de 15 %), le droit à retraite pour pénibilité ne peut être ouvert .

► Enfin, le cumul des taux est possible, dans les conditions exposées ci-dessus et dans le respect des règles de coordination lorsque l'assuré justifie de plusieurs taux d'incapacité reconnus par des régimes différents.

◆ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, l'une d'un taux de 15 % reconnue dans le régime général suite à une maladie professionnelle, l'autre

d'un taux de 5 % obtenue dans l'un des régimes de protection sociale agricoles suite à un accident du travail. L'une de ces incapacités ayant entraîné la reconnaissance d'un taux au moins égal à 10 %, le cumul des taux est possible. Le dossier sera instruit par le régime général (régime ayant reconnu le taux d'incapacité le plus élevé), l'instruction se faisant conformément à l'exemple antérieur.

► Un taux d'incapacité permanente inférieur à 20 % mais au moins égal à 10 % permet, sous certaines conditions, d'ouvrir le droit à retraite à raison de la pénibilité.

Conformément à l'article D. 351-1-10 du code de la sécurité sociale, ce taux d'incapacité permanente doit avoir été obtenu au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail. En effet, l'article L. 351-1-4 du même code dispose, en son III, que le taux d'incapacité permanente de l'assuré doit être au moins égal à un taux fixé par décret. Le cumul de taux inférieurs à 10 % serait donc contraire au texte de la loi.

Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, toutes deux d'un taux de 5 %. Le droit à retraite pour pénibilité ne peut donc être ouvert.

TABLEAU RECAPITULATIF DES DIFFERENTES SITUATIONS POSSIBLES EN FONCTION DU TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE (IP)

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
≥20%	IP pour MP (Maladie Professionnelle) ≥ 20% -soit MP unique -soit 10% ≤ MP < 20% + 10% ≤ MP < 20% -soit 10% ≤ MP < 20% + MP < 10%) Présence d'IP pour AT (Accident du Travail) indifférente	Droit ouvert
	IP AT ≥ 20% - soit AT unique - soit 10% ≤ AT < 20% + 10% ≤ AT < 20% - soit 10% ≤ AT < 20% + AT < 10%)	Médecin conseil ➔ oui : droit ouvert ➔ non : rejet

	$\text{IP AT} \geq 20\%$ <p style="text-align: center;">+</p> $\text{IP } 10\% \leq \text{MP} < 20\%$	<p>Caisse de retraite pour IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans)</p> <p>➔ oui : droit ouvert (IP AT indifférente)</p> <p>➔ non : Médecin conseil pour IP AT</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>oui : droit ouvert non : rejet</p>
--	---	---

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
≥ 20%	<p>IP AT ≥ 20%</p> <p>+</p> <p>IP MP < 10%</p>	<p>Médecin conseil pour IP AT</p> <p>➔ oui : droit ouvert</p> <p>➔ non : rejet (IP MP indifférente)</p>
	<p>IP 10% ≤ MP < 20%</p> <p>+</p> <p>IP pour MP < 10%</p>	<p>Droit ouvert</p>
	<p>IP 10 % ≤ AT < 20%</p> <p>+</p> <p>IP 10% ≤ MP < 20%</p>	<p>Caisse de retraite pour IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans)</p> <p>➔ oui : droit ouvert (IP AT indifférente)</p> <p>➔ non : Médecin conseil pour IP AT</p> <p>↓</p> <p>oui : droit ouvert</p> <p>non : rejet</p>

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
≥ 20%	IP 10 % ≤ AT < 20% + IP AT < 10%	Médecin conseil → oui pour IP 10% ≤ AT < 20% → oui pour IP AT < 10% Droit ouvert
		Médecin conseil → non pour IP AT < 10% → oui pour IP 10% ≤ AT < 20% ↓ Commission pluridisciplinaire oui : droit ouvert non : rejet
		Médecin conseil → oui pour IP AT < 10% → non pour IP 10% ≤ AT < 20% rejet
		Médecin conseil → non pour IP 10% ≤ AT < 20% → non pour IP AT < 10% rejet
	IP 10% ≤ AT < 20% + IP MP < 10%	Médecin conseil pour IP AT → oui : droit ouvert → non : rejet
	IP 10% ≤ MP < 20% + IP AT < 10%	Caisse de retraite pour IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) → oui : droit ouvert (IP AT indifférente) → non : rejet

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
10% ≤ IP < 20%	IP 10 % ≤ MP < 20%	Caisse de retraite (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) → oui : droit ouvert → non : rejet
	IP 10% ≤ AT < 20%	Médecin conseil → non : rejet → oui : commission pluridisciplinaire ↓ oui : droit ouvert non : rejet
	IP 10% ≤ AT < 20% + IP MP < 10%	Médecin conseil pour IP AT → non : rejet (IP MP indifférente) → oui : commission pluridisciplinaire pour IP AT ↓ oui : droit ouvert non : rejet
	IP 10% ≤ MP < 20% + IP AT < 10%	Caisse de retraite pour IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) → oui : droit ouvert → non : rejet (IP AT indifférente)
	IP 10% ≤ MP < 20% + IP MP < 10%	Caisse de retraite pour IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) → oui : droit ouvert → non : rejet

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
10% ≤ IP < 20%		Médecin conseil → oui pour IP pour AT < 10% → oui pour IP 10% ≤ AT < 20% ↓ commission pluridisciplinaire oui : droit ouvert non : rejet
	IP 10% ≤ AT < 20% + IP AT < 10%	Médecin conseil → non pour IP pour AT < 10% → oui pour IP 10% ≤ AT < 20% ↓ commission pluridisciplinaire oui : droit ouvert non : rejet
		Médecin conseil → oui pour IP pour AT < 10% → non pour IP 10% ≤ AT < 20% rejet
		Médecin conseil → non pour IP 10% ≤ AT < 20% → non pour IP pour AT < 10% rejet

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
<10%	IP MP < 10%	Rejet
	IP AT < 10%	Rejet
	IP MP < 10% + IP MP < 10%	Rejet
	IP AT < 10% + IP AT < 10%	Rejet
	IP MP < 10% + IP AT < 10%	Rejet

Les pièces à joindre à la demande de retraite

Ces formalités concernent :

- les salariés du régime général et du régime agricole : article R. 351-37, en son III, du code de la sécurité sociale.
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles : article R. 732-58-1 du code rural et de la pêche maritime.

L'assuré joint à sa demande de retraite :

- S'il relève du régime général : la notification de rente, prévue à l'article R. 434-32 du code de la sécurité sociale, et la notification de la date de consolidation, prévue à l'article R. 433-17 du même code.

En effet, dans le régime général, la notification de rente ne comprend pas toujours le fait générateur de l'incapacité : maladie professionnelle ou accident du travail. Or, cet élément est indispensable pour savoir si l'assuré relève de l'appréciation de la notion de lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Il est donc indispensable que l'assuré fournisse également la notification de la date de consolidation.

Concernant l'identification de la nature du risque, les notifications de rente et/ou de consolidation ne comportent pas toujours la notion d'accident de trajet, mais peuvent porter par défaut la notion d'accident du travail. Il est donc indispensable que les

caisses de retraite vérifient, par des échanges dématérialisées ou par le biais d'informations mises à leur disposition, que l'assuré n'a pas été victime d'un accident de trajet.

Les assurés n'ayant plus en leur possession la notification de rente et/ou la notification de la date de consolidation pourront :

- soit demander à leur caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de la CPAM, une attestation comprenant le taux d'incapacité permanente et la mention maladie professionnelle ou accident du travail hors accident de trajet ;
- soit demander eux-mêmes cette attestation auprès de la CPAM.

De même, les assurés ayant en leur possession des notifications portant la seule mention d'accident du travail pourront également :

- soit demander à leur caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de la CPAM, une attestation confirmant (ou infirmant) qu'il ne s'agissait pas d'un accident de trajet ;
- soit demander eux-mêmes cette attestation à la CPAM.

► S'il relève du régime des salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue à l'article R. 751-63, quatrième alinéa, du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de consolidation prévue à l'article L. 751-31 du même code. Les assurés n'ayant plus en leur possession la notification du taux d'incapacité permanente et/ou la notification de la date de consolidation pourront :

- soit demander à la caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de la caisse de MSA gestionnaire de chacun des accidents du travail ou maladies professionnelles concernés, la copie de la (des) notification(s) manquante(s) ;
- soit demander eux-mêmes cette copie à la caisse de MSA concernée.

► S'il relève du régime des non-salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue au cinquième alinéa de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de consolidation prévue à l'article L. 752-24 du même code.

Les assurés n'ayant plus en leur possession la notification du taux d'incapacité permanente et/ou la notification de la date de consolidation pourront :

- soit demander à la caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de l'organisme gestionnaire de chacun des accidents du travail ou maladies professionnelles, la copie de la (des) notification(s) manquante(s) ;
- soit demander eux-mêmes cette copie à l'organisme concerné.

L'organisme gestionnaire de chacun des accidents du travail ou maladies professionnelles peut être :

- soit une caisse de MSA ;

- soit un organisme assureur membre du groupement mentionné à l'article L 752-14 du code rural et de la pêche maritime.

► S'agissant des accidents du travail pris en charge par les régimes agricoles, les notifications ne permettent pas, à ce jour, de les distinguer des accidents de trajet. Il revient à la caisse compétente pour instruire la demande de retraite de solliciter l'organisme gestionnaire du dossier accident du travail (caisse de MSA ou assureur membre du groupement), qui lui apportera l'information nécessaire, disponible dans leur système d'information.

► S'il y a lieu, l'assuré joint en outre à sa demande les modes de preuve attestant de l'exposition, pendant dix-sept années, à des facteurs de risques professionnels.

La réception de la demande

La caisse accuse réception de la demande de retraite. Cet accusé de réception est notamment nécessaire pour faire courir le délai de quatre mois au terme duquel le silence gardé vaut décision de rejet lorsque l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle doit être vérifiée (cas des assurés victimes d'un accident du travail) ou lorsque l'avis de la commission pluridisciplinaire est requis (taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 %). Toutefois, la délivrance de cet accusé de réception n'implique pas que la demande de l'assuré doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si la demande émane bien d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % consécutif à un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajet, cette demande est étudiée selon les modalités exposées dans les annexes suivantes.

Si la demande émane d'un assuré ne justifiant d'aucun taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % ou justifiant d'une incapacité consécutive à un accident de trajet, la caisse notifie une décision de rejet, en précisant les voies et délais de recours (saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de la décision) .

Tableau synthétique de la procédure

Assuré	Médecin conseil régional	Commission pluridisciplinaire	Caisse de retraite
--------	--------------------------	-------------------------------	--------------------

Remet à la caisse sa demande de retraite, notification de rente et/ou de taux d'IP de la maladie professionnelle \geq 20% et notification de consolidation médicale			Attribue la retraite pour pénibilité
Remet à la caisse demande de retraite, notification de rente et/ou de taux d'IP de l'accident du travail \geq 20% et notification de consolidation médicale			Saisit le médecin conseil régional
	<p>Apprécie l'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur la liste fixée par arrêté</p> <p>Communique son avis à la caisse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avis positif : - avis négatif : 	<p>→</p> <p>→</p>	<p>→</p> <p>Attribue la retraite pour pénibilité</p> <p>Rejette le droit à la retraite pour pénibilité</p>

Assuré	Médecin conseil régional	Commission pluridisciplinaire	Caisse de retraite
Remet à la caisse sa demande de retraite, sa			Détermine si la condition de durée d'exposition aux

<p>notification de rente et/ou de taux d'IP de la maladie professionnelle entre 10 et 20%, notification de consolidation médicale et modes de preuve</p>			<p>facteurs de risques professionnels (= durée d'activité professionnelle – 68 trimestres cotisés -) est satisfaite</p> <p>- oui : Attribue la retraite pour pénibilité</p> <p>- non : Rejette le droit à la retraite pour pénibilité</p>
--	--	--	--

Assuré	Médecin conseil régional	Commission pluridisciplinaire	Caisse de retraite
<p>Remet à la caisse demande de retraite, notification de rente et/ou de taux d'IP de l'accident du travail entre 10 et 20%, notification de consolidation médicale et modes de preuve</p>			Saisit le médecin régional
	<p>Apprécie l'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur la liste fixée par arrêté.</p> <p>Communique son avis à la caisse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avis négatif : - avis positif : 	<p>→</p> <p>→</p>	<p>Rejette le droit à la retraite pour pénibilité</p> <p>Saisit la commission pluridisciplinaire</p>

		<p>Détermine si les conditions de durée d'exposition aux facteurs de risques professionnels et de lien entre cette exposition et l'incapacité permanente de l'assuré sont satisfaites.</p> <p>Communique son avis à la caisse :</p> <p>- avis positif →</p> <p>- avis négatif →</p>	<p>Attribue la retraite pour pénibilité</p> <p>Rejette le droit à la retraite pour pénibilité</p>
--	--	---	---

Les règles de coordination interrégimes sont régies par l'article R. 173-3-1 du Code de la sécurité sociale.

I – L'appréciation de la situation de l'assuré

► Lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement ou simultanément du régime général de sécurité sociale et d'au moins l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, son droit à retraite est apprécié par le régime au titre duquel l'incapacité permanente a été reconnue.

◆ Exemple : Un assuré s'est vu reconnaître par le régime général une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 10 %. Au moment du dépôt de sa demande de retraite, cet assuré est affilié en tant que salarié du régime agricole. Le droit à retraite sera apprécié par le régime au titre duquel l'incapacité a été reconnue, c'est-à-dire le régime général.

► Lorsque l'assuré justifie d'au moins deux incapacités permanentes reconnues l'une par le régime général, l'autre par l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, la caisse compétente pour apprécier le droit à retraite est celle du régime au titre duquel a été reconnu le taux d'incapacité le plus élevé.

◆ Exemple : Un assuré justifie de deux taux d'incapacités permanentes :

- l'un de 15 % reconnu par le régime des non-salariés agricoles ;

- l'un de 10 % reconnu par le régime général.

Au moment de sa demande de retraite, l'assuré est ressortissant du régime général. Cependant, le taux d'incapacité le plus élevé ayant été reconnu par le régime des non-salariés agricoles, c'est ce dernier régime qui apprécie le droit à retraite.

► En cas d'identité des taux reconnus par deux régimes distincts, la caisse compétente est celle ayant reconnu l'incapacité permanente en dernier lieu.

◆ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, toutes deux d'un taux de 10 %, reconnue l'une par le régime général en 1990, l'autre par le régime des salariés agricoles en 2000. Au moment de sa demande de retraite, l'assuré est affilié au régime général. L'incapacité permanente ayant été reconnue en dernier lieu par le régime des salariés agricoles, c'est ce régime qui est compétent pour apprécier la demande de retraite.

II – Les conséquences sur les droits à retraite

Lorsque le droit à retraite à raison de la pénibilité est reconnu, ce droit peut être ouvert dans l'ensemble des régimes dans lesquels cette retraite existe – régime général, régime des salariés agricoles, régime des non-salariés agricoles - y compris si l'incapacité permanente dont justifie l'assuré n'a été reconnue que par un seul de ces régimes.

◆ Exemple : Un assuré justifie d'une incapacité permanente lui ouvrant droit à la retraite pour pénibilité. Cette incapacité a été reconnue par le régime général. Au moment de sa demande de retraite, l'intéressé est affilié au régime des salariés agricoles. Cet assuré peut donc faire liquider une retraite à taux plein dès l'âge de soixante ans à la fois dans le régime général et dans le régime des salariés agricoles.

En revanche, la reconnaissance de la retraite pour pénibilité n'entraîne pas l'obtention de la retraite anticipée à taux plein dans les régimes autres que le régime général ou les régimes de protection sociale agricole, c'est-à-dire les régimes, tels le régime social des indépendants, dans lesquels la retraite pour pénibilité n'existe pas.

◆ Exemple : Un assuré justifie d'une incapacité permanente lui ouvrant droit à la retraite pour pénibilité. Cette incapacité a été reconnue par le régime général. Au moment de sa demande de retraite, l'intéressé est affilié au régime social des indépendants. Le droit à retraite à taux plein dès l'âge de soixante ans est ouvert uniquement dans le régime général .

Les textes applicables de la date de prise d'effet de la pension de retraite sont pour :

- les salariés du régime général et du régime agricole : l'article R. 351-37, en son I, du code de la sécurité sociale.
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles : l'article D. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

► Quel que soit le cas de figure envisagé (assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % reconnu à la suite d'une maladie professionnelle ; assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % reconnu à la suite d'un accident du travail et/ou assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 % reconnu à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail), la pension de retraite prend effet selon les modalités prévues :

- Pour les salariés du régime général et du régime agricole : au I de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale ;
- Pour les non-salariés agricoles : à l'article D. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

Il en résulte que la pension de retraite prend effet à la date demandée par l'assuré, cette date étant nécessairement le premier jour d'un mois et ne pouvant être antérieure au dépôt de la demande. Si l'assuré n'indique pas la date d'entrée en jouissance de sa pension, celle-ci prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la caisse.

► Ces dispositions s'entendent sous réserve des conditions prévues par ailleurs, et notamment de celles du premier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, qui subordonnent le service de la pension de retraite à la rupture de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée, à la cessation de cette activité.

♦ Exemple: un assuré né le 1er janvier 1953 peut prétendre à une retraite pour pénibilité dès le 1er janvier 2013, date de son 60ème anniversaire. Cet assuré justifie d'un taux d'incapacité de 10 % obtenu au titre d'un accident du travail. Or, cet assuré dépose sa demande en décembre 2012. L'identité des lésions est reconnue en janvier 2013, et la commission pluridisciplinaire statue positivement en mars 2013. Le droit peut être ouvert au 1er janvier 2013 (1er jour du mois civil suivant la demande) sous réserve que l'intéressé ait rompu tout lien avec son employeur. Si l'assuré est toujours en activité, le droit sera ouvert au premier jour du mois suivant la cessation d'activité (1er mars par exemple si l'intéressé cesse son activité en février) .

Quel que soit le cas de figure considéré, le seul interlocuteur de l'assuré est la caisse liquidatrice de la pension de retraite qui saisira, s'il y a lieu, le médecin-conseil (pour l'incapacité permanente reconnue suite à un accident du travail) et/ou la commission pluridisciplinaire (taux d'incapacité au moins égal à 10 % et inférieur à 20 %).

En cas de rejet de la demande, il appartient dans tous les cas à la Caisse liquidatrice d'en informer l'assuré, c'est-à-dire y compris lorsque ce rejet résulte d'un avis négatif du médecin-conseil ou de la commission pluridisciplinaire.

Ce rejet peut faire l'objet d'un recours devant la Commission de recours amiable, avant saisine éventuelle du tribunal des affaires de sécurité sociale. Conformément

à l'article R. 142-1, deuxième alinéa, du Code de la Sécurité sociale, la Caisse veillera à ce que la notification de la décision de rejet porte mention du délai de deux mois dans lequel la Commission de recours amiable doit être saisie.

La reconnaissance du droit à retraite à raison de la pénibilité ouvre droit à un double avantage :

- le maintien à soixante ans de l'âge légal de départ en retraite ;
- et l'obtention du taux plein quelle que soit la durée d'assurance effectivement accomplie.

Cette nouvelle législation est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2011. Elle s'adresse donc aux assurés âgés d'au moins soixante ans à compter de cette date, peu importe par ailleurs qu'ils aient ou non atteint ou dépassé l'âge légal de la retraite. Les intéressés pourront faire liquider une retraite à taux plein sans attendre d'avoir le nombre de trimestres requis ou d'avoir atteint l'âge d'annulation de la décote.

♦ Exemple n° 1 : Un assuré a eu soixante ans le 1^{er} janvier 2011. Au 1^{er} juillet 2011, date d'entrée en vigueur de la réforme, il n'aura que 159 trimestres d'assurance alors que la durée requise pour sa génération est de 163 trimestres. Dans ce cas de figure, l'assuré aurait pu partir en retraite dès son soixantième anniversaire, mais avec décote ; la retraite à raison de la pénibilité lui permet d'obtenir le taux plein dès le 1^{er} juillet 2011 (au lieu du 1^{er} juillet 2012).

♦ Exemple : Un assuré est né le 1^{er} janvier 1952. Le 1^{er} janvier 2012, date de son soixantième anniversaire, il aura la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein. Sans la réforme, cet assuré devrait, pour faire liquider sa retraite, attendre le 1^{er} septembre 2012, date à laquelle il aura soixante ans et huit mois, âge légal de départ pour sa génération. La retraite à raison de la pénibilité lui permettra de partir en retraite dès le 1^{er} janvier 2012, c'est-à-dire dès son soixantième anniversaire. Dans ce cas de figure, l'avantage porte uniquement sur l'âge, abaissé à 60 ans, et non sur le taux, l'assuré ayant la durée d'assurance requise pour obtenir le taux plein.

♦ Exemple : Un assuré est né le 1^{er} janvier 1953. Le 1^{er} janvier 2013, date de son soixantième anniversaire, il n'aura que 157 trimestres d'assurance au lieu des 165 requis pour sa génération. La retraite à raison de la pénibilité lui permettra d'obtenir dès le 1^{er} janvier 2013, date de son soixantième anniversaire, une retraite à taux plein. Dans cet exemple, l'avantage porte à la fois sur l'âge, abaissé à 60 ans, et sur le taux.

♦ Exemple : Un assuré est né le 1^{er} janvier 1949. Au 1^{er} janvier 2012, date de son soixante-troisième anniversaire, cet assuré est toujours en activité car il n'a que 120 trimestres d'assurance au lieu des 161 requis pour sa génération. La retraite à raison de la pénibilité lui permettra de partir en retraite à taux plein sans attendre son soixante-cinquième anniversaire, âge d'annulation de la décote.

Il est par ailleurs rappelé que cette réforme ne porte pas atteinte au caractère viager de la rente AT-MP, qui demeure intégralement cumulable avec la pension de retraite qui sera versée.

En revanche, le versement de la pension d'invalidité versée aux assurés du régime général ou des régimes agricoles sera suspendu en cas de liquidation d'une retraite anticipée à raison de la pénibilité (modifications apportées à l'article L. 341-14-1 du Code de la Sécurité sociale par l'article 85 de la loi portant réforme des retraites et à l'article R. 732-3-2 du Code rural et de la pêche maritime par le décret n°2011-352 du 30 mars 2011). Cependant, cette règle n'est applicable qu'aux seuls assurés du régime général et des régimes agricoles, et non à la pension d'invalidité versée par le régime social des indépendants, dont les ressortissants ne sont pas éligibles à la retraite anticipée à raison de la pénibilité.

Enfin, en son article 87, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a modifié l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, relatif à l'allocation des travailleurs de l'amiante (ATA).

En application de cet article 41, l'allocataire, s'il est âgé d'au moins soixante ans et remplit la condition de durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein, cesse de percevoir l'ATA qui est alors remplacée par la ou les pensions de retraite auxquelles il peut prétendre ; toutefois, s'il remplit les conditions d'incapacité et, le cas échéant, de durée d'exposition prévues pour la retraite à raison de la pénibilité, il peut demander à bénéficier, dès cet âge de soixante ans, d'une retraite à taux plein à raison de la pénibilité quelle que soit sa durée d'assurance. Dans ce cas, il est mis fin au versement de l'ATA, conformément aux dispositions de l'article 41 de la LFSS pour 1999.

Aux termes des articles R. 351-37, dernier alinéa du III, du Code de la Sécurité sociale, et R. 732-58-1 du Code rural et de la pêche maritime, le silence gardé par la Caisse pendant plus de quatre mois en cas de demande déposée par un assuré victime d'un accident du travail ou par un assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 % vaut décision de rejet.

Cependant, à l'entrée en vigueur de la réforme, ce délai est réduit à trois mois pour les demandes déposées avant le 1er juillet 2011 (cf. article 6 du décret n°2011-352 du 30 mars 2011 précité) .

D. La retraite Anticipée Des Salariés Lourdemment Handicapés

V. LE CONTENTIEUX GENERAL

A. Généralités

1. Définition

Suivant l'Article L. 442 – 1 du Code de la Sécurité Sociale : « il est institué une organisation du contentieux général de la Sécurité Sociale. Cette organisation règle les différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de Sécurité Sociale et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux . »

Le contentieux dit général par opposition aux contentieux particuliers traite donc de tous les litiges à caractère individuel et relatifs à l'application des législations et réglementations de Sécurité Sociale.

Les contentieux particuliers correspondent au contentieux technique de l'invalidité, de l'incapacité permanente, de l'inaptitude au travail et des cotisations accident du travail, du contentieux de l'expertise médicale c'est-à-dire du contentieux pris en charge par la procédure fixée par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale, du contentieux du contrôle technique des praticiens soumis à des juridictions spécialisées .

Les contestations non soumises aux procédures du contentieux général incluent donc

- le contentieux technique institué par l'Article L. 143 – 1 du Code de la Sécurité Sociale qui correspond à l'appréciation médicale de l'état ou du degré d'incapacité permanente à la suite d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, l'appréciation médicale de l'état du degré d'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun, l'appréciation médicale de l'inaptitude au travail des assurés âgés de plus de 60 ans et de moins de 65 ans.
- la procédure fixée par l'Article L. 141 – 1 du Code la Sécurité Sociale par expertise médicale qui fixe l'appréciation médicale de l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle lorsque cette appréciation ne relève pas des dispositions du contentieux technique susvisé.
- le contentieux du contrôle technique régi par l'Article L. 145 – 1 du Code de la Sécurité Sociale qui régit les fautes, les abus, les fraudes et tout fait intéressant les professions médicales et paramédicales lorsque c'est-à-dire ou c'est-à-dire sont relevés à l'encontre des praticiens traitants ou d'auxiliaires médicaux.
- les recours relevant des juridictions civiles et commerciales c'est-à-dire les contestations relevant du droit civil et commercial (par exemple action intentée contre un tiers responsable d'un accident survenu à un assuré social, action intentée contre un employeur...) .
- les recours devant des juridictions administratives pour des contestations relevant du droit administratif, contentieux de l'annulation (par exemple suspension par la DRASS d'une décision d'un organisme de sécurité sociale contraire à la Loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de l'organisme) ; contentieux de pleine juridiction (action en responsabilité contre le tiers responsable d'un accident dont a été victime un assuré social lorsque ce tiers est une personne morale de droit public).
- les recours relevant des Juridictions Pénales, c'est-à-dire des contestations relevant du Droit Pénal : fraudes, fausses déclarations, inobservation des prescriptions de la Législation de la Sécurité Sociale (Article L. 244 – 1 du Code de la Sécurité Sociale).
- les recours divers (le remboursement de soins dispensés hors de C'est-à-dire ; le remboursement d'un acte non inscrit à la Nomenclature Générale des actes professionnels, prise en charge des prothèses dentaires nécessaires à l'exercice de la profession...)

2. Le domaine de compétence du Contentieux Général

Les principales catégories de litiges relevant du Contentieux Général .

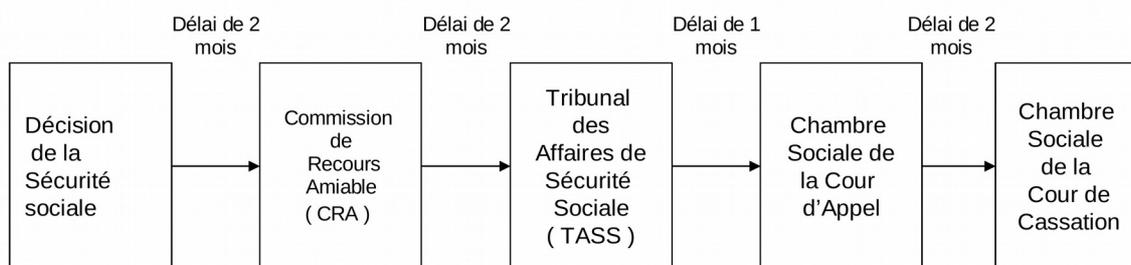
Cette énumération ne présente pas de caractère limitatif mais contient les principales catégories de litiges :

- Affiliations : litiges concernant l'affiliation et l'immatriculation au régime de Sécurité Sociale (notamment sur la qualité de salarié)
- Prestations : contestations relatives aux prestations (les droits, le calcul, le montant)
 - * prestations de l'assurance maladie (par exemple remboursement des frais d'hospitalisation, transport...)
 - * prestations concernant les accidents du travail et maladies professionnelles (reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail, montant des prestations en nature, les indemnités journalières de la rente, faute inexcusable de l'employeur ; faute intentionnelle de l'employé) .
 - * prestations indûment perçues.
- Nomenclature : procédure de l'entente préalable, non respect des conditions générales de la Nomenclature, cotation ne correspondant pas à l'acte effectué, condition technique de l'exécution de l'acte c'est-à-dire à celle énoncée par la Nomenclature.
- Expertise médicale : contestation des conclusions de l'expertise médicale au titre de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale par exemple expertises pour statuer sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, la reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail, sur l'admission d'une maladie au sein des affections de longue durée .
- Litiges divers : prestations faisant l'objet d'un litige entre Caisse de Sécurité Sociale et Praticiens (règlement des honoraires) ou entre caisses et établissements de soins (règlement des frais d'hospitalisation).

B. La procédure

Le contentieux général de la Sécurité Sociale a été organisé par l'Ordonnance n° 58 – 1275 du 22-12 -1958, le décret n° 58 – 1291 du 22-12 -1958 et modifié par les textes Législatifs et Réglementaires (Loi n° 85 -10 du 03.01-1985 et n° 85-772 du 29 – 07-1985, Décret n° 86-58 du 18 – 03 -1986, Arrêté du 10.06.1986) qui ont été repris dans le nouveau Code de la Sécurité Sociale (Articles L. 142 – 1 à L. 142 – 8 et R. 142 – 1 à R. 142 – 31 du Code de la Sécurité Sociale) .

Cette procédure s'échelonne sur trois niveaux : la Commission de Recours Amiable, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, la Chambre Sociale de la Cours d'Appel. La procédure amiable est caractéristique du Contentieux Général de la Sécurité Sociale par rapport au droit commun.



Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 2001, p 117 .

1. La procédure amiable préalable

Elle est fixée par les Articles R. 142 – 1 à R. 142 – 7 du Code de la Sécurité Sociale. Lorsque l'assuré ou un employeur estime avoir été lésé par une décision de l'Organisme de Sécurité Sociale, il doit, avant toute action devant le Tribunal de l'Ordre Judiciaire proprement dit, saisir la Commission de Recours Amiable qui est désignée chaque année civile par le Conseil d'Administration des Caisses.

Font exception à ce préalable obligatoire du recours à la commission de recours amiable (article 142-7 du code de la sécurité sociale) :

- les recours formés contre les décisions émanant du directeur agissant par délégation du conseil d'administration en matière d'allocations familiales .
- Les contestations dirigées contre les actions engagées par la sécurité sociale afin d'obtenir le recouvrement des cotisations par l'employeur, le remboursement des prestations indûment versées. Cette exception vise l'opposition à contrainte.

- Les contestations relatives à la répartition du coût des accidents du travail, des maladies professionnelles entre les entreprises de travail temporaire et les entreprises utilisatrices
- Au titre de l'article R.142-7 du code de la sécurité sociale, les contestations relatives à l'attribution, au refus de l'attribution, à la suspension ou à la révision de l'allocation supplémentaire du fond national de solidarité sont dispensées de préliminaires devant la commission de recours amiable.

La commission de recours amiable compétente est celle du lieu de l'organisme qui a pris la décision contestée.

- Composition : La CRA comprend pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels autres que ceux prévus à l'article L.621-3 du code de la sécurité sociale), c'est-à-dire les groupes des professions artisanales, industrielles et commerciales, libérales et agricoles :

- Deux administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant
- Deux administrateurs choisis par les autres catégories d'administrateurs.

En ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole, la CRA comprend deux administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs, deux administrateurs choisis parmi les représentants des salariés. Les petits exploitants et les artisans ruraux n'employant pas généralement de main d'œuvre peuvent être désignés à l'une ou l'autre des parties sus citées.

Toutefois la commission de recours amiable instituée au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend trois administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs et trois administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

La CRA comprend pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels des non salariés mentionnés à l'article L.621-3 du code de la sécurité sociale quatre administrateurs de l'organisme intéressé (article R.142-2 du code de la sécurité sociale).

Elle est donc composée en général de 4 membres désignés paritairement par ceux du Conseil d'Administration de l'Organisme (2 administrateurs représentant les salariés et 2 représentant les employeurs).

Les membres de la commission de recours amiable, sont désignés au début de chaque année par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale compétent.

Le secrétariat de la commission de recours amiable est assuré par un agent de la caisse primaire d'assurance maladie.

- Compétence : la Commission donne sur les affaires qui lui sont soumises son avis au Conseil d'Administration qui statue et notifie la décision aux intéressés (à moins qu'il n'ait donné délégation annuelle de ses pouvoirs à la Commission). Le Conseil d'Administration statue d'ailleurs en cas de partage des voix au sein de la Commission. En principe la commission de recours amiable ne joue qu'un rôle consultatif et ne fait que délivrer un avis au conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie avis qui sera suivi ou non. Mais la commission de recours amiable peut avoir reçu une délégation du conseil d'administration qui lui

permet de prendre la décision en statuant directement aux lieux et places du conseil d'administration sur la base des propositions élaborées par les services.

- Procédure : le recours auprès de la Commission de Recours Amiable doit être fait sous forme de lettre simple, si possible par voie recommandée, pour éviter toute contestation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle l'intéressé entend former une réclamation (alinéa 2 de l'article R.142.-1 du code de la sécurité sociale).

Exemple de lettre en appel auprès de la commission de recours amiable

Monsieur ou Madame le
Président
de la Commission
de recours amiable de la
Caisse Primaire d'Assurance
Maladie de....

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame le Président de la Commission de Recours Amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de ...,

Par lettre du le service de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de ... m'a notifié une décision de

Cette décision appelle de ma part les observations suivantes :

.....

Je conteste donc cette décision.

C'est la raison par laquelle je demande un nouvel examen de mon dossier par la commission que vous présidez.

Veuillez agréer, Monsieur ou Madame le Président, l'expression de mes sentiments profondément respectueux .

Ale

Signature :

- Fonctionnement : la Commission de Recours Amiable (CRA) se réunit sur convocation du Président du Conseil d'Administration au moins deux fois par mois. Elle peut désigner un Président et un Vice Président appartenant à des catégories d'administrateurs différents mais sans voie prépondérante. A titre consultatif, un Médecin Conseil y siège.

Le terme de commission de recours amiable signifie qu'il s'agit d'une instance administrative et non d'une véritable juridiction. La commission de recours amiable n'est donc pas soumise aux exigences du procès équitable (arrêt du 06.04.04 de la 2^{ème} chambre civile de la cour de cassation : TPS 2.004, comm.n°202, obs.X . Prétot). Le terme de recours amiable ne signifie pas qu'est entreprise une conciliation. Il s'agit plus d'un recours hiérarchique administratif à l'inverse par exemple du préliminaire de conciliation prud'homal. En effet, la commission de recours amiable ne fait qu'assurer un examen plus approfondi du dossier sur le seul terrain de l'application de la règle du droit sans pouvoir émettre de solution transactionnelle. Le fait qu'il ne s'agit pas d'une véritable juridiction, explique l'absence de débat oral et contradictoire. La procédure se déroule donc par écrit sans comparution des parties ni représentation, sans audition et sans débat.

Les décisions de la CRA sont prises après examen sur pièces, les textes ne prévoyant pas la comparution du requérant devant la Commission. La décision de la commission de recours amiable est susceptible d'annulation par l'autorité de tutelle (le préfet de région et par délégation le directeur de la DRASS) mais uniquement si elle est illégale ou de nature à compromettre l'équilibre financier du régime (articles L.151-1, R.151-1 à R.151-3 du code de la sécurité sociale). La commission de recours amiable doit alors rendre une nouvelle décision conforme à celle de la tutelle.

La CRA doit en principe répondre à la requête qui lui est soumise dans le mois suivant la date de la réception ce qu'elle ne fait pratiquement jamais. Si la décision n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans un délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par la commission, l'intéressé peut se pourvoir devant le TASS (article R.142-6 et R.142-18 du code de la sécurité sociale) dans un délai de deux mois. Ce silence vaut rejet de la demande. Le patient peut considérer que sa demande est rejetée si la Commission de Recours Amiable n'a pas pris de décision dans le délai imparti, c'est-à-dire un mois. La décision doit être motivée.

- Appel : si le plaignant n'obtient pas gain de cause il est alors en droit de porter son litige devant une véritable instance juridictionnelle : le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale dans un délai de deux mois à compter, soit de la date de notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois imparti à la Commission de Recours Amiable pour statuer . Généralement la décision originelle est maintenue.

2. Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS)

En 2006, 93.000 recours ont été déposés auprès des TASS avec un délai d'audiencement de 12 mois et 5.300 appels des jugements ont été portés devant la Cour d'appel soit un pourcentage d'appel de 5,7%. Le délai moyen d'audiencement est de 12 mois, le délai moyen de notification de 23 jours .

Les principaux recours portés devant le TASS sont en matière de :

- Famille (27%)
- Maladie (20%)
- Recouvrement (14%)

- Régime spécial des indépendants : RSI (14%)
- AT/MP (12%)

La procédure contentieuse est fixée par les articles L. 142 – 4 à L. 142 – 8 et R. 142 – 8 à R. 142 – 27 du Code de la Sécurité Sociale.

- **Composition** : le Tribunal est présidé par un Magistrat du siège du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel le TASS a son siège ou par un Magistrat du siège honoraire désigné pour trois ans par Ordonnance du Premier Président de la Cour d'Appel.

Il est assisté de deux assesseurs qui eux ne sont pas des Juges professionnels et qui représentent l'un les travailleurs salariés et l'autre les employeurs ou les travailleurs indépendants.

Ils sont désignés pour trois ans par Ordonnance du Premier Président de la Cour d'Appel, après avis du Président du TASS sur une liste dressée dans le ressort de chaque Tribunal par les autorités compétentes de l'Etat sur propositions des organisations Patronale et Ouvrière les plus représentatives.

La récusation du président et des assesseurs du tribunal des affaires de sécurité sociale est régie par la disposition du chapitre 2 du titre X du livre premier du nouveau code de procédure civile.

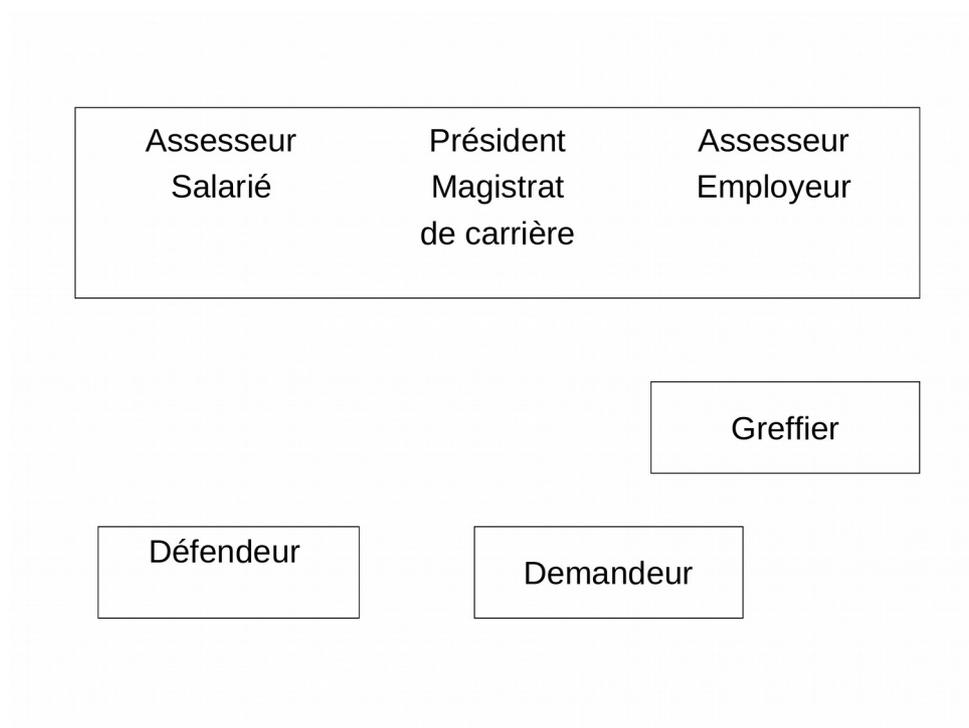


Schéma du TASS

Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 3^e édition, 2001, p 63 .

Le secrétariat du TASS est assuré par un fonctionnaire qui est désigné au début de chaque année judiciaire au sein du personnel de la DRASS et non parmi les greffiers des juridictions civiles (article R.142-15 du code de la sécurité sociale).

- **Procédure** : le Tribunal doit être saisi par simple requête ou par lettre recommandée déposée ou adressée à son secrétariat dans un délai de deux mois à compter, soit de la date de notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois imparti à la Commission de Recours Amiable pour statuer.

La lettre de requête auprès du TASS doit contenir pour les personnes physiques :

- l'indication des noms, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur.
- L'indication des noms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée ou s'il s'agit d'une personne morale de sa dénomination et de son siège social.
- L'objet de la demande.

Elle doit être datée et signée.

Exemple de lettre de recours auprès du tribunal des affaires de Sécurité sociale

Recommandée avec AR.

Je soussigné (e)

Demeurant à

déclare saisir le tribunal des affaires de Sécurité sociale d'un recours contre une décision de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de rendue le (ou contre une décision de rejet implicite de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de ... dont ci-joint une copie) dans un différend concernant le sujet suivant : ...

Je conteste cette décision pour les raisons suivantes :

A le

Signature :

La procédure est orale et contradictoire.

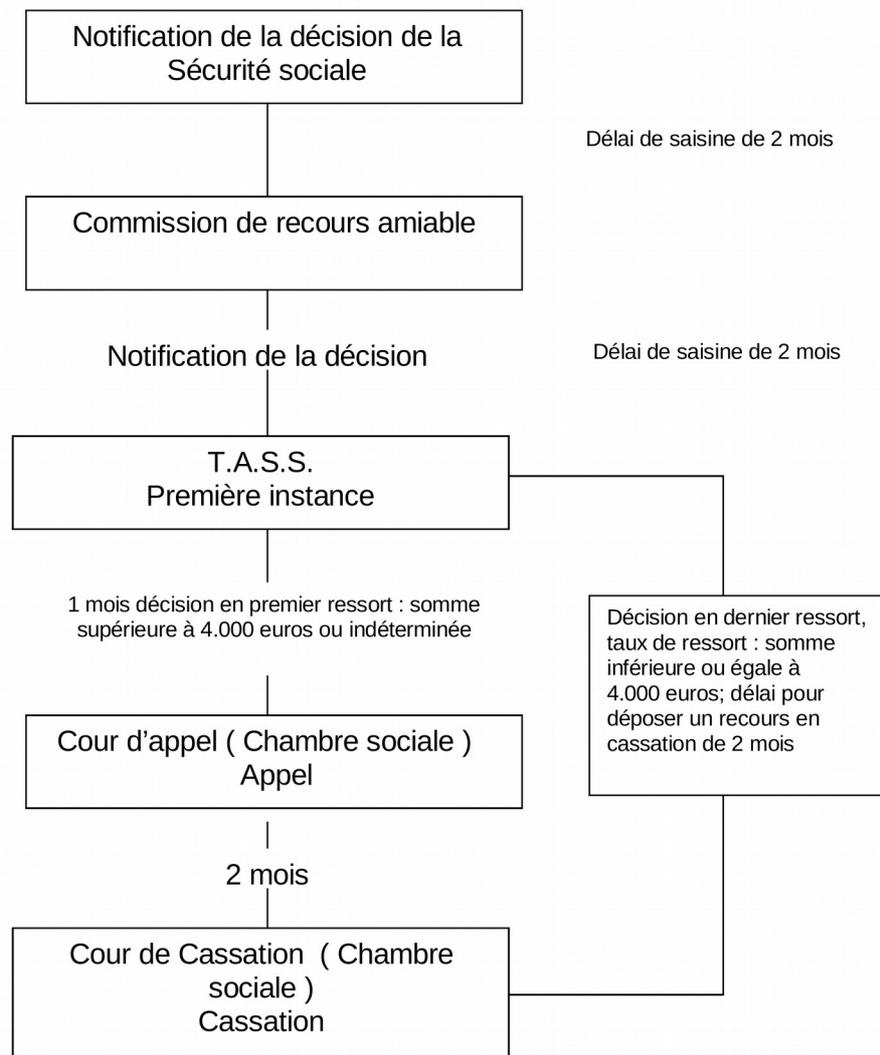


Schéma résumé du contentieux général de la Sécurité Sociale

Elle est gratuite. L'assuré peut se faire représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat, un travailleur salarié, un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des Organisations Syndicales de Salariés ou d'Employeurs, un administrateur ou un employé de l'organisme partie en instance ou un employé d'un autre organisme de Sécurité Sociale, un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives (Articles L.142-8 et R. 142 – 20 du Code de la Sécurité Sociale).

Modèle de lettre de pouvoir

POUVOIR

Je soussigné(e) : Madame, Monsieur (nom prénom de la victime)

Né(e) le à

Demeurant : (adresse de la victime).....
.....

Profession :

Nationalité :

Donne pouvoir à Monsieur (ou madame)(adresse),
avocat

représentant qualifié du Syndicat ou représentant qualifié des Organisations
d'Employeurs

délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives
conjoint, ascendant ou descendant en ligne directe
travailleur salarié, employeur ou travailleur indépendant exerçant la même
profession

administrateur ou employé de l'organisme partie en instance ou employé d'un autre
organisme de Sécurité Sociale,

(*)

pour m'assister et me représenter devant le TASS de, dans
l'affaire qui m'oppose à (nom et adresse de l'entreprise ou de l'organisme).

Recours n° :

Audience du

Fait à, le.....

Signature (écrire « bon pour pouvoir » et signer)

(*) Rayer les mentions inutiles

Le TASS peut ordonner une expertise qui pour les constatations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'une maladie professionnelle ou en cas de contestation portant sur l'avis technique (à caractère médical) relèvent de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale (Article R. 142 – 22, Alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale). Ceci peut survenir quand par exemple un certificat médical entre en contradiction avec les conclusions d'une expertise médicale de la Sécurité Sociale. Il apparaît d'une part que le Juge ne peut ordonner une nouvelle expertise médicale qu'à la demande des parties et d'autre part qu'il n'est pas tenu de satisfaire cette requête. C'est à lui d'apprécier si elle est nécessaire ou non. Ainsi dès lors que les conclusions de l'expert technique fixent sans ambiguïté la date de consolidation ou de guérison, une Cour d'Appel peut dans l'exercice de son pouvoir souverain estimer qu'une seconde mesure d'instruction s'avère inutile. Il en est de même lorsque l'expert technique dans un avis clair et précis a écarté tout lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident du travail. En effet l'Article 3 de la Loi N° 90/86 du 23.01.1990 a modifié l'Article L. 141- 2 du Code de la Sécurité Sociale relatif à l'expertise médicale en supprimant le caractère irréfragable, l'avis technique de l'expert ne s'imposant plus à l'égard de la juridiction saisie (TASS , Cour d'Appel). Le Juge a ainsi le pouvoir d'ordonner une nouvelle expertise.

Il convient de noter que sur 1 300 expertises médicales régies par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale et effectuées dans le cadre du contentieux général du régime général (TASS et Chambre Sociale des Cours d'Appel) en 1988 et 1989, 920 décisions ont été maintenues par l'expert soit 70.4 % avec un pourcentage à peu près identique dans le cadre de l'Assurance Maladie et dans le cadre de la Législation “ accidents du travail – maladie professionnelle “ .

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le Tribunal ne peut statuer qu'après mise en c'est-à-dire de la procédure d'expertise médicale (Article R. 142 – 24 Alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale) .

Les trois membres du TASS se réunissent à huis clos pour prendre la décision à la majorité. La décision est prononcée publiquement, soit le jour de l'audience si le délibéré lui fait suite, ou le plus souvent à une date ultérieure indiquée aux parties par le président. Les décisions sont notifiées à chacune des parties dans la quinzaine du prononcé du jugement (article R.142-27 du code de la sécurité sociale).

- Appel : les décisions rendues en dernier ressort (lorsque la valeur du litige est inférieure à 4.000 euros) pour le Tribunal ne peuvent pas faire l'objet d'un appel devant la Juridiction du deuxième degré c'est-à-dire la Chambre Sociale de la Cour

d'Appel de l'Ordre Judiciaire mais elles peuvent faire l'appel d'un pourvoi en Cassation.

Toutes les autres décisions c'est-à-dire celles qui sont rendues au premier ressort peuvent être frappées d'appel.

Le jugement qui statue sur une demande indéterminée est, sauf disposition contraire, susceptible d'appel (article n° 40 du nouveau code de procédure civile).

Ceci signifie que quand les conséquences financières d'un grief ne sont pas déterminées il est possible de faire appel.

Normalement seul le demandeur ou le défendeur peut au procès en 1^{ère} instance devant le TASS (article 546 du nouveau code de procédure civile) interjeter appel puisqu'ils ont été partie en tant que demandeur ou défendeur au procès. Mais par exception, le droit d'appel est ouvert dans les mêmes délais à des tiers (articles R.142-28 du code de la sécurité sociale) :

- le directeur de la DRASS
- le chef du SRITEPSA .

3. La Cour d'appel

C'est la procédure contentieuse du second degré. Les décisions du TASS sont susceptibles d'appel devant la Chambre Sociale à la Cour d'Appel de l'Ordre Judiciaire.

Les parties, c'est-à-dire non plus seulement le requérant, mais aussi l'Organisme de Sécurité Sociale et la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales même si ces derniers n'ont pas été partie en première instance, peuvent interjeter appel dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision du TASS, soit par lettre recommandée adressée au greffe, soit par dépôt de l'appel directement au secrétariat du TASS dont la décision est attaquée

- Composition : la Cour est composée de trois conseillers qui sont des Magistrats professionnels. Le Ministère Public est confié à un Magistrat du Parquet Général.

- Procédure

Il n'y a pas de grande différence avec les règles en usage pour le TASS.

Le délai d'appel est d'un mois à compter de la notification du jugement du TASS (alinéa 1 de l'article R.142-28 du code de la sécurité sociale).

Dans l'acte d'appel il doit être expressément précisé que l'on demande l'annulation, la réformation ou l'infirmité du jugement.

Modèle de déclaration d'appel par la partie (C.S.S article 142-28 modifié par décret du 28.12.2005, article 58 du nouveau code de procédure civile)

Sur papier en tête.

Lettre recommandée avec A.R., adressées à Monsieur le Greffier en chef de la cour d'appel de ... (lieu)

Jugement (date)
(références de la décision attaquée)

Date

- Nous avons l'honneur d'interjeter appel du jugement rendu le ..., par le Tribunal des affaires de sécurité sociale de ..., (indiquer les nom, prénoms, profession, domicile, nationalité et date et lieu de naissance et domicile de la personne physique appelante, ou, s'il s'agit d'une personne morale, sa forme, sa dénomination, l'indication de l'organe qui la représente légalement et son siège social) dans l'affaire nous opposant à : ... (indiquer les noms et domicile de la personne physique contre laquelle l'appel est dirigé ou s'il s'agit d'une personne morale de sa dénomination et son siège social)

Notre appel a pour objet : (préciser : annulation, réformation ou infirmation).
Devant la formation collégiale de la Cour, nous serons assistés (en cas de représentation par un avocat) par Maître ..., avocat(adresse) .

Nous vous joignons la copie de la décision critiquée.

Nous vous remercions de bien vouloir nous accuser réception de cet acte d'appel.

Signature (de l'appelant, personnellement ou de son représentant légal)

P.J. Copie de la décision

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter, la présence d'un avocat n'est pas obligatoire. La procédure est orale.
La Cour d'Appel peut également ordonner une expertise de la même façon que l'expertise ordonnée par le TASS.

La notification de l'arrêt de la cour doit intervenir en principe dans un délai de 15 jours à compter du prononcé de l'arrêt par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (alinéa 1 de l'article R.142-27 et R.142-29 du code de la sécurité sociale).

4. La Cour de Cassation

La Cour de Cassation constitue l'autorité suprême pour l'interprétation et l'application de la Législation de Sécurité Sociale. Mais elle ne joue pas le rôle d'un troisième degré de Juridiction, elle ne fait que vérifier si la Loi était correctement appliquée ou non.

Tous les jugements rendus en dernier ressort (pour le Tribunal des affaires de sécurité sociale ou par la Cour d'Appel) sont susceptibles d'être frappés d'un pourvoi en cassation (article L.144-1 du Code de la Sécurité Sociale inséré par les Loi N°94-43 du 18 janvier 1994 art.80 VII Journal Officiel du 19 janvier 1994, Loi N°2002-73 du 17 janvier 2002 art.35 III 2° Journal Officiel du 18 janvier 2002) .
Peuvent former pourvoi dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision aux parties (article 144-8 du code de la sécurité sociale), outre les parties intéressées :

- Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale
- Le chef du service régional à l'inspection du travail de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de Mutualité sociale agricole.

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole, demandeur ou défendeur au pourvoi sont dispensés du ministère d'avocats. Le pourvoi introduit par ces fonctionnaires est formé directement au greffe de la Cour de cassation.

Néanmoins le droit qui est reconnu

- au directeur régional ou son représentant des affaires sanitaires et sociales,
- le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole ou son représentant

de déposer un pourvoi ne nécessite pas qu'ils aient été partie aux litiges devant le juge du fond (arrêt du 22.05.97 de la chambre sociale de la Cour de cassation : RJS 1997 n° 1031, arrêt du 27.11.75 de la chambre sociale de la Cour de cassation : bull. civ.V n°581).

Ce pourvoi doit être introduit dans un délai de deux mois à compter de la notification . Le pourvoi en cassation est formé par ministère d'un avocat en conseil d'état et à la cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la cour de cassation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision. Pour se pourvoir en Cassation on doit faire une déclaration au secrétariat du greffe de la Cour de Cassation signée par un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation. On ne peut pas effectuer ce pourvoi soi même. La présence d'un avocat spécialisé est obligatoire. En aucun cas le pourvoi en Cassation n'est suspensif d'exécution : s'il s'agit par exemple de recouvrement de cotisations, on devra les acquitter sans attendre la décision de Cour de Cassation.

L'affaire passe devant une formation spécialisée, la section sécurité sociale, au sein de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation qui comporte trois sections.

- une section en droit commun,
- une section procédure
- une section sécurité sociale. Cette section sécurité sociale était initialement rattachée à la Chambre sociale, puis a été rattachée à la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation le 01-10-2003 .

La Cour peut, soit rejeter le pourvoi (dans ce cas la décision attaquée devient définitive), soit casser la décision qui lui a été déférée : elle désigne alors la juridiction de renvoi chargée à nouveau du litige .

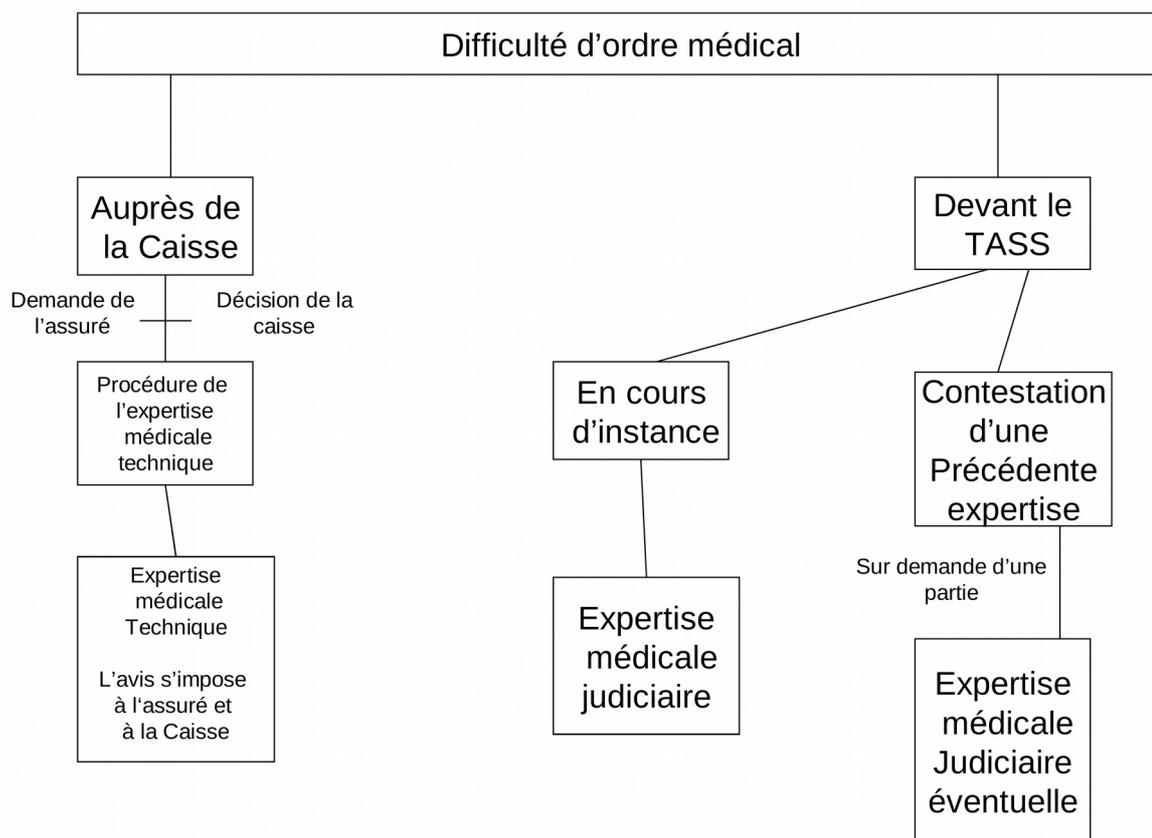
VI. L'EXPERTISE MEDICALE REALISEE AU TITRE DE L'ARTICLE L. 141 – 1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Près de 280 000 expertises médicales au titre de l'article L141-1 du code de la sécurité sociale ont été réalisées dans le cadre du Régime Général de la Sécurité sociale entre 1985 et 1989.

Chaque année, plus de 50 000 expertises au titre de l'article L141-1 sont effectuées en France . Les avis initiaux sont confirmés dans 70 % des cas.

A. Le domaine de compétence de l'expertise médicale au titre de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale

Ce domaine concerne tout litige d'ordre médical à l'exception de l'invalidité, l'incapacité permanente et l'inaptitude au travail (Article L. 143 -1 du Code de la Sécurité Sociale). L'expertise médicale peut être sollicitée aussi bien en cas d'accident du travail que de maladie.



Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 3^e édition , 2001, p 201 .

A titre indicatif les missions les plus fréquemment rencontrées portent par ordre décroissant sur

- * les arrêts de travail,
- * l'exonération du ticket modérateur c'est-à-dire la reconnaissance d'une maladie comme affection de longue durée,
- * la date de guérison ou de consolidation d'un accident du travail,
- * la rechute
- * le placement dans un établissement (par exemple moyen séjour)
- * les soins de kinésithérapie, les soins infirmiers

En assurance maladie les litiges portent sur

- * le refus de l'exonération du ticket modérateur
- * le refus des prestations d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, de cure thermale, d'appareillage orthopédique, de transport, de soins par des auxiliaires médicaux, d'hospitalisation ou de placement
- * et en général tout litige portant sur l'état du malade (stabilisation, consolidation...)

En accident du travail, maladie professionnelle peuvent être sujets de litige

- * la révélation d'un état antérieur par un accident du travail
- * l'imputabilité de la lésion à l'accident allégué,
- * la justification d'une cessation de travail
- * la réadaptation fonctionnelle
- * la date de guérison, de consolidation.
- * l'aggravation de l'état antérieur
- * la nécessité de soins préventifs d'aggravation après consolidation
- * la rechute

B. Procédure de l'expertise

1. Mise en oeuvre de l'expertise

Le service médical de la Caisse primaire d'assurance maladie se met en relation avec le médecin traitant dans les trois jours à partir de la date où est apparue la contestation



L'expert procède à l'examen du malade dans les cinq jours à partir de la réception du protocole



L'expert envoie ses conclusions motivées à la victime et à la caisse dans un délai de 48 heures



L'expert dépose son rapport à la Caisse primaire d'assurance maladie dans le mois de la réception du protocole



La Caisse primaire d'assurance maladie notifie la décision de l'expert à la victime dans les 15 jours à partir de la réception des conclusions motivées

Les étapes successives de l'expertise médicale

L'expertise est gratuite pour l'assuré, les dépenses sont à la charge de la Caisse sauf contestation abusive de l'assuré.

L'initiative de l'expertise est prise par l'assuré ou par la Caisse.

La demande de l'assuré doit être présentée dans un délai d'un mois à partir de la date de la réception par l'assuré de la notification de refus de la Caisse, décision contestée dans le cadre de l'assurance maladie .

Le délai était jusque récemment en pratique de deux ans après la date de notification d'accident du travail ou de maladie professionnelle (cette date étant le jour de l'accident) , soit de deux ans après la date de cessation de paiement des indemnités journalières (article L.431-2 du Code de la Sécurité Sociale) en matière d'accident du travail, c'est-à-dire jusqu'à la date de prescription du droit à réparation, car aucun délai n'était fixé en matière d'accident du travail par le décret du 7 – 01 – 1959 paru au Journal Officiel du 10 – 01 – 1959 . Cette dernière interprétation a été modifiée par le décret 2006-546 du 12.05.06 paru au journal officiel du 14.05.06 relatif aux experts médicaux judiciaires qui modifie l'article R.141-2 du code de la sécurité sociale traitant de l'expertise médicale. Ce décret, entré en vigueur le 15.05.06 instaure un délai d'un mois pour demander une expertise dans le cadre d'une contestation relative à l'état de santé de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Cette nouvelle disposition est commentée par la circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) n°9-2007 du 20.02.07. L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est donc désormais traité comme un assuré victime d'une simple maladie. Les expertises relevant du champ des AT-MP doivent donc être demandées dans le délai d'un mois à compter de la date de décision contestée. Le délai de forclusion court, non pas à compter de la décision de la caisse, mais à compter de sa notification. Les nouveaux courriers relatifs à l'expertise devront désormais expressément mentionner le délai de recours d'un mois et seront donc adressés à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception.

Modèle de lettre de demande d'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

NOM Prénom

Adresse

Date de naissance

N° de sécurité sociale

Monsieur le Docteur ...
Médecin conseil de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de ...
Adresse du service médical

Recommandé avec accusé de réception
Ou contre récépissé déposé au guichet de la caisse

Monsieur (ou Madame) le Médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie
de ...

Monsieur (ou Madame) le Docteur ...,

Par une lettre du ... (Cf photocopie ci-jointe), le service ... de la caisse primaire
d'assurance maladie de ... m'a notifié la décision suivante :

...

Cette décision appelle de ma part les observations suivantes :

...

Je conteste donc cette décision. C'est la raison pour laquelle je demande une
expertise médicale au titre des articles R.141-1 à R.141-10 du code de la sécurité
sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur ... (nom et prénom et adresse).

Je vous prie d'agréer, Monsieur (ou Madame) le médecin conseil, l'expression de
mes sentiments profondément respectueux.

A ...
Le

Signature :

2. Désignation de l'expert

Le service du contrôle médical de la Caisse doit se mettre en rapport avec le médecin traitant de l'assuré en vue de la désignation de l'expert (article R.141-2 du Code de la Sécurité sociale) dans les trois jours qui suivent :

- la date où est apparue une contestation d'ordre médical
- la réception de la demande d'expertise formulée par l'assuré

Le médecin conseil du médecin conseil du service médical de l'assurance maladie envoie en général au médecin traitant une liste de trois experts parmi lesquels le médecin traitant devra choisir un nom pour effectuer l'expertise médicale. Il arrive parfois que le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie demande sur une liste trois médecins experts au médecin traitant de choisir deux experts, le deuxième étant désigné qu'en cas de carence du premier. Il arrive également que le service médical ne propose qu'un seul nom, auquel cas, si le médecin traitant n'est pas d'accord, ce dernier peut faire une contre proposition écrite sur le nom d'un autre expert médical au service médical de la caisse.

Le Médecin Expert est donc désigné d'un commun accord entre le Médecin Conseil et le Médecin Traitant dans un délai de trois jours à compter de la date du dépôt de la contestation ou de l'apparition d'une divergence d'appréciation, et à défaut d'accord entre le Médecin Conseil et le Médecin Traitant (article R. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale) , par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales .

Suivant l'article R. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'Expert est désigné par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits sous la rubrique Experts Spécialisés en matière de Sécurité Sociale sur les listes dressées en application de l'article 2 de la Loi N° 71 – 498 du 29.06.1971 et de l'article 1^{er} du décret N° 74 – 1184 du 31.12.1974 relatif aux experts judiciaires. Les Cours d'appel procèdent à l'inscription des experts de cette spécialité dans les conditions prévues par les articles 6 à 10 du décret du 31.12.1974 sus mentionné après avis du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.

Lorsque la contestation porte sur le diagnostic ou le traitement d'une affection relevant de l'une des disciplines mentionnées par le règlement de qualification prévu à l'article 67, alinéa 4 du décret du 28.06.1979 sus visé, l'Expert est en tous les cas choisi parmi les Médecins Spécialistes compétents pour l'affection considérée. Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le Médecin qui a soigné le malade, un Médecin attaché à l'entreprise, le Médecin Conseil de la Caisse Primaire ou de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ou de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3. Cas de récusation de l'expert

La victime peut récuser le choix d'un expert pour différents motifs :

a. Récusation de l'expert en application du Code de déontologie médicale

Les motifs de récusation sont détaillés dans le chapitre F. Les responsabilités de l'expert de VI. L'expertise médicale réalisée au titre de l'article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale . Bien qu'ils soient cités dans ce chapitre, ils s'appliquent à toutes les expertises médicales (judiciaires, Loi Badinter, Code des Pensions militaires, etc...) .

b. Récusation de l'expert en application de l'article 234 du Nouveau Code de Procédure Civile

Les experts judiciaires peuvent être récusés pour les mêmes causes que les juges (Article 234 du Nouveau Code de procédure civile) .

La récusation de l'expert peut-être demandée :

1. si lui-même ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation,
2. si lui-même, son conjoint et parents sont alliés de l'une des parties ou de son conjoint jusqu'au quatrième degré inclusivement,
3. si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif ou donataire de l'une des parties,
4. s'il y eu ou s'il y a procès entre lui et sont conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
5. s'il a précédemment connu de l'affaire comme expert ou comme arbitre, ou s'il a conseillé l'une des parties .

Ce cas de figure survient en particulier lorsque la question de fond posée au médecin-expert est toujours identique, s'agissant par exemple de déterminer s'il y a rechute et s'il est nécessaire de poursuivre des soins imputables à l'accident du travail du ... Il appartient à toute juridiction de faire respecter le principe de la contradiction et les droits de la défense (article 16 du Nouveau Code de Procédure Civile) . Donc, même si le patient n'a pas usé de son droit de récusation, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si la première a été effectuée par le même expert pour le même motif . Un tribunal ne peut fonder une décision sur une expertise, dès lors que l'expert a précédemment connu du dossier et a été amené à le traiter à la requête de l'une des parties au litige, et ce quand bien même son rapport est très détaillé et circonstancié (Loiacono contre CPAM de Sarreguemines, jugement du TASS de la Moselle, du 4.12.2002) .

6. si lui-même ou son conjoint est chargé d'administrer les biens de l'une des parties,
7. s'il existe un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
8. s'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties .

La demande de récusation de l'expert peut-être présentée avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation :

- directement à l'expert lorsque le patient a reçu son avis de convocation
- à la juridiction qui l'a commis,
- ou au juge chargé du contrôle de l'expertise .

4. Mission de l'Expert

La mission est inscrite dans un protocole comportant l'avis du Médecin Traitant désigné et du Médecin Conseil. Ce protocole comporte l'énoncé précis des questions posées.

Le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie adresse au médecin traitant ce protocole d'expertise comportant le résumé du litige, l'avis du médecin conseil et les questions qui seront posées à l'expert.

Le médecin traitant du patient mentionne sur le protocole d'expertise son avis et celui du patient, il l'adresse ensuite au médecin conseil. Le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie adresse obligatoirement le protocole d'expertise à l'expert désigné constitué des pièces suivantes :

- l'avis du patient
- l'avis du médecin traitant
- l'avis du médecin conseil
- les questions qui lui sont soumises
- le courrier de contestation du patient ou le certificat de prolongation du médecin traitant.
- Toutes les pièces que le médecin conseil jugera utile comme des comptes rendus de consultations, d'hospitalisation, des résultats d'exams complémentaires.
- Des certificats et déclaration d'accident du travail ou de maladies professionnelles...

5. Déroulement de l'expertise

Il est codifié par les articles R.141-2, R.141-4 alinéas 2, 3, 6, R.141-5 du Code de la Sécurité Sociale .

L'examen de la victime doit avoir lieu dans les cinq jours suivant réception du protocole après information du patient ainsi que de Médecin Traitant et du Médecin Conseil qui peuvent assister à l'expertise.

L'expert convoque le patient, son médecin traitant et le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans les cinq jours suivant la réception de sa mission.

Dans les litiges opposant l'assuré à une Caisse d'Assurance maladie qui sont portés devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (il peut s'agir par exemple d'une demande de maladie professionnelle à type de sciatique, qui n'est pas reconnue comme entrant dans les tableaux de maladies professionnelles de sciatiques, que la Caisse Primaire considère comme entrant dans le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles au titre de l'alinéa 4 et où la Caisse estime que le taux d'IPP est inférieur à 25 % ce qui conteste l'assuré devant le TASS), l'employeur peut se considérer comme intervenant volontaire ayant un intérêt légitime à agir dans le cadre de la procédure et en prendre connaissance. En effet dans le cas précis suscité, il peut s'estimer concerné par le litige comme le patient avait déposé une demande de maladie professionnelle qui entraîne des conséquences financières pour lui si cette maladie professionnelle est reconnue. Par contre l'employeur n'est pas autorisé à se faire représenter lors de la procédure d'expertise technique au titre de l'article L141-I du Code de la Sécurité sociale (arrêt de la 2ème Chambre civile de la Cour de cassation du 21.10.10, n° 09-70889, arrêt de la 2ème Chambre civile de la Cour de cassation du 17.02.11 pourvoi n° E 10-14925). En effet, la procédure de l'expertise médicale technique à laquelle donnent lieu les contestations relatives à l'état de santé du malade ou l'état de la victime n'est pas opposable à l'employeur.

Un avocat de l'employeur peut par contre se présenter à l'expertise médicale technique au titre de l'article L141-1 du Code de la Sécurité sociale lorsque l'affaire oppose l'employeur à la Caisse non pas la Caisse à l'assuré.

En effet l'expertise médicale technique intervient pour un désaccord médical. Quand l'expertise judiciaire fait intervenir la Caisse, l'employeur et l'assuré concernant des domaines autres que des désaccords médicaux, l'avocat de l'employeur peut alors intervenir.

Des examens complémentaires ne peuvent être pratiqués qu'avec l'accord du patient et du Médecin Conseil. Immédiatement après l'examen, des conclusions motivées en double exemplaires seront établies par l'expert (dans un délai maximal de 48 heures) .

Ces conclusions motivées sont des réponses succinctes mais précises aux questions posées. Elles sont adressées dans tous les cas au contrôle médical mais également au Médecin Traitant et à la victime en accident du travail ou en maladie professionnelle .

L'Expert dispose ensuite d'un délai d'un mois à compter du jour de réception du protocole pour déposer son rapport qui doit comprendre le rappel du protocole, l'exposé des constatations faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis, les conclusions motivées.

La caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport de l'expert, soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

Les honoraires dus au médecin expert à l'occasion des examens prévus à l'article R. 141-1 ainsi que ses frais de déplacement sont réglés (Article R.141-7 du Code de la sécurité sociale inséré par le Décret n°88-678 du 6 mai 1988 article 4 du Journal Officiel du 8 mai 1998) d'après le tarif fixé par un arrêté interministériel du ministre du travail, du ministre de la santé publique et du ministre des finances du 6 - 6 - 1963 paru au Journal Officiel du 22 - 6 - 1963 p 5525 à 5526 .

Les honoraires de l'expert varient suivant la "qualité" de l'expert et suivant le lieu où l'expertise est effectuée (il s'agit, bien entendu, de tarif "conventionnel" (cf tableau ci-dessous).

Qualité	Lieu	
	Au cabinet	Au lit du malade
Omnipraticiens	C x 3,5 (C est le tarif de la consultation du médecin généraliste)	V (V est le tarif de la visite du médecin généraliste) x 3,5
Spécialistes	Cs (Cs est le tarif de la consultation du médecin spécialiste) x 2 (mais non inférieur à C x 3,5)	Vs (Vs est le tarif de la visite du médecin spécialiste) x 2 (mais non inférieur à V x 3,5)
Neuro-psychiatres	CNPSY (CNPSY est le tarif de la consultation du Neuro-psychiatre) x 2	VNPSY (VNPSY est le tarif de la visite du Neuro-psychiatre) x 2
Professeurs Médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux des villes	C x 6	V x 6

sièges de facultés

En cas de carence de la part du malade, l'expert a droit à des honoraires fondés sur 1 x C de sa catégorie

Les honoraires correspondant à certains actes ou examens complémentaires peuvent être cotés en supplément (E. C. G. etc.) le cas échéant, avec l'accord de la Caisse (I. S. D. ou I. T. D. comprises). Il peut y être ajouté selon les cas de l'indemnité kilométrique

Les frais d'expertise sont à la charge de la Caisse.

Toutefois, celle-ci peut demander à la juridiction de mettre à la charge du malade ou de la victime tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à sa requête lorsque sa contestation est manifestement abusive.

6. Décision administrative de la Caisse

La notification de la décision doit être faite au patient dans un délai de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées de l'expert .

La décision de la caisse s'applique alors immédiatement malgré une éventuelle contestation du patient.

7. Portée de l'avis de l'Expert

L'avis de l'Expert s'impose à l'intéressé comme à la Caisse sous réserve des règles de procédure. L'avis doit être clair, précis et dénué de toute ambiguïté.

C. Le rôle du Médecin Traitant dans l'expertise

1. Avant l'expertise

Le Médecin Traitant pourra rédiger des certificats médicaux descriptifs permettant d'explicitier l'histoire clinique du patient et d'appuyer ses demandes légitimes.

Il y précisera également les soins reçus permettant de faire l'enchaînement entre le traumatisme et les lésions et de montrer la continuité des soins qui existe depuis l'accident.

2. Pendant l'expertise

Le Médecin Traitant peut assister à l'expertise et il est même fortement conseillé au patient de se faire accompagner de son Médecin Traitant car dans les litiges d'ordre médical l'argumentation formulée par un Médecin est primordiale.

De ce fait le Médecin Traitant pourra vérifier que les questions de l'Expert correspondent bien au litige et sont bien adaptées aux facultés du blessé. Il favorisera, d'autre part, la bonne compréhension par l'Expert des doléances du sujet et s'assurera que ses doléances sont insérées dans le rapport d'expertise. Il pourra réfuter les constatations irrégulières faites pendant l'expertise.

Le Médecin pourra exposer les faits qui doivent être relatés par le patient lorsqu'ils sont difficiles à exprimer par le patient lui-même, par exemple quand ils sont d'une nature très technique.

3. Après l'expertise

Le Médecin Traitant vérifiera la valeur intrinsèque du rapport en particulier sa clarté, l'absence de contradiction médicale sur le fond, la régularité de la procédure. Il pourra conseiller une contestation si les constatations sont ambiguës, contradictoires, si les formalités substantielles à l'expertise ne sont pas respectées. Dans le cas contraire il devra jouer le jeu de l'explication, de l'apaisement donnant ainsi à l'expertise « une valeur thérapeutique » .

D. Nullité de l'expertise

Elle peut survenir

* chaque fois qu'un vice de forme apparaît (absence dans le protocole de l'avis du Médecin Conseil et du Médecin Traitant, absence d'information sur la date de l'expertise, droits de l'assuré non respectés...)

* chaque fois que peut être mise en évidence une anomalie au fond susceptible de révéler une ambiguïté, un manque de précision ou de clarté, ou a fortiori une contradiction, le Juge pourra déclarer cette expertise nulle et recouvrer un total pouvoir d'appréciation en fonction duquel il statuera s'il estime disposer d'éléments suffisants ou bien il ordonnera une nouvelle expertise (au titre de l'article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale) .

Mais cette fois ci ce sera le Juge lui-même qui fixera la mission de l'Expert, qui désignera ce dernier et qui sera destinataire du rapport d'expertise .

Pour demander la nullité d'une expertise, et en tirer les conséquences, voir le chapitre suivant : E. Contestation de l'expertise .

E. Contestation de l'expertise

L'expertise dite de sécurité sociale L141-1 s'impose aux parties c'est –à dire qu'elle ne peut être contestée par l'une ou l'autre des parties. Cette expertise de sécurité sociale, est, soit mise en jeu dans une procédure contentieuse entre l'assuré social et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, soit demandée par le tribunal des affaires de sécurité sociale. Les conséquences pratiques sont que les juges du tribunal des affaires de sécurité sociale sont tenus par cette expertise de sécurité sociale et doivent s'y plier. Par contre, dans le cadre du contentieux général quand un assuré social conteste une expertise de sécurité sociale devant le TASS et apporte des arguments médicaux, le juge peut demander une nouvelle expertise de sécurité sociale mais qui s'imposera au juge.

Il est à noter que lorsqu'il s'agit du contentieux concernant une personne décédée, l'expertise de sécurité sociale devient judiciaire et alors ne s'impose pas au juge.

A titre d'exemple, citons le cas d'un patient décédé d'un cancer du poumon considéré comme maladie professionnelle. Il a été consolidé par la Caisse Primaire deux mois avant le décès, le taux étant de 100%. Le patient était retraité, il ne touchait donc pas d'indemnité journalière au titre des maladies professionnelles. La consolidation ayant été contestée, une expertise de sécurité sociale diligentée a décidé que la consolidation était fixée à 5 mois avant le décès. Le tribunal des affaires de sécurité sociale en a décidé autrement et a fixé la consolidation à 15 mois avant le décès. Cela entraîne des conséquences pratiques importantes car la famille de l'assuré a pu toucher une rente de 100%, pour les 15 mois avant le décès au lieu de seulement 2 mois avant le décès.

La décision de l'expert peut être contestée devant la Commission de recours amiable. Mais la Commission de recours amiable ne peut pas annuler une expertise par exemple pour non respect des formes . Le travail de la Commission de recours amiable se limitera au point de savoir si la Caisse a fait une juste appréciation de l'avis de l'Expert puis ensuite la contestation pourra se poursuivre devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Ce sont donc les juridictions du contentieux général qui auront en charge de trancher la question.

Du point de vue judiciaire le rapport d'expertise ne constitue plus qu'un simple élément de preuve et l'une des parties doit logiquement pouvoir demander au Tribunal d'ordonner une nouvelle expertise . A ce titre, l'article R. 142 – 22 du Code de la Sécurité Sociale signale que le Juge peut désormais, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise : « le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale peut recueillir tous éléments d'information utiles auprès du Directeur Régional des affaires sanitaires et sociales et du Chef de Service Régional de l'inspection du travail de l'emploi et de la politique sociale agricole (...) . Il peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation » . Il peut également ordonner une expertise qui, pour les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou en cas de contestation portant sur l'avis technique relevant de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale .

Pour conduire le Juge à décider une nouvelle expertise, le patient devra donc apporter la preuve de la nullité de l'expertise antérieure, ce qui est en général assez difficile car assez délicat à démontrer (cf chapitre précédent D. Nullité de l'expertise) ou apporter un sérieux doute sur les conclusions de cette expertise, ce qui est par contre moins délicat .

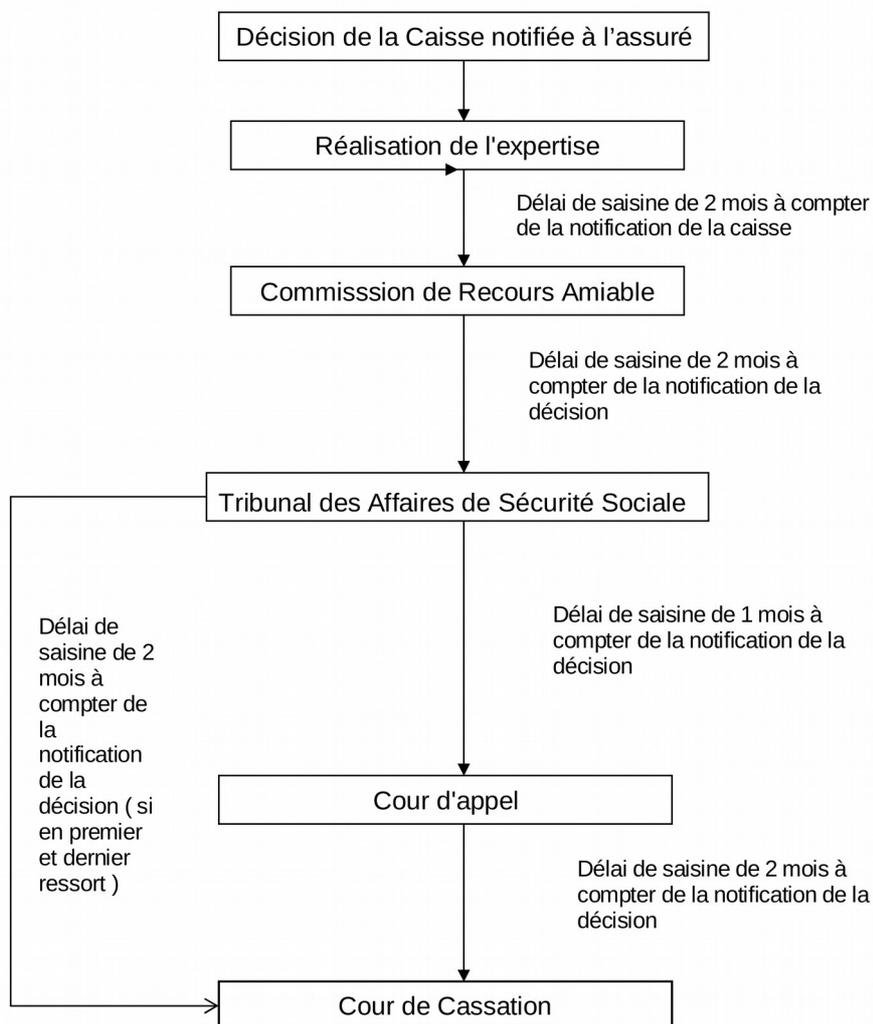
Pour ce faire, il pourra s'aider d'un certificat médical où un médecin, en général son médecin traitant, soutiendra la position de son patient . Ce certificat médical ne devra pas se contenter d'affirmer la véracité de la contestation de la victime mais encore la démontrer par une argumentation médicale . En effet, une simple assertion médicale non argumentée en faveur des thèses du patient ou un certificat médical au contraire trop vague, sans conclusion claire en faveur de la victime, ne suffiront pas à emporter la décision du Juge et donc à conduire à une nouvelle expertise .

A l'inverse, on rappellera que le Code de déontologie médicale oblige par son article 56 les médecins à entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité . A ce titre, le médecin ne devra pas par exemple, écrire dans son certificat médical que l'expertise médicale rédigée par son confrère était fausse, ou nulle . Dans le cas inverse, il s'expose à des poursuites disciplinaires . Il devra donc se borner à affirmer son point de vue en faveur des thèses de son patient, à les argumenter médicalement sans mettre en cause l'attitude de ses confrères et en particulier de l'expert .

Lorsqu'une nouvelle expertise est ordonnée par le Juge, elle est soumise aux règles définies aux articles R. 141 – 1 à R. 141 – 10 du Code de la Sécurité Sociale .

Désigné parmi les experts figurant sur la liste prévue à l'Article R. 141 – 1, l'expert doit examiner l'intéressé dans les cinq jours suivant la notification de la décision le nommant.

Le rapport doit être transmis dans un délai d'un mois au secrétaire du Tribunal qui a 48 heures pour adresser une copie à la caisse et à la victime de l'accident du travail ou du médecin traitant du malade.



Les différentes étapes du contentieux d'une expertise médicale demandée par une victime d'un accident du travail

F. Les responsabilités de l'expert

L'Expert médical en tant que docteur en médecine est astreint à respecter le Code de Déontologie Médicale, et en particulier les articles suivants .

Comme le signale l'**Article 1^{er}**, les infractions à ces dispositions (du présent Code de Déontologie Médicale) relèvent de la Juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Article 2

Le Médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 105

Nul ne peut être à la fois Médecin Expert et Médecin Traitant d'un même malade .

Un Médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Article 106

Lorsqu'il est investi d'une mission, l'Expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées lui sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent Code.

Article 107

Le Médecin Expert doit avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

Article 108

Dans la rédaction de son rapport le Médecin Expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.