

VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet

Quelques mots sur les avantages fiscaux accordés aux accidentés du travail :

Bénéficiaire d'une demi part supplémentaire pour le coefficient familial de base (article n° 195 du Code général des impôts), 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).

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).

On a dénombré en 2006, pour le régime général, 1,135,532 accidents du travail, 116.247 accidents de trajet.

A. Définitions

Un accident est un évènement soudain et non progressif occasionnant un préjudice corporel en résultant situé dans le temps.

1. L'accident du travail

La loi du 27.01.93 permet à la victime d'un accident du travail se produisant sur une voie ouverte à la circulation publique (à l'exclusion des chantiers, des parkings d'entreprises) et impliquant un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur ou un préposé de disposer d'un recours contre l'employeur et son assurance.

Ceci se fait conformément à la loi du 15.07.85 dite loi Badinter (article 455-1-1 du Code de la sécurité sociale) .

a. La définition du Code de la Sécurité Sociale

L'accident du travail se définit suivant l'article L.411-1 du code de la Sécurité Sociale comme un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail quelle qu'en soit la cause à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'entreprise .

Cette définition générale de l'accident du travail s'est vue précisée par la jurisprudence.

b. La définition classique de la jurisprudence

La Cour de Cassation dans un premier temps a défini l'accident du travail comme légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain (Chambre sociale de la Cour de cassation, 20.03.1952, Chambre sociale de la Cour de cassation, 04.07.1952, Bulletin juridique de l'union des caisses nationales de sécurité sociale n° 52-45, N° 53-16) .

c. La définition récente de la jurisprudence

L'attitude de la Cour de cassation a évolué puisqu'elle a abandonné les critères de violence et d'extériorité pour définir l'accident du travail comme tout fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail, qui est à l'origine d'une lésion corporelle (Chambre sociale de la Cour de cassation le 24.04.1969, n° 68-10 090, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambres civiles, cinquième partie, n°262) .

L'accident du travail se voit ainsi caractérisé par trois critères : la soudaineté de la lésion, l'apparition d'une lésion corporelle survenue par le fait ou l'occasion du travail.

aa. La soudaineté de la lésion

La soudaineté de la lésion traduit l'intervention d'un facteur traumatisant lié au travail. Elle se traduit par une date, voire une heure précise. Plutôt que de lésion soudaine, on devrait parler d'action soudaine .

Elle permet de distinguer l'accident, de la maladie. En effet la maladie se définit, suivant la jurisprudence, par une évolution lente ou progressive à laquelle on ne saurait assigner une origine et une date certaine (Chambre sociale de la Cour de cassation, 21.01.1971, n°69-11.655, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambres civiles, cinquième partie, page 36) .

A titre d'exemple une lombalgie, conséquence immédiate et soudaine de l'action d'un salarié consistant à se baisser pour ramasser des ciseaux, même si ce geste n'a fait que déclencher un épisode aigu d'un état persistant, est considéré comme un accident du travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 15.11.1990, n°89 –10. 028) .

bb. La lésion corporelle

Le deuxième critère, les lésions corporelles, peut en fait correspondre à une atteinte physique, une atteinte psychologique ou même une atteinte d'appareils de prothèse ou d'orthopédie.

L'atteinte physique n'est pas forcément consécutive à un fait de nature exceptionnel, elle peut être la conséquence d'un effort dans l'accomplissement normal du travail (par exemple, douleurs dorsales brusques et intenses après le soulèvement d'un tube métallique : Chambre sociale de la Cour de cassation, 17.02.1988, n° 86-10. 447, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambre civile, cinquième partie, page 73 ; douleurs dorsales subies par un chauffeur routier en chargeant son véhicule : Chambre sociale de la Cour de cassation, 30.03.1995, n° 93-12.655, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambre civile, cinquième partie,

page 84 .

Les atteintes psychologiques peuvent consister en un état de stress post-traumatique dans les suites d'agressions, par exemple, attaques à mains armées d'établissements financiers ou bancaires (Circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés DGR n° 82-1.329, 02.08.1982, Bulletin juridique de l'union des caisses nationales de sécurité sociale, 82-36), à des conséquences d'un harcèlement moral (suicide, malaise à la suite d'une altercation) .

Un choc psychique soudain tel que le traumatisme psychologique subi par les agents des établissements bancaires menacés par une attaque dès lors que les troubles apparaissent dans un temps voisin des faits, peut être considéré comme un accident du travail.

La détérioration des appareils de prothèse et d'orthopédie se voit assimilée à une lésion, elle permet ainsi d'avoir droit à une prise en charge en tant qu'accident du travail. Ceci s'appuie sur l'article L.432-5 du Code de la Sécurité Sociale selon lequel " la victime a le droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessaires en raison de son infirmité, à la réparation ou au remplacement de ce que l'accident a rendu inutilisable ... " (Lettre ministérielle n° 89-210 du 16.11.1989, Lettre ministérielle n° 89-225 du 16.11.1989) .

cc. La survenue de l'accident par le fait ou à l'occasion du travail

La survenue de l'accident par le fait ou à l'occasion du travail constitue le troisième critère nécessaire à la reconnaissance d'un accident du travail.

La survenue par le fait du travail se définit par le fait que le travail constitue la cause directe et immédiate de l'accident.

La survenue à l'occasion du travail se caractérise par un lien de causalité plus difficile à établir.

La jurisprudence a établi deux facteurs nécessaires pour retenir la survenue à l'occasion du travail : l'existence d'un lien de subordination au moment de l'accident et la survenue de l'accident au temps et lieu du travail.

L'accident dont a été victime un salarié lorsqu'il se trouve sous l'autorité de l'employeur constitue ainsi un accident du travail.

Un accident « lié au travail » signifie que l'accidenté était alors soumis à l'autorité patronale ce qui permet d'inclure le salarié en mission. La question est de savoir si au moment de l'accident, l'intéressé était soumis ou non aux instructions de l'employeur

(arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 30 novembre 1995, Liaisons Sociales, 1996, N° 7394) .

Néanmoins, lorsque le salarié, même s'il est présent sur le lieu de travail et pendant le temps de travail, s'il s'est soustrait à l'autorité de son employeur, ne peut alléguer un accident du travail pour un accident survenu alors. On aboutit ainsi au cas des rixes, des jeux, des plaisanteries voire du meurtre d'un salarié perpétré au temps et au lieu de travail.

Là encore on aboutit à des cas limites résolus par la jurisprudence, par exemple les rixes survenues au temps et au lieu du travail dès lors que la victime ne s'est pas soustraite à l'autorité de l'employeur et que la violence subie n'était pas étrangère à l'activité professionnelle, peuvent bénéficier de la reconnaissance d'un accident pour une rixe.

La reconnaissance de l'accident du travail exige que le salarié se trouve sur les lieux et au temps du travail.

Le lieu de travail se définit par la jurisprudence par tout endroit où s'exerce l'autorité de l'employeur, c'est-à-dire les locaux où s'effectuent le travail des salariés (par exemple bureau, atelier, chantier...), mais aussi les dépendances de l'entreprise (la cour intérieure de l'entreprise, le parc de stationnement de l'entreprise, les voies d'accès à l'entreprise, la cantine, les restaurants à l'occasion de repas d'affaires ...) Le temps de travail pendant lequel survient l'accident se définissait classiquement comme le temps normal du travail. En fait la jurisprudence là encore a élargi cette notion de temps de travail aux accidents survenus après la cessation du travail dans certaines circonstances (par exemple réception du paiement de salaire, toilette des salariés , pendant le temps de transport lorsque le salarié est obligé d'utiliser le véhicule de l'entreprise, lorsque le temps de trajet est compris dans l'horaire de travail est rémunéré, les pauses pendant les heures consacrées au repas du personnel lorsque ce repas a lieu à l'intérieur de l'exploitation et avec l'assentiment du chef d'entreprise, les pauses justifiées par les nécessités de la vie courante : manger, boire, fumer à l'intérieur de l'entreprise) .

A contrario l'accident survenant alors que le salarié a quitté son travail sans autorisation pendant l'horaire normal, ne peut être qualifié d'accident du travail.

Il convient cependant de citer deux arrêts rendus le 19 juillet 2001. Le premier n° 99-20.536, la Chambre Sociale de la Cour de Cassation retient que le salarié retrouvé inanimé, victime d'une hémorragie cérébrale, dans la salle de bains de sa chambre d'hôtel, après avoir dîné, effectuant dans la journée une mission en Chine a bien été victime d'un accident de travail. Le deuxième n° 99-20.603 concerne un employé en mission à Paris, décédé dans sa chambre d'hôtel où il demeurait après sa journée de travail . La Cour de Cassation estime que le salarié, effectuant une mission, a droit à la protection prévue par l'article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur, peu important que l'accident survienne à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf la possibilité pour l'employeur ou la Caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un but personnel (preuve évidemment difficile à apporter, dans ce contexte !) . Au sujet de ce revirement, on se rapportera à la chronique de Bernadette Pierchon, docteur en droit : " Salarié en mission et accident du travail " (Cahiers Sociaux de l'Hérault Judiciaire et Commercial n°34 du 27 septembre 2001 pages 2-3 in l'Hérault Judiciaire et Commercial édition Montpellier-Sète-Lodève, n° 2335 du 27 septembre 2001) .

d. Les dernières modifications apportées à la définition de l'accident du travail

Classiquement l'accident du travail se caractérisait par un évènement soudain, intervenu au temps et au lieu du travail, occasionnant une lésion corporelle.

Le caractère soudain de l'évènement nécessitait donc qu'il soit localisé dans le temps et dans l'espace.

Un arrêt du 2 avril 2003 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation N°00-21.768 : Bull. civ. V, n° 132, a modifié cette définition.

La Cour de Cassation définit maintenant un accident du travail comme " un évènement ou une série d'évènements survenus à des dates certaines ou à l'occasion du travail dont il est résulté une lésion corporelle, quelque soit la date d'apparition de celle-ci " .

Cette nouvelle définition permet donc de prendre en compte des traumatismes résultant d'actions répétées, identifiées, mais dont aucune n'a eu isolément de caractère déterminant ainsi que les évènements qui ne sont pas soudains.

Tout évènement entraînant une lésion corporelle apparente au terme d'une évolution, dès lors que les circonstances qui l'ont produite ont une date certaine, s'il entraîne des lésions corporelles, sera alors considéré comme un accident du travail, même si cet évènement n'est pas soudain .

L'arrêt du 2 avril 2003 de la Cour de Cassation admet ainsi le caractère accidentel d'une sclérose en plaques consécutive à une vaccination contre l'hépatite B imposée par l'activité professionnelle du salarié. Pour la cour de cassation les injections successives de vaccins constituent autant d'évènements à date certaine ayant provoqué la maladie contractée par le salarié. La nécessité de la soudaineté d'un évènement occasionnant une lésion disparaît donc au profit d'un autre critère, celui de l'imputabilité certaine d'une lésion, un évènement précis s'étant produit au travail.

Un autre cas particulier reconnu comme accident du travail est celui de la contamination par le VIH, virus du SIDA qui peut arriver accidentellement par contact avec du matériel souillé au temps et au lieu du travail. L'Administration a considéré que ce mode de contamination correspondait à la notion d'accident du travail. (Décret n°93-74 du 18.01.93 paru au journal officiel du 20.01.93).

Un choc psychique, non soudain, peut donc être considéré comme accident du travail. De même des accident psychiques du travail occasionnés par un harcèlement moral (insultes, reproches infondés, dénigrement systématique, « mise au placard »), si le patient en apporte la preuve par des témoignages, peuvent être considérés comme des accidents du travail.

Cette définition a été précisée par l'arrêt du 01.07.03 de la 2^{ème} chambre civile de la cour de cassation n° 02-30576, qui décrit le cas d'un salarié informé par son supérieur hiérarchique qu'il ne donne pas satisfaction et qu'il est rétrogradé. Deux jours plus tard il fait constater par son médecin traitant une dépression nerveuse. L'expert médical mandaté par la Cour d'appel établit un lien de causalité entre l'entretien professionnel et le traumatisme psychique qu'il a provoqué chez le salarié et la dépression nerveuse qui s'en est suivie. Dans ce cas précis, la Cour de cassation abandonne à nouveau la nécessité de la soudaineté d'un fait générateur de l'accident pour constituer un accident du travail. Elle considère l'entretien avec le supérieur hiérarchique de la victime comme un évènement certain à l'origine de la dépression nerveuse dont est atteint le salarié. Elle confirme ainsi l'arrêt du 02.04.03 de la chambre sociale de la Cour de cassation citée ci-dessus. Par contre dans ce cas précis de l'arrêt du 01.07.03 la cour de cassation étend la notion de lésion corporelle au traumatisme psychique. Jusqu'ici les troubles psychologiques n'étaient pris en compte que dans des situations où ces troubles s'étaient manifestés par des altérations physiques, par exemple malaises, troubles cardiaques, décès.

On peut donc en conclure que toute altération de l'état psychologique d'un salarié lié au travail peut constituer un accident du travail, mais il faut que ces troubles psychologiques puissent être rattachés à un évènement précis survenu au travail ou à l'occasion du travail. De même les traumatismes psychiques occasionnés par une rétrogradation ou une annonce de licenciement pourront être considérés comme un accident du travail. Mais il conviendra de prouver que les lésions psychiques dont se plaint le patient se rattachent exclusivement à un évènement précis datable, s'étant

produit au travail. On considèrera qu'il y a accident du travail que si le patient allait bien avant l'évènement. Si l'évènement n'a fait qu'aggraver un état psychique déjà mauvais, on ne pourra pas alors normalement considérer qu'il s'agisse d'un accident du travail.

La notion de « lésion corporelle » est à comprendre dans son acception la plus large aux vues de cette jurisprudence puisqu'il peut s'agir d'une atteinte aussi bien physique que psychique.

C'est le critère de soudaineté, qui se traduit par la certitude de la date de l'évènement qui permet d'opérer la distinction entre l'accident du travail et la maladie professionnelle définie comme le résultat d'une série d'évènements à évolution lente à laquelle on ne peut assigner une origine et une date certaine.

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation (civ. 2^{ème}, 22.02.07, D.2007.791-792, note Fabre LPA, n°70, 2007.16, note Lerouge ; Lardy-Pélissier, accident du travail pendant une période de suspension de contrat de travail RDT 2007.306) est allée plus loin en reconnaissant le caractère d'accident du travail à des troubles survenus en dehors d'une situation de subordination du salarié pendant la suspension du contrat de travail dès lors que le lien entre le travail et l'altération des facultés mentales était établie.

La subordination à l'employeur n'est donc plus considérée comme nécessaire à la qualification d'accident du travail. Il s'agissait d'une tentative de suicide d'un salarié survenue lors d'un arrêt de maladie consécutif à des troubles anxio-dépressifs causés par la dégradation continue des relations du travail et du comportement de l'employeur.

e. La présomption d'imputabilité.

L'article L.411 – 1 du Code de la Sécurité Sociale établit une présomption d'imputabilité de l'accident du travail qui postule en principe que tout accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail quelque en soit la cause est considéré comme un accident du travail. Cette notion est beaucoup plus favorable que la notion du droit commun dictée par l'article 1315 du Code civil où la victime a à prouver non seulement la matérialité de la lésion mais également l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et le travail.

La jurisprudence établie par la Cour de cassation a précisé ces notions en estimant que toute lésion survenue au temps et lieu du travail devait se voir considérée comme trouvant sa cause dans le travail, sauf s'il est prouvé que cette lésion présente une origine totalement étrangère au travail (Chambre sociale de la Cour de cassation, 08.03.1989, n° 87-17.755, 1989 ; Chambre sociale de la Cour de cassation, 08.06.1995, n° 93-17.804 , Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, cinquième partie, page 141, 1995 ; Chambre sociale de la Cour de cassation, 07.12.1995, n° 94-11.271, 1995 ; Chambre sociale de la Cour de cassation, 14.12.1995, n° 93 – 14.133, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, cinquième partie, page 248, 1995) .

Ainsi, non seulement la Caisse d'assurance maladie doit prouver que la cause de la lésion subie par la victime reste inconnue, que l'accident n'est pas lié à un fait en rapport à l'activité professionnelle, mais encore la caisse doit démontrer que l'accident avait une cause entièrement étrangère au travail (Chambre sociale de la Cour de cassation, 06.06.1996, n° 94- 18.602, 1996) .

Bien entendu lorsque la lésion intervient dans un temps simultané ou voisin du fait accidentel, la présomption de l'accident du travail s'applique. Il en est de même lorsque la victime présente des lésions apparues tardivement dès lors qu'il existe une continuité des soins prouvée (arrêt n°85-11100 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 07.07.1986, n°1784p, CPAM de l'Ain c/ Terrier et A, Bull. civ. V n°431).

Inversement lorsqu'une lésion survient tardivement avec une absence de soins depuis l'évènement ou le fait générateur, les bénéfices de la présomption ou de l'imputabilité ne s'exercent plus et il revient à la victime d'établir le lien entre le fait accidentel et la lésion pour prouver l'accident du travail.

L'état antérieur préexistant révélé ou aggravé à cause de conditions de travail ne renverse pas la présomption d'imputabilité.

Cette présomption d'imputabilité est cependant détruite lorsque l'état préexistant est considéré comme une action lente, antérieure à la manifestation du préjudice qui évolue pour son propre compte. La preuve du caractère inéluctable du développement de l'affection considérée comme état pathologique préexistant fait tomber la présomption d'origine accidentelle.

Lorsqu'un accident du travail entraîne des lésions résultant exclusivement d'une affection pathologique préexistante indépendante il est donc nécessaire pour détruire la présomption d'imputabilité non seulement de prouver qu'il s'agit d'une pathologie entièrement étrangère au travail mais que cet état antérieur évolue pour son propre compte.

La présomption d'imputabilité est rejetée lorsque les lésions sont indépendantes du travail (cass. II Civ, 10.04.08, n°06-12885). A titre d'exemple, citons le cas d'une rupture d'anévrisme ayant une origine totalement étrangère au travail (cass. II Civ.27.01.04, n°02-30454) ou d'une pathologie préexistante ayant évolué indépendamment du travail (cass. II Civ. 06.04.04 n° 02-31182). La preuve certaine que le travail n'a joué aucun rôle dans la survenance du fait accidentel doit être rapportée. (cass. Soc. 05.02.76, bull. V n°78 : autopsie établissant que la cause du décès est totalement étrangère à l'activité professionnelle).

La nécessité pour que la présomption d'imputabilité d'un accident du travail en cas de découverte d'un état pathologique préexistant ne peut être détruite que s'il est prouvé que cet état préexistant n'évoluait que pour son propre compte et de façon inéluctable est illustré par les jurisprudences suivantes.

La présomption d'imputabilité d'un accident du travail ne peut pas être écartée si la cause exacte d'un malaise est inconnue même si les conditions de travail étaient normales et que selon l'expert médical il n'y avait pas de relation certaine de causalité entre le travail et le décès (cass. II Civ. 11.10.06 n°04-30878).

A plus forte raison lorsque l'expert ne parvient pas à établir l'existence d'un état pathologique préexistant les conséquences d'une chute consécutive à un malaise survenu au temps et au lieu du travail sont prises en charge au titre de la législation des accidents du travail (cass. II Civ. 20.09.05 n°0430154).

La présomption d'imputabilité est également renversée si l'altération de l'état de santé se révèle tardivement après l'accident (soc. 16.07.53, bull. civ. V, 946 ; soc 13.02.47, bull. civ. V, n° 66).

Lorsqu'il existe un état pathologique préexistant, dit état antérieur, l'apparition d'une lésion au temps et au lieu du travail est couverte par la présomption d'imputabilité et donc considérée comme accident du travail sauf si les expertises médicales font valoir un lien entre la lésion et l'état antérieur sans rapport avec le travail. Ceci entraîne des conséquences médico-légales, en particulier pour les accidents du travail mortels en particulier après des malaises . La jurisprudence considère que la cause n'est pas totalement étrangère au travail lorsque les conditions de travail ont joué un rôle dans la survenance de l'accident. Un état pathologique préexistant révélé soudainement au temps et au lieu du travail constitue en principe un accident présumé imputable au travail (exemple du malaise cardiaque, d'une hernie discale, d'une hémorragie cérébrale) si le travail a joué un rôle dans l'apparition de la lésion. A titre d'exemple, n'est pas considérée comme une cause totalement étrangère au travail, la rupture d'anévrisme subie par une salariée subissant un stress d'origine professionnelle (cass II civ. 05.06.08, n°07-14150) ou l'arrêt cardiaque d'un salarié effectuant des efforts physiques dans le cadre de son travail même s'il souffrait d'une pathologie préexistante et même s'il avait ressenti des douleurs avant sa prise de fonction. (cass. II. Civ. 02.10.08 n°07-19036).

Lorsque l'accident a précipité l'évolution d'un état pathologique antérieur, il doit être considéré comme accident du travail dans la mesure où le lien de causalité entre la lésion et l'accident reste suffisant.

Citons à titre d'exemple une arthrose préexistante aggravée par les efforts exigés du salarié dans l'accomplissement de son travail (cass. Soc. 09.11.88, n°87-14002).

Lorsque l'accident révèle une pathologie préexistante restée jusque là ignorée, l'indemnisation intervient entièrement au titre des accidents du travail. (Arrêt du 15.03.73 de la Chambre sociale de la Cour de Cassation n°72-10937, directeur de la Caisse régionale mutuelle agricole de l'Ariège et a.c/Tougue : bull. civ. V, n°162).

L'aggravation due entièrement à l'accident du travail d'un état pathologique antérieur n'occasionnant auparavant aucune incapacité doit être indemnisée en sa totalité au titre de l'accident du travail. (bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres Civiles, 4^{ème} partie, Chambre Sociale n°758 arrêt du 30.11.67, bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambre Civile n°2, 4^{ème} partie, Chambre Sociale n°370, arrêt du 06.05.65).

Si l'état antérieur aurait abouti de façon inexorable à une atteinte de l'organisme progressive et irréversible, l'aggravation provoquée par l'accident du travail de cet état antérieur n'est pris en compte que dans la limite réellement imputable à l'accident (arrêt du 20.07.82 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, n°81-14509 Richer c/ Langevin et a. bull Civ. V, n°487).

La victime atteinte d'un état antérieur doit être indemnisée pour son IPP dans la mesure de l'aggravation de son état imputable à l'accident à l'exclusion des conséquences de l'évolution normale de son état pathologique congénital (arrêt du 27.11.70 de l'Assemblée plénière de la Cour de Cassation n°69-10040, bull. civ. Ass. Plén., n°6).

L'aggravation d'un état pathologique antérieur par l'accident du travail n'occasionnant auparavant aucune incapacité doit donc être indemnisée totalement.

Lorsque l'accident entraîne l'aggravation d'un état pathologique préexistant, la totalité de l'incapacité de travail résultant de cette aggravation de l'état pathologique préexistant doit être pris en charge au titre de la législation accident du travail (arrêt du 05.03.64 de la Cour de Cassation).

Il en est différemment d'une aggravation qui peut être imputée pour partie à l'accident du travail et pour partie à l'évolution normale d'un état pathologique antérieur. (Arrêt du 30.11.1967, de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°66-14143, bull. Civ. IV, n°758).

Lorsque l'accident révèle un état antérieur resté jusqu'ici ignoré et n'entraînant pas d'invalidité, si cet état antérieur se trouve être la seule cause certaine de la dégradation subite de l'état physique, ou en tout cas la cause principale, l'indemnisation est prise en charge au titre des accidents du travail (arrêt du 15.03.73 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°72-10937, directeur de la caisse régionale Mutuelle Agricole Ariège et a. c/ Tougne : bull. civ. V, n°162).

La présomption d'imputabilité est écartée lorsque :

- l'employeur ou la CPAM établit que la lésion ou l'accident ont une cause étrangère au travail.
- La victime s'est soustraite à l'autorité du chef d'entreprise lors de l'accident.
- Les ayants droits refusent sans motif justifié une autopsie en cas d'accident mortel.

La victime d'un accident du travail doit, dans la journée où l'accident s'est produit et au plus tard dans les 24h, informer l'employeur ou l'un de ses préposés sauf cas d'impossibilité ou de motif légitime.

Le non respect de ce délai n'est pas sanctionné mais il rend plus difficile la reconnaissance de la matérialité de l'accident.

La prescription du droit de réparation en accident du travail est de deux ans.

La délivrance des feuilles d'accident du travail par les entreprises est une obligation légale. En cas de refus de l'employeur d'établir la déclaration d'accident du travail la victime peut faire elle-même sa déclaration auprès de l'organisme gestionnaire.

Avec la feuille d'accident délivrée par l'employeur ou son préposé, il est fortement conseillé à la victime de l'AT de consulter un médecin. Ce médecin doit établir un certificat médical.

L'employeur doit déclarer l'accident dans les 48h à l'organisme gestionnaire sauf pour des AT bénins inscrits sur les registres de l'infirmerie. Ces registres d'infirmerie restent propriétés des Caisses qui les conservent après l'année où ils ont été utilisés durant l'année.

La victime d'un accident du travail doit faire constater son état de santé par un médecin de son choix. La victime présente la feuille de l'accident remise par l'employeur ce qui lui permet de ne pas régler les frais correspondant à la consultation médicale.

Le médecin établit ensuite un certificat médical initial dans lequel il décrit les blessures et leurs conséquences. Le certificat est composé de trois volets identiques. Le médecin adresse le volet 1 et 2 de ce certificat médical à la Caisse primaire d'assurance maladie, la victime conserve le volet n°3.

Si un arrêt de travail est prescrit, la mention de cet arrêt et sa durée sont portés sur les trois volets précités. En outre, l'employeur remplit le volet 4 du certificat médical initial intitulé « certificat d'arrêt de travail ». Ce volet est envoyé par la victime à son employeur pour justifier son absence. Si nécessaire le médecin peut prolonger les soins ou l'arrêt de travail. Il remplit un certificat de prolongation. A la fin des soins ou de l'arrêt de travail, le médecin établit un certificat final décrivant les séquelles éventuelles en cas de consolidation ou la guérison.

Le délai de prescription est le délai après lequel l'origine professionnelle de l'atteinte n'est plus reconnue par la caisse. Pour les AT, ce délai est de deux ans après la date de l'accident du travail.

f. Cas de la mort subite au travail

aa. La procédure de reconnaissance

La Caisse primaire n'a connaissance d'un cas d'accident du travail avec mort subite que de plusieurs façons :

- soit par la réception d'une déclaration réglementaire d'accident du travail établi par l'employeur (article L.441-2 du code de la sécurité sociale) que ce dernier est tenu d'adresser à l'organisme de sécurité sociale dans un délai de 48 h en application des articles L.441-2 et R.441-3 du code de la sécurité sociale sous peine de recevoir une amende prévue pour les contraventions de 4^{ème} classe soit au maximum 750€ (article R.471-3 du code de la sécurité sociale).
- Soit par la réception d'un certificat médical descriptif établi par le praticien ayant constaté les lésions (article L.441-6 du code de la sécurité sociale).
- Soit par les représentants de la victime qui peuvent le déclarer dans les deux ans qui suivent l'accident.

Après la déclaration, la Caisse dispose d'un délai de 30 jours pour donner son avis sur la prise en charge de l'accident au titre de la législation des accidents du travail (article R.441-10 du Code de la Sécurité sociale). La Caisse peut estimer nécessaire de proroger le délai pour une nouvelle période de deux mois au titre de l'article R.441-14 du Code de la sécurité sociale pour enquête ou examen complémentaire si elle le juge nécessaire.

Du point de vue procédural, il convient de rappeler qu'une enquête légale est rendue obligatoire par les articles L.442-1 et L.442-2 du Code de la Sécurité sociale à faire procéder par la Caisse de Sécurité sociale pour statuer sur le caractère professionnel d'un accident mortel (Arrêt du 03.06.99 et du 20.12.01 de la Chambre sociale de la Cour de cassation).

L'enquête légale effectuée par la Caisse selon l'article L.442-1 du Code de la sécurité sociale est organisée sur les lieux du travail. Une réunion contradictoire des parties est organisée avec l'audition de l'employeur, des témoins, des ayant droit .

L'interrogatoire des collègues du travail est capital pour recueillir les renseignements sur les conditions du travail sur les minutes qui ont précédé le décès. Un procès verbal est ensuite rédigé.

Le service médical recherche ensuite la cause du décès, donne son avis sur la relation avec le travail ou avec une cause entièrement étrangère au travail :

- il étudie les circonstances de survenue du décès d'après l'enquête légale.
- Il recherche l'existence éventuelle d'un état antérieur dans le dossier médical et administratif du défunt.
- Aux vues du rapport d'expertise, il se prononce la relation des lésions avec le travail.

Le médecin conseil donne son avis sur l'opportunité d'une procédure d'exhumation et d'autopsie proposée par le service accidents du travail. L'autopsie n'est pas nécessaire si le médecin conseil de l'organisme gestionnaire du risque accident du travail est d'accord pour reconnaître l'imputabilité du décès à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle.

bb. L'autopsie

Lorsqu'il existe un doute sur l'imputabilité du décès et que la Caisse tente de renverser la présomption d'imputabilité, une autopsie doit être déclenchée (article 442-4 du Code de la sécurité sociale).

La charge d'apporter la preuve qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail incombe à l'employeur lorsque les ayants droits bénéficient de la présomption d'imputabilité et que la Caisse a admis le caractère professionnel de l'accident sans faire procéder à l'autopsie (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 30.11.95 affaire Rochais-Bonnet c/ CPAM de Nantes). L'employeur peut lui aussi demander l'autopsie auprès du juge compétent (Chambre sociale de la Cour de cassation du 12.02.98 RJS 1998 n°520).

Des dispositions particulières s'appliquent en matière de pneumoconiose en cas de décès de la victime avant la déclaration de maladie professionnelle au titre des tableaux 25, 30, 30 bis, 44, 44 bis, 91 et 94, l'article D.431-16 du Code de la sécurité sociale détermine les modalités particulières de l'autopsie outre celles énoncées précédemment :

- l'autopsie sera réalisée par un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconiose.
- Les poumons seront prélevés en totalité et adressés à l'institut de médecine du travail, un service d'anatomopathologie qualifié par ces travaux concernant les pneumoconioses ou un centre d'études des pneumoconioses en vu d'un examen anatomopathologique et histologique. Toutefois l'autopsie n'est pas nécessaire lorsque la victime avait été reconnue atteinte d'une pneumoconiose et lorsque le dossier permet au médecin conseil de donner son avis sur la relation de cause à effet entre le décès et la maladie professionnelle (article D.461-18- 2^{ème} alinéa du Code de la sécurité sociale).

D'une manière générale, lors de l'ouverture du dossier accident du travail par la CPAM, le défunt est depuis longtemps inhumé voir incinéré ou encore le corps a été rapatrié dans le pays d'origine. Confronté à des déclarations tardives, tant par les familles que par les employeurs et alors qu'à aucun moment leur bonne foi ne peut être valablement mise en doute dans ces cas particuliers, les caisses se voient opposer la présomption légale d'imputation d'origine professionnelle même si les causes du décès sont mal connues et au seul motif que ce dernier décès est survenu au temps et au lieu du travail et qu'il appartient à la caisse de rapporter la preuve que le travail n'a joué aucun rôle dans le processus ayant entraîné le décès.

Lorsqu'il existe un doute sur l'imputabilité du décès une autopsie peut être déclenchée pour apporter la vérité médico-légale, elle permettra de connaître la nature des lésions, la cause du décès, son lien éventuel avec le travail ou avec une cause entièrement étrangère aux circonstances professionnelles.

Pour couper court aux différentes contestations possibles par l'employeur ou la Caisse primaire d'assurance maladie une autopsie médico-légale devrait être systématiquement demandée et d'autant plus efficace qu'elle est faite rapidement.

L'autopsie permettra souvent de révéler la cause de la mort subite de préciser les éventuelles intoxications (alcool, produits stupéfiants) qui ont pu contribuer à la genèse de l'accident mais également de mettre en évidence un éventuel état antérieur (athérosclérose coronaire par exemple). Une procédure d'autopsie peut être demandée soit par le procureur de la république soit par la caisse primaire d'assurance maladie auprès du tribunal d'instance. Cette dernière procédure d'autopsie est le plus souvent pratiquée après exhumation.

La Conseil de l'Europe recommande d'ailleurs la réalisation d'autopsie médico-légale dans le cadre d'accidents du travail (recommandation européenne n° R (99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du conseil de l'Europe du 02.02.1999.

α. La procédure d'autopsie à l'initiative de la Caisse.

La première procédure d'autopsie est la procédure entraînée à l'initiative de la Caisse. L'article L.442-4 du Code de la sécurité sociale stipule que « la Caisse doit, si les ayants droits de la victime le sollicitent ou avec leur accord si elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité demande au Tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident s'est produit de faire procéder à l'autopsie dans les conditions prévues aux articles 232 et suivants du nouveau code de procédure civile ». L'article L.442-4 du Code de la Sécurité sociale prévoit que l'autopsie peut être réclamée par la Caisse ou par les ayants droits. Il ne fait pas allusion à l'employeur qui peut néanmoins avoir intérêt à prouver que le décès de la victime n'était pas du à un accident du travail, ceci afin qu'il n'en soit pas tenu compte pour la fixation de son taux de cotisation accidents du travail. La Cour de Cassation a précisé que « le recours à l'autopsie de la victime ne constitue pour les Caisses de Sécurité sociale qu'une simple faculté dont elle n'use que si elles la jugent utile ». Les ayants droit doivent être informés des implications d'un refus de l'autopsie.

La procédure d'autopsie ne peut être engagée qu'avec l'accord écrit des ayants droit. Cette information doit se faire conformément aux directives de la circulaire DGR n°2264-ENSM n°1235 du 22.09.1998.

Le silence opposé par les ayants droits à une demande d'autopsie faite par la Caisse équivaut à un refus de leur part (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 27.10.81, Sommaires de sécurité sociale 0182 page 2147 n°131). L'accord tardif des ayants droits à une autopsie équivaut à un refus (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 10.10.1979, dame M...c/ CPCAMRP) .

Le juge d'instance pourvoit en particulier à toutes les formalités et surveille l'exécution de la mission confiée à l'expert. L'expert doit être désigné et l'examen réalisé conformément au Code de procédure civile, la Caisse n'intervenant que pour

envoyer à l'expert l'intégralité du dossier. Si le médecin expert se récuse, le juge doit pourvoir à son remplacement. La Caisse primaire transmet le rapport d'autopsie dès réception au médecin conseil pour avis.

L'expertise de l'autopsie doit être personnelle, impartiale, la mission est définie par le juge et l'expert doit se récuser selon les motifs habituels et réaliser sa mission dans les délais indiqués par le juge.

Si les ayants droits consentent, la Caisse saisit le juge d'instance pour requête aux fins d'autopsie et prend toutes les dispositions propres à son exécution. Néanmoins, il convient de signaler que tout retard dans la demande peut déboucher sur l'impossibilité de procéder à l'autopsie :

- soit que le corps ne soit plus disponible du fait de son incinération, de l'embaumement, du don du corps à la médecine, du don d'organe,
- soit que cette procédure est refusée par le juge qui estime la demande trop tardive et le faisceau de preuves suffisant
- soit que le corps soit dégradé dans un délai trop long entre le décès et la demande.

L'autopsie de Sécurité sociale n'aura pas lieu si les ayants droits de la victime s'y opposent .

Si les ayants droits refusent la procédure d'autopsie, il y a renversement du fardeau de la preuve. La présomption d'imputabilité d'accident du travail disparaît. Dans ce cas, néanmoins, les ayants droits doivent apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès (Article L.442-4 du Code de la sécurité sociale ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 13 janvier 1988, N°86 -13.169, 1988 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 21 novembre 1996, N° 95 -13.761 et 95 -14.267, 1996, arrêt du 03.04.03 de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation n°01-21054, n°426 FS-P+B, Ruelle c/ Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF : bull. Civ. II n°99). En effet, les ayants droits de la victime perdent le bénéfice de la présomption d'imputabilité lorsqu'ils refusent l'autopsie du corps de la victime quand elle est demandée par la Caisse .

Une demande d'autopsie tardive de la Caisse ne fait pas perdre le bénéfice de la présomption d'imputabilité de l'accident de travail aux ayants droits de la victime s'ils refusent cette autopsie. Les juges du Fonds apprécient souverainement le caractère tardif de la demande d'autopsie (arrêt du 03.04.03 de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation, n°01-21054, n°426 FS-P + B, Ruelle c/ Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF : bull. civ II, n°99).

Ainsi l'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 23.04.1980 décrit le cas d'une personne découverte morte le 19.12.75 au temps et au lieu de son travail sans preuve établie que la mort subite soit en rapport avec le travail. La veuve ayant refusé qu'il soit procédé à l'autopsie, la Caisse primaire a rejeté la demande de prise en charge de ce décès au titre professionnel en faisant valoir que la veuve n'avait pas apporté la preuve qu'il lui incombait d'un lien de causalité entre le travail et le décès. La Cour d'appel avait considéré que la personne était décédée brusquement d'une mort naturelle alors qu'elle effectuait son travail. La mort dont il n'avait pas été établi qu'elle était due à une cause étrangère à son travail devait dès lors être prise en charge au titre professionnel. La Cour de cassation avait cassé et annulé l'arrêt rendu le 31.10.75 par la Cour d'appel et donc du point de vue pratique, le décès n'a pas été pris en charge au titre professionnel.

De même, nous décrivons le cas d'une personne ayant eu un malaise mortel (infarctus du myocarde) sur son lieu de travail à la gare SNCF d'Amiens (cass.civ.2^{ème}, 03.04.03, bulletin 2003, II, n°99, n°01.21054). La demande d'autopsie par la CPAM avait été effectuée 36 jours après le décès du salarié soit au-delà du délai de 30 jours imparti à la CPAM pour prendre sa décision. L'accident aurait du être réputé lié au travail mais un des ayants droits avait refusé la demande d'autopsie faite par la CPAM. La Cour de Cassation a considéré que le délai de 36 jours n'était néanmoins pas tardif et que ce refus de l'ayant droit faisait perdre la présomption d'imputabilité au travail et qu'il revenait donc à l'ayant droit de prouver le lien de causalité entre le décès et le travail.

La preuve du rapport entre le décès et le travail n'étant pas rapportée, la demande de prise en charge au titre accident du travail a été rejetée.

Néanmoins la Chambre sociale de la Cour de cassation (cass.soc.15.06.00, n°98-14537) avait admis qu'une demande d'autopsie tardive de la caisse demandée 5 mois après le décès ne faisait pas perdre le bénéfice de la présomption d'imputabilité de l'accident du travail à l'ayant droit si ce dernier refusait l'autopsie.

Aucune disposition légale n'oblige la Caisse de faire connaitre aux ayants droits le risque auquel ils s'exposent en refusant l'autopsie. Un refus d'autopsie entraîne donc la perte de la présomption d'imputabilité même si la Caisse n'a pas informé les ayants droits des conséquences de ce refus. Toutefois, le ministre recommande à la Caisse de procéder à cette information sous la forme écrite ou orale en insistant sur la gratuité pour les ayants droits de cette procédure et d'autre part de la nécessité pour eux d'être présents lors de cette autopsie (lettre ministérielle du 20.06.88 : BO/SSP 88/28 page 15).

Un refus administratif est notifié avec les voies de recours prévues dans le cadre du contentieux général.

Parfois le médecin légiste pratique l'autopsie plusieurs semaines voire plusieurs mois après le décès alors que le corps de la victime avait été transporté à l'institut médico-légal le jour du décès. L'autopsie après l'exhumation ne remplace jamais l'autopsie précoce. La destruction du cadavre peut aller de quelques mois à quelques années, elle est fonction de l'âge du sujet à son décès mais aussi des soins de conservation prodigués au corps du défunt, de l'état du cercueil, de la nature du caveau, de l'infiltration du terrain. Selon le degrés de conservation du corps, on peut retrouver des traces d'hémorragie, des calcifications, des tumeurs mais un infarctus récent ou une thrombose ne pourront pas être décelés du fait de la lyse importante alors qu'ils sont responsables de la majorité des morts subites.

Cette procédure d'autopsie après exhumation risque de ne pas éclairer la Sécurité sociale sur la cause précise de la mort ou n'apportera pas la preuve irréfutable que le travail n'a joué aucun rôle dans le processus ayant entraîné le décès.

La procédure d'autopsie réalisée dans le cadre de la législation accidents du travail et suivant l'article L.442-4 du Code de la Sécurité sociale après saisine du Tribunal d'instance du lieu où est survenu le décès, ne satisfait souvent personne :

- pour les ayants droits, cette démarche est souvent incomprise et mal ressentie. Ils conçoivent difficilement qu'un service administratif de la sécurité sociale sollicite l'autopsie du corps alors que le parquet ne l'a pas estimé

nécessaire et ils ressentent mal cette intervention dans un climat familial pénible conduisant à l'exhumation du corps.

- Pour le médecin légiste, la mission se trouve compliquée en raison des délais administratifs nécessaires pour l'instruction du dossier (souscription de la déclaration accident du travail, délai plus ou moins long pour obtenir le certificat médical du décès, demande d'accord de la famille, saisine du tribunal d'instance).

Parfois l'autopsie du corps est impossible en particulier quand le corps n'est plus disponible du fait :

- de l'embaumement
- du rapatriement du corps dans le pays d'origine de la victime à l'étranger en vue de son inhumation quand aucune hâte excessive ou fautive n'a été relevée (arrêt du 18.06.80, n°79-10794 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation : bull. civ. V n°539, arrêt du 02.03.83 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°81-12791, bull. civ. V n°124, arrêt du 14.01.84 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°82-13139, bull. civ. V n°438, arrêt du 20.01.94 Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°91-17282, n°275 P, bull. civ. n°18, arrêt du 21.03.96 société Focast Bretagne c/ Cezer Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°94-15338, n°1394 P, bull. civ. V n°111).
- du transport du corps (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 21.03.96)
- du don du corps de la victime à la science (Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.01.94 CPAM de l'Essonne c/ Mme Lebon) à la demande de la volonté du défunt dès lors qu'aucune hâte excessive ou fautive n'a été relevée.
- du don d'organe.
- Du fait de la faute d'un tiers (par exemple au service des pompes funèbres) (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 18.06.80 affaire Michelin c/ CPAM de Clermont Ferrand)
- Si l'autopsie se révèle impossible du fait d'une action par incinération des ayants droits d'une incinération conformément à la volonté du défunt effectuée dans les délais normaux, lorsqu'est exclue toute idée de fraude ou de dissimulation vis-à-vis de la Caisse, mais dans le but de respecter les volontés du défunt, la présomption d'imputabilité reste au profit des ayants droits refus (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.01.94 n° 91-17.282, n° 275 P, CPAM de l'Essonne c/Mme Lebon, Bull. civ. V, n° 18).
Ceci est illustré par l'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 29.09.79 qui stipule que « le fait que la veuve d'un salarié décédé sur le lieu du travail d'avoir fait procéder dans les délais normaux à l'incinération de son mari, selon la volonté exprimée par celui-ci, relève une attitude exclusive de toute idée de fraude ou de dissimulation vis-à-vis de la caisse et ne caractérise pas la volonté de s'opposer à l'autopsie que ladite Caisse n'avait demandée que plusieurs mois après le décès » et par l'arrêt de la Cour d'appel de Paris du 27.01.83 CPAMRP c/ D. Martin.

L'autopsie peut également être rendue impossible du fait que le corps soit trop dégradé par un délai trop long entre le décès et la demande (jugement du TASS de Paris du 17.02.92 Barillon Sommaires de sécurité sociale 5/92 page 4717).

L'impossibilité de pratiquer l'autopsie dans les cas sus-cités ne fait pas alors tomber la présomption d'imputabilité .

Le juge peut également refuser de faire procéder à l'autopsie s'il estime la demande trop tardive et le faisceau de preuves suffisant.

La mission du médecin légiste est déterminée dans l'ordonnance du juge d'instance.

La mission type est :

- rechercher les causes du décès
- dire s'il existe une relation de cause à effet entre l'accident et le décès
- donner tous les éléments utiles permettant de dire si le travail a joué un rôle dans la survenue du décès ou s'il est impossible d'affirmer le contraire,
- faire toutes les constatations utiles
- et enfin faire des prélèvements complémentaires si nécessaire.

Dans le cadre de ce type d'autopsie, l'exhumation du corps peut avoir lieu. Elle se fait dans les communes dotées d'un régime de police d'état en présence du fonctionnaire de police délégué par le chef de circonscription. Pour les autres communes c'est le garde champêtre ou l'agent de police municipal délégué par le maire qui assiste à cette opération (article L.2213-14 du code général des collectivités territoriales). Le corps est alors transporté à la chambre mortuaire du centre hospitalier le plus proche où il est procédé à l'ouverture du cercueil. Toutes les analyses peuvent être faites mais les services administratifs des caisses ne sont pas toujours prêts à payer des radiographies et des analyses anatomopathologiques et toxicologiques et voudraient se contenter de l'autopsie. D'autres part, les prélèvements effectués ne sont pas mis sous scellés ni photographiés car la procédure est civile et non pas pénale. Le rapport d'autopsie doit être communiqué à toutes les parties par respect du principe du contradictoire. Ce rapport doit en particulier être communiqué à l'employeur, ceci est rappelé par un arrêt de la 2^{ème} chambre civile de la cour de cassation du 22.02.05 (Cass.civ.2^{ème}.22.02.05, bulletin 2005, II, n°38 Gazette du palais, 29/30.06.05, note de JM Ageron). Dans les cadre de la procédure de reconnaissance de l'accident du travail la CPAM doit respecter le principe du contradictoire c'est-à-dire que toutes les pièces du dossier doivent être communiquées aux parties y compris l'entier rapport d'autopsie . Si le principe du contradictoire n'est pas respecté, la décision est inopposable à l'employeur, celui-ci ne se verra donc pas infliger une hausse de ses cotisations relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles (Cass.civ.2^{ème}, 21.06.05, Gazette du palais n°68 du 09.03.06, page 17, sommaire n°254). Pour le salarié ou ses ayants droits cela n'a pas de conséquence l'inopposabilité ne regardant que l'employeur et la CPAM. La CPAM en effet n'a pas le droit de revenir sur sa décision sous prétexte qu'elle est désormais inopposable à l'employeur.

Une fois en possession du rapport d'autopsie le médecin conseil de la Caisse primaire prendra sa décision. Il est à noter que, selon la Cour de cassation, lorsque le rapport évoque un doute ou des causes inconnues, la présomption d'imputabilité joue toujours en faveur des ayants droits et le caractère professionnel de l'accident doit être reconnu. L'avis du médecin conseil est transmis à la Caisse qui notifie sa décision. Cette notification doit prévoir les voies de recours qui sont celles du contentieux général comme c'est la règle en matière d'imputabilité.

Tout comme en droit commun, les juridictions du contentieux de la Sécurité sociale ont le pouvoir d'apprécier la valeur probante qu'il convient d'attribuer aux conclusions

d'autopsie. Ces conclusions n'engagent en rien le juge et ne s'imposent pas à lui (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 15.02.96 société Dumez EPS c/ CPAM de Valenciennes). Les juges gardent donc leur pouvoir souverain d'appréciation.

La Caisse souvent ne fait qu'attendre la conclusion médicale définitive du médecin légiste de l'autopsie quant aux causes du décès. Cette conclusion n'arrive toujours pas dans les délais stricts imposés aux caisses d'assurance maladie et parfois même la communication du rapport d'expertise n'a pas lieu avant plusieurs mois dans les cas difficiles. La généralisation du délai strict de gestion de 30 jours à l'ensemble des accidents du travail trouve alors ses limites.

Si l'autopsie est pratiquée les ayants droits peuvent obtenir par l'intermédiaire d'un médecin communication des pièces sur lesquelles l'expert a fondé son avis.

β. La procédure d'autopsie à l'initiative du Parquet.

La deuxième procédure d'autopsie est celle requise par le parquet en cas d'obstacle médico-légal signalé sur le certificat de décès .

A la suite d'une enquête de police ou de gendarmerie sur un AT mortel, un obstacle médico-légal peut et devrait même être coché à notre avis systématiquement par le médecin légiste.

Devant toute mort subite dont la cause est inconnue un certificat médical portant la mention « décès posant un obstacle médico-légal » devrait être rédigé systématiquement par le médecin.

Cette mention déclenche la procédure judiciaire d'enquête sur la mort selon l'article 74 du nouveau CODE de procédure pénale qui stipule que « en cas de découverte d'un cadavre qu'il s'agisse ou non d'une mort violente mais si la cause est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé, informe immédiatement le procureur de la république, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.

Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister des personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Le procureur de la République peut aussi requérir des informations pour rechercher des causes de la mort.

Parfois, le parquet refuse la procédure d'autopsie, certains substituts refusant cet examen au motif d'absence de crime ou de délit.

De ce fait le corps de la victime déposé à l'institut médico-légal est rendu à la famille quelques jours après le décès et le médecin légiste établit alors un certificat médical faisant état, soit de mort naturelle, soit de cause de décès impossible à déterminer. Une autopsie peut alors être diligentée par le juge d'instruction saisi préalablement de l'affaire par le procureur de la République pour rechercher les causes de la mort (article 74 du Code de procédure pénale).

On dit alors que l'autopsie a lieu sur un « cadavre frais » ce qui n'est pas le cas pour l'autopsie de sécurité sociale faite souvent après exhumation.

Les frais d'autopsie sont dans cette hypothèse considérés comme des frais de justice, à la charge de l'Etat. Le médecin légiste doit communiquer au magistrat instructeur qui peut décider de communiquer les conclusions à la famille et à la caisse primaire d'assurance maladie.

cc. La procédure de l'expertise médicale selon l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale

La Caisse dispose d'un troisième mode d'investigation pour tenter de démontrer que l'activité professionnelle n'a aucune incidence dans la réalisation du dommage en caractérisant une origine purement organique à l'état pathologique antérieur à l'accident. Il s'agit de l'expertise médicale selon l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale

Lorsqu'il s'écoule un délai trop important entre les dates de l'accident et du décès, la présomption d'imputabilité n'existe plus a priori. Après avis du médecin conseil, un refus d'imputabilité est notifié le cas échéant avec, comme recours possible, l'expertise sur pièces. La lettre ministérielle du 18.04.86 recommande de diligenter dans ce cas une expertise sur pièces. Cette expertise a toutes les caractéristiques de l'expertise suivant l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale quant à sa forme et ses conditions. Toutefois, ses conclusions ne s'imposent pas aux parties car, s'agissant d'un simple avis médical, cette expertise effectuée sur pièces (sans examen de la victime par l'expert) est dépourvue de force irréfragable. Cependant, jointe aux autres pièces de la procédure, elle représente un avis supplémentaire pour étayer le dossier.

dd. Le contentieux de la reconnaissance au titre de l'accident du travail

Pour détruire la présomption d'imputabilité, la Caisse doit démontrer que les conditions de travail n'ont joué aucun rôle déclenchant et que la cause du décès est entièrement étrangère au travail, même s'il existe un état antérieur. L'article R.441-13 du Code de la Sécurité sociale stipule clairement que les pièces du dossier constitué par les CPAM au titre de la législation professionnelle en particulier le rapport d'autopsie peuvent être communiquées sur demande à l'assuré, à ses ayants droits, à l'employeur et à leurs mandataires. Si les causes du décès de la victime sur son lieu de travail sont indéterminées, la présomption d'accident du travail dictée par l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale doit jouer suivant ainsi un arrêt de la chambre sociale de la Cour d'appel de Besançon datée du 23.04.96.

Les accidents mortels survenus au travail ne posent pas de difficulté s'il s'agit d'un traumatisme aigu dont la nature accidentelle est évidente (par exemple écrasement par une charge). Mais il existe déjà des subtilités qui peuvent être soulevées sur l'imputabilité, par exemple, lors de la chute d'un échafaudage, on peut s'interroger sur l'origine de la chute qui peut résulter d'un malaise.

Le problème majeur résulte des cas de malaises survenus au travail hors de circonstances aiguës, exceptionnelles et pour lesquelles une pathologie est diagnostiquée, par exemple, pathologie cardiaque telle qu'un infarctus du myocarde, un cancer cérébral à l'origine d'une crise comitiale et qui font s'interroger sur l'imputabilité au travail.

A ce titre, il convient de savoir que lorsque la cause exacte d'un malaise est inconnue, que les conditions du travail du salarié étaient normales et que selon l'expert médical il n'y avait pas de relation certaine de causalité entre le travail et le décès, l'accident du travail est reconnu (arrêt n°04-30878 de la 2^{ème} Chambre Civile

de la Cour de Cassation du 11.10.06, CPAM d'Arras c/Duhamel et A). De même, une chute consécutive à un malaise survenu au temps et au lieu du travail lorsque l'expert ne parvient pas à établir l'existence d'un état pathologique préexistant est prise en charge comme accident du travail (arrêt du 20.09.05 de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation n°04-30154, CPAM de la Dordogne c/ Zacharie).

Du point de vue administratif, la Caisse peut contester la matérialité de l'accident c'est-à-dire qu'il se soit produit au lieu et au temps du travail. ainsi la Cour de cassation (cass.civ. 2^{ème}, 18.10.05, n° de pourvoi 04-30205) a confirmé un arrêt de la Cour d'appel du 18.10.05 qui a écarté le caractère professionnel de l'accident en considérant que la preuve entre la chute et le travail n'était pas rapportée. Une autre cause d'accident considérée comme totalement étrangère au travail est le cas d'un salarié qui s'est soustrait volontairement à l'autorité de l'employeur et sans son assentiment (cass.civ, 2^{ème}, 03.04.03, bulletin 2003, II, n°100). La Cour de cassation avait alors estimé que « le salarié qui effectue un arrêt prolongé pour réparer son cyclomoteur n'est plus au moment de l'accident sous la subordination de son employeur. Il s'agit d'un acte étranger à l'exécution de son travail et la caisse n'a pas à prendre en charge l'accident au titre de la législation professionnelle ».

Si la mort du salarié est due à un meurtre commis au travail, la mort peut être considérée comme accident du travail. En effet, la chambre sociale de la Cour de cassation par un arrêt du 23.04.1970 (cass. soc, 23.04.70, bulletin n°275) considérant le cas d'un meurtre commis par un tiers à l'entreprise a considéré que la mort devait être considérée comme accident du travail puisque le salarié ne s'est pas soustrait à l'autorité de l'employeur et que la mort a eu lieu au temps et au lieu du travail dans l'exercice de l'activité professionnelle de l'employé même si l'auteur n'est pas identifié et quelque soit le mobile du meurtre.

Par contre lorsque la mort d'un salarié au temps et au lieu du travail est due à son activité politique, (arrêt de la chambre sociale de la cour de cassation du 01.07.99, n° 97-18990), on estime que les conditions de travail de la victime n'avaient joué aucun rôle dans la survenance de son décès et que la présomption d'imputabilité se trouvait détruite pas la preuve contraire ainsi rapportée. La mort du salarié ne pouvait donc être prise en charge au titre de la législation sur les accidents du travail.

Si la victime, ou ses représentants, ou l'employeur, conteste la décision de la caisse, la procédure suit le schéma suivant :

- commission de recours amiable
- tribunal des affaires de sécurité sociale
- Cour d'appel
- pourvoi devant la Cour de cassation

Du point de vue médical, le sujet de contestation reste l'imputabilité du décès à l'accident du travail.

Lorsque la matérialité de l'accident fait défaut, par exemple dans les cas de mort subite au travail, le critère de soudaineté est appliqué non pas à l'accident lui-même mais aux lésions.

Ceci est corroboré par l'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 21.10.65 : « la brusque survenance d'une lésion physique au temps et au lieu du travail constitue par elle-même un accident présumé imputable au travail et cette

présomption ne peut être écartée qu'au cas où il est établi que ladite lésion est due à une cause totalement étrangère au travail ». La CPAM doit rapporter la preuve pour écarter la présomption de l'imputabilité que le décès n'a qu'une cause totalement étrangère au travail (Cass.soc. 23.05.02, bulletin 2002, V, n°178). La présomption de l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale est donc une présomption simple qui ne peut être renversée que par la preuve contraire. La preuve contraire consiste pour la CPAM ou l'employeur à démontrer que l'accident est dû à une cause totalement étrangère au travail (Cass. civ. 2^{ème}, 31.05.06, n° de pourvoi 04-30606) .

La présomption d'imputabilité s'applique pour les décès survenant au lieu et au temps du travail mais également dans un temps voisin. Elle est admise lorsque les premières manifestations de la lésion qui s'est révélée mortelle sont apparues au temps du travail. Ainsi l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 15.07.1987 décrit le cas d'une personne qui a ressenti un état de fatigue lors du retour d'une mission pour son employeur et qui est décédée d'un infarctus du myocarde la nuit suivante. La Cour de cassation a estimé que « les premières manifestations de la lésion qui devait se révéler mortelle sont apparues lorsque Monsieur X n'avait pas retrouvé sa pleine indépendance puisqu'il était sur le chemin du retour et n'avait pas interrompu sa mission pour un motif uniquement dicté par l'intérêt personnel et indépendant de l'emploi ». La cour de cassation a ainsi statué en faveur de la présomption d'imputabilité. La présomption d'imputabilité du caractère professionnel est quasi irréfragable même si la cause du décès est inconnue. Elle joue en faveur des ayants droits de la victime sauf si la preuve est démontrée par la caisse que l'accident est dû à une cause totalement étrangère au travail. La Caisse doit donc réunir tous les éléments permettant de dire si le décès pourra être imputable ou non au travail et dû à une cause totalement étrangère au travail ou pas.

Cette présomption est écartée :

- si l'accident résulte d'une cause totalement étrangère au service, ainsi lorsque l'accident résulte d'un état pathologique préexistant évoluant en dehors de toute relation avec le travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 25 janvier 1990 N°85-15.580, 1990 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, le 17 octobre 1991, 89-20.858, 1991 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 21 mars 1996, N°94-16.497, 1996 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 18 juillet 1996, n°94-20.769, 1996 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 3 décembre 1998, N°97-12.852, 1998) .
- en cas de refus injustifié d'autopsie par les ayants droits (cf supra) .

Ce raisonnement est illustré par différents arrêts de la Cour de cassation :

L'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.12.95 décrit ainsi le cas du décès d'une personne qui présentait comme état antérieur une cardiopathie congénitale qui a présenté une mort subite sans notion d'effort mais où les conditions de travail (chaleur, stress, fatigue) auraient joué un rôle déclenchant. La Cour de cassation a estimé que « attendu que c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation que la Cour d'appel a estimé que la Caisse ne démontrait pas que l'accident était due à une cause totalement étrangère au travail ; d'où il suit que le moyen n'est pas fondé ». Le malaise cardiaque a ainsi bénéficié de la présomption d'imputabilité.

L'arrêt suivant de la Cour de cassation du 22.02.96 va encore plus loin puisqu'il n'est pas noté de condition de travail qui aurait joué un facteur déclenchant. Cet arrêt décrit le cas de la mort subite d'une personne qui présentait comme état antérieur une athérosclérose coronaire évoluant à bas bruit avec des conditions de travail normales. Néanmoins il n'a pas été apporté de preuve que la cause du décès soit entièrement étrangère au travail, la Cour de cassation a estimé que « mais attendu qu'appréciant l'ensemble des éléments de preuve qui lui était soumis se référant aux conclusions circonstanciées de l'expertise ordonnée par elle, la cour d'appel a souverainement décidé que la présomption d'imputabilité n'est pas détruite dès lors qu'il n'est pas démontré que le décès était dû à une cause entièrement étrangère au travail d'où il suit que le moyen n'est pas fondé ».

Il en est de même lorsque le décès d'un salarié par infarctus avec un état pathologique préexistant de la victime peut avoir été considéré comme de nature à favoriser la lésion au temps et au lieu du travail mais cet état pathologique ne permet pas d'écarter la présomption d'imputabilité. Le décès du salarié par infarctus doit donc être pris en charge en accident du travail (arrêt du 13.02.80 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°79-10186 Enim c/ Molinelli : bull. Civ. V n°138).

Ainsi, dans le cas d'une mort subite au travail, si l'autopsie et une expertise médicale excluent que les circonstances du travail aient pu jouer un rôle dans la mort, la présomption d'imputabilité n'est pas détruite si la Caisse n'apporte pas la preuve que le décès avait une cause entièrement étrangère au travail (Chambre sociale de la Cour de cassation, 14.01.1999, n° 97- 12.922, 1999) .

Voici des exemples illustrant le cas de la mort d'un salarié due exclusivement à l'état antérieur de celui-ci et qui est sans relation avec le travail ce qui permet de nier la qualification d'accident du travail :

Un arrêt de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation du 06.04.04 a décrit le cas d'un ouvrier victime d'une rupture spontanée d'un anévrisme de l'aorte abdominale ce qui a provoqué un malaise suivi d'un décès sur le lieu du travail (cass.civ.2^{ème}, 06.04.04, n° de pourvoi 02-31182, tps 07.2004, commentaire 233 de Monsieur Prétot).

La Cour de cassation a estimé que le décès résultait « d'un état pathologique antérieur évoluant pour son propre compte et sans aucune relation avec le travail ».

Un autre arrêt du 04.05.072 de la Chambre sociale de la Cour de cassation (cass.soc.04.05.72, bulletin n°318) décrit le cas d'un salarié victime d'un malaise qui avait provoqué une chute au temps et au lieu du travail. Lors du séjour à l'hôpital il a alors été diagnostiquée une tumeur cérébrale qui selon l'expertise était à l'origine du malaise sur le lieu du travail. Le salarié est décédé lors de l'intervention pour l'ablation de cette tumeur. La cour de cassation a estimé que l'état morbide préexistant était la cause exclusive du malaise puis du décès du salarié et que le décès du salarié relève bien d'une cause étrangère au travail. La mort du salarié ne relève donc pas de la législation sur les accidents du travail.

La Cour de cassation rappelle d'autre part régulièrement que l'accident du travail relève de l'appréciation souveraine des juges du fond (cass.soc.11.05.95, bulletin 1995, V, n°155 et cass.civ ; 2^{ème} 22.03.05, bulletin 2005, II n°75).

Les juges de cassation vérifient donc seulement des erreurs manifestes d'appréciation et l'application de la règle de droit et une cour d'appel estime dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation si un salarié rapporte la preuve qui lui incombe de ce qu'il a été victime d'une lésion au temps et au lieu du travail.

Nous n'aborderons pas ici le cas particulier des suicides au travail.

Il existe une situation où la preuve contraire peut être apportée, c'est celle du comportement personnel de la victime qui correspond à une faute intentionnelle. C'est le cas du suicide (Article L.467 du Code de la Sécurité sociale).

g. Le suicide

Dans la pratique l'analyse de la prise en charge éventuelle de chaque acte suicidaire est un cas particulier qui se base sur une nombreuse jurisprudence.

Pour la Caisse, lorsqu'il fait suite à un accident du travail, l'acte suicidaire est pris en charge dans le cadre de cet accident du travail lorsqu'il s'inscrit dans l'enchaînement continu des faits ayant leur origine dans l'accident du travail c'est-à-dire qu'en l'absence de rupture de la chaîne de causalité, la relation directe avec l'accident du travail est reconnue. (Arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 08.01.48 société Winterthur, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19.12.91 CPAM de Boulogne c/ Vasseur, arrêt n°45-58, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation n°258 du 12.01.95).

La relation directe avec l'accident du travail est reconnue même si cette relation n'est que partielle en raison de l'existence d'un éventuel état antérieur sous forme d'antécédent dépressif. (Arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel d'Amiens du 10.12.75).

De même la relation avec l'accident du travail est reconnue même si l'acte suicidaire est survenu que dans un temps assez éloigné mais cependant avant que ne soit prononcée la guérison ou la consolidation (Arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Dijon du 07.03.62, Carbonisation Entreprise et Céramique c/ CRAM de Dijon).

La relation directe avec l'accident du travail est reconnue d'autant plus que la sévérité des conséquences de l'accident paraît susceptible d'expliquer le passage à l'acte : amputation d'un membre (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19.12.91 CPAM de Boulogne c/ Vasseur), traumatisme crânien (arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Limoges du 14.02.72, Sommaires de Sécurité sociale n°35 page 435), intensité des douleurs physiques et/ou morales endurées (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 08.01.48 société Winterthur, Commission régionale d'appel de Paris du 01.07.54, arrêt du 07.03.62 Carbonisation Entreprise et Céramique c/ CRAM de Dijon), sévérité du pronostic (arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Reims du 18.12.74, Sommaires de Sécurité sociale n°63, page 3).

L'acte suicidaire est reconnu dans les suites de l'accident du travail s'il n'a pas été un acte réfléchi et conscient mais la conséquence directe selon un processus médicalement reconnu des troubles neuropsychiques de l'accident.

Cet acte suicidaire peut également être reconnu en cas d'acte irréfléchi par la Cour de cassation (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 13.06.79, Houillères du Bassin de Lorraine c/ Portha, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 11.06.81, bulletin civile V – 532, arrêt de la Chambre sociale de la

Cour de cassation du 20.04.88 CPAM de l'Essonne c/ Sahabou, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.02.87 CPAM du Lot et Garonne c/ Mme Gri.) . Dans les suites d'un accident du travail, lorsque l'acte suicidaire est survenu après la date de guérison ou de consolidation, l'acte suicidaire fait souvent l'objet d'un refus de prise en charge en accident du travail car le médecin conseil est appelé à statuer en fait sur une demande de rechute. La présomption d'imputabilité n'étant plus opérante, il appartient alors aux ayants droits de prouver la relation entre l'accident du travail et l'acte suicidaire ce qui est difficile (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 13.06.79, Houillères du Bassin de Lorraine c/ Portha, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 11.06.1981, bulletin civil V-132, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.04.88 CPAM de l'Essonne c/ Sahabou, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 26.11.70 Veuve Bassani c/ Houillères du Bassin du Dauphiné, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 23.01.92, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 07.07.94).

L'acte suicidaire quand il n'a pas été précédé d'un accident du travail, lorsqu'il intervient en temps et au lieu du travail, est reconnu comme accident du travail lorsque c'est un geste de désespoir qui est le résultat d'une impulsion brutale qui s'est emparée de la victime après qu'il ait été l'objet de remontrances de son employeur (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.04.88, CPAM de l'Essonne c/ Sahabou, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.02.87 CPAM du Lot et Garonne c/ Mme Gri, arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Riom du 22.02.2000).

Il est également reconnu comme accident du travail lorsqu'il est la conséquence d'une dépression nerveuse en raison d'un travail pénible pour lequel l'assuré n'avait pas été préparé (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 11.06.81, bulletin civil V-132).

L'acte suicidaire n'est pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il est survenu au cours d'un état dépressif en l'absence de tout risque professionnel (travail exécuté le même jour, arrêt de la Cour d'appel de Rennes du 08.05.74).

L'acte suicidaire n'est également pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il est survenu au cours d'un état dépressif chez un salarié soumis à un surmenage professionnel (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.02.87, CPAM Du Lot et Garonne c/ Chauvet). Bien évidemment, l'acte suicidaire n'est pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il est survenu en dehors du temps et du lieu du travail, en l'absence de tout accident du travail (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.05.72 veuve M...c/ CPAM de la Manche, veuve M... CPAM de la Sarthe).

L'acte suicidaire n'est également pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il s'agit d'un acte volontaire et réfléchi totalement étranger au travail exécuté ce jour là (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 23.09.82 Bernede c/ Tarn et Garonne Mines).

La Cour de cassation refuse de qualifier de suicide comme accident du travail lorsque l'acte est volontaire et réfléchi, même si le geste est réalisé au temps et au lieu du travail, (soc. 13.06.079, bull.civ.V, n°320, Chambre sociale de la Cour de cassation, 23.09.1982, bull. civ. V, n°525), le considérant alors comme un acte intentionnel .

Pour être qualifié d'accident du travail, le suicide résultant de troubles psychologiques liés au travail doit être le résultat d'une impulsion brutale « dans un moment d'aberration exclusif de tout élément intentionnel » (Soc.20.04.88, Bull.civ,n°241).

La Cour de cassation distingue ainsi le suicide conscient au suicide inconscient. Le suicide conscient serait le résultat d'une résolution réfléchie d'un individu jouissant de son libre arbitre en état de comprendre la portée de l'acte qu'il commettra. Le suicide inconscient, au contraire, serait le résultat d'une impulsion irraisonnée d'un individu qui n'a plus la pleine possession de ses facultés mentales, dont la volonté de résistance est annihilée au point qu'il se saisit pas la portée morale ni les conséquences de son acte. Les suicides survenant dans les suites de « remontrances de l'employeur dans un moment de désespoir » (soc. 20.04.88, bull. civ. V, n° 241). les suicides, conséquence directe du trouble neuropsychique ou « d'une dépression grave réactionnelle et progressive », dus à un accident (soc.13.06.79, bull. civ.V, n°535 ; soc. 23.09.82, bull. civ. V, n°524 : soc. 19.12.91, RJS, 2/92, n°98), le suicide dans les suites d'un harcèlement moral au travail, de la dégradation des conditions de travail, ferait partie de ce type de suicide inconscient.

Le travail peut ne constituer que le co-facteur d'un état antérieur dépressif ou être l'élément qui a déclenché le geste suicidaire. Ainsi la Cour de cassation a refusé la qualification d'accident du travail aux suicides liés au surmenage et à des difficultés professionnelles parce que la personne concernée était atteinte d'une dépression depuis un certain temps et qu'ainsi elle n'était pas imputable au travail qu'elle exécutait le jour des faits (Soc. 18.10.05, n° 04-30205 ; Soc. 04.02.87, n°85-14594).

h. La dépression

Les dépressions nerveuses occasionnées par le harcèlement moral ou le stress sont plutôt considérées comme des maladies professionnelles que comme des accidents du travail. En effet, le harcèlement moral est la conséquence d'agissements répétés, tandis que le stress est habituellement progressif (Maggi-Germain, le stress au travail, RJS 3/2003, page 191).

Le harcèlement moral est défini par les articles L.1152-1, L.1152-2 et le L.1152-3 du Code du Travail qui prévoit que « aucun salarié ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

En effet, l'accident du travail exige de prouver un élément de soudaineté. En fait, une action (harcèlement moral ou stress) est considérée comme entraînant un accident du travail, lorsque ses conséquences sur la santé mentale sont brutales, par exemple, lorsque le salarié « craque » sous la pression aboutissant ainsi à une dépression soudaine ou un suicide. La dépression diffuse, forme la plus fréquente des dépressions sera donc plutôt à prendre à charge au titre des maladies professionnelles.

Une dépression, lorsque son caractère soudain est prouvé et qu'elle est apparue à la suite d'un entretien professionnel avec son supérieur hiérarchique, est considérée

comme un accident du travail (arrêt n°02-30576 du 01.07.03 de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation n°1018 FS-P, CPAM de la Dordogne c/ Ratinaud et a.) Par contre, lorsqu'il n'existe pas la preuve du caractère soudain de la dépression, l'accident du travail est refusé (arrêt du 24.05.05 de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation n°03-30480, n°840 FS-P+B, LIA LIARD c/ CPAM d'Eure et Loire et a).

Pour renverser la présomption d'imputabilité, dans le cas d'un trouble psychologique post-traumatique, la Caisse primaire doit prouver un état de fragilité mentale préexistant extérieur à l'environnement professionnel.

Des faits avérés de harcèlement moral entraînant un choc émotionnel par exemple, après une violente altercation au téléphone avec un supérieur hiérarchique avec lequel la relation était très dégradée depuis plusieurs mois peuvent entraîner des conséquences psychologiques à type de malaises reconnus comme accident du travail dans les suites de faits avérés de harcèlement moral (Cour d'appel de Versailles, 20.03.00, LPS, 2003, n°2115).

i. L'accident de mission

La mission peut se définir comme un déplacement occasionnel pour le compte de l'employeur aussi bien comme un déplacement habituel inhérent à l'exercice de la profession.

La Cour de cassation par un arrêt du 19.07.01 n°99-21.536, estime que le salarié effectuant une mission a droit à la protection prévue par l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire la protection due aux accidents du travail) pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur peu importe que l'accident soit lié à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf la possibilité pour l'employeur ou la caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel. Cet arrêt décrit le cas d'une personne ingénieur salariée en Chine, victime dans sa chambre d'hôtel d'une hémorragie cérébrale, transportée à l'hôpital local . Il décède 4 jours plus tard. Il ressortait du rapport d'enquête établi par la caisse primaire d'assurance maladie que la personne avait été retrouvée inanimée dans la salle de bain de sa chambre d'hôtel à 8h du matin. Le rapport signalait que le salarié disposait d'un local situé dans l'usine chinoise pour y effectuer son travail. Ce rapport mentionnait que l'ensemble du travail était déjà effectué de sorte que la personne n'avait aucune tâche à accomplir dans sa chambre d'hôtel. L'accident était survenu dans la salle de bain après qu'il eut pris son petit déjeuner. La cour de cassation a estimé que c'était à l'employeur de rapporter la preuve qu'au moment de son accident le salarié avait interrompu sa mission pour motif personnel.

Elle estimait que l'employeur ne rapportait pas la preuve qu'au moment de son accident la personne avait interrompu sa mission pour un motif personnel ni que la lésion dont il est décédé avait une cause totalement étrangère au travail.

Un arrêt de la Cour de cassation du même 19.07.01 n°99-20.603, illustre la même théorie adoptée par la Cour de cassation. Elle décrit le cas d'une personne envoyée pour une mission de plusieurs jours à Paris afin d'y procéder à la livraison et à l'installation de mobilier auprès de divers clients qui est retrouvée morte le 22.12.95 dans la chambre d'hôtel où elle demeurait après sa journée de travail. La cour de cassation estimait que « le salarié effectuant une mission a le droit à la protection

prévue par l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire la protection due aux accidents du travail) pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur, peu importe que l'accident soit lié à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf la possibilité pour l'employeur ou la caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel ».

Cette preuve apparaît extrêmement difficile à rapporter devant une telle présomption. La pause déjeuner n'est pas considérée comme une interruption de la mission (arrêt du 12.12.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°01-20516, n°3847 FS-P, bull. Civ. V n°381).

Cette même théorie est illustrée par un arrêt du 01.07.03 de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation concernant un décès survenu au cours d'un trajet de mission. La cour a estimé que le décès survenu en cours de trajet de mission devait s'analyser comme un accident du travail et non comme un accident de trajet en se basant sur les arrêts de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19.07.01 qui avaient consacré la nouvelle définition de l'accident survenu au salarié en mission décrite ci-dessus et rappelée ci-dessous « le salarié en mission a droit à la protection prévue par l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire la protection due aux accidents du travail) pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur peu importe que l'accident soit lié à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante sauf la possibilité pour l'employeur ou la caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel.

La Cour de cassation marque ainsi sa volonté de ne faire aucune distinction quant au lieu du travail, objet de la mission ou du trajet. Dans ce cas elle ne distingue plus l'accident du travail de l'accident du trajet. La conséquence pour la victime en est le bénéfice de la présomption d'imputabilité au titre de l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale, c'est à l'employeur d'avoir la charge de la preuve que le salarié se livrait à une occupation personnelle sans lien avec le travail. D'autre part, il n'y a plus à établir de distinction entre une mission ponctuelle confiée au salarié et le déplacement habituel inhérent à certaines professions telles que VRP, pilotes... Cet arrêt de la cour de cassation confirme l'arrêt du 12.05.03 de la 2^{ème} chambre civile de la cour de cassation, (n°01-20968) concernant un accident mortel de circulation d'un salarié envoyé en mission venant de quitter son domicile pour rejoindre le site où il doit exercer ses fonctions. Cet arrêt du 12.05.03 estimait que l'accident mortel de la circulation survenu auprès du trajet accompli par le salarié pour ce rendre de son domicile à son lieu de mission lorsqu'il est placé sous l'autorité de son employeur est un accident du travail.

2. L'accident de trajet

Un accident de trajet se définit comme un accident qui se produit sur l'itinéraire protégé défini par l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale .

L'article L.411-2 du Code de la sécurité sociale stipule que « est également considéré comme accident du travail lorsque la victime ou ses ayants droits apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu par le présent livre durant le trajet d'aller et de retour entre deux points :

- 1) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;
- 2) le lieu du travail et le restaurant, la cantine et d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi « .

Ce que l'on appelle communément accident de trajet est un événement considéré comme accident du travail au titre de l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale. Il obéit à un mode de réparation particulière (article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale).

La présomption d'origine n'existe pas pour les accidents de trajet. C'est toujours à la victime d'apporter la preuve qu'il s'agit d'un accident de trajet. Il est donc primordial d'avoir des témoins.

Cependant, lorsque l'enquête de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie permet de disposer de présomptions suffisantes, la preuve de l'accident de trajet est réputée établie. Ainsi, si l'enquête démontre que l'accident s'est produit sur l'itinéraire normal et au temps normal du trajet, cet accident est considéré comme un accident du trajet (article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale, arrêt du 08.07.80 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, n°79-12538 : bull. civ. V n°623).

La Cour de Cassation ne contrôle plus depuis l'arrêt du 16 mars 1995, (Revue de jurisprudence sociale, 5 / 95, N° 574) , la qualification d'accident du travail retenue par les juges du fond (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 12 octobre 1995 (Revue de jurisprudence sociale, 11/ 95, N° 1179) . Les juges du fond, le tribunal des affaires de Sécurité Sociale et la cour d'appel décident donc souverainement, en fonction des circonstances de la cause, si l'accident constitue un accident du trajet.

a. L'itinéraire protégé.

aa. Les extrémités de l'itinéraire protégé

L'itinéraire protégé défini par l'article L. 411-2 du code de la Sécurité Sociale constitue un critère nécessaire de l'accident de trajet.

En effet, l'accident doit se produire sur cet itinéraire protégé délimité par des extrémités que sont :

- 1°) le lieu de travail et :
- 2°)

- la résidence principale ou une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rendrait pour motif d'ordre familial (lieu alors considéré comme une résidence principale ou secondaire) ou
- le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas (tout établissement où la consommation de nourriture sur place est autorisée : brasserie, traiteur, charcuterie ... , jardin public où un salarié prend tous les jours son repas qu'il a préparé, mais pas un lieu où sont pris les accessoires d'un repas : café par exemple) ou

- tout lieu où le travailleur se rend pour des motifs d'ordre familial (article L. 411 du Code de la Sécurité Sociale) .

Pour la jurisprudence, ce lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial peut être assimilé à une résidence principale ou secondaire. Ainsi est considéré comme un accident de trajet, l'accident survenu à un salarié alors qu'il se dirigeait chez ses parents après son travail comme à son habitude (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 11 juin 1998, N°96-22.519) .

En effet, ce salarié se rendait chez ses parents pour aider sa mère dans les soins prodigués à son père malade, dans le strict cadre de l'obligation de secours des enfants au profit de leur ascendant .

bb. Le parcours normal

L'itinéraire n'est considéré comme protégé que s'il correspond à un parcours normal effectué dans un temps normal . L'itinéraire considéré comme normal pour la définition du trajet protégé est normalement l'itinéraire habituel et le plus court .

Ceci exclut qu'il soit détourné ou interrompu pour un motif dicté par l'intérêt personnel, étranger aux nécessités essentielles de la vie courante . Cet itinéraire protégé doit avoir un lien de causalité avec le travail .

Suivant l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale, le parcours ne doit pas avoir été " interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi " .

Ainsi, lorsque le salarié interromp le trajet ou s'en détourne, il cesse d'être couvert au titre de l'accident de trajet. D'autre part, l'accident qui se produit pendant l'interruption du trajet, n'est pas considéré comme un accident de trajet .

Le détour se définit comme un allongement du trajet normal, sans constituer un trajet distinct car les extrémités du trajet ne sont modifiées. Ainsi, l'accident de trajet n'est couvert que s'il se produit sur l'itinéraire le plus court. Toutefois, il est admis que le salarié puisse choisir un itinéraire plus long pour éviter des encombrements ou une voie dangereuse (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 4-2-1987, n°85-13.059, 1987) , il peut aussi se détourner de l'itinéraire le plus direct afin de conduire son conjoint à son lieu de travail .

Les actes se rapportant aux nécessités de la vie courante légitiment l'interruption ou le détournement du trajet dans le cadre de la reconnaissance d'un accident de trajet . Le parcours accompli sera considéré comme un trajet normal .

La jurisprudence a énuméré les différents actes pouvant être considérés comme essentiels à la vie courante :

- activités à caractère domestique : achats de denrées alimentaires ou d'un journal.
- démarches administratives nécessaires à la vie courante (par exemple se rendre à la banque pour retirer de l'argent ou se rendre au centre des impôts pour déposer une déclaration fiscale)
- la vie familiale : par exemple, détour pour déposer sa conjointe à son lieu de travail, conduite de ses enfants à l'école .
- soins médicaux : par exemple, le détour pour demander à un médecin de soigner un conjoint malade à domicile, achat de médicaments, passage à la maternité où son épouse vient d'accoucher.
- détente dans un café lorsqu'il est justifié par les conditions particulières où se trouve le salarié au cours de son travail et lorsqu'il n'est pas commandé par les simples usages de la camaraderie ou par les convenances personnelles.

- obligation légale d'assistance à personne en danger (par exemple, interruption du trajet pour sauver une personne en train de se noyer dans un canal proche du trajet entrepris) .

cc. Le temps normal

Il ne suffit pas que l'accident survienne sur l'itinéraire normal, il doit également avoir lieu dans le temps normal du trajet, c'est-à-dire dans un temps proche de celui auquel il va occuper son emploi ou de celui auquel il a quitté son emploi . Le " temps normal " , critère du trajet protégé, se définit par un temps normal par rapport aux horaires de l'entreprise, compte tenu de la longueur, de la difficulté du trajet et du moyen de transport utilisé ; ainsi est considéré comme un temps normal, un léger retard par rapport à l'horaire normal dû à un encombrement (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 30 novembre 1977, N°76-13.468, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 5^{ème} partie, p. 532) ou le départ prématuré du salarié de son domicile afin d'arriver à l'heure (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 28 juin 1989, N°86-18.907) .

Ainsi, n'a pas été considéré comme accident de trajet, un accident survenu à un salarié qui a commencé son trajet de retour 50 mn après la cessation du travail du fait d'une conversation prolongée avec un collègue de travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation le 17 mai 1972, N°71-13.062, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambre civile , 5^{ème} partie, p. 335) .

b. La nécessité d'un lien de causalité entre le trajet et le travail

Le parcours du trajet doit être en rapport direct et immédiat avec le travail qui va avoir lieu pour que l'accident soit reconnu comme accident de trajet . Il est à noter que le déplacement du salarié pour se rendre ou revenir d'une réunion du comité d'entreprise ou des commissions qui en dépendent est bien en relation avec le travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 14 janvier 1954, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 4^{ème} partie, p. 17, 1954) .

Par contre, l'assistance à une réunion syndicale n'est pas considérée dans le cadre de l'exécution du contrat de travail et ainsi un accident survenant sur le trajet à ce moment ne pourra pas être pris en compte comme accident de trajet.

c. La présomption d'imputabilité dans la preuve d'accident de trajet

Selon l'article L.411-2 du code de la Sécurité Sociale, si l'enquête diligentée par la Caisse primaire d'assurance maladie ne permet pas à cette dernière de disposer de présomptions suffisantes d'imputabilité pour cet accident, la victime ou ses ayants droits doivent apporter la preuve que les éléments constitutifs de l'accident de trajet sont réunis. Ainsi, en général, si la preuve que l'accident se produit sur l'itinéraire normal au temps normal du trajet est bien établie, cet accident est considéré comme un accident de trajet .

Ces définitions conditionnent les problèmes auxquels on est confronté lors de ces accidents de trajet : l'accident peut ne pas être considéré comme un accident de trajet pour les motifs ci-dessus. Il ne s'agit pas alors d'un accident du travail. Enfin, il faut savoir les différences entre accident de travail pur et accident de trajet. La distinction entre les accidents du travail et les accidents de trajet ont des

conséquences importantes sur les cotisations d'accident de travail payées par l'entreprise et sur la protection de l'emploi des victimes. En revanche, elle est sans conséquence pour l'indemnisation des victimes au regard de la Sécurité Sociale.

d. La cotisation des entreprises

Le nombre des accidents de trajet n'a aucune incidence sur le taux des accidents du travail. En revanche, la cotisation d'accidents du travail est déterminée en fonction du risque dans la branche d'activité concernée et du nombre d'accidents du travail dans l'entreprise.

La tarification accident du travail de l'entreprise n'est pas affectée par la survenue d'un accident de trajet.

e. La protection de l'emploi

Les textes du droit du travail qui protègent les accidentés du travail ne s'appliquent pas aux victimes d'accident de trajet. Ainsi, l'interdiction de licenciement d'un salarié pendant l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle, pendant la durée du stage de réadaptation de rééducation, de formation professionnelle rendue nécessaire par l'accident et pendant les délais d'attente n'a pas lieu d'être respectée pour les accidents du trajet.

L'obligation lors des accidents de travail purs pour l'employeur à chercher à reclasser le salarié dans l'entreprise lorsqu'il est déclaré inapte à retrouver son emploi initial par le médecin du travail n'a pas à être respectée.

f. Indemnisation de la victime

La victime d'un accident de trajet reçoit les mêmes prestations de la Sécurité Sociale que les victimes d'un accident de travail.

La reconnaissance d'un accident de trajet permettra à la victime de demander au-delà des prestations du régime accident du travail, un complément d'indemnisation (préjudice douloureux, esthétique, d'agrément et moral pour les accidents de trajet mortels) au responsable de l'accident même si celui-ci appartient à la même entreprise que lui, faculté qui lui est refusée s'il s'agit d'un accident de travail.

3. L'évolution de l'accident du travail

a. La guérison

La guérison se définit par la disparition des lésions occasionnées par l'accident, il n'existe plus d'incapacité permanente qui puisse être la conséquence de l'accident du travail. Des rechutes sont néanmoins toujours possibles.

Modèle de lettre de contestation de la date de guérison fixée par la Caisse primaire d'assurance maladie.

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Adresse de l'organisme ayant notifié
le refus

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Réf :

N°SS :

Objet : Contestation de la date de guérison – Demande de rente.

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné, profession, de nationalité né le.....
à, demeurant à,
conteste la décision notifiée par votre lettre du....., me signifiant la date de
guérison suite à mon accident du travail (1) (ma maladie professionnelle) du
.....

En effet, bien que mon état de santé me permette de reprendre le travail, j'estime en
accord avec mon médecin traitant, voir certificat médical ci-joint, qu'il subsiste une
incapacité partielle permanente.

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale,
conformément aux dispositions prises en application de l'article L.141-1 du code de
la sécurité sociale.

Veillez agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de mes salutations
distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté.

PJ : la décision contestée.

b. La consolidation

La consolidation se définit soit par la guérison sans séquelle, soit la stabilisation définitive de l'état de la victime même s'il existe encore des troubles (Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, Chambre sociale de la Cour de Cassation, Arrêt du 14.02.1974 N° 73 - 11.167, 5ème partie, page 106) .

La lettre ministérielle du 23 avril 1951 parue dans le bulletin juridique de l'union des caisses nationales de Sécurité Sociale 51 - 36, G1, définit la consolidation comme le moment où, à la suite de l'état transitoire qui constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible de prescrire un certain degré d'incapacité permanente consécutif à l'accident, sous réserve des rechutes et des révisions possibles.

La décision de consolidation peut se dérouler dans deux circonstances différentes. Elle peut se faire après rédaction du certificat final descriptif rédigé par le médecin traitant qui fixe une date de consolidation. La Caisse prend alors une décision après réception de ce certificat et après avis du médecin conseil (lettre ministérielle du 31.12.57, bulletin juridique de l'UCANSS 58 - 12, G1) .

Lorsque le médecin traitant n'a pas rédigé de certificat médical final descriptif, la Caisse peut fixer une date qu'elle considère comme celle de la guérison ou de la consolidation après avis du médecin conseil. Cette décision de la Caisse est envoyée à la victime de l'accident de travail par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception et au médecin traitant par lettre simple.

Ceci survient essentiellement après un contrôle médical lorsque le médecin traitant n'a pas encore adressé le certificat final descriptif à la Caisse primaire et que le médecin conseil considère la victime comme en état de reprendre le travail ou que son état est consolidé ou guéri . Le médecin conseil fait alors transmettre son avis à la Caisse primaire. Cette dernière se prononce, notifie sa décision de cesser la paiement des indemnités journalières à l'assuré, considérant qu'il peut reprendre son travail .

La Caisse primaire après avis du médecin conseil est en droit de fixer une date de consolidation et de considérer les séquelles comme non indemnissables même sans que le patient ait été examiné par le médecin conseil. Dans ce cas si le patient désire contester la consolidation il doit demander la mise en œuvre de la procédure d'expertise médicale dont les modalités fixées par l'article L.141-1 du code de la Sécurité Sociale. Si le patient considère que ses séquelles sont indemnissables il doit formuler une réclamation auprès de la Caisse primaire qui prévoira alors un examen clinique par le médecin conseil chargé d'évaluer les incapacités permanentes.

Dans ce dernier cas, lorsque la consolidation ou la guérison est décidée d'autorité par la Caisse primaire, la victime de l'accident du travail peut entamer un contentieux en sollicitant une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale.

Modèle de lettre de contestation de la décision de guérison ou de consolidation d'un accident du travail par la victime.

Nom – Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Adresse de l'organisme ayant notifié
le refus

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Réf :

N°SS :

Objet : Contestation de la date de guérison ou de consolidation.

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné, profession, de nationalité né le.....
à, demeurant à,
conteste la décision notifiée par votre lettre du....., me signalant la date de
consolidation pour mon AT du

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale,
conformément aux dispositions prises en application de l'article L.141-1 du Code de
la sécurité sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur

Veillez agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de mes salutations
distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté.

PJ : la décision contestée.

Dans les deux cas décrits ci-dessus, après la rédaction du rapport rédigé par le
médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie, cette dernière se
prononce sur l'existence d'une IPP et le cas échéant sur le taux de celle-ci et le
montant de la rente. La décision est immédiatement notifiée par la Caisse à la
victime ou à ses ayants droits par lettre recommandée avec de réception. La
notification adressée à la victime ou à ses ayants droits invite ceux-ci à faire
connaître à la Caisse dans un délai de 10 jours s'ils demandent l'envoi, soit à eux-
mêmes, soit au médecin qu'ils désignent à cet effet, la copie du rapport médical.

B. Le contentieux de la reconnaissance de l'accident du travail

Le caractère professionnel de l'accident peut aussi bien être contesté aussi bien par la caisse primaire d'assurance maladie que par l'employeur. Cette contestation est réglementée par les articles R. 441-10 à R. 441-16 du Code de la sécurité sociale.

1. Contestation du caractère professionnel de l'accident par la Caisse primaire d'assurance maladie

a. La procédure de contestation majoritairement en vigueur depuis le 1-7-1999

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie dispose d'un délai de 30 jours pour les accidents du travail à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de l'accident ou de 3 mois en cas de maladie professionnelle pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie professionnelle.

(confère le décret N°99-323 du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 29 avril 1999, l'article R.441-10 du Code de la sécurité sociale). Les dispositions s'appliquent aux déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle parvenues aux organismes sociaux à compter du 1er juillet 1999. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie adresse à la victime un accusé de réception de la déclaration de l'accident ou de la maladie professionnelle notant les délais au bout desquels, il y a décision implicite de la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle si la caisse n'a pas rendu sa décision.

En l'absence de décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'expiration des délais suscités, il y a décision de reconnaissance implicite. Le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu .

Une procédure de prolongation de délai reconnue comme exceptionnelle survient lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie constate qu'il est matériellement impossible de se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie déclarée avant l'expiration des délais suscités de 30 jours en accident du travail et de 3 mois en maladie professionnelle (article R.441-14 du Code de la sécurité sociale) .

La caisse avertit alors la victime, ses ayants droits et l'employeur par lettre recommandée avec accusé de réception la prolongation du délai. La date d'envoi de cette lettre recommandée met fin au délai normal d'instruction et marque le point de départ du délai dit complémentaire . Cette lettre doit informer clairement ses destinataires des raisons pour lesquelles la demande n'a pu être instruite dans les délais fixés.

Après ce délai complémentaire de 2 mois en accident du travail et de 3 mois dans le cadre de la maladie professionnelle, la Caisse Primaire doit rendre sa décision. A défaut il y a décision de reconnaissance implicite du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

L'administration dans sa circulaire DSS / AT-MP N° 99 / 316 du 1er juin 1999, parue au BOMES (Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi Et de la Solidarité) N° 99 / 24 du 3.07.99, insiste sur le fait que cette prolongation doit rester exceptionnelle et ne peut en aucun cas être systématique.

Cette accélération du traitement du dossier stipulée par l'article R.441 - du Code de la sécurité sociale a été précisée par une circulaire de la CNAMTS / DRP N° 18 / 99 ENSM N° 21 / 99 du 20.05.99.

Lorsque la victime ou ses ayants droits remettent un certificat médical à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui établit que la blessure peut entraîner la mort ou une incapacité permanente totale de travail, ou lorsque la victime est décédée, la Caisse Primaire doit dans les 24 heures faire procéder une enquête par un agent assermenté qui ne pourra en aucun cas appartenir au personnel de la Caisse Primaire ou de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie. Cette enquête aura pour but de rechercher en particulier les circonstances de l'accident, la nature des lésions, les éléments de nature à permettre à la Caisse Primaire de statuer sur le caractère professionnel de l'accident.

L'enquête doit être terminée dans les 15 jours après réception des certificats médicaux. Le procès verbal d'enquête est déposé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie où il est envoyé. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie envoie à la victime ou à ses ayants droits ainsi qu'à l'employeur, ce procès verbal d'enquête et les informe qu'ils peuvent en prendre connaissance durant 5 jours.

La Caisse peut également procéder à une enquête administrative par ses propres agents assermentés afin de vérifier les dires des victimes ou des témoins (article L.441 -3 du code de la Sécurité Sociale).

Au terme de l'instruction, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie notifie sa décision à la victime ou à ses ayants droits avec un double pour information à l'employeur et au médecin traitant.

Il peut s'agir d'une notification de rejet avec refus de l'accident au titre de la Législation professionnelle ou d'une reconnaissance de la nature professionnelle de l'accident.

Dans cette notification la caisse indique les voies de recours qui sont ouvertes à la victime.

Il peut s'agir d'une saisine de la commission de recours amiable, si la décision de la caisse repose sur un motif d'ordre purement administratif. La victime dispose d'un délai de 2 mois pour former un recours devant la Commission de Recours Amiable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

A titre d'exemple, modèle de lettre de recours devant la Commission de Recours Amiable:

Nom, Prénom,
Adresse de l'accidenté

Date

Recommandée avec A.R.

Objet : Contestation sur le caractère professionnel d'un A.T., d'une M.P. ou d'un Accident de Trajet

Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de ...

Je soussigné, né le, demeurant à conteste la décision notifiée par votre lettre du refusant de prendre en compte mon accident du comme un accident du travail.

Je vous prie de trouver, ci-joint, des témoignages attestant bien que cet accident est survenu à l'occasion (du travail) – (du trajet).

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir porter ma contestation devant la Commission de Recours Amiable compétente.

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom et signature de l'accidenté

Il peut s'agir également d'un recours à une expertise médicale si le rejet de la caisse a été porté pour un motif d'ordre médical. La décision de la caisse est également portée pour information au médecin traitant.

Dans le premier cas, en cas de saisine de recours de la commission amiable et si le recours a été rejeté, la victime dispose d'un délai de deux mois après notification du rejet pour saisir le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Là encore en cas de rejet de son recours elle dispose d'un mois pour faire appel devant la Cour d'appel.

En cas de nouveau d'un rejet, elle dispose d'un délai de deux mois après notification de l'arrêt pour se pourvoir en cassation devant la Cour de cassation.

Dans le deuxième cas, si l'expertise médicale est en défaveur de la victime, et après notification de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie qui prend acte des conclusions de l'expertise, la victime peut également entamer une procédure devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale comme pour toute expertise médicale.

b. La procédure ancienne dite de contestation préalable

La procédure ancienne dite de contestation préalable, c'est à dire le système antérieur au décret du 27 avril 1999 N°99-323 paru au Journal Officiel du 29 avril 1999 perdure pour certains cas peu nombreux (article R.441-10 du code de la Sécurité Sociale). Cette procédure concerne les décès survenus au moins 10 ans après l'attribution d'une rente complétée de la majoration " tierce personne " et pour lesquelles un ayant droit qui a joué le rôle de tierce personne désire bénéficier d'une rente de survivant et se prévaloir à cette fin de la présomption d'imputabilité du décès à l'accident ou à la maladie. La Caisse peut dans ce cas contester l'imputabilité du décès dans le délai de 20 jours. Enfin, cette procédure dite de contestation préalable s'applique toujours aux déclarations parvenues aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie avant le 1er juillet 1999. Il est donc utile de rappeler ces modalités.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie disposaient dans ces systèmes antérieurs au décret du 27 avril 1999, d'un délai limité à 20 jours pour les accidents du travail et à 60 jours pour les maladies professionnelles pour prendre une décision

de reconnaissance ou de rejet du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.

Si la caisse désire contester le caractère professionnel d'un accident, elle doit en informer par écrit la victime de l'accident et l'employeur dans un délai de 20 jours. Ce délai de 20 jours court à partir de la date à laquelle la caisse primaire d'assurance maladie a eu connaissance de l'accident. La caisse doit donc envoyer l'avis de contestation dans ce délai de 20 jours mais, néanmoins, il n'est pas obligatoire que cet avis soit parvenu à l'intéressé dans ce même délai de 20 jours (Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, cinquième partie, 24.02.1972, n° 158, 1972) .

Si la contestation ne survient pas dans ce délai de 20 jours, le caractère professionnel de l'accident est considéré comme établi vis à vis de la victime. Cette même réglementation est applicable pour la contestation du caractère professionnel de la rechute d'un accident du travail.

La Caisse Primaire pouvait annuler la contrainte de ce délai en ayant recours à la procédure dite de "contestations préalables" prévue à l'article R. 441-10 du Code de la Sécurité Sociale. Dans le cadre d'un accident du travail, la caisse qui désirait contester le caractère professionnel de l'accident devait en informer par écrit la victime et l'employeur dans un délai de 20 jours, ceci dans une lettre recommandée avec avis de réception. Ce délai de 20 jours court à partir de la réception de la déclaration de l'accident du travail, de même dans le cadre de la déclaration d'une maladie professionnelle, la Caisse doit en informer par écrit la victime et l'employeur dans un délai de 60 jours à partir de la date où elle a eu connaissance de la déclaration de la maladie professionnelle.

En cas de contestation par la caisse primaire d'assurance maladie du caractère professionnel de l'accident, la caisse envoie avant décision, en l'absence d'enquête légale, un questionnaire simultanément à l'employeur et à la victime ou procède à une enquête auprès des intéressés.

La caisse constitue à cet effet un dossier qui contient en particulier les constatations qu'elle a effectuées, les informations recueillies de la part de chacune des parties et éventuellement le rapport des experts techniques. Lorsque ce dossier est considéré comme clos par la caisse primaire France qu'aucun élément nouveau ne peut plus intervenir, la caisse en informe les parties qui ont alors la possibilité de consulter ce dossier pendant un délai fixé à deux semaines (Lettre ministérielle du 17.02.1986, Circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 1921/86, Bulletin juridique de l'union des caisses nationales de sécurité sociale 86-29 du 15.04.1986) . Après consultation de ce dossier la victime et l'employeur peuvent apporter leurs observations.

A la fin de l'enquête la décision motivée de la caisse est notifiée à la victime. En cas de refus de la caisse, le double de la notification est envoyé pour information à l'employeur. Dans cette notification la caisse indique les voies de recours qui sont ouvertes à la victime.

Il peut s'agir d'une saisine de la commission de recours amiable, si la décision de la caisse repose sur un motif d'ordre purement administratif. Aucun délai n'est alors prévu par les textes pour saisir cette commission de recours amiable.

Il peut s'agir également d'un recours à une expertise médicale si le rejet de la caisse a été porté pour un motif d'ordre médical. La décision de la caisse est également portée pour information au médecin traitant.

Dans le premier cas, en cas de saisine de recours de la commission amiable et si le

recours a été rejeté, la victime dispose d'un délai de deux mois après notification du rejet pour saisir le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Là encore en cas de rejet de son recours elle dispose d'un mois pour faire appel devant la Cour d'appel. En cas de nouveau d'un rejet, elle dispose d'un délai de deux mois après notification de l'arrêt pour se pourvoir en cassation devant la Cour de cassation. Dans le deuxième cas, si l'expertise médicale est en défaveur de la victime, et après notification de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie qui prend acte des conclusions de l'expertise, la victime peut également entamer une procédure devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale comme pour toute expertise médicale.

2. Contestation du caractère professionnel de l'accident par l'employeur

L'employeur peut contester le caractère professionnel d'un accident lorsque la décision de la Caisse de prendre en charge un accident à titre professionnel ne lui est pas opposable (Chambre sociale de la Cour de la cassation, 23.11.1983, Bulletin des arrêts de la cour de Cassation, chambres civiles, cinquième partie, page 405, 1983) .

Il peut alors saisir la commission de recours amiable (sans délai de forclusion) , puis en cas d'échec, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale .

L'employeur peut donc contester devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale cette qualification du caractère professionnel de cet accident même s'il a déjà été reconnu par la Caisse primaire d'assurance maladie (Amiens, deuxième Chambre Sociale, 13.04.1994; Bulletin d'informations bimensuel de la Cour de cassation, 01.08.1994, n° 864, page 24) . Il devra alors détruire la présomption d'imputabilité. A ce titre il convient de rappeler le principe de l'indépendance des rapports employeur – salarié. En effet si l'employeur a contesté avec succès le caractère professionnel de l'accident du travail, son recours n'a pas d'incidence sur les rapports entre la victime et la caisse. Ce principe a été établi par la jurisprudence dans le but de protéger la victime d'un accident du travail.

Cependant, a contrario, lorsque le Tribunal des affaires de sécurité sociale reconnaît le caractère professionnel d'un accident contesté initialement par la caisse primaire d'assurance maladie, la décision du tribunal à laquelle l'employeur n'est pas partie entraîne néanmoins une majoration des cotisations, même si ce jugement n'est pas opposable à l'employeur (Odile Godard, Juris-Classeur Périodique - La Semaine juridique – Cahiers de droit de l'entreprise, Edition entreprise, II, Etudes et commentaires, n°8, 22.02.1990, 15. 707, p 127 - 129) .

Au stade initial, lors de la déclaration de l'accident du travail par la victime, l'employeur peut déjà agir en assortissant sa déclaration de réserves en espérant ainsi inciter la caisse primaire d'assurance maladie à mener une enquête administrative.

Egalement dans le délai de 30 jours après la déclaration initiale de l'accident du travail par la victime, l'employeur peut formuler des réserves pendant l'instruction du dossier par la Caisse (articles R.441 – 11 et R.441 – 12 du Code de la Sécurité Sociale) . En effet, la Caisse primaire doit communiquer à sa demande, à l'employeur, tout ou partie du dossier car la Caisse primaire doit assurer l'information de la victime, de ses ayant – droit, et de l'employeur sur la procédure d'instruction et les points susceptibles de leur faire grief .

Enfin, lorsque le délai de 30 jours est passé et que la caisse n'a pas contesté le caractère professionnel de l'accident du travail, et que le caractère professionnel de l'accident a été considéré comme établi à l'égard de la victime, l'employeur peut saisir sans aucun délai de forclusion la commission de recours amiable, puis ensuite le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Outre la possibilité de contestation à titre principal, l'employeur peut agir par la voie de la tierce opposition. Il peut ainsi faire tierce opposition à un arrêt faisant droit à un recours de la victime contre une décision de la caisse primaire d'assurance maladie qui refusait de prendre en charge un accident au titre du régime des accidents du travail.

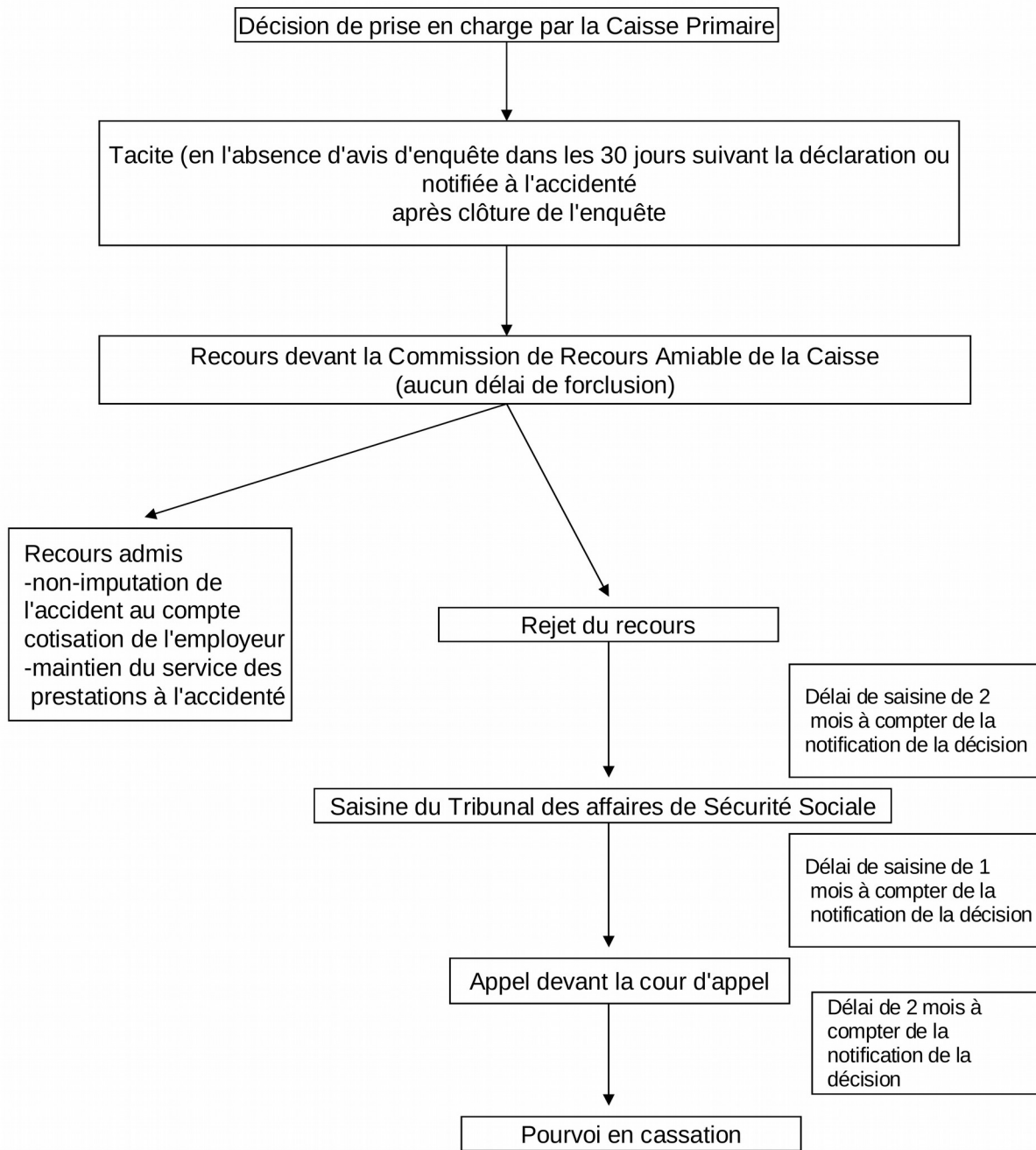
L'employeur peut également agir par la voie de l'intervention volontaire lorsqu'il apprend un recours de la victime de l'accident contre une décision de la caisse primaire d'assurance maladie ne lui accordant pas le bénéfice de la législation sur les accidents du travail.

Enfin, l'employeur peut déposer un recours devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNIT, section tarification).

La CNIT renverra alors souvent les parties devant le contentieux général de la sécurité sociale avant de juger le contentieux de la tarification. Il est alors conseillé à l'employeur de déposer deux types de recours :

le premier contre la décision de la caisse ayant admis le caractère professionnel de l'accident par un recours devant la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie puis devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Un deuxième contre la décision de la caisse régionale d'assurance maladie qui calcule le taux de cotisation des accidents du travail en fonction de l'accident contesté, devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, section tarification (sur la procédure devant la CNITAAT, voir Pierchon M. : Guide du contentieux de la Sécurité Sociale . Paris, Editions Cedat, 3^e édition, 2001, p 26 et suivantes) .



Contentieux de la reconnaissance de l'accident du travail
(recours de l'employeur)

C. Le contentieux de la rechute et de l'aggravation de l'accident du travail

1. Définitions de la rechute de l'accident du travail et des termes annexes

a. Définition du Code de la Sécurité Sociale de la rechute

Suivant l'article L.443-2 du Code de la Sécurité Sociale, " si l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime d'un accident du travail la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non nouvelle incapacité temporaire, la caisse primaire d'assurance maladie statue sur la prise en charge de la rechute " . Cet article pose le problème de la définition de la rechute d'un accident du travail.

En effet, le Code de la Sécurité Sociale ne définit pas de façon péremptoire le terme de rechute.

Il peut y avoir rechute sans nouvelle incapacité temporaire (article L.443-2 du Code de la Sécurité Sociale) .

Selon l'article L.443-1 du Code de la Sécurité Sociale, " sous réserve des dispositions du 2^{ème} alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente et de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation de réparation " .

b. Définition de la jurisprudence de la rechute

La jurisprudence éclaire cette notion en stipulant que « la rechute s'étend de toute récurrence subite et naturelle de l'affection précédente survenant sans intervention d'une cause extérieure » (Cour d'appel de Douai, 20 novembre 1993, CPAM de LENS c / Hulmann, Sommaires de Sécurité Sociale N°252, février 1994, page 4987).

" Seuls sont pris en charge au titre de rechute d'accident du travail les troubles nés d'une aggravation, même temporaire des séquelles de l'accident, et non ceux qui ne constituent qu'une manifestation de ces séquelles" (arrêt du 30 mai 1996 n°2470 D de la Chambre sociale de la Cour de Cassation , arrêts du 18 juillet 1986 n°3560 D , 3561 D et 3562 D de la Chambre sociale de la Cour de Cassation) .

Les arrêts de travail de la victime constituent un argument en faveur de la reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail puisque la jurisprudence signale également que " la rechute constitue toute conséquence d'une blessure, qui après consolidation, contraint la victime à interrompre à nouveau son activité professionnelle, et ce, peu important que les troubles ayant entraîné cette interruption, aient été pris en compte pour déterminer le taux d'IPP " . (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 15 octobre 1992, Sommaires de Sécurité Sociale, N°244, avril 1993, page 4857) .

En faveur de cette notion, la décision de la jurisprudence que " toute conséquence, après consolidation, d'une blessure qui amène la victime d'un accident du travail à interrompre à nouveau son activité professionnelle, constitue l'état de rechute au sens des dispositions du code de la Sécurité Sociale " (Cour d'appel de MONTPELLIER, 1 avril 1993, ROYO c / CPAM de L'AVEYRON, Sommaires de Sécurité Sociale, N°248, octobre 1993, page 4920) .

c. Définition donnée par la littérature de la rechute

La rechute, suivant l'ouvrage Guide du contentieux de la Sécurité Sociale paru aux éditions CEDAT de Maître PIERCHON, Avocat spécialiste en droit social, se définit

comme une aggravation de la lésion en rapport avec l'accident du travail antérieur, survenue sans intervention d'une cause extérieure, entraînant pour la victime la nécessité d'un traitement médical qu'il y ait ou non une nouvelle incapacité (article L 443-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Pour Katz (Lamy protection sociale, Paris, Editions Lamy S.A., 2003) ,en s'inspirant de l'article L. 443 – 1 du Code de la sécurité sociale, la rechute se définit par toute modification de l'état de la victime dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure. La rechute nécessite donc un fait pathologique nouveau, c'est-à-dire l'aggravation de la lésion initiale après sa consolidation ou bien l'apparition d'une nouvelle lésion après guérison .

Une rechute peut être constatée après la guérison ou la consolidation (arrêt n°83-12559 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 04.07.1984, Gassoumi c/ CPAM de la Gironde : bull. civ. V n°293).

De même, pour le docteur DALIGAND dans son ouvrage " Evaluation du dommage corporel " paru aux éditions MASSON en 1992, la rechute se définit par l'apparition d'un fait nouveau en rapport direct avec l'accident du travail entraînant soit une aggravation de lésion initiale soit l'apparition d'une nouvelle lésion en rapport avec cet accident du travail avec nécessité de traitement .

Une rechute peut très bien ne pas entraîner une aggravation définitive de la lésion et donc ne pas entraîner une augmentation du taux d'incapacité permanente (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 21 juin 1962, N°61-10.674, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 4^{ème} partie, page 479) .

Le professeur Yves Saint-Jours a défini la rechute en s'inspirant des arrêts de la Cour de Cassation dans le tome 3 page 168 de son traité de Sécurité sociale, édité par la librairie générale de Droit et de Jurisprudence en 1982 :

« La rechute s'entend de la récurrence subite et naturelle de l'affection précédente sans intervention d'une cause extérieure. Il s'agit d'une aggravation spontanée d'une lésion consolidée ou apparemment guérie en dehors de toute influence des conditions de travail et à l'exclusion des manifestations de gêne qui ne sont que des séquelles douloureuses habituelles du traumatisme causé par l'accident. Elle suppose la réalisation de trois éléments : la stabilisation de l'état de la victime, l'aggravation de la lésion antérieure et l'exclusion de toute cause extérieure. »
En l'absence de guérison ou de consolidation des séquelles de l'accident du travail, la victime ne peut invoquer la rechute. Il s'agit simplement d'une aggravation de l'état du patient nécessitant une prolongation de l'arrêt de travail ou des soins. La prise en charge se fait dans le cadre de la prise en charge de l'accident.

d. Définition proposée

Après guérison ou consolidation, on parle de rechute quand, en l'absence de tout fait traumatique nouveau pouvant l'expliquer, l'état séquellaire lié à l'accident de service invoqué s'aggrave, nécessitant à nouveau des soins actifs, qu'il y ait ou non prescription d'arrêts de travail.

Une rechute demande donc la présence simultanée de 4 critères :

- Le caractère spontané des nouveaux troubles allégués. Ils doivent bien sûr résulter de l'évolution de l'état consécutif à l'accident, mais ne doivent pas être liés à un fait traumatique nouveau. En effet, dans ce dernier cas, il n'y aura non pas une rechute, mais un nouvel accident.

- L'imputabilité de ces nouveaux troubles à l'origine de la rechute, à l'accident initial. L'imputabilité est d'autant plus difficile à prouver, que l'intervalle de temps est long, entre l'accident initial et la date d'apparition de la rechute alléguée. En effet, la Caisse primaire peut objecter, que la victime a présenté entretemps d'autres affections totalement étrangères à l'accident ou qu'un état antérieur préexistant à l'accident initial a pu évoluer pour son propre compte.

- Les nouveaux troubles à l'origine de la rechute alléguée, doivent consister en une aggravation, qu'elle soit temporaire ou définitive de l'état de l'agent, qu'il ait été déclaré guéri ou consolidé avec séquelles de son accident initial.

- La nécessité des soins actifs, que ceci s'accompagne ou non d'arrêts de travail. Des troubles nouveaux en relation avec l'accident initial qui nécessitent des soins actifs, même sans nouvelle incapacité temporaire, ni aggravation définitive de la lésion initiale, ni augmentation du taux d'IPP peuvent être reconnus comme une rechute.

Une interruption forcée de l'activité professionnelle, c'est-à-dire un arrêt de travail, si les autres conditions suscitées de la condition de la rechute sont réunies constitue un motif de rechute.

e. Définition de l'aggravation et des complications ultérieures

aa. Les conséquences nouvelles de la lésion initiale

Plutôt que de parler d'une aggravation de la lésion, on devrait parler de complications ultérieures de la lésion. En effet, ce terme permettrait de distinguer d'une part les conséquences nouvelles d'une lésion initiale, par exemple, de nouvelles lésions résultant d'un deuxième accident, ce deuxième accident étant une conséquence directe et exclusive d'une lésion initiale de l'accident du travail ou bien, une conséquence nouvelle d'une lésion initiale à individualiser du fait de son caractère très particulier, le suicide lorsqu'il existe un lien de causalité entre les conséquences de l'accident du travail antérieur et ce suicide et d'autre part, les conséquences de l'aggravation de la lésion initiale, aggravation spontanée ou consécutive à un traitement médical ou bien chirurgical.

A titre d'exemple de conséquences d'une lésion initiale, on peut citer une chute consécutive à l'état nauséux, entraîné lui-même par des brûlures survenues lors d'un accident du travail (arrêt N°97-20. 649 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 27 mai 1999).

De même le suicide peut être consécutif à un état anxieux ou dépressif, consécutif à l'accident. Il convient néanmoins de souligner que l'existence d'un état antérieur entraîne souvent l'absence de prise en charge au titre des accidents du travail d'un tel suicide (arrêt N° 91-11. 588 du 7 juillet 1994 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation).

bb. Les conséquences de l'aggravation de la lésion initiale

A titre d'exemple d'une aggravation spontanée de la lésion initiale, on citera le cas d'une chute, conséquence directe d'une aggravation spontanée des séquelles d'un accident du travail, où il a été exclu tout fait extérieur pouvant avoir causé cette chute (arrêts N° 77-10. 795 et N° 77-15.861 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 16 février 1975).

La jurisprudence considère comme des accidents iatrogènes à prendre en charge au titre de la législation sur les accidents du travail, un incident opératoire survenant au cours d'une opération chirurgicale nécessitée par des lésions résultant d'un accident du travail (arrêt N° 96- 12. 669 du 11 décembre 1997 de la Chambre Sociale de Cour de Cassation et une contamination par hépatite C imputée à des transfusions sanguines survenues dans le cadre du traitement de lésions consécutives à l'accident du travail (arrêt du 15 janvier 1998, N° 96-16.536 de la Chambre Sociale de Cour de Cassation).

Comme on le voit à la lecture de la jurisprudence, les complications ultérieures d'une lésion prise en charge au titre des accidents du travail sont également prises en charge au titre de cette même législation, si elles constituent une conséquence directe et exclusive des lésions initiales de cet accident du travail. Ainsi, s'il existe le moindre état antérieur, une telle complication n'est en général pas prise en charge du fait que l'on considère que la lésion initiale ou ses conséquences n'ont constitué qu'un rôle aggravant dans l'apparition de ce qui était considéré à l'origine comme une complication.

f. L'aggravation des séquelles

Il convient alors de distinguer le terme de rechute du terme d'aggravation des séquelles qui ne constitue pas une rechute mais qui motive une révision de l'IPP (cf VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP 2. La révision de la rente) .

Le taux d'IPP de la victime peut être modifié en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'infirmité de l'assuré. Cette révision du taux d'IPP peut intervenir à la demande de la victime à tout moment pendant les deux premières années qui suivent la consolidation de la blessure puis une fois par an (articles L.443-1 et R.443-1, R.443-2, R.443-4 à R.443-6 du Code de la sécurité sociale).

Modèle de demande d'aggravation des séquelles d'un accident du travail

Nom- Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le Directeur de l'organisme gestionnaire
Voir adresse sur la notification de la rente.

RECOMMANDEE AVEC A.R.Réf :N°SS :Objet : Demande d'aggravation

Monsieur le Directeur,

Je soussigné, profession, de nationaliténé le
à....., demeurant à, titulaire du dossier référencé ci-dessus auprès de
vos services, dans les suites de mon accident du travail du, présente une
demande d'aggravation.

En effet, je considère que le taux de rente qui m'est attribué par (référence de la
Caisse) ne peut plus être considéré comme une réparation juste des conséquences
de mon accident du travail (de ma maladie professionnelle) (1) du

Ci-joint, un certificat médical attestant de l'aggravation de mon état de santé établi
par mon médecin traitant, le Docteur

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

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

PJ : La décision contestée.
(1) à supprimer selon les cas

g. La simple manifestation des séquelles initiales

D'autre part, la rechute doit être distinguée de la simple manifestation des séquelles
initiales de l'accident (arrêt n°97-10.140 du 12 novembre 1998 de la Chambre
sociale de la Cour de cassation) . En effet, il pourrait être considéré qu'une demande
de rechute n'est pas valable au fait qu'il ne s'agit qu'une simple manifestation de
séquelles qui ne se sont pas aggravées .

2. La demande de la rechute de l'accident du travail

a. L'acceptation de la rechute de l'accident du travail par la Sécurité Sociale

Ce terme de rechute resoulève le problème de la présomption d'imputabilité. La causalité avec l'accident du travail doit être définie de façon stricte. En effet, l'aggravation de la lésion initiale ou l'apparition d'une nouvelle lésion dans le cadre d'une demande de rechute doivent présenter un lien de causalité direct et exclusif avec l'accident du travail, sans intervention d'une cause extérieure. Il doit exister une relation directe et unique entre le traumatisme initial et cette aggravation de la lésion initiale ou l'apparition d'une nouvelle lésion après guérison (Chambre sociale de la Cour de Cassation, le 12 juillet 1990, N°88-17.743) . La rechute doit constituer une conséquence exclusive de l'accident du travail antérieur (arrêt du 19.12.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°00-22482, bull. civ V, n°420).

Pour qu'une demande de rechute soit acceptée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la victime doit prouver l'aggravation de la lésion initiale après sa consultation ou l'apparition d'une nouvelle lésion après consolidation ou guérison, nécessitant un traitement et éventuellement un arrêt de travail.

Il n'existe donc pas de présomption d'imputabilité.

Il est donc conseillé à la victime de constituer un dossier avec les pièces justificatives.

La victime peut y joindre des témoignages des collègues de travail attestant d'un épisode aigu évolutif à la date de la rechute, un certificat médical détaillé du médecin traitant expliquant les motivations médicales de la demande de rechute, et les comptes-rendus d'examens paracliniques effectués à l'occasion de cette épisode aigu, les certificats d'arrêt de travail.

La rechute ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité, la victime doit donc établir le lien de causalité entre l'accident initial et la rechute (arrêt n°99-11027 du 16.11.00 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, CPAM de Maubeuge c/ SA Jeunon Industrie).. Si la victime évoque une rechute, elle ne bénéficie plus de cette présomption et doit donc prouver la réalité de ce qu'elle allègue.

Ceci amène à des distinguos subtils comme par exemple l'arrêt de la Cour de cassation sociale du 5-7-1966 qui a estimé qu'une rechute pourrait résulter non seulement de l'aggravation de la lésion organique elle même, mais aussi d'une aggravation de l'état général de la victime qui, par son aggravation imputable à l'accident, était de nature à entraîner des soins avec arrêt de travail alors que la lésion due à l'accident ne s'était pas aggravée. Par contre, le cas des accidents ultérieurs causés par une invalidité résultant des séquelles de l'accident du travail ne constitue pas une rechute de l'accident du travail initial (arrêt n°82-15.158 du 29 février 1984 de la Chambre sociale de la Cour de cassation) . Au vu de ce dernier arrêt, la rechute doit constituer l'aboutissement de l'évolution spontanée des séquelles de l'accident , en excluant donc tout autre évènement extérieur .

Du point de vue pratique, devant le flou de cette définition, les organismes de sécurité sociale interprètent la notion de rechute de façon très restrictive empêchant donc souvent une prise en charge au titre de la législation des accidents du travail.

Dans le cas d'une demande de rechute d'accident du travail, la Caisse est soumise aux mêmes délais de réponse que ceux prévus à l'article R.431 - 10 du Code de la sécurité sociale (Article R. 443 - 3 du Code de la sécurité sociale) . On rappellera que ces délais sont de 30 jours pour un accident du travail et de 3 mois pour une maladie professionnelle.

En l'absence de décision de la Caisse dans ce délai prévu ci-dessus, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu .

On s'aperçoit ainsi, que dans le cadre des déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les demandes de rechute peuvent bénéficier du même délai .

Cette notion est importante car si la Caisse ne répond pas dans les délais impartis, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est automatiquement accordé à la victime.

De même que dans le cadre des déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle, la Caisse Primaire peut exceptionnellement, lorsqu'elle constate l'impossibilité matérielle de se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, réclamer un délai supplémentaire pour prendre sa décision (ce délai supplémentaire est de 2 mois en cas d'accident du travail et de 3 mois en cas de maladie professionnelle) .

b. La procédure de contestation de refus d'une rechute d'un accident du travail par la Caisse.

Lorsque la Caisse primaire d'assurance maladie refuse l'octroi d'une rechute pour accident du travail, l'assuré peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale (cf chapitre VI. L' expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale) .

A titre d'exemple, modèle de lettre de demande d'expertise :

Nom, Prénom,

Adresse de l'accidenté

Date

Recommandée avec A.R.

Objet : Refus de rechute A.T., M.P.

Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de
.....,

Je soussigné, né le, demeurant à conteste la décision notifiée par votre lettre du; portant refus de considérer mon chômage (ou mon affection en cas d'absence d'arrêt de travail) à compter du comme une rechute de mon A.T. du

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur exerçant à (le cas échéant)

Ci-joint, un certificat médical établi par mon médecin traitant (le cas échéant) .

Veillez agréer, Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et signature de l'accidenté

En cas de résultat défavorable de cette expertise, l'assuré peut entamer une procédure de contestation (cf chapitre VI. L' expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale E. La contestation de l'expertise) .

3. La demande d'aggravation de l'accident du travail par la Sécurité Sociale

Lorsque la victime fait état pour la première fois d'une lésion ou d'une maladie présentée comme se rattachant à cet accident du travail ou à cette maladie professionnelle, la caisse se voit également opposer un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance, pour la première fois, de cette lésion ou de cette maladie dans le cadre d'un accident du travail ou de trois mois à compter de la date où elle a eu connaissance de cette lésion ou de cette maladie dans le cadre d'une maladie professionnelle, pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie (Article R 441-10 du Code la Sécurité Sociale, modifié par les décrets N° 99-27 du 15 janvier 1999 et N° 99-223 du 27 avril 1999) .

En l'absence de décision de la caisse dans ce délai prévu ci-dessus, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu .

On s'aperçoit ainsi, que dans le cadre des déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les demandes d'aggravation peuvent bénéficier du même délai lorsque la victime peut faire état d'une lésion ou d'une maladie apparue pour la première fois. Si, par contre, l'aggravation de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle correspond uniquement à l'aggravation d'une lésion ou d'une maladie déjà connue, la victime ne pourra pas bénéficier de ces délais décrits ci-dessus.

Cette notion est importante car si la caisse ne répond pas dans les délais impartis et que la victime peut faire état d'une lésion ou d'une maladie apparue pour la première fois, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est automatiquement accordé à la victime.

Les conséquences sur l'augmentation du taux d'IPP sont traitées dans le chapitre VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP2. La révision de la rente .

D. Prise en charge au titre de la législation des accidents du travail des soins sans rechute (soins après consolidation)

La prise en charge des soins dispensés à des victimes de l'accident du travail d'une maladie professionnelle après consolidation de son état s'inspire juridiquement de la circulaire ministérielle N° 209 du 16 septembre 1949 en s'appuyant également sur les termes de l'article L.434 du code de la Sécurité Sociale. Cette circulaire souligne qu'aucune disposition de cette loi n'est limitée dans le temps, l'attribution des prestations relatives aux soins, périodiques ou constantes nécessités par le traitement par de la victime. Dans ces conditions, une Caisse primaire doit prendre en charge ces soins nonobstant la consolidation fixée d'accord entre le médecin traitant et le médecin conseil ou en cas de désaccord par l'expert désigné en application du décret du 7 janvier 1959 dès lors que ces praticiens se sont prononcés sur la nécessité du traitement. Cette situation en principe ne se présente qu'exceptionnellement étant donné que la notion de consolidation correspond en règle générale à la fixation d'un état permanent sinon définitif qui n'évolue plus qu'avec lenteur, n'appelle pas de traitement, hormis le cas de nouvelles manifestations aiguës constituant une rechute.

Il reste toutefois admis que certains états d'incapacité permanente s'accompagnent de la nécessité non moins permanente de recevoir des soins appropriés (par exemple, escarre d'un paraplégie allongé qu'il faut panser chaque jour).

D'autres états plus ou moins stabilisés peuvent justifier d'une surveillance médicale constante et un traitement prolongé. De toute façon, il s'agit essentiellement de soins d'entretien ou préventifs d'aggravation.

Cette orientation juridique a été confirmée par un circulaire DRP N° 31/95, échelon national du service médical N°26/95 le 12 juillet 1995 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés relative à la prise en charge des soins dispensés à la victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle après consolidation de cet état.

Cet circulaire prend acte de la nouvelle circulaire de la direction de la sécurité sociale du ministère des affaires sociales, de la santé de la ville, sous direction de la famille, des accidents du travail du handicap et de la mutualité/95 N°41 du 4 mai 1995, Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité, relative à la prise en charge par les organismes sociaux des soins à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle après consolidation. Cette dernière circulaire annule et remplace la circulaire N°209 SS du 16 septembre 1949. Cette circulaire du 4 mai 1995 avait pour objet de préciser les conditions dans lesquelles les soins peuvent être pris en charge après consolidation. Selon cette circulaire, la prise en charge des frais nécessités par les soins reçus par une victime dont l'état est consolidé doit être justifiée par :

- l'imputabilité de ces soins aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle concernés ;

- la nécessité médicale d'éviter une rechute ou d'aggravation des dites séquelles.

Les soins nécessaires sont définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil ou en cas de désaccord par l'expert désigné conformément aux articles L.141-1 et R. 141- 1 du code de la Sécurité Sociale. Une prise en charge continue de ces soins peut être alors accordée au titre accident du travail-maladie professionnelle pour une période dont la durée est fonction de l'état médical.

Cette circulaire doit être pondérée par l'arrêt rendu le 14 mai 1998 de la Cour de cassation, Chambre Sociale, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres Civiles, cinquième partie, n°259, p 196, se référant aux dispositions de l'article L.431-

1 premier paragraphe de la Code de la Sécurité Sociale qui estime que « les prestations en nature comprennent la prise en charge des frais nécessités par le traitement qu'il y ait ou non interruption de travail, et que cette prise en charge n'est pas limitée après la consolidation de l'état de la victime au cas où les soins sont destinés à prévenir l'aggravation de cet état, mais qu'elle s'étend à toutes les conséquences directes de l'accident du travail ».

Le ministère de l'emploi et de la solidarité par sa direction de la sécurité sociale et la sous direction de la famille et les accidents du travail et du handicap par un courrier du 22 décembre 1999 demandait aux préfets de région et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de tenir compte des conclusions de la cour de cassation, en foi de quoi les prestations en nature définies à l'article L. 431-1 premier paragraphe du code de la Sécurité Sociale sont prises en charge au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles dès lors que ces prestations sont dues aux conséquences de l'accident initial, et ce , même lorsque le traitement se prolonge France de la date de consolidation de la guérison qu'il y ait rechute ou non. La Circulaire DSS / AT / 95 N° 41 du 04.05.1995 sera donc modifiée en ce sens. Du point de vue pratique pour la prise en charge des soins après consolidation il y a donc lieu de supprimer une des conditions exigées dans le Circulatoire du 04.05.1995 pour la prise en charge des soins reçus par une victime dont l'état est consolidé, à savoir la nécessité médicale d'éviter une rechute ou l'aggravation desdites séquelles.

Désormais la prise en charge de ces soins s'étend à toutes les conséquences directes de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle .

Cette attitude a été entérinée par la DSS/AT/2000/178 du 31 mars 2000 .

La Chambre sociale de la Cour de cassation par trois arrêts rendus le 14.05.98 et le 20.04.00 considère que « selon l'article L.431-1 du Code de la sécurité sociale, les prestations en nature comprennent la prise en charge de frais nécessités par le traitement qu'il y est ou non interruption de travail et que cette prise en charge n'est pas limitée après la consolidation de l'état de la victime, au cas où les soins sont destinés à prévenir une aggravation de son état mais à toutes les conséquences directes de l'accident du travail ... ». Les services ministériels compétents, par la Circulaire de la Direction de la sécurité sociale DSS/BAT 4B /2000 /178 du 31.03.2000 (Bulletin officiel de ministère de l'emploi et de la solidarité n°15 du 16 mai 2000) ont modifié en conséquence la circulaire DSS/AT n°41 du 04.05.1995. Désormais, il n'est donc plus exigé comme condition de prise en charge des soins après la consolidation que ces derniers soient préventifs d'aggravation.

Les soins nécessaires sont définis et prescrits au terme d'un protocole d'accord entre le médecin traitant et le médecin conseil. Le protocole est à mettre en place à l'initiative du médecin traitant ou du médecin conseil, que la demande soit explicite ou implicite, à l'occasion d'une prescription de soins après la consolidation. Il a été mis en place au niveau national un formulaire protocole de soins après consolidation d'une victime d'accident de travail ou de maladie professionnelle. En cas de désaccord persistant avec le médecin traitant sur tout ou partie des soins prévisibles après la consolidation, le médecin conseil informe le médecin traitant par l'envoi d'un volet 2 et l'avise qu'une notification de refus de soins pourra être adressée le cas échéant à la victime.

Il indiquera comme voie de recours, l'expertise médicale visée à l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement ou la prolongation du protocole de soins se fait à l'initiative du médecin traitant à l'issue de la période accordée ou à tout moment en cas de modification du programme de soins de la victime.

Lorsque la Caisse primaire d'assurance maladie refuse l'octroi d'un soin ou d'un examen pour accident du travail, l'assuré peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale (cf chapitre VI. L' expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale) .

A titre d'exemple, modèle de lettre de demande d'expertise :

Nom, Prénom,

Adresse de l'accidenté

Date

Recommandé avec A.R.

Objet : Refus de prise en charge d'une cure

Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de

Je soussigné né le, demeurant à conteste la décision notifiée par votre lettre du portant refus à une demande de prise en charge pour mon accident du travail du (date de l'AT) du soin (ou de l'examen) suivant : (cure thermale, scanner ...) prescrit par mon médecin traitant le Docteur exerçant à

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Veillez agréer, Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de exerçant à, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et signature de l'accidenté

E. La faute inexcusable de l'employeur

1. Définition du Code de la Sécurité Sociale.

L'article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale stipule que lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la victime ou ses ayants droits ont droit à une indemnité complémentaire. L'employeur est la personne physique ou morale qui conclut un contrat de travail avec le salarié.

Dans les grands établissements le chef d'entreprise ne peut tout contrôler ; il est donc admis qu'il délègue certaines responsabilités à des salariés. L'écrit n'est ni obligatoire et ni suffisant comme preuve d'une délégation de pouvoir. La cour de cassation exige quatre conditions pour que la délégation de pouvoir soit juridiquement valable :

- l'investiture, c'est-à-dire que le chef d'entreprise confie à un salarié une mission en lui donnant les moyens de la remplir,
- la compétence du salarié désigné.
- l'autorité du salarié, qui suppose un pouvoir de discipline
- les moyens.

Si la faute d'un substitué est reconnue, l'employeur (ou son assureur) est chargé du financement de l'indemnisation, mais si une responsabilité pénale est retenue, ce sera celle du substitué et non celle de l'employeur.

La responsabilité pénale en effet est toujours personnelle.

Par ailleurs il est indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident survenu au salarié. Il suffit qu'elle soit une cause nécessaire pour que la responsabilité de l'employeur soit engagée alors même que d'autres fautes auraient concouru aux dommages (cass.soc 31.10.02, BCV n°336).

L'article L. 453-1 Alinéa 2 du Code de la Sécurité Sociale stipule que lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, la caisse peut diminuer la rente servie à la victime de l'accident.

La faute inexcusable ne concerne pas les fonctionnaires, comme ces derniers ne sont pas affiliés au régime général de la Sécurité Sociale. Le fonctionnaire ne peut donc pas demander la reconnaissance d'une faute inexcusable devant le TASS.

2. Définition adoptée par la jurisprudence

a. Définition classique

Il s'avère donc que le Code de la Sécurité Sociale n'a pas véritablement donné une définition claire de la faute inexcusable. La jurisprudence a donc dû s'y atteler et la Cour de cassation, chambres réunies, dans un arrêt du 15.07.1941 (dame veuve Villa, Xavier Pretot, cf Les grands arrêts du droit de la Sécurité Sociale, éditions Sirey, 1988, n° 56 pages 206 et suivantes, semaine juridique 1941, 1705), a défini la faute inexcusable comme « une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative et se distinguant par le défaut d'un élément intentionnel de la faute intentionnelle » .

Cinq critères participent donc à la définition de la faute inexcusable :

- la gravité exceptionnelle de la faute,
- la conscience du danger de l'auteur
- le caractère volontaire de l'acte ou de l'omission,
- l'absence d'intention de provoquer le dommage,
- l'absence de toute cause justificative.

- Gravité exceptionnelle de la faute

La gravité de la faute s'apprécie par l'importance du danger qu'elle fait courir au salarié, par le caractère plus ou moins impérieux des règles de sécurité ou de prudence qui ont été violées et par la légèreté impardonnable de cette faute (cf Yves Saint –Jours, la faute dans le droit général de la sécurité sociale, LGDJ, PARIS, 1972, page 162).

La caractère d'exceptionnelle gravité est souvent retenu dans le cas de non respect des règles de sécurité ou d'inobservation des réglementations du code du travail .

- La conscience du danger par l'employeur est le résultat, soit du fait du caractère évident de l'exposition du salarié à un danger, soit du fait que l'employeur a été averti du danger par l'inspecteur du travail, un représentant du personnel ou par la victime elle-même .

- Le caractère volontaire de l'acte ou de l'omission se définit par une attitude déterminée de l'employeur et non un simple acte d'inadvertance.

- L'absence d'intention de l'employeur de provoquer le dommage se définit donc par l'absence d'intention de l'employeur de créer l'accident. Ainsi il ne s'agit pas d'une faute intentionnelle (cf. Yves Saint-Jours, la faute dans le droit général de la Sécurité Sociale, LGDJ, PARIS, 1972, page 175) .

- L'absence de toute cause justificative par l'employeur

L'employeur peut arguer du fait qu'il a exposé les salariés à un danger grave pour prévenir un danger encore plus grave .

b. Nouvelle définition récente : l'obligation de sécurité de résultat

La Chambre sociale de la Cour de cassation par trente arrêts rendus le 28 février 2002 à propos de l'amiante (arrêt N° 00 - 11. 793 rendu le 28 février 2002, S.A. Eternit industries c/veuve Hammou et autres), fournit une nouvelle définition de la faute inexcusable. Elle est réalisée " lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver " (voir sur la question : Les arrêts sur l'amiante et la nouvelle définition de la faute inexcusable, par Michel Pierchon, Cahiers Sociaux de l'Hérault Juridique et Economique, n° 41 du 11 avril 2002, p 4, in l'Hérault Juridique et Economique, n° 2363, 11 avril 2002) . Les arrêts qui reprennent tous la même formule, apportent un nouveau fondement juridique de l'ensemble de la législation AT/MP et apportent une nouvelle définition de la faute inexcusable : « en vertu, du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par le salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable au sens de l'article L.452-1 du CSS lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaire pour l'en préserver » (cass. soc. 28 février 2002, arrêt n°835, CPAM de Grenoble c/Sté Ascométal et autres ; Cass.soc., 28 février 2002, arrêt n°838, Sté Eternit Industries c/Mme X et autres, Cass.Soc. 28 février 2002, arrêt n°838, Sté Eternit Industries c/Consorts X et autre ; Cass.Soc., 28 février 2005 arrêt n°838, Sté Eternit Industries c/Consorts X et autres) .

Dans cet arrêt, la Cour de cassation estime " qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat , notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits appliqués ou utilisés par l'entreprise " .

La Cour de cassation établit donc une deuxième définition de la faute inexcusable ainsi inscrite :

La faute inexcusable se définit comme un manquement à une obligation de sécurité de résultat à laquelle est tenue l'employeur envers son salarié en vertu du contrat de travail liant l'employeur à son salarié, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

La Cour de cassation a rendu depuis le 28.02.02 de nombreux arrêts qui confirment que les magistrats ne visaient pas uniquement les salariés victimes de l'amiante (cass..soc, 06.02.03 , pourvoi n°01-20.936, et cass.soc, 25.03.03, pourvoi n°00-21.750) .

La nouvelle définition de la faute inexcusable, opposable aux employeurs en matière "d'obligation de sécurité de résultat", adoptée dans le cadre des maladies professionnelles par l'arrêt du 28 février 2002 de la Cour de Cassation a été retenue par cette même Cour de Cassation le 23 mai 2002 dans le cadre des accidents du travail.

L'obligation de sécurité de résultats à laquelle est tenue l'employeur est considérée de manière extensive par la jurisprudence puisqu'elle ne vise pas que les atteintes à l'intégrité physique, mais également les atteintes à l'intégrité psychologique.

Ainsi une faute inexcusable a été reconnue lorsque l'employeur n'a pas su préserver ses salariés du harcèlement moral commis par un cadre de l'entreprise (arrêt du 21.06.06 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°05-43914).

Qui plus est, la faute inexcusable est également retenue dans le cadre où l'équilibre psychologique du salarié a été fragilisé par la dégradation des relations de travail en dehors de tout harcèlement moral (arrêt de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation du 22.02.07 n°05-13771, n°305 FP-P+B+R+I).

L'employeur est tenu pour responsable d'une obligation de résultat en matière de la protection de la santé des salariés lorsqu'il existe un harcèlement moral (arrêt du 21.06.06, soc.21.06.06, d.2006.2831 note Miné ; RDT 2006.245, note Adam, Leblanc Harcèlement Moral, responsabilité personnel du salarié et obligations de résultats de l'employeur, RJS, 8-9/06, page 666). Le manquement à cette obligation présente le caractère d'une faute inexcusable. (cass ; ass.plén., 24.06.05 JCP S n°3, 12.07.05, n°1056, note Morvan ; D.2005.2375 note Saint-Jour ; Dr. Soc.2005.1067 note Prétot).

Il est indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident, il suffit que cette faute ait simplement contribué à l'accident et qu'il suffise donc qu'il y ait un lien de causalité même faible, même si d'autres fautes ont concouru au dommage (arrêt du 31.10.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°00-18359, n°3112 FS-P+B+R+I, bull. Civ. V n°336).

Pour que l'employeur échappe à la faute inexcusable il faut donc qu'il prouve qu'il n'avait pas conscience du danger encouru par les salariés éventuellement compte tenu de son expérience et de ces connaissances techniques ou que dans le cas contraire, s'il en avait conscience, qu'il a pris les dispositions nécessaires pour préserver les salariés.

3. La procédure

La procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur est régie par l'article L. 452.1 du Code de la Sécurité Sociale .

La victime ou ses ayants droits adresse une demande de reconnaissance de faute inexcusable à la Caisse primaire d'assurance maladie .

La prescription en matière de faute inexcusable est de 2 ans. L'arrêt du 3 avril 2003 n° 424 sur pourvoi n° 01 20 872 (cass 2^{ème} civ, 3avril 2003, Dalloz, 2004, P 457-8, note de Y. Saint Jours) est venu préciser que le délai de prescription de 2 ans de l'action du salarié pour faute inexcusable de l'employeur peut ne commencer à courir qu'à compter de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. Pour les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident (article L.461-1 du CSS). On rappelle que le délai de prescription de 2 ans est interrompu par l'exercice d'une action pénale pour les mêmes faits (art L.431-2 du CSS) et ce, jusqu'à l'expiration de toutes les voies de recours exercé à la suite de ces actions.

La saisie de l'organisme de sécurité sociale par la victime lorsque l'on enclenche une procédure de reconnaissance de la faute inexcusable, pour que la caisse d'assurance maladie cherche d'abord à trouver un accord amiable ente la victime et l'employeur, interrompt la prescription de 2 ans.. Le début de cette procédure s'apparente à une citation en justice et interrompt la prescription de deux ans. Tant que la caisse n'a pas fait connaître à la victime et à l'employeur l'issue de la conciliation, la prescription reste suspendue.

Cette prescription reste suspendue tant que la caisse primaire d'assurance maladie n'a pas fait connaître aux parties le résultat de la tentative de conciliation.

Cette prescription se compte, soit à partir du jour de l'accident, soit du jour de clôture de l'enquête et non de la notification à la victime du dépôt de l'ensemble du dossier.

Modèle de lettre de demande de reconnaissance de faute inexcusable d'un accident du travail par la victime

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

CPAM

Service AT – MP

Adresse de la Caisse

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Dossier MP ... n° caisse

N° INSEE

Objet : Demande de reconnaissance d'une faute inexcusable de (nom de l'employeur) Articles 452-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Madame, Monsieur,

Je soussigné M., profession, de nationalité né le..... à, demeurant à, demande la reconnaissance de la faute inexcusable de Je suis atteint d'un accident du travail ou d'une pathologie professionnelle MP..... provoquée par.....dans les ateliers, chantiers et installations de Je suis titulaire d'une rente / d'un capital versée par votre organisme, indemnisé€ au taux de ma maladie professionnelle ou de mon accident du travail duest reconnue à compter du

Cette reconnaissance de ma maladie professionnelle ou de mon accident du travail m'a été notifiée par votre organisme par lettre recommandée le....., le délai entre la reconnaissance du caractère professionnel de cette-ci et la présente demande n'excédant pas les 2 ans (art L431-2 alinéa 4 du CSS), ma demande de reconnaissance de la faute inexcusable de pourra, par conséquent, être accueillie et réputée non prescrite par votre organisme.

Motivation de la demande

Je considère que la survenue de sa maladie est due à la faute sans excuse de mon employeur n'a pas mis en œuvre les moyens de prévention technique et médicaux prévus par les dispositions légales en vigueur au moment de mon exposition à

- défaut d'information des risques encourus
- défaut de protection individuelle et collective
- absence de suivi médical particulier.

Je vous remercie par avance de donner suite à ma demande et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

Suivant le principe du droit commun, la preuve de la faute inexcusable incombe à la victime ou ses ayant droits (Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 8 janvier 1959, arrêt N°57-50.086, bulletin civil, IV, p. 40). C'est donc au salarié de prouver les éléments qui constituent la faute inexcusable.

La faute inexcusable ne se présume pas (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 13 novembre 1964, N° 63-13.309, bulletin civil, IV, N° 761) . Cette obligation de preuve néanmoins se trouve facilitée par la nouvelle définition de la faute inexcusable fondée sur l'obligation de sécurité de résultat, à la charge de l'employeur .

La seule exception réside dans le cas du signalement à l'employeur ou à son représentant d'une situation dangereuse prévue à l'article L.4131-4 du code du travail. Cet article reconnaît un droit de retrait du salarié dans ce cas et précise que le bénéfice de la faute inexcusable de l'employeur ...est de droit pour le ou les

salarié(s) qui seraient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux même ou un membre du comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail avait signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé. Ce même article L.231-8-1 du code du travail établit la présomption de faute inexcusable pour les salariés sous contrat à durée déterminée et pour les intérimaires victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles s'ils ont été affectés à des postes présentant des risques particuliers sans avoir au préalable bénéficié de la « formation de la sécurité renforcée » prévue à l'article L.4142-2 du code du travail.

La Caisse joue un rôle d'informateur auprès de la victime de conseiller et d'arbitre et doit ainsi communiquer à la victime ou à ses ayant droits sur leur demande les résultats complets de toute enquête .

a. La phase amiable

La recherche de la reconnaissance de la faute inexcusable doit obligatoirement débutée par une tentative de conciliation amiable. La demande d'engagement de la procédure amiable est faite par la victime (ou ses ayants droits) ou à défaut par la caisse.

La Caisse Primaire joue un rôle de conciliation . Elle convoque les parties (article L. 452-4 du Code de la Sécurité Sociale) pour une tentative d'accord amiable entre la Caisse et la victime ou ses ayant droits d'une part et l'employeur d'autre part . Cette tentative d'accord porte à la fois sur l'existence de la faute inexcusable et sur le montant de la majoration et des indemnités couvrant le préjudice encouru .

Une réunion regroupe le directeur de la caisse ou son représentant, la victime, l'employeur et éventuellement leurs conseils. Cette réunion porte à la fois sur l'existence de la faute inexcusable et sur le montant de la majoration des indemnités couvrant le préjudice. Dans le cadre de la phase amiable et lors de difficultés sur l'évaluation du préjudice personnel, la caisse propose la désignation amiable d'un expert indépendant.

A l'issue de cette phase amiable, un procès verbal est établi qui constate la conciliation totale, la conciliation partielle ou l'absence de conciliation des parties sur la reconnaissance de la faute inexcusable et la fixation des réparations .

En cas d'accord des parties, la procédure s'arrête là .

A défaut d'accord (procès verbal de conciliation partielle, de non conciliation si les parties n'ont pu aboutir à un accord quelconque ou de carence : les parties ou une des parties ne sont pas présentées devant la commission des rentes), le procès verbal indique à la victime le délai dont elle dispose pour saisir le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale (délai de deux ans à compter de la notification de l'échec de la procédure amiable) .

La victime qui a pris l'initiative de l'action en réparation doit alors appeler l'autre partie c'est à dire la Caisse en déclaration de jugement commun (article L. 452-4 du Code de la Sécurité Sociale) .

b. La phase contentieuse

La phase contentieuse déclenchée par l'échec de la phase amiable consiste en une saisine de Tribunal des affaires de Sécurité Sociale .

En cas d'absence d'accord amiable, la Caisse primaire d'assurance maladie ou la victime saisissent le Tribunal des affaires de sécurité sociale .

La victime ou ses ayants droits doit appeler la Caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement (article L.452-4 du Code de la sécurité sociale). La Caisse est donc toujours partie prenante de l'instance.

A la demande de la victime ou de ses ayant droits (conjoint survivant, enfant, ascendant à charge, à l'exclusion des frères, soeurs et autres) ou de la Caisse primaire d'assurance maladie, le TASS se prononcera sur l'existence ou non d'une faute inexcusable de l'employeur et fixera le montant des réparations dues à la victime .

Le TASS juge :

- Sur l'existence de la faute inexcusable.
- Sur le montant de la majoration de la rente en fonction du degré de responsabilité de l'employeur.
- Sur le montant des indemnités induites par la faute inexcusable (préjudice personnel : préjudice causé par les souffrances physiques et morales, préjudice esthétique et d'agrément) (article L.452-4 du Code de la Sécurité Sociale).

La décision de relaxe d'un employeur pour absence de faute pénale non intentionnelle n'empêche pas le TASS de retenir une faute inexcusable. Une condamnation de l'employeur au pénal entraîne presque toujours une reconnaissance de la faute inexcusable. Même si le salarié a commis des fautes, celles de l'employeur condamné l'emportent (cf l'adage « le criminel tient le civil en l'état ») . Quand deux expertises sont faites dont l'une par la police c'est celle des agents de police judiciaire qui est privilégiée parce que considérée comme plus objective que celle de l'expert mandaté par l'assureur.

4. Le contentieux de la faute inexcusable

La décision du TASS doit être notifiée dans les 15 jours à chaque partie par lettre recommandée avec accusé de réception (article R.142-27 du code de la sécurité sociale).

La décision du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale peut faire l'objet d'un recours devant la Cour d'Appel dans un délai d'un mois après la notification du jugement puis devant la Cour de Cassation dans un délai de 2 mois après l'arrêt.

5. Les conséquences de la faute inexcusable

a. Les conséquences de la faute inexcusable pour la victime

aa. La majoration de rente

La victime a droit à une majoration de sa rente accident du travail dès lors que la faute inexcusable est reconnue, soit à la phase amiable, soit à la phase

contentieuse, à condition qu'une telle rente lui ait été attribuée (article L.452-2 du Code de Sécurité Sociale).

Le montant de la majoration induite par la reconnaissance de la faute inexcusable, en effet, ne peut pas dépasser le montant de l'indemnité en capital (article 3 du décret n° 2002-542 du 18.04.02). Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime en cas de taux d'incapacité permanente inférieure à 10%, le montant de la majoration pour faute inexcusable ne peut pas dépasser le montant de la dite indemnité. (Article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Lorsque la rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité (idem en cas de décès, mais la somme est répartie entre les ayants droits de la victime), soit le montant de ce salaire dans le cas d'une incapacité totale.

Le montant de la majoration est égal à la différence entre le montant normal de la rente et le maximum prévu par l'article L452-2 du CSS (fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité). C'est à la Caisse qu'incomberont de prendre en charge les sommes liées à l'aggravation de l'état de santé de la victime. La rente initiale majorée, payée par l'employeur au travers d'une cotisation complémentaire à la tarification AT/MP de base, est imputée une fois pour toutes, sans révision possible.

Il a été décidé que la majoration de la rente doit suivre l'évolution du taux d'incapacité de la victime (Cass. 2° civ. ,14 décembre 2004 (Cass 2^{ème} civ, Resp. civ. et assur., février 2005, comm. n°51 de H. Groutel et Dalloz, 2005, n°18 p.1202-3, note de Y. Saint-Jours, et Gazette du palais, 29-30, 2005 jurisprudence). Auparavant, la majoration de la rente pour faute inexcusable était déterminée une fois pour toute en tenant compte des éléments existants au moment de la décision de fixer le montant, peu importait que l'état de la victime s'améliore ou se détériore. Si l'état de la victime d'une faute inexcusable s'aggrave et que son taux d'IPP augmente, la rente majorée calculée en fonction de ce taux augmente dans la même proportion. Désormais, si le taux d'incapacité évolue, le maximum de la majoration varie dans la même proportion.

Lorsque la victime est décédée(cas de l'accident du travail suivi de mort) , les ayants droits bénéficient d'une majoration de la rente qui leur a été accordée. (Article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale) .

Le montant de la majoration en incluant le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droits, ne peut dépasser le montant du salaire annuel de référence de la victime. (Article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale).

L'indemnisation est répartie entre tous les ayants droits.

Lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il est fixé initialement (article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale).

En général, lorsqu'aucun comportement fautif de la part du salarié n'a concouru à la réalisation de l'accident, ce salarié bénéficie en général de la majoration maximale.

Selon la jurisprudence, du moment que la faute inexcusable de l'employeur est établie, la majoration de la rente doit être fixée au maximum prévu par la loi.

Cette majoration de la rente est versée par la Caisse régionale de l'assurance maladie en accord avec l'employeur et à défaut par le Tribunal des affaires de sécurité sociale. La détermination de la majoration de la rente dépend du degré de la

faute inexcusable et non de l'incapacité. (Chambre sociale de la Cour de Cassation, le 21 octobre 1985, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 5^{ème} partie, N°479) . La majoration des préjudices patrimoniaux se traduit en général par le doublement du capital pour les taux d'IPP inférieurs à 10% et la majoration de la rente pour les taux d'IPP supérieurs à 10%.

On a alors le doublement des rentes ou des portions de rentes comprises entre 10 à 50%, les rentes restant égales au taux d'IPP au-delà. Le doublement de la rente constitue une indemnisation conséquente puisqu'elle est versée à vie aux victimes et au conjoint survivant et jusqu'à 20 ans pour les orphelins.

La victime lorsqu'elle est atteinte d'un taux d'incapacité permanente à 100 % bénéficie , outre de sa majoration, d'une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur, à la date de consolidation . Cette indemnité forfaitaire est égale à 16.869,97€ au 01.09.08. (Article L.452-3 du Code de la sécurité sociale).

A titre de premier exemple, une victime reconnue en accident du travail avec un taux d'incapacité de 20% a une rente égale à 10% de son salaire de référence. La reconnaissance d'une faute inexcusable peut doubler son taux de rente qui devient égal à son taux d'incapacité c'est-à-dire 20%.

A titre de deuxième exemple, Pierre est atteint par des plaques pleurales. Il a une IPP de 5% indemnisée par un capital de 1796,23€ au 01.01.08. Il fait reconnaître la faute inexcusable de son employeur qui ne l'a pas protégé des poussières d'amiante. Son indemnité en capital est doublée, il percevra une nouvelle fois 1796,23€.

A titre de troisième exemple, Germain est victime d'un accident grave. Il a une IPP de 80%, le taux utile de sa rente est de 70% (= 50 % / 2 + 30 X 1,5 = 25 % + 45 % = 70 %) du salaire de référence. Il fait reconnaître la faute inexcusable de son employeur qui l'obligeait à travailler sur une machine où les protections avaient été enlevées. Sa rente sera portée à 80% du salaire de référence.

A titre de quatrième exemple, Madeleine est victime d'un accident du travail. Son IPP est de 40%, le taux utile est de 20% du salaire de référence. Elle fait reconnaître la faute inexcusable de son employeur. Sa rente sera doublée et portée à 40% du salaire de référence.

A titre de cinquième exemple, Marie, épouse d'Hubert, qui a 60 ans, est décédée des suites d'un mésothéliome. Elle avait 100% d'IPP avant son décès. La rente d'Hubert est de 60% du salaire de référence. La faute inexcusable de l'employeur de Marie est reconnue, Hubert percevra 100% du salaire de référence. De plus, il percevra l'indemnité prévue à l'article L.452-3 du C.S.S.(soit 16736,09€ au 01.01.08).

Le 24 juin 2005, la Cour de cassation en assemblée plénière (Gazette du palais, 31 juillet -2 août 2005) a conclu que la faute de la victime n'a pas pour effet d'exonérer l'employeur de sa responsabilité en raison d'une faute inexcusable .

Le montant de la majoration de la rente allouée à la victime pour faute inexcusable de l'employeur ne peut être réduite qu'en cas de faute inexcusable de la victime (arrêt du 19.12.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°01-20447, n°3971 FS-P+B+R+I, bull. civ. V n°400).

La faute inexcusable du salarié peut permettre de ne pas fixer la majoration de rente au taux maximal (cass.soc.31.03.03 n°1208 FSPB).

La faute inexcusable du salarié se définit comme une faute volontaire d'une exceptionnelle gravité exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience (arrêt du 27.01.04 de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de

Cassation, n°02-30693, arrêt du 27.01.04 de la 2^{ème} Chambre Civile de la Cour de Cassation, n°02-30915, arrêt du 24.06.05 de l'Assemblée plénière de la Chambre de la Cour de cassation n°03-30038, n°528 P).

bb. La possibilité d'indemnisation, pour les victimes, des préjudices personnels

La victime peut ainsi demander à l'employeur de demander réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, le préjudice résultant de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle, le préjudice moral (article L.452-3 du Code de Sécurité Sociale) .

Le préjudice d'agrément peut résulter, par exemple, de l'altération de la capacité à accomplir des gestes banals, distincte du préjudice résultant de l'IPP et justifier l'octroi d'une indemnité de caractère personnel (cass. soc. 05.01.95 n° 92-15.958P), ou des difficultés à avoir des activités normales de loisirs ou encore des activités sportives (cass. soc. 21/10/85 n°84-12.133P).

En revanche, ne constituent pas des préjudices personnels pouvant être indemnisés les dépenses :

- d'aménagement d'un appartement pour l'adapter au handicap de la victime (cass.soc. 16/11/88 n°87-12.800P).
- engagées pour embaucher une personne, afin de conduire l'accidenté sur les marchés pour y exercer son activité (cass. soc. 23.03.96 n°93-14.540P).

Le préjudice dû à la perte ou la diminution des possibilités de promotion professionnelle est différent du préjudice résultant du déclassement professionnel du à l'accident qui est déjà compensé par l'attribution de la rente majorée.

La victime peut solliciter la perte ou la diminution des possibilités de promotion professionnelle à condition de pouvoir en faire état :

- à la date à laquelle elle demande réparation, d'une formation professionnelle de nature à lui laisser espérer une promotion (cass. soc. 29/02/96 n°93-21-778P). En l'espèce, l'application de ce principe conduit à écarter du bénéfice de la réparation complémentaire, le salarié ne disposant d'aucune formation professionnelle, qui ne peut invoquer la perte d'une chance de promotion professionnelle.
- du caractère sérieux des chances de promotion alléguées, lesquelles ne doivent pas être seulement hypothétiques (cass. soc. 09.04.98. n°96-19.055).
- d'un préjudice distinct de celui résultant d'un déclassement professionnel déjà compensé par l'attribution de la rente majorée (cass. soc. 09-04-98 n°96-16.474) ou celui résultant de l'impossibilité d'effectuer des heures supplémentaires (cass.soc. 11.03.03 n°00-21.626).

Lorsque la victime est décédée des suites de l'accident, ses ayants droits ainsi les descendants et ascendants qui n'ont pas droit à une rente, peuvent demander à l'employeur, réparation du préjudice moral subi par le fait du décès de la victime devant la juridiction de sécurité sociale compétente (article L.452-3 du code de la sécurité sociale). Les frères et les sœurs de la victime n'ont donc pas droit à la réparation du préjudice moral puisqu'ils sont ni conjoint, ni ascendant, ni descendant. (Arrêt du 18.05.00 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, n°98-22771 n°2326 FS-P+B, bull. Civ. V n°190).

Ont donc droit à la réparation de leur préjudice moral :

- Les ayants droits de la victime mentionnés dans les articles L.434-7 et suivants (conjoint, concubins, personne liée à la victime par un PACS, les enfants et ascendants) ayant droit à une rente.
- Les descendants et les ascendants.

Les ayants droits de la victime d'une maladie professionnelle due à la faute inexcusable de l'employeur et décédée des suites de cette maladie sont recevables à exercer, outre l'action réparation du préjudice moral qu'ils subissent du fait de ce décès, l'action en réparation du préjudice moral personnel de la victime résultant de sa maladie (arrêt du 30.04.1976 de la Chambre mixte de la Cour de cassation). Les dispositions du droit commun, relatives à la transmission successorale sont applicables à l'indemnisation relevant de la faute inexcusable (cass. soc. 28.02.02 n° 00-11.794). Les héritiers peuvent donc demander l'indemnisation du préjudice moral de la victime pour la période « ante mortem ». Les ayants droits peuvent demander, outre le préjudice moral qu'ils subissent personnellement, le préjudice moral personnel de la victime (arrêt du 28.02.02 de la Chambre Sociale de Cour de Cassation n°00-11793, n°838 F-P, bull. civ. V n°81, arrêt du 29.06.04 de la 2^{ème} Chambre civile de Cour de Cassation n°02-31144).

Le 22 juin 2004, les magistrats ont précisé que les descendants des victimes décédées d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle imputable à une faute inexcusable de l'employeur peuvent prétendre à la réparation de leur préjudice moral, peu importe qu'ils aient droit à une rente ou non (cass 2^{ème} civ, 22 juin 2004, Dalloz, 2005, n°5, p.350, note de Y Saint-Jours). En effet, en cas d'AT ou MP mortel, les ayants droits, mais aussi les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente (par exemple les petits-enfants), peuvent demander réparation (art L452-3 di CSS). La réparation du préjudice moral vient en plus de la rente et la majoration de rente pour faute inexcusable, versée aux ayants droit.

A titre d'exemple, imaginons, une veuve de 60 ans, sans enfant disposant d'une rente de conjoint survivant égal à 60% du salaire de référence de son mari. Si la maladie de son mari est reconnue en accident du travail et si elle est la cause du décès, la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur peut porter cette rente au taux maximum de 100%.

De plus les ayants droits de la victime peuvent demander la réparation du préjudice causé à la victime par les souffrances physiques et morales qu'elle a endurées, ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que le préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle résultant de l'accident. (Arrêt du 04.02.03 de la Chambre commerciale de Cassation n°00-428).

La réparation de ces préjudices est versée directement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie car elle récupère le montant auprès de l'employeur.

L'évaluation de ces préjudices est assurée par le TASS. Si besoin est, le tribunal a recours à une expertise médicale.

A contrario, la victime ne peut pas être indemnisée de ses pertes de salaires, de son IPP, des frais médicaux restés à charge ainsi que des frais futurs et de la tierce personne.

b. Les conséquences de la faute inexcusable pour l'employeur

L'employeur engage sa responsabilité personnelle .

L'auteur de la faute inexcusable est donc responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de cette faute (article L.452-4 du code de la Sécurité Sociale) .

La chambre sociale de la cour de cassation par un arrêt du 31.03.03, n°1200 FS-PBRI précise que lorsque l'employeur fautif est une société ou une association la CPAM ne peut réclamer le remboursement des indemnités complémentaires (majoration de rente, indemnisation des préjudices esthétiques et d'agrément...) qu'à cette société ou à cette association et en aucun cas à ses dirigeants.

L'employeur doit rembourser la caisse d'assurance maladie pour les frais avancés à l'occasion du paiement de la majoration de rente ou de l'indemnisation des préjudices personnels.

Le remboursement de la majoration de rente par l'employeur.

La CPAM peut récupérer auprès de l'employeur les sommes dont elle fait l'avance aux salariés au titre de la majoration de rente (article L.452-3 du code de la sécurité sociale).

Cette majoration de rente est payée directement par la Caisse à la victime, elle en récupère le montant par une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse régionale d'assurance maladie sur proposition de la caisse primaire en accord avec l'employeur sauf recours devant la juridiction compétente (Cour Nationale de l'incapacité de l'Assurance des accidents du travail) .

Cette cotisation supplémentaire ne peut être perçue plus de 20 ans et son taux ne peut excéder 50 % de la cotisation normale d'accidents de travail de l'employeur, ni 3 % de la masse des salaires servant de base à cette cotisation (article R.452-1 du Code de la Sécurité Sociale) . Un versement unique en capital de cette cotisation complémentaire est possible lorsque l'employeur et la caisse le décident et devient exigible en cas de cession ou de cessation d'entreprise.

Le remboursement par l'employeur des indemnités versées pour les préjudices personnels par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

C'est en effet, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui verse directement à la victime les sommes allouées pour la réparation des préjudices personnels. Elle récupère bien sûr le montant auprès de l'employeur .

La Caisse récupère les sommes concernant les autres indemnités complémentaires que la majoration de rente par le biais d'une action récursoire. Les modalités de remboursement pour cette action récursoire par l'employeur ne sont pas fixées par la loi.

Les employeurs peuvent s'assurer contre les conséquences des fautes inexcusables depuis la loi n°87-39 du 27.01.87.

F. Les indemnités journalières d'accident de travail

1. Définition

Les indemnités journalières d'accident de travail se définissent comme des prestations en espèces versées durant la période d'incapacité temporaire totale,

destinées à compenser la perte de salaire résultant de l'accident du travail et ayant entraîné l'arrêt de travail. L'incapacité temporaire totale de travail se définit comme une inaptitude de la victime d'un accident occasionnée par les lésions consécutives à cet accident du travail qui l'empêchent d'exercer son activité professionnelle. Son caractère temporaire se définit par le fait qu'ultérieurement, la victime sera considérée comme guérie ou avec un état de santé stabilisé.

Les indemnités journalières sont payées durant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à, soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès, ainsi qu'en cas de rechute ou d'aggravation (Article L.433 - 1, alinéa 2 du Code de la Sécurité Sociale) . On remarquera que, contrairement au risque maladie, où la durée de paiement des indemnités journalières ne peut dépasser 3 ans, il n'existe pas de date butoir au bout de laquelle les indemnités journalières lors d'un accident du travail ne sont plus payées, la seule limite au paiement de l'indemnité journalière est la guérison complète, ou la consolidation de la blessure ou le décès (Article R.433 - 1, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale) . En théorie, la durée d'indemnisation peut donc dépasser les 3 ans à l'inverse des indemnités journalières payées au titre du risque maladie.

2. Calcul des indemnités journalières d'accident de travail

a. Généralités

Cette indemnité journalière est payée pour toutes les journées ouvrables ou non d'incapacité de travail. Il n'y a donc pas de distinction entre les jours ouvrables et non ouvrables.

L'indemnité journalière est versée à partir du 1er jour de l'arrêt de travail consécutif à l'accident (L.433 - 1 du Code de la Sécurité Sociale) .

La journée de travail au cours de laquelle l'accident se produit est payée intégralement par l'employeur (Article L.433 - 1, alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale) .

L'indemnité journalière d'incapacité au travail est égale à 60% du salaire journalier de base avec un montant maximal de 171,69 euros par jour au 01-01-2009, les 28 premiers jours d'arrêt, puis 80% de ce salaire journalier de base à partir du 29ème jour avec un montant maximal de 228,89 euros par jour au 01-01-2009 (Articles R. 433 - 2 et R. 433 - 4 du Code de la Sécurité Sociale) .

Le salaire journalier de base est égal à la division du salaire de référence par un nombre de jours fixé réglementairement selon la périodicité des paies. A titre d'exemple, pour une paie mensuelle, le salaire journalier de base est égal à 1/30ème de la dernière paie.

Si l'arrêt de travail dans le cadre de l'accident de travail se prolonge au-delà d'une durée de 3 mois, les indemnités journalières au titre de cet accident du travail peuvent être revalorisées (Article R. 433 - 9 du Code de la sécurité sociale) . Le salaire journalier de base servant au calcul de l'indemnité journalière de base est alors majoré par l'application d'un coefficient de majoration fixé par arrêté interministériel (ce coefficient de revalorisation est par exemple fixé à 1,011 le 1er janvier 2008) . Lorsqu'il s'agit d'une revalorisation fixée par arrêté ministériel, on parle d'une revalorisation légale ou forfaitaire. Si une augmentation du salaire intervient en cours de l'arrêt de travail dans le cadre d'une convention collective applicable à la profession à laquelle appartient l'accidenté, les indemnités journalières sont

également revalorisées suivant ce qu'on appelle une revalorisation individuelle. L'accidenté doit alors effectuer une demande à sa caisse d'assurance maladie. Le cumul d'une revalorisation forfaitaire fixée par l'arrêté ministériel suscité et d'une revalorisation individuelle dans le cadre d'une convention collective est impossible. Seule l'opportunité la plus favorable peut s'appliquer à l'accidenté du travail.

En cas de rechute, l'indemnité journalière au titre d'accident du travail est versée aux mêmes taux et conditions que l'arrêt initial de l'arrêt du travail, à savoir 60% du salaire journalier de base les 28 premiers jours d'incapacité dus à la rechute et 80% de ce salaire de base à partir du 29ème jour d'arrêt de travail.

Les indemnités journalières d'accident du travail sont soumises

- à la CSG au taux de 6.2%
- et à la CRDS au taux de 0.5%.

b. Le salaire de référence

Le salaire de référence est le salaire précédant immédiatement l'arrêt de travail en fonction de sa périodicité de versement. A titre d'exemple, lorsque la paie est mensuelle, il s'agit du dernier salaire perçu (Article R 433 - 5 du Code de la Sécurité Sociale) . Si la paie est effectuée deux fois par mois, il s'agit de ces deux derniers salaires perçus. Ce salaire de référence comprend le salaire proprement dit ainsi que les éléments annexes de ce salaire de référence, à savoir, en particulier, les primes afférentes à la période considérée, les avantages en nature, les pourboires. Ne sont pas pris en compte, par contre, les frais professionnels, les cotisations patronales de Sécurité Sociale et les cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaire. Le salaire de référence ou le salaire de base est calculé conformément aux articles R.433 - 1 et suivants, R. 436 - 1 du Code de la Sécurité Sociale.

c. Le salaire journalier de base

Le gain journalier de base ou salaire journalier de base est calculé en divisant ce salaire de référence ou ce salaire de base par le nombre de jours fixé à l'article R.433 - 5 du Code de la Sécurité Sociale (de 30 à 360 jours suivant la périodicité de la paie) .

Le montant du salaire journalier de base est limité et se calcule de 2 façons :

La première limite se calcule en fonction du plafond de la Sécurité Sociale.

En effet le salaire journalier de base n'est pris en compte que dans une limite inférieure à 0,834 % du plafond annuel des cotisations de Sécurité Sociale (Article R.433 - 3 du Code de la sécurité sociale) .

A titre d'exemple, imaginons un salarié victime d'un accident du travail le 01.02.09, son salaire de référence s'évalue à 10.000 euros par mois, le salaire journalier de base théorique s'élève donc à 10.000 euros : 30 = 333,3 euros ; or le salaire journalier de base est limité à 0,834 % du plafond annuel de la Sécurité sociale. Ce plafond annuel au 1er janvier 2009 est égal à 34.308 euros. Le salaire journalier de base est donc limité à 34.308 euros X 0,834 % = 286,1 euros

L'indemnité journalière au titre de son accident du travail s'élèvera donc du 1er jour au 28ème jour après cet accident du travail à 60% de 286,10 euros, soit 171.66 euros pour chacun des 28 premiers jours.

La deuxième limite se base sur le fait que l'indemnité journalière versée au titre de l'accident du travail ne peut dépasser le gain journalier net perçu par la victime avant son arrêt de travail. Ce gain journalier net perçu est défini comme le salaire de référence moins la part salariale des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle et la CSG. Ceci est destiné à éviter que le salarié victime d'un accident du travail ne perçoive plus que lorsqu'il travaille. En effet, une indemnité journalière de 80% ou 60% du salaire de référence qui ne subit aucune charge sociale pourrait être supérieure au salaire net obtenu après application d'un taux de cotisations qui dépasse souvent la barre des 20%.

A titre d'exemple, imaginons la cas d'un salarié victime d'un accident du travail le 1er février 2009 et un arrêt de travail pendant 40 jours. Le salaire de référence s'élève à 2.000 euros par mois en imaginant que le taux de charges salariales légales et conventionnelles s'élève à 21% à laquelle s'ajoutent la CSG, la CRDS. La somme CSG + CRDS est égale à 6.7% de 95% du salaire brut.

Le salaire journalier de base s'élève à 2.000 euros : 30 = 66,7 euros. Le gain journalier net perçu est égal à 66,7 euros - (66,7 euros X 21%) - (6.7% X 95% X 66,7 euros) = 66,7 euros - 14 euros - 4,2 euros = 48,5 euros. L'indemnité journalière au titre de l'accident du travail s'élèvera du 1er jour au 28ème jour à 60% de 66,7 euros d'indemnité journalière pour chacun des 28 premiers jours. Du 29ème jour au 40ème jour, la victime devrait toucher 80% des 66,7 euros, soit 53,4 euros. Or cette somme de 53,4 euros est supérieure au montant du gain journalier net perçu. L'indemnité journalière du 29ème au 40ème jour sera donc réduite au montant du gain journalier net perçu qui est donc de 48,5 euros.

G. Le taux d'IPP

Si à la suite d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle la victime reste atteinte d'une infirmité qui prend un caractère constant, on dit que cette victime est en état d'incapacité permanente.

L'incapacité permanente se définit ici comme une réduction définitive de la capacité de travail de la victime, et donc, de la capacité de gain de la victime, lorsque son état est consolidé.

Cette situation est constatée par le Médecin Traitant qui à la fin de la période de soins établit un certificat de consolidation. Il s'agit donc ici de la consolidation des blessures (ou de l'état pathologique en ce qui concerne les maladies professionnelles). En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil cette date de consolidation peut-être fixée d'autorité par le médecin conseil. A l'inverse, si l'état n'est pas considéré comme stabilisé et l'évolution imprévisible, le médecin conseil estimera impossible de fixer le taux d'IPP. La Caisse notifiera alors à l'assuré un refus d'ordre médical pour "état non stabilisé".

Le litige est alors réglé par la voie de l'expertise médicale (article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale).

A titre d'exemple, modèle de lettre de demande d'expertise :

Nom, Prénom,

Adresse de l'accidenté

Date

Recommandé avec A.R.

Objet : Contestation de la date de guérison ou de consolidation

Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de
.....,

Je soussigné, né le, demeurant à conteste la décision notifiée par votre lettre du me signalant la date de guérison – consolidation pour mon AT du (date de la déclaration de l'AT) .

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur exerçant à

Ci-joint, un certificat médical établi par mon médecin traitant (le cas échéant) .

Veillez agréer, Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et signature de l'accidenté

La date de consolidation marque la fin de la période d'incapacité temporaire et donc du paiement des indemnités journalières et à partir du lendemain l'ouverture du droit par les victimes à une invalidité en capital ou une rente d'accident du travail. Cette incapacité permanente est évaluée suivant un pourcentage fixé de 0 à 100 % qui évalue le préjudice subi par la victime. Cette évaluation en pourcentage nous donne le taux d'IPP (IPP : invalidité permanente partielle) .

La décision de consolidation par le médecin conseil présente pour le malade, certes l'inconvénient pécunier de cesser de bénéficier du paiement des indemnités journalières en général plus généreuses que les indemnités journalières payées par le risque maladie, mais aussi l'avantage de pouvoir solliciter un taux d'IPP et donc d'une indemnisation . L'assuré devra donc bien réfléchir avant de contester la décision de consolidation du médecin conseil .

L'article L.434 – 2 de Code de la Sécurité Sociale précise que « le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualité professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité ».

Ainsi, l'appréciation de l'incapacité permanente prend alors en compte l'incapacité physique de la victime, mais aussi son incapacité générale de gain .

C'est la Caisse Primaire d'Assurance maladie qui fixera ce taux d'IPP qui servira à calculer la rente ou l'indemnité en capital. Dans ce but la victime est soumise à l'examen d'un médecin conseil qui donne un avis sur le taux d'IPP strictement médical. Dès réception du certificat médical de consolidation la Caisse Primaire

soumet l'ensemble du dossier médical de la victime au service du contrôle médical. La victime est alors convoquée dans les semaines suivantes pour être soumise à l'examen d'un médecin conseil. Certains cas donneront lieu à des examens complémentaires de médecins spécialistes si le médecin conseil estime qu'il n'est pas suffisamment éclairé par les documents médicaux du dossier et par les réponses de la victime.

La Loi prévoit qu'il est tenu compte d'un barème indicatif d'invalidité codifié en annexe à l'article R. 434 – 35 du Code de la Sécurité Sociale. Ce barème est contenu dans le décret n° 82-1135 du 23-12-1982 paru au Journal Officiel de la République Française du jeudi 30-12-1982 . Il peut aussi être obtenu auprès de l'U.C.A.N.S.S. Tour Maine Montparnasse, 44, avenue du Maine – Boîtes 45 et 46 – 75755 Paris Cedex 15, ou peut être consulté sur le site internet : www.ucanss.fr .

On s'accorde en général à dire que les taux en pourcentage proposés dans ce barème sont pour la plupart deux fois supérieurs aux taux en pourcentage proposés dans le barème dit en droit commun .

La Caisse doit cependant adapter les évaluations de ce barème en fonction de chaque cas particulier pour tenir compte de tous les éléments qui entrent dans cette évaluation .

Un coefficient dit professionnel peut aussi modifier un premier taux d'IPP ne tenant compte que de la nature médicale de l'infirmité.

Ce coefficient professionnel tiendra compte du risque de perte d'emploi ou des difficultés de reclassement (Chambre sociale de la Cour de cassation, 26.03.1984, n° 82 – 16.503, 1984, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, 5ème partie, page 93).

De même ce taux dit professionnel tiendra compte d'une perte de gains de la victime consécutive à la suite d'un licenciement économique (Chambre sociale de la Cour de cassation, 05.04.1990, n° 87 – 16.817 ; Sommaires de Sécurité Sociale, 1990, page 4.443) .

D'autre part ce taux professionnel existera pour une victime d'un accident du travail licenciée du fait de son accident et qui par la suite obtient des emplois d'une qualification toujours moindre (Chambre sociale de la Cour de cassation, 21.06.1990, n° 88 – 13.605, 1990 ; Sommaires de Sécurité Sociale, 1990, p. 4.457) .

C'est pourquoi il est demandé dans la convocation au TCI au plaignant d'apporter ses feuilles de paie avant et après l'accident ce qui permet d'estimer la perte de salaire et ainsi de mieux cerner l'importance de l'éventuel préjudice professionnel. Il n'existe pas de mode officiel de calcul pour ce taux professionnel et donc pas de limite officielle au pourcentage qui pourrait être alloué à la victime à ce titre . Le montant en général accordé par les TCI pour ce taux professionnel oscille entre 1% et 10 % (Revue La Commission, juin 2004, p 5497 – 5498) . Mais un mode de

calcul concevable et plus généreux consisterait à ajouter au taux d'IPP classique de x % un taux professionnel de y % de telle façon que la rente globale calculée sur la base de la somme d'un taux de x + y % égale la perte de salaire subie par la victime . La jurisprudence sociale estime que l'aggravation entièrement due à un accident du travail, d'un état pathologique antérieur, resté jusque là ignoré n'occasionnant auparavant aucune incapacité doit être indemnisée dans sa totalité même si cet état antérieur se trouve être la seule cause certaine du handicap ou la cause principale (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 6 mai 1965, N° 64-11.318, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, N° IV, 1965, p. 308; Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 30 novembre 1967, N°66-14.143, Bulletin des

arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, N° IV, 1967, p. 642; Cour d'Appel de Besançon, 4 février 1986, Sommaires de Sécurité Sociale, 1986, p 2.872) .
 Suivant l'article R. 434 – 35 du Code de la Sécurité Sociale « la Caisse Primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente, le cas échéant sur le taux de celle-ci, sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droits. La décision motivée est immédiatement notifiée par le Caisse à la victime ou à ses ayants droits par lettre recommandée avec demande d'avis de réception . Le double de cette décision est envoyé à la Caisse Régionale et à l'employeur au service duquel est survenu l'accident. La notification adressée à la victime invite celle-ci à faire connaître à la Caisse dans un délai de 10 jours à l'aide d'un formulaire annexé à la notification si elle demande l'envoi soit à elle-même, soit au médecin qu'elle désigne à cet effet d'une copie du rapport médical d'IPP. La Caisse procède à cet envoi dès réception de la demande en indiquant que la victime ou le médecin qu'elle a désigné à cet effet peuvent dans un délai de quinzaine suivant la réception du rapport prendre connaissance au service du contrôle médical de la caisse des autres pièces médicales. »

Il est important de signer le délai très court où il est permis à la victime d'avoir accès au rapport médical sur lequel la Caisse a pris sa décision.

Même si le délai théorique pour retirer son rapport médical d'IPP rédigé par le médecin conseil est fixé à 15 jours, le patient peut néanmoins passer outre en demandant l'application de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 parue au Journal officiel du 5 - 3 - 2002, du décret N°2002-637 du 29 avril 2002 paru au Journal officiel du 30 - 4 - 2002 qui lui permet d'avoir accès à toute pièce médicale de son dossier médical, quelque soit le délai écoulé entre la rédaction de cette pièce et la date de sa demande.

1. Le calcul de l'indemnisation

La victime atteinte d'une incapacité permanente perçoit, si son taux d'incapacité permanente est inférieur à 10%, une indemnité en capital.

La victime atteinte d'une incapacité permanente, si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10%, a droit à une rente égale grossièrement au salaire annuel de base multiplié par le taux d'incapacité.

La victime atteinte d'une incapacité permanente qui l'oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie voit son montant de la rente majoré.

La victime de l'accident du travail en cas de décès peut voir sa rente due à ses ayants droits (article L.434-2 et R.434-2 du Code de la Sécurité Sociale) .

a. L'indemnité en capital pour une IPP inférieure à 10 %

La Loi du 03.01.1985 édicte que les incapacités permanentes inférieures à 10 % sont indemnisées non plus par une rente mais par une indemnité en capital. Cette indemnisation en capital semble avoir des conséquences défavorables aux victimes d'accident du travail. En effet, le barème des indemnités en capital n'est revalorisé que très irrégulièrement .

Barème de l'indemnité en capital fixé par le décret du 27 octobre 1986, énoncé à l'article D.434-1 du Code de la Sécurité Sociale, mis à jour le 01-04-2009 :

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité
1 %	385,10 euros
2 %	625,90 euros
3 %	914,62 euros
4 %	1 443,55 euros
5 %	1 828,69 euros
6 %	2 261,78 euros
7 %	2 742,79 euros
8 %	3 272,31 euros
9 %	3 849,74 euros

b. L'indemnisation en cas d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10 %

Seules les victimes d'un accident du travail gardant une incapacité de travail permanente égale ou supérieure à 10 % ont droit aujourd'hui à une rente à partir du lendemain de la date de consolidation de leurs blessures .

Le paiement de la rente court à partir du lendemain de la date de consolidation de la victime ou au lendemain du décès.

La rente est payée pendant toute la vie du bénéficiaire jusqu'au décès. Les rentes d'accident du travail sont payables par trimestre et à terme échu.

La rente d'accident du travail peut se cumuler avec les prestations de l'assurance vieillesse et notamment la pension de retraite du régime général.

Lorsque le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10 %, la rente est égale au produit du salaire annuel de la victime par le taux d'incapacité diminué de moitié pour la partie de ce taux comprise entre 10 et 50 % et augmenté de moitié pour la partie de ce taux supérieure à 50 %. Le nouveau taux obtenu est le taux utile.

Les périodes indemnisées par une rente accident du travail pour une incapacité permanente au moins égale à 66% sont considérées comme des périodes assimilées à des trimestres d'assurance, à raison d'un trimestre par période de 60 jours d'indemnisation (Articles L. 351-3 et R. 351-12 du code de la sécurité sociale).

aa. Le salaire annuel de base

La rente est égale au salaire annuel de base multiplié par le taux d'incapacité permanente.

Le salaire annuel de base est calculé sur une période dite période de référence.

Cette période de référence est celle des douze mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail .

Si l'IPP apparaît pour la première fois après une rechute ou une aggravation, la période servant de référence pour le calcul du salaire annuel de base est celle qui sera la plus favorable à la victime, soit :

les salaires des douze mois qui précèdent l'arrêt de travail causé par la rechute ou lorsque l'aggravation n'a pas entraîné d'arrêt de travail à la date de constatation de l'IPP

ou les salaires des douze mois qui précèdent l'arrêt de travail initial, lorsque ce dernier mode de calcul se montre plus favorable à la victime (Article R. 434 - 30, 5ème paragraphe du Code de la Sécurité Sociale) .

Lorsque pendant la période servant de calcul au salaire annuel de base, la victime de l'accident du travail avait travaillé à temps partiel, puis à temps complet, le salaire annuel de base corrigé est celui qu'aurait perçu la victime s'il elle avait travaillé à temps complet pendant la totalité des 12 mois .

Le salaire annuel de base sera reconstitué pour le calcul de la rente de l'accident du travail comme si la victime avait travaillé pendant les douze mois précédant l'arrêt effectif du travail et consécutif à l'accident de travail lorsque l'intéressé n'a pas travaillé de façon suffisante au cours de la période de référence de douze mois, en particulier pour les circonstances suivantes :

début du travail trop récent au moment de l'arrêt de travail dû à l'accident du travail, arrêt de travail pour cause de maladie, de maternité, d'accident, chômage total ou partiel, de congés non payés autorisés, service militaire
changement dans la situation professionnelle.

De multiples cas particuliers existent mais ne seront que cités :

le cas des apprentis, où le salaire annuel de base ne pourra être inférieur au salaire minimum de l'emploi qualifié prévu à la fin de l'apprentissage,

le cas des stagiaires rémunérés de la formation professionnelle où ce salaire annuel de base, s'il est inférieur au salaire minimum de calcul des rentes est alors élevé à ce salaire minimum de calcul des rentes,

le cas des bénéficiaires du RMI et des chômeurs où le salaire annuel de base ne peut-être inférieur au salaire minimum du calcul des rentes .

bb. Le calcul de la rente

Le salaire annuel de base va servir pour le calcul de la rente en application des règles suivantes :

- si ce salaire est inférieur au minimum réglementaire en vigueur, son montant est porté à ce minimum soit 16.869 € 97, au 01-09-2008 .
- si le salaire de base est inférieur à deux fois le minimum réglementaire (16.869 € 97 X 2 = 33.739.94 € au 01-09-2008), il est pris intégralement pour le calcul de la rente.
- la partie du salaire de base comprise entre 2 fois et 8 fois le minimum (entre 33.739.94 € et 134.959 € 76 au 01-09-2008) est comptée pour 1/3.
- enfin la partie du salaire de base supérieure à 8 fois le minimum n'est pas prise en compte (donc partie du salaire supérieure à 134.959 € 76 au 01-09-2008) .

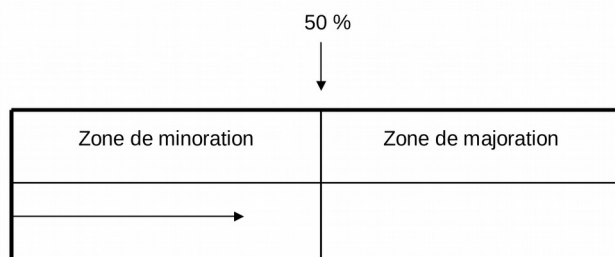
Les articles L. 434-2 2^e alinéa et R. 434-2 du code de la Sécurité Sociale précisent les modalités de calcul de la rente : " la rente à laquelle a droit la victime ... est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 % " .

La rente est égale au produit du salaire annuel de la victime par le taux d'incapacité diminué de moitié pour la partie de ce taux comprise entre 10 et 50 % et augmenté de moitié pour la partie de ce taux supérieure à 50 %. Le nouveau taux obtenu est le taux utile.

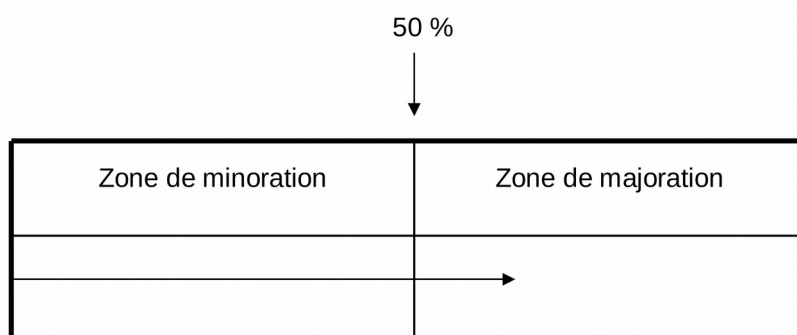
La base du calcul utile de la rente fait donc intervenir deux "zones" différentes :

* une zone de minoration (jusqu'à 50 % de l'incapacité), dans laquelle la part du taux d'incapacité est divisée par deux pour obtenir le taux utile de la rente ;

* une zone de majoration (au-delà de 50 % d'incapacité), dans laquelle la part du taux d'incapacité est augmentée de moitié pour obtenir le taux utile de la rente. Ainsi, tout taux d'incapacité inférieur ou égal à 50 % s'inscrit intégralement dans la zone de minoration. Le taux utile correspondant sera égal à la moitié du taux d'incapacité.



Par contre, tout taux d'incapacité supérieur à 50 % s'inscrit, pour une part, dans la zone de minoration et pour une autre, dans la zone de majoration.



A titre de premier exemple, un taux d'incapacité de 40 % donnera un taux utile de $40/2 = 20$ %.

A titre de second exemple pour un taux d'invalidité (IPP) de 20 % on obtient en réduisant de moitié un taux de rente utile de 10 %.

A titre de troisième exemple, un taux d'incapacité de 70 % donnera un taux utile de $50 / 2 \% + (20 \times 1,5) \% = 25 + 30 \% = 55 \%$.

A titre de quatrième exemple, pour un taux d'invalidité de 60 % on décompose le taux en deux ce qui nous donne respectivement 50 % divisé par 2 = 25 % plus 10 % que multiplie 1,5 = 15 % égal à 40 %.

A titre de 5^{ème} exemple, pour un taux d'IPP de 50%, le taux utile applicable est de $50 / 2 = 25 \%$. Supposons un salaire de 20.000€ pour les douze mois précédant l'arrêt de travail, la rente est de $20.000 \times 25 \% = 5.000€$ de rente par an.

A titre de 6^{ème} exemple, supposons un taux d'IPP de 80%. Le taux utile est de $50 / 2 = 25\%$ pour la partie inférieure à 50% + pour la partie supérieure à 50%, $30 \times 1,5 = 45\%$ soit un taux utile applicable de $25\% + 45\% = 70\%$.

Imaginons un salaire de 15.000€ pour les douze mois précédant l'arrêt de travail, ce salaire est ramené au plancher de 16.869,97€ par an, la rente annuelle pour 70% est de $16.869,97€ \times 70 \% = 11.808,98 €$ au 01.09.08.

On constatera donc que tous les taux d'IPP inférieur ou égaux à 50 % sont réduits de moitié et que par contre, au delà de ce pourcentage, le taux de rente s'élève progressivement pour se rapprocher du taux d'invalidité .

Les rentes d'accident de travail sont considérées comme trimestrielles c'est-à-dire payées par trimestre. Le règlement intervient alors le 15 du mois de chaque trimestre correspondant au mois d'anniversaire de la naissance de la victime ou de la date de son décès. Lorsque le taux d'IPP est supérieur ou égal à 66.66%, les rentes sont versées mensuellement. Le paiement est alors fait le 15 de chaque mois (Article R 434-37 du Code de la Sécurité Sociale et Article 35 du règlement intérieur des Caisses Primaires).

Le montant de la rente d'AT est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année par application du coefficient de revalorisation fixé pour les pensions d'invalidité. Le coefficient de revalorisation fixé au 01.01.08 est de 1,11 ce qui entraîne une augmentation de 1,1 %.

cc. La majoration pour tierce personne

Le principe de la majoration pour tierce personne se base sur le fait que le montant de la rente est majoré de 40 % lorsque la victime est dans l'obligation, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, d'avoir recours à une tierce personne. Cette majoration lui permettra donc de faire face à ces frais supplémentaires .

La Loi n° 2001 - 1246 du 21.12.2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 par son Article 52 stipule que " dans les cas où l'incapacité permanente est supérieure ou égale à un taux minimum, et oblige la victime pour les actes ordinaires de la vie à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majorée ".

Ce texte est inscrit dans l'Article L. 434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le Décret n° 2002 - 1555 du 24.12.2002 publié au Journal Officiel du 29.12.2002 applicable aux rentes à compter du 1 – 1 – 2003 dans son Article 20 stipule " que le taux d'incapacité prévue au troisième alinéa de l'Article L. 434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale est fixé à 80 % ". La loi prévoit donc une double condition relative à une attribution de la majoration de la rente de 40 % :

- un état d'incapacité permanente reconnue par l'Assurance maladie supérieur à 80 %

- l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante.

Cette Loi n° 2001 - 1246 du 21.12.2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 constitue donc un progrès indéniable car auparavant, l'Article L. 434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale exigeait un état d'incapacité permanente totale au lieu d'un état d'incapacité permanente supérieur à 80 %, c'est-à-dire un taux d'incapacité permanente de 100 % .

Ce taux ne peut pas être inférieur à un minimum qui est fixé chaque année par arrêté interministériel . Pour le 01- 01 - 2008, ce montant a été fixé à 1.010 euros 82 par mois.

En ce qui concerne l'obligation pour la victime pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, cette obligation est appréciée par le médecin conseil en fonction de la situation réelle de l'assuré dans son cadre de vie notamment en privilégiant l'examen à domicile et en s'aidant d'une grille d'appréciation des conditions d'octroi de la majoration pour tierce personne.

Il s'agit donc alors d'une appréciation des actes ordinaires de la vie courante du cas d'espèce in concreto et non pas d'une appréciation des actes ordinaires de la vie courante d'un individu quelconque in abstracto. Il appartient à la victime d'effectuer une demande qui sera transmise à l'échelon médical de la Caisse gérant le risque accident du travail - maladie professionnelle pour l'examen.

Le taux minimal de 80 % d'IPP peut être le fait de plusieurs accidents du travail.

L'attribution de la majoration tierce personne incombe au médecin conseil du service accident du travail - maladie professionnelle.

dd. Exemples de calcul de rentes d'accident du travail

- Prenons le premier exemple d'une personne victime d'un accident du travail avec un salaire annuel de base de 15 000 euros, atteint d'un taux d'incapacité de 40 %. Son salaire annuel est porté au minimum réglementaire applicable à la date du calcul de la rente c'est à dire 15 171 euros 24. Le taux d'IPP de 40 % étant inférieur à 50 % ce taux de 40 % sera réduit de moitié et on aboutira donc à un taux de rente de 20 %.

La rente de la victime sera donc égale à $15\,171\text{ euros }24 \times 20\% = 3\,034\text{ euros }25$. Il s'agit de la rente annuelle, le montant mensuel de la rente sera donc de $3\,034\text{ euros }25 : 12$ soit 252 euros 85.

- Deuxième exemple, imaginons une victime d'un accident du travail pour laquelle le salaire annuel de base est de 100 000 euros et le taux d'incapacité de 70 %.

Ce salaire annuel de base dépasse le seuil de deux fois le minimum réglementaire mais reste inférieur au seuil de huit fois le minimum réglementaire.

Le salaire annuel de base pris en compte pour le calcul de la rente annuel sera donc de $30.342\text{ euros} + (100.000\text{ euros} - 30.342\text{ euros}, \text{ le tout divisé par }3) = 30.342\text{ euros} + 69.658\text{ euros} : 3 = 30.342\text{ euros} + 23.219\text{ euros }33 = 53.561\text{ euros }33$.

Le taux d'IPP de la victime dépassant les 50 %, le taux d'IPP pris en compte pour le calcul de la rente annuel sera donc de $50\% : 2 = 25\% + 20\% \times 1,5$ soit $30\% = 25\% + 30\%$ c'est à dire 55 %.

La rente de la victime sera donc égale à $53.561\text{ euros }33 \times 55\% = 29.458\text{ euros }73$. Le montant mensuel de la rente sera donc de $29.458\text{ euros }73 : 12$ soit 2.454 euros 89 .

- Troisième exemple :

Cas d'une victime présentant un salaire annuel de base de 20.000 euros et présentant un taux d'IPP de 65 %.

Le taux d'IPP corrigé sera de $50 \% : 2 = 25 \% + 15 \% \times 1.5 = 25 \% + 22.5 \% = 47.5 \%$.

Le montant annuel de la rente sera donc de $20.000 \text{ euros} \times 47.5 \% = 9.500 \text{ euros}$ soit donc un montant mensuel pour cette rente d'accident du travail de 791 euros 67.

- Quatrième exemple :

Cas d'une victime présentant toujours un salaire annuel de base de 20.000 euros mais atteinte d'une atteinte d'une incapacité de 100 % .

La rente s'élèvera donc au salaire annuel de base .

Le taux d'IPP corrigé sera de $50 \% : 2 = 25 \% + 50 \% \times 1,5 = 25 \% + 75 \% = 100 \% .$

c. L'indemnisation en cas d'accidents du travail successifs

Jusqu'ici, chaque accident était traité de façon autonome. L'indemnité en capital était fixée en fonction du taux d'IPP reconnu à la suite de l'accident ouvrant droit à l'indemnité ; il en était de même pour le taux d'IPP servant de base au calcul de la rente.

Cette façon de procéder était préjudiciable à la victime puisqu'elle ne tenait pas compte de sa situation antérieure au moment du nouvel accident reconnu ouvrant droit à l'indemnisation.

En effet, une succession de petites incapacités peut constituer un réel handicap qu'il convient de prendre en considération. Par ailleurs lorsque la victime est titulaire de plusieurs rentes accordées pour des accidents successifs, le total de ces rentes peut être inférieur au montant de la rente qui serait attribuée pour un même taux global d'incapacité, mais reconnu en une fois. Il apparaissait donc que ces dispositions pouvaient pénaliser la victime .

L'indemnisation des petites incapacités en cas d'accidents successifs avait, de ce fait, donné lieu, après la réforme de 1985, à de nombreux contentieux . En effet, les victimes considéraient que dans les cas où plusieurs indemnités en capital étaient servies, elles auraient dû percevoir une rente pour l'ensemble de ces accidents. Or, la Cour de Cassation, par un arrêt du 8 février 1993 (chambre plénière) avait confirmé les interprétations données par la CNAMTS et les circulaires ministérielles en rappelant le principe de l'indemnisation séparée de chaque accident .

Un amendement au projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2000, disposition "tendant à ce que les victimes d'accidents successifs du travail puissent être indemnisées sur la base d'un taux cumulé" a finalement donné naissance à l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la Sécurité Sociale pour 2000, qui modifie le quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale.

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2000 a créé un dispositif visant à améliorer l'indemnisation des salariés victimes de plusieurs accidents du travail . Le décret d'application n°2002-542 du 18 avril 2002 a été publié au Journal Officiel du 21 avril 2002 p 7.128 .

Par la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité, les services ministériels ont apporté plusieurs précisions utiles à l'application de la réforme . Ce dispositif est cependant d'un niveau de complexité

élevé, responsable d'une lisibilité délicate pour les usagers, d'où la nécessité de l'expliciter .

La circulaire n° 72/ 2003 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés du 26 – 5 – 2003 commente l'application de cette loi et l'illustre par des exemples et des formules de calcul .

La circulaire n°2004-020 du 07.04.04 de la MSA caisse centrale, direction de la santé, sous direction de la santé – sécurité au travail, département moyens communs – SST - réglementation AT MP commente également l'application de cette loi, l'illustre aussi par des exemples des formules de calculs. Les exemples donnés peuvent tout à fait s'appliquer aux travailleurs salariés qui ne dépendent pas du régime agricole.

Le nouveau dispositif rompt avec la règle antérieure selon laquelle chaque incapacité permanente était indemnisée sans tenir compte des éventuelles indemnités précédentes. Bien que les textes concernés ne mentionnent explicitement que les accidents, il est évident que la réforme s'applique pleinement aussi aux maladies professionnelles (art. L. 461-1 du Code de la Sécurité Sociale) .

La Loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'an 2000 (Loi numéro 99 -1 140, du 29.12.1999 parue au Journal Officiel du 30.12.1999, Article 38) applicable pour les accidents du travail ou les maladies professionnelles déclarés à compter du 01.01.2000 ou ayant fait l'objet d'une nouvelle fixation de la réparation à cette date, effective dans son application grâce au décret n° 2002 – 542 du 18 - 4 – 2002 paru au Journal Officiel du 21 – 4 – 2002 stipule que les taux d'incapacité permanente au titre des accidents du travail antérieurs sont pris en compte au moment de la réparation d'un nouvel accident pour l'attribution d'une rente .

Est concerné(e) par la réforme du calcul du taux utile aux termes du II de l'article 38 de la Loi numéro 99 -1 140, du 29.12.1999 parue au Journal Officiel du 30.12.1999 :
* tout accident du travail ou toute maladie professionnelle " déclaré (e) " ou révisé à compter du 1^{er} janvier 2000 (en accord avec les services ministériels, on entendra, par ce terme, les accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 2000 et les maladies pour lesquelles un certificat médical faisant état d'un lien possible entre la maladie et une activité professionnelle est établi à compter de cette même date) et donnant lieu à la fixation d'un taux d'incapacité d'au moins 10 %...

* ... à condition que la victime ait déjà été indemnisée précédemment au titre d'une ou de plusieurs incapacité(s) permanente(s) (IC ou rente), par régime général.
Si le dernier accident de travail ou la dernière maladie professionnelle a été déclaré ou révisé avant cette date du 1^{er} janvier 2000, les taux utiles ne sont pas modifiés.
D'après la circulaire n° 72/ 2003 de la CNAMTS, les anciennes rentes de moins de 10% attribuées avant le 3 novembre 1986, qu'elles soient versées ou qu'elles aient fait l'objet d'un rachat, ne devraient pas être prises en compte dans le cadre d'une nouvelle disposition relative à la rente optionnelle. On ne retrouve pas dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'an 2000 et dans le décret d'application n°2002-542 du 18 avril 2002 les éléments permettant à la CNAMTS de faire cette interprétation. Par contre, la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité précitée, est très claire à cet endroit . Les règles de remboursement des capitaux déjà perçus s'appliquent également aux capitaux perçus pour les rachats des petites rentes liquidées avant 1986. C'est donc bien l'ensemble des taux d'IPP qui doivent être pris en compte.

On peut donc considérer comme restrictive l'interprétation de la circulaire de la CNAMTS .

La rédaction du nouvel article R. 434-2-1 du Code de la Sécurité Sociale créée par le décret n° 2002 – 542 du 18 - 4 – 2002 paru au Journal Officiel du 21 – 4 – 2002 précise la portée de la loi telle qu'elle est exprimée par la première phrase du 4^e alinéa de l'article L. 434-2 :

" En cas d'accidents successifs, le calcul de la rente afférente au dernier accident prend en compte la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus, qu'ils aient donné lieu au versement d'une rente ou d'une indemnité en capital, pour déterminer, en application de l'article R. 434-2, la partie du taux de l'accident considérée inférieure ou supérieure à 50 % . " (article R. 434-2-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Conformément à l'article R.436-1 du Code de la sécurité sociale, le salaire de référence retenu pour la rente optionnelle sera celui du dossier en cours de traitement.

La réforme ne remet pas en cause l'attribution de rentes distinctes pour des accidents successifs dont le taux d'incapacité permanente respectif est au moins égal à 10 %.

Les modalités de calcul " classiques " décrites dans le chapitre VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP 1. Le calcul de l'indemnisation b. L'indemnisation en cas d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10 % demeurent applicables pour une incapacité unique, pour un assuré donné. En revanche, la réforme du calcul du taux utile s'applique dès lors qu'au moins un accident ou une maladie avait fait précédemment l'objet de la reconnaissance d'une incapacité permanente (avec versement d'une indemnité en capital ou d'une rente). Le calcul du taux utile tient compte désormais de toutes les incapacités précédemment reconnues, qu'elles aient été inférieures, égales ou supérieures au taux de 10 %. Pour procéder au calcul du taux utile de la rente révisée (ou rente optionnelle) en cas d'accident successifs, il convient de déterminer dans le taux d'IPP révisé, la partie du taux considéré comme inférieure à 50% et/ou le cas échéant, de la part supérieure au seuil de 50%.

Pour cela, il est nécessaire

- de définir le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux qui est égal à la somme des taux d'IPP antérieurement reconnus, le cas échéant révisés afférents aux AT/MP antérieurs, au moment de la consolidation de l'AT considéré, lors du calcul initial de la rente objet de la révision, (c'est-à-dire ou à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle)
- et de calculer le taux global utile, lequel est égal à la somme du taux retenu comme point de départ défini ci-dessus et du taux révisé de l'accident considéré.

Principes de détermination du taux utile de la rente supérieure ou égale à 10% ou de la rente optionnelle :

La rente est calculée conformément aux nouvelles règles de calcul de taux utile en cas d'accidents successifs. Article 434-2-1 et R.434-4 du code de la sécurité sociale. La somme des taux d'IPP afférent aux AT antérieurs sert de point de départ pour le calcul du taux utile de la rente optionnelle et correspond à l'ensemble des taux antérieurement reconnus au moment de la consolidation du nouvel AT ouvrant droit à l'option.

A défaut d'exclusion par le texte, il convient d'intégrer également les taux d'IPP des autres AT inclus dans la rente optionnelle. C'est pourquoi le taux global de la rente

optionnelle (point de départ + taux d'IPP de la rente optionnelle) ci après dénommé taux global utile peut différer du taux global d'incapacité de la victime.

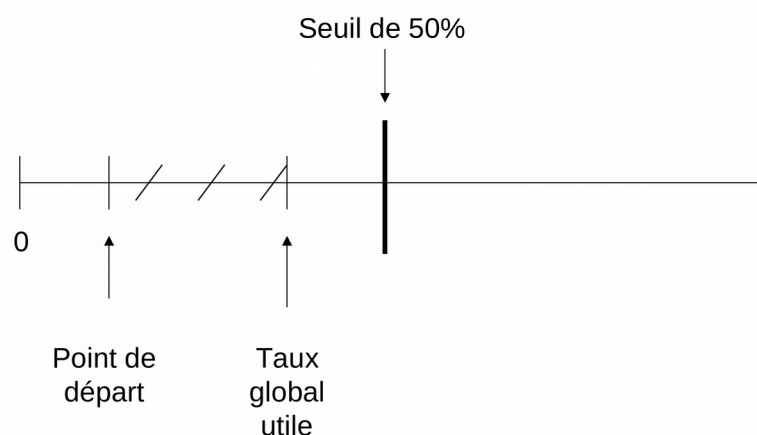
Ainsi, pour calculer le taux utile, il convient de déterminer dans le taux d'IPP de la rente optionnelle la partie de ce taux considéré comme inférieure au seuil de 50% et la partie du taux considéré comme supérieur au seuil de 50%.

Pour ce faire, il est nécessaire

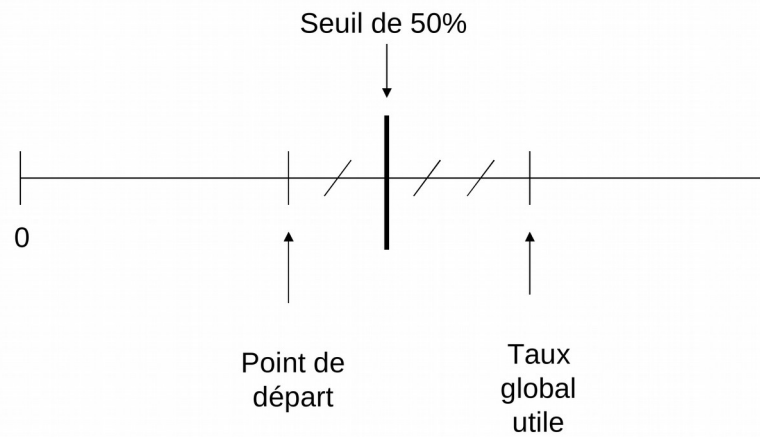
- de définir le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux. Ce point de départ est égal à la somme des taux d'IPP, le cas échéant révisés, afférents aux AT antérieurs à la date de consolidation du dernier accident du travail composant la rente optionnelle ou à la date de la consolidation initiale de la rente supérieure ou égale à 10%
- et de calculer le taux global atteint après la révision qui correspond à la somme du taux retenu comme point de départ (défini ci-dessus) et du taux révisé d'IPP de l'AT ou de la MP considéré.

Trois situations sont à différencier :

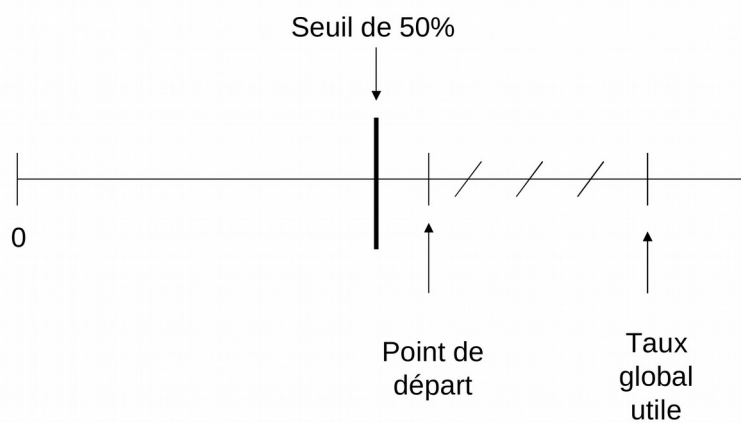
- 1^{ère} hypothèse : le point de départ et le taux global sont inférieur ou égaux à 50%. Dans cette hypothèse la totalité du taux d'IPP de la rente optionnelle est diminuée de moitié.



- 2^{ème} hypothèse : le point de départ est inférieur ou égal à 50% et le taux global supérieur strictement à 50%. Dans cette hypothèse la partie du taux d'IPP de la rente optionnelle qui permet d'atteindre le seuil de 50%, laquelle correspond à la différence entre le seuil de 50% et le point de départ, est réduite de moitié. La partie du taux d'IPP de la rente optionnelle qui excède le seuil de 50%, laquelle correspond à la différence entre le taux global et le seuil de 50%, est augmentée de moitié.



- 3^{ème} hypothèse : le point de départ et le taux global sont strictement supérieurs à 50%. Dans cette hypothèse la totalité du taux d'IPP de la rente optionnelle est augmentée de moitié.



L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 n°2007-1786 du 19.12.07 modifie l'avant dernier alinéa de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale en le complétant par une phrase ainsi rédigée : « le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente ». Ainsi lorsque le taux utile de la dernière rente dépasse 100%, le paiement de la rente est limité au montant du salaire servant de base au calcul de la rente. En effet, la méthode de calcul peut générer des taux utiles supérieurs à 100% ce qui pourrait conduire à calculer une rente d'un montant supérieur au salaire de référence, ce qui n'a jamais été dans les intentions du législateur. En effet, la rente vise avant tout à indemniser la perte de capacité de gain et aucun accident ne peut à lui seul occasionner plus de 100% d'incapacité.

aa. Cas d'accidents du travail successifs indemnisés par un taux d'IPP dont au moins un est supérieur à 10 %

La première modification du calcul des rentes d'accident du travail, de maladies professionnelles en cas d'accidents successifs concerne l'ensemble des accidents du travail lorsque la somme de tous les taux d'IPP antérieurement reconnus plus le taux d'IPP du dernier accident deviennent supérieur à 50%.

Pour le cumul des taux d'IPP inférieurs à 10% seuls sont pris en considération les taux d'IPP inférieurs à 10%, à l'exclusion des taux supérieurs ou égaux à 10% (circulaire ministérielle DSS/2C n°2002-249 du 24.04.02).

Au terme de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale, les accidents du travail donnant lieu à l'attribution d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10% font en effet, l'objet d'une indemnisation autonome avec leurs règles propres.

Les taux d'IPP inférieurs à 10% peuvent se cumuler, quelque soit leur place dans la succession des accidents, même s'ils sont alternés avec des accidents dont le taux d'IPP est supérieur à 10%.

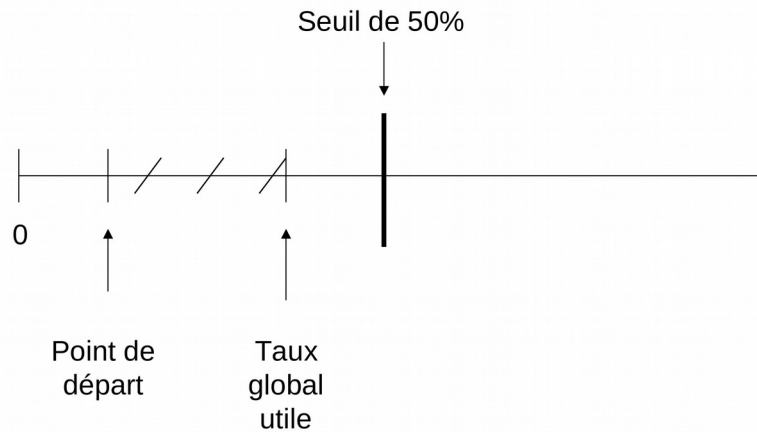
α. Principes de calcul

Les articles L. 434-2 4^e alinéa et R. 434-2-1 précisent qu'en cas d'accidents successifs le taux ou la somme des taux d'IPP antérieurement reconnus sert de point de départ pour calculer le nouveau taux utile. L'ensemble des taux d'IPP existants est donc pris en compte, que ces taux aient ouvert droit à une rente ou à une indemnité en capital .

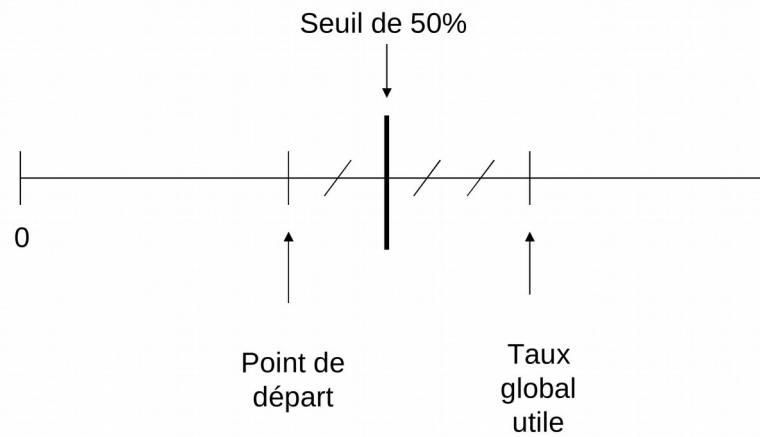
La Circulaire DSS/2 C n°2002-249 du 24 avril 2002 relative à l'application de l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 et du décret n°2002-542 du 18 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité a précisé les modes de calcul dans le cas de ces accidents du travail successifs .

Dans ces cas, le calcul du taux utile de la nouvelle rente tient désormais compte des taux d'incapacité précédemment reconnus : le taux d'incapacité de la nouvelle rente vient s'inscrire dans les zones de minoration et de majoration non pas en partant de 0 %, mais en partant de la somme des taux d'incapacité précédemment reconnus. Le calcul de cette nouvelle rente bénéficiera donc, dans certains cas, d'un positionnement plus important dans la zone de majoration.

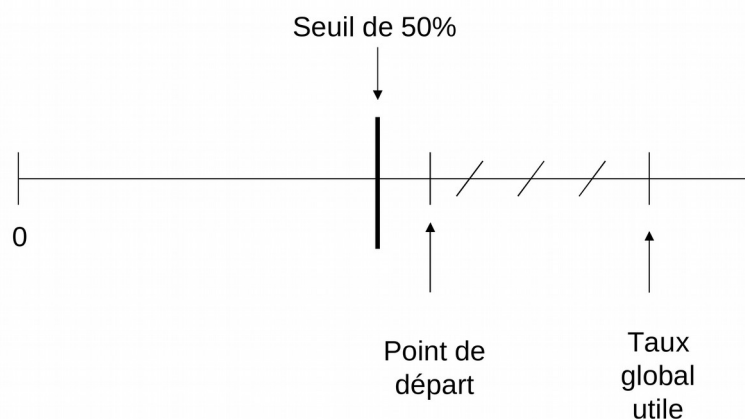
Le calcul du taux utile de la rente lorsque le nouveau taux d'IPP maintient la somme des taux d'incapacité en dessous de 50 % se fait selon la formule suivante : taux utile = taux d'IPP du dernier accident / 2 .



Le calcul du taux utile de la rente lorsque le nouveau taux d'IPP permet à la somme des taux d'incapacité d'atteindre ou de dépasser 50 % se fait selon la formule suivante : taux utile en % = (50 – somme des taux d'IPP antérieurs) / 2 + (somme des taux d'IPP – 50) x 1,5 en % .



Le calcul du taux utile de la rente lorsque le nouveau taux d'incapacité permanente maintient la somme des taux d'incapacité supérieure ou égal à 50 % se fait selon la formule suivante : $\text{taux utile} = \text{taux d'IPP du dernier accident} \times 1,5$.



β. Modèle de lettre d'une victime demandant à bénéficier du nouveau calcul de rente

Nom - prénom

Date

Adresse

Téléphone

N° de sécurité sociale

Objet : nouveau calcul de rente d'accidents du travail
dans le cadre d'accidents du travail successifs.

Monsieur le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de

Suite à l'accident du travail dont j'ai été victime le (date) je bénéficie d'une rente d'un taux deeuros, correspondant à une incapacité permanente de%.

Victime d'un (ou plusieurs) accident(s) antérieur(s), je bénéficie des nouvelles dispositions réglementaires en matière d'accidents du travail successifs dans le cadre du dispositif issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et de son décret d'application n° 2002 - 542 du 18 avril 2002 permettant, en cas d'accidents successifs de calculer la rente en tenant compte de la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus.

Ma rente sus citée a été calculée sur la base de :
préciser (salaire en euros x taux en %).....

alors que le nouveau calcul tient compte de la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus.

Voici les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus et le montant de leur indemnisation sous forme de rente ou de capital :

En conséquence, je demande un nouveau taux de calcul de ma rente, ainsi que son montant.

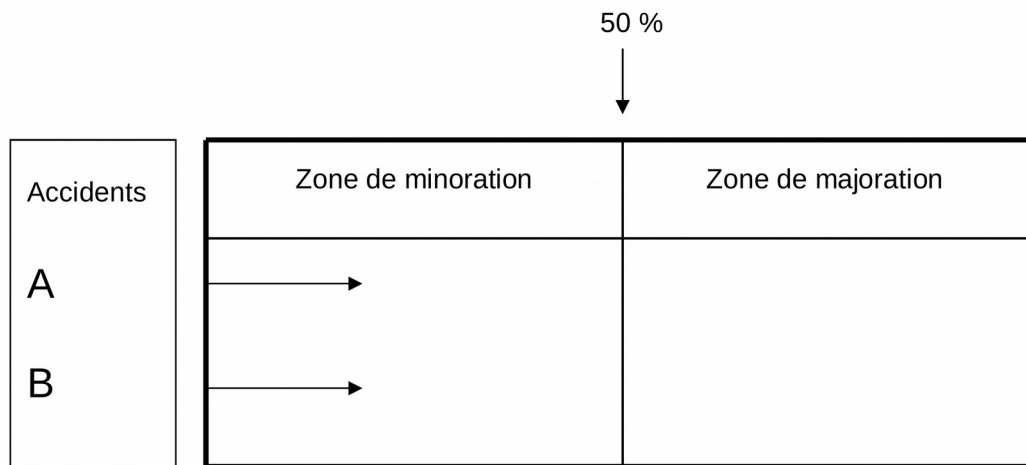
Ce mode de calcul entraîne une augmentation du montant de ma rente.

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

Signature de la victime

y. Exemples

y1. Cas où la somme des taux d'incapacité (y compris celui du dernier accident) est inférieure ou égale à 50 %



A titre de premier exemple :

AT successifs
Taux d'IPP
Date d'effet

Accident A
15%
Après le 01.01.00

Accident B
8%
Après le 01.01.00

Le taux d'IPP de 15% a donné lieu à une rente. Ce taux d'IPP étant inscrit dans la zone de minoration, le taux utile est de 7.5 %. Le taux d'incapacité de 8% a donné lieu à un capital puisqu'il est inférieur à 10%. La somme des taux d'incapacité est de $15\% + 8\% = 23\%$ et s'inscrit dans la zone de minoration. Le taux d'incapacité continue à faire bénéficier d'une rente et le taux d'incapacité antérieur et l'indemnisation en capital. On ne peut pas additionner les deux de façon à obtenir un taux de 23% qui aurait pu donner lieu à une rente à un taux utile de 11,5%. Ceci n'est pas prévu par la loi.

Pour le cumul des taux d'IPP inférieurs à 10% seuls sont pris en considération les taux d'IPP inférieurs à 10%, à l'exclusion des taux supérieurs ou égaux à 10% (circulaire ministérielle DSS/2C n°2002-249 du 24.04.02).

Au terme de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale, les accidents du travail donnant lieu à l'attribution d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10% font en effet, l'objet d'une indemnisation autonome avec leurs règles propres.

La réforme ne prend qu'en considération que au moins de taux d'IPP s'ils sont inférieurs chacun à 10% et si leur somme atteint le taux global de 10% (cf paragraphe β.Cas où la somme des taux d'incapacité atteint 10% à la date de consolidation d'un nouvel accident, du paragraphe bb.Cas d'accident du travail successifs indemnisés chacun par un taux d'IPP inférieur à 10%, du paragraphe c. L'indemnisation en cas d'accidents du travail successifs).

A titre de 2° exemple :

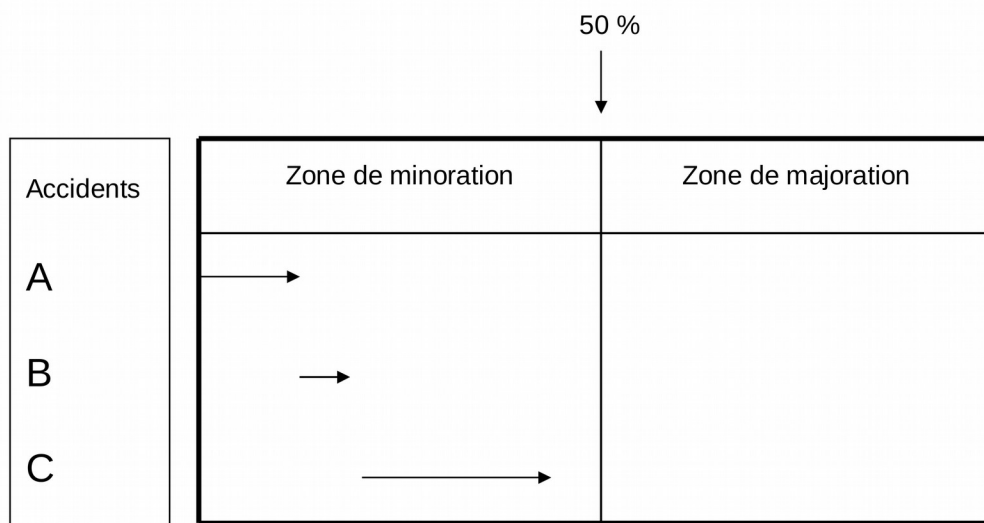
AT successifs	Accident A	Accident B
Taux d'IPP	9%	30%
Date d'effet	Après le 01.01.00	Après le 01.01.00

Le point de départ est égal à 9% (taux de l'accident A reconnu antérieurement à l'accident B) . Le taux global est égal à 39% = point de départ 9% + taux d'IPP afférent à l'accident B de 30%. Le point de départ et le taux global se situent dans la tranche inférieure au seuil de 50 %, le taux d'IPP du nouvel AT est donc divisé par deux, soit 15%. Le taux utile de la rente B s'élève à 15%.

A titre de troisième exemple : cas où la somme des taux d'incapacité (y compris celui du dernier accident) est inférieure ou égale à 50 %

AT successifs	accident A	accident B	accident C
Taux d'IPP	15 %	8 %	20 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000

Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident C) survenu à compter du 1^{er} janvier 2000.



Le calcul du taux utile de l'accident C tient compte des deux premiers accidents, soit d'une somme de taux d'incapacité de 23 % ; cependant, la nouvelle somme des taux d'incapacité étant égale à 43 %, l'accident C s'inscrit tout entier dans la zone de minoration ; le taux utile de la rente de l'accident C est donc égal à $20/2 = 10$ %

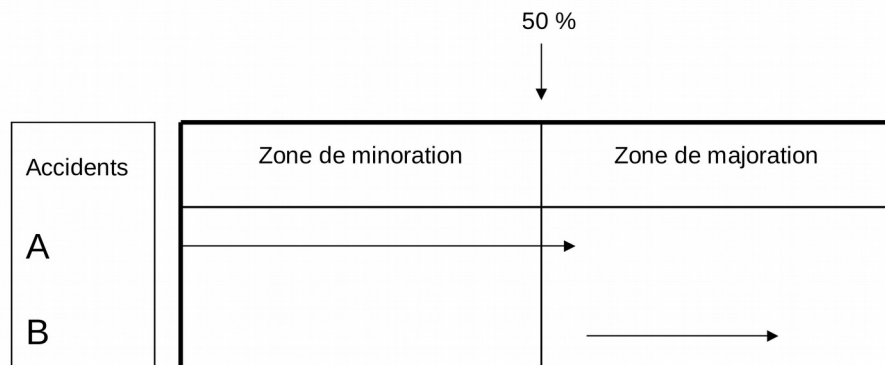
Dans tous les cas où la somme des taux d'IPP (y compris celui du dernier accident) est inférieure ou égale à 50 %, l'application de la réforme demeure sans effet sur la valeur du taux utile de la rente afférente au dernier accident.

y2. Cas où la somme des taux d'incapacité (y compris celui du dernier accident) est supérieure ou égale à 50 %

A titre de premier exemple : cas où le taux (ou la somme des taux) d'incapacité permanente déjà reconnu(s) avant la survenance du dernier accident est égal(e) ou supérieur (e) à 50 %.

AT successifs	accident A	accident B
Taux IP	55 %	20 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000

Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident B) survenu à compter du 1^{er} janvier 2000.



Le calcul du taux utile de l'accident B tient compte du premier accident, soit d'un taux d'incapacité de 55 % ; ce taux d'incapacité étant supérieur à 50 %, l'accident B s'inscrit tout entier dans la zone de majoration ; le taux utile de l'accident B est donc égal à $20 \times 1,5 \% = 30 \%$.

Dans tous les cas où le taux (ou la somme des taux) d'incapacité permanente déjà reconnu(s) avant la survenance du dernier accident est égal(e) ou supérieur(e) à 50 %, le taux utile de la rente du dernier accident correspond à son taux d'incapacité majoré de moitié.

A titre de deuxième exemple

Le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50%.

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	12%	38%	15%
Date d'effet	Avant le 01.01.00	Après le 01.01.00	Après le 01.01.00

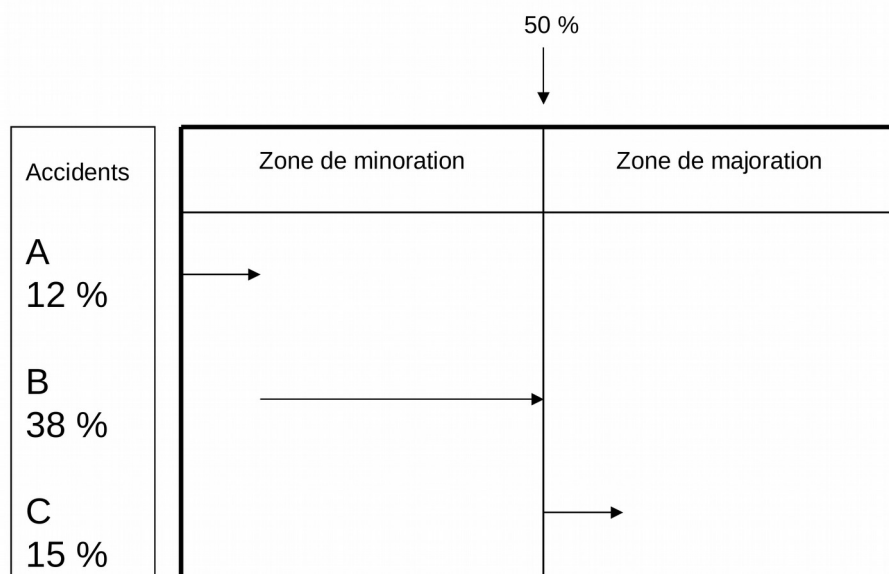
Dans ces accidents seuls les accidents B et C rentrent dans le champ d'application des nouvelles dispositions relatives à l'indemnisation des accidents successifs car en vigueur à compter du 01.01.00.

Calcul du taux utile de la rente B.

A la date de consolidation de l'accident B le point de départ est égal à 12% (taux de l'accident A reconnu antérieurement à l'accident B), le taux global est de 50% = point de départ de 12% + taux d'IPP de l'accident B de 38%.

Comme le taux de départ, le taux global, sont inférieur ou égal au seuil de 50%, le taux d'IPP de l'accident B est réduit de moitié soit un taux utile pour la rente B s'élevant à 38% divisé par 2 égale 19%.

Le calcul du taux utile de la rente C en vertu des nouvelles règles : à la date de la consolidation de l'accident C, le point de départ est égal à 50% (somme des taux de l'accident A de 12% et de l'accident B de 38% reconnus antérieurement à l'accident C). Le taux global est égal à 65% = point de départ à 50% + taux d'IPP de l'accident C de 15%. Comme le point de départ est égal au seuil de 50% et le taux global est supérieur au seuil de 50%, la totalité du taux d'IPP de l'accident C est augmentée de moitié, soit un taux utile pour la rente C s'élevant à $15\% \times 1,5 = 22,5\%$.



A titre de troisième exemple :

Cas où le taux (ou la somme des taux) d'incapacité permanente du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil de 50%

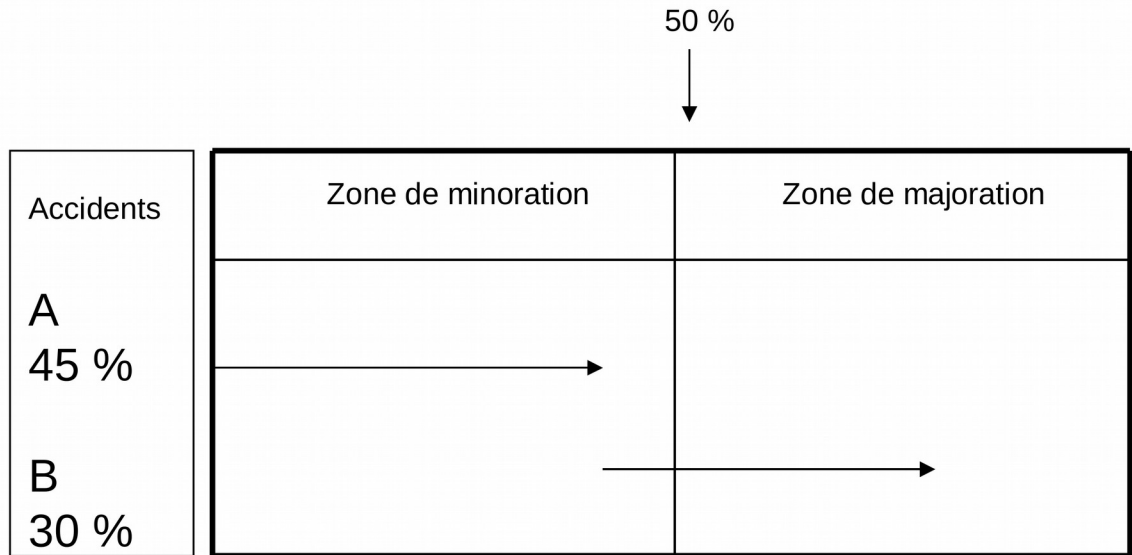
AT successifs
Taux d'IPP
Date d'effet

Accident A
45%
Avant ou Après le
01.01.00

Accident B
30%
Après le 01.01.00

Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident B) . Le point de départ est égal à 45% (taux de l'accident A 45% reconnu antérieurement à l'accident B). Le taux global est de 75% = point de départ 45% + taux d'IPP afférent à l'accident B 30%. Le taux d'IPP de la rente B est égal à 30% et son taux utile se détermine de la manière suivante. La partie du taux d'IPP de l'accident B qui se situe dans la tranche inférieure au seuil de 50% soit 5% (50% moins 45%) est divisée par deux soit $5 / 2 = 2,5\%$. La partie du taux d'IPP de l'accident B qui se situe dans la tranche supérieure au seuil des 50% soit $25\% = 75\% - 50\%$, est augmentée de moitié : $25 \times 1.50 = 37.5\%$.

Le taux utile de la rente B s'élève donc à $40\% = 2,5\% + 37,5\%$.



A titre de quatrième exemple: le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 % .

Soit 3 accidents successifs : A = 15 %, B = 30 %, C = 20 %

AT successifs	accident A	accident B	accident C
Taux d'IPP	15 %	30 %	20 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000

Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident C) survenu à compter du 1^{er} janvier 2000 .

a) Selon les règles anciennes ;

Taux utiles : A = 7,5 %, B = 15 %, C = 10 % .

b) Avec les nouvelles règles

Taux d'IPP de chaque accident	A = 15 %	B = 30 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	15 %	45 %	65 %

Le taux global d'IPP attribué à la victime sera successivement de 15 %, 45 % et 65 %.

La première rente est calculée à partir d'un taux utile de 15/2 soit 7,5 % ;

Le point de départ du calcul de la seconde rente est 15 % ; le taux utile est de 30 / 2 % soit 15 % ;

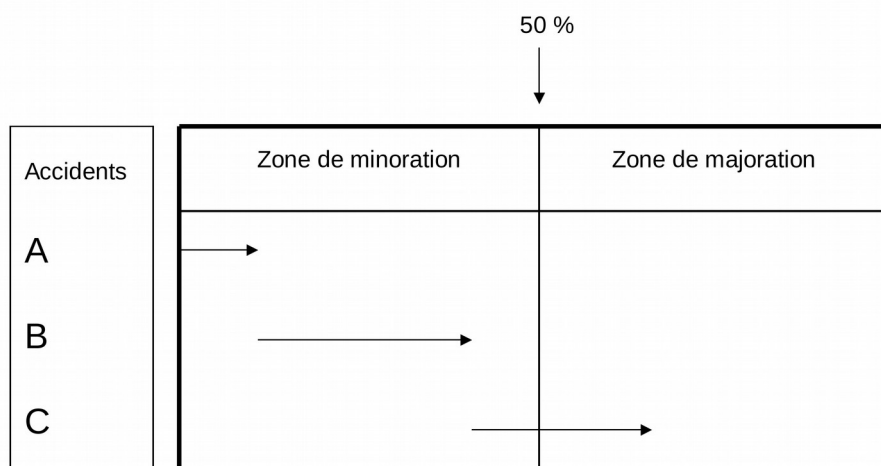
Pour le troisième accident, le point de départ du calcul de la rente est 45 % ;

l'accident C s'inscrit dans la zone de minoration pour une part de 5 % = (50 – 45) %; il s'inscrit dans la zone de majoration pour le reste, soit pour une part de 15 % = (20 – 5) %

le taux utile est égal à (5 / 2) % + (15 X 1,5) %, soit 2,5 % correspondant à la réduction de moitié de la fraction inférieure à 50 % plus la multiplication par 1,5 de la fraction supérieure à 50 %, c'est-à-dire 15 % X 1,5, c'est-à-dire 2,5 % plus 22,5 %.

On aboutit à un taux utile final de 25 % .

Dans les cas où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, l'application de la réforme intervient sur la valeur du taux utile.



A titre de cinquième exemple :

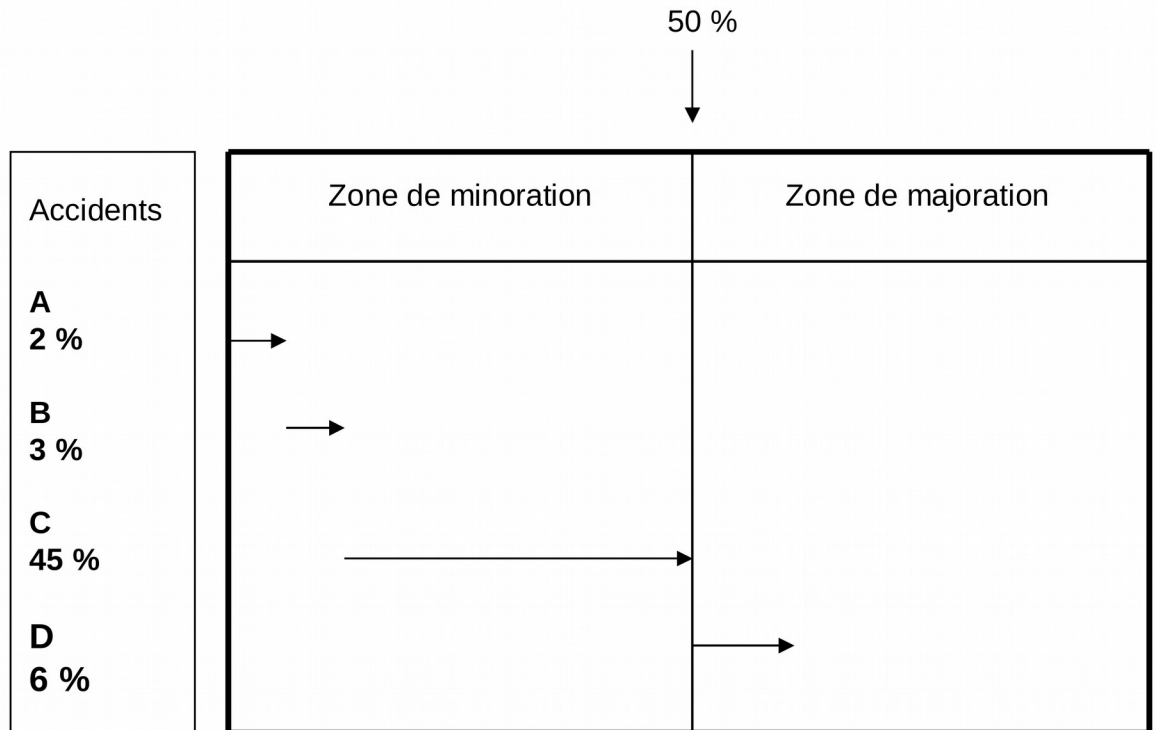
Cas où trois AT à un taux inférieur à 10% totalisant un taux au moins égal à 10% ne se suivent pas. Prenons l'exemple de quatre accidents du travail successifs .

AT A : du 17.06.95 avec un taux d'IPP de 2%

AT B du 07.07.96 avec un taux d'IPP de 3%

AT C du 09.10.00 avec un taux d'IPP de 45%.

AT D du 06.01.02 avec un taux d'IPP de 6%.



Lors de l'étude du droit à la date de consolidation de l'accident D, les taux cumulés des AT A (2%), B(3%) et D(6%) donnent un taux d'IPP égal à 11% ouvrant droit au bénéfice d'une rente optionnelle qui indemniserà les accidents A, B et D.

Le taux d'IPP de la rente optionnelle est de 2+3+6 %, soit 11%.

Le point de départ pour fixer le taux utile servant au calcul de la rente optionnelle s'élève à 50% (somme du taux des accidents A et B et C et reconnus antérieurement à l'accident D).

Le taux global est de 61% = point de départ de 50% + le taux d'IPP de la rente optionnelle de 11%. Comme le point de départ et le taux de global sont supérieurs à 50% la totalité de la rente optionnelle (addition des taux d'IPP A, B et D) est augmenté de moitié soit un taux utile de la rente optionnelle égal à $11 \times 1.5 = 16,5\%$.

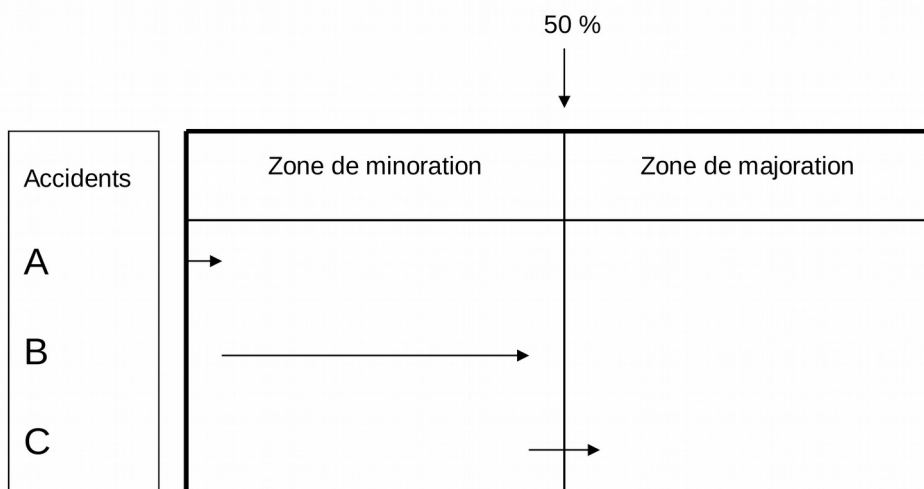
A titre de sixième exemple :

Cas où les deux AT ne se suivent pas et ont chacun un taux inférieur à 10%.

L'opération est identique même si entre les accidents donnant droit à une indemnité en capital s'intercalent des accidents ouvrant droit à une rente.

Imaginons ainsi trois accidents du travail successifs (AT A le 31.03.99 avec un taux d'IPP de 2%, AT B, du 27.02.01 avec un taux d'IPP de 46%, AT C du 05.12.01 avec un taux d'IPP de 8%)

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	2%	46%	8%
Taux global d'IPP	2%	48%	56%



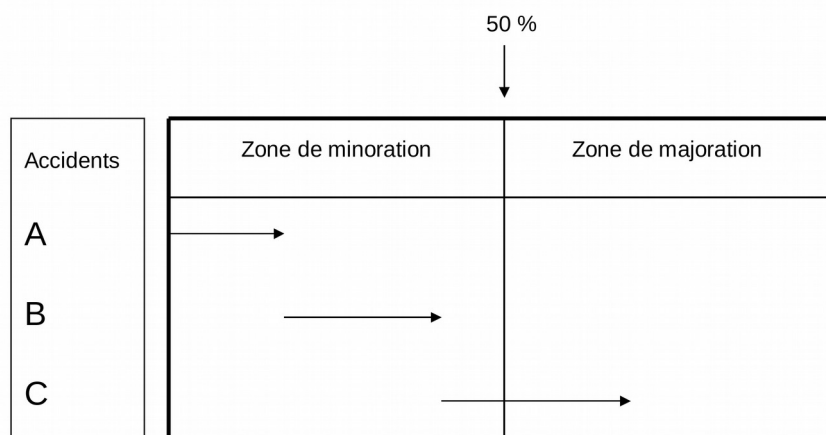
Lors de l'étude du droit à la date consolidation de l'accident C, les taux cumulés des AT A et C donnent un taux d'IPP égal à 10% ouvrant droit au bénéfice d'une rente optionnelle qui indemniserà les accidents A et C. Le point de départ pour fixer le taux utile servant au calcul de la rente optionnelle s'élève à 48% (somme des taux des accidents A et B reconnus antérieurement à l'accident C) le taux global est égal à 58% = point de départ de 48% auquel on ajoute le taux d'IPP de la rente optionnelle de 10%.

Comme le point de départ est inférieur à 50% et que le taux global est supérieur à 50%, la partie du taux d'IPP de la rente optionnelle qui se situe dans la tranche inférieure au seuil de 50% soit 2% = 50%-48% et divisé par deux soit 1%. La partie

du taux d'IPP de la rente optionnelle qui se situe dans la tranche supérieure au seuil de 50%, soit 8% (58%-50% est augmenté de moitié est égal à 8×1.5 soit 12%).
Le taux utile de la rente optionnelle s'élève donc à $1\% + 12\% = 13\%$.

A titre de septième exemple où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, avant la réforme, un taux d'incapacité de 30 % (accident C du schéma ci-dessous) intervenant après deux incapacités successives de 20 % (accidents A et B) donnait lieu à une nouvelle rente au taux utile de : $30 / 2 \% = 15 \%$.

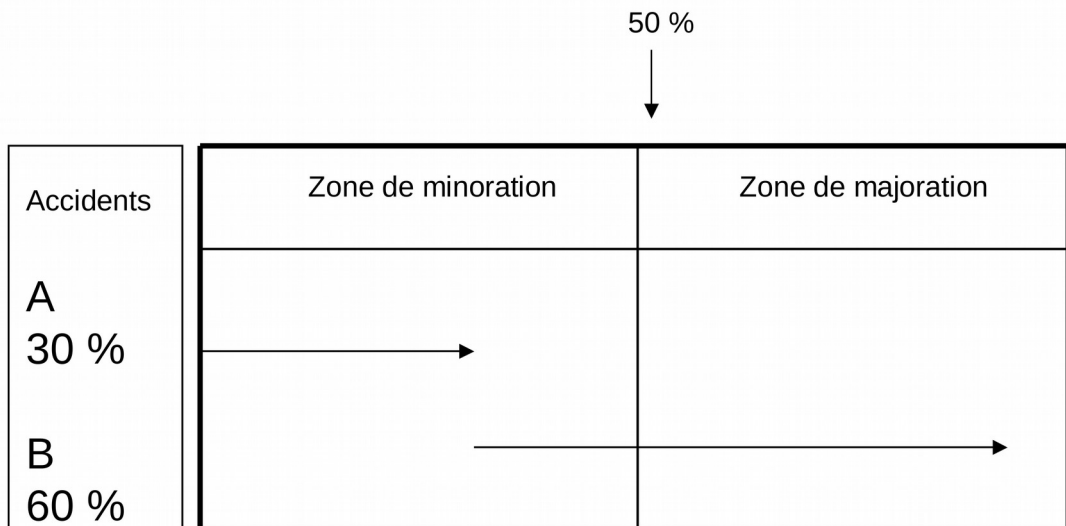
En application de la réforme, le point de départ du calcul du taux utile de cette même nouvelle rente se situe à $20 + 20 = 40 \%$. Le taux d'incapacité de 30 % s'inscrit pour 10 % seulement dans la zone de minoration (entre 40 et 50 %) et pour 20 % dans la zone de majoration (entre 50 et 70 %). La nouvelle rente aura donc un taux utile de : $10/2 \% + (20 \times 1,5) \% = 5 \% + 30 \% = 35 \%$.



A titre de huitième exemple où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, prenons le cas de Mr Boyer : Mr Boyer est victime d'un accident du travail en 1980. Il perçoit pour cet AT une rente de correspondant à un taux utile de 15% de son salaire de référence car la caisse lui a attribué une IPP de 30%. La caisse a reconnu que l'asbestose, dont est atteint Mr Boyer et qu'il a déclarée en 2002 est bien une maladie professionnelle (tableau 30 A) et elle en a fixé le taux d'IPP à 60%.

Elle lui a notifié en 2002 cette IPP et le versement d'une rente calculée sur la base d'un taux utile de $50 \% / 2 + 10\% \times 1,5 = 40\%$.

La caisse va devoir reprendre le dossier de Mr Boyer.



En application de la réforme, le point de départ du calcul du taux utile de cette même nouvelle rente se situe à 30 %.

Le taux d'incapacité de 60 % s'inscrit pour 20 % seulement dans la zone de minoration (entre 40 et 50 %) et pour 40 % dans la zone de majoration (entre 50 et 90 %).

La nouvelle rente aura donc un taux utile de : $20 / 2 \% + (40 \times 1,5) \% = 10 \% + 60 \% = 70 \%$.

Le taux utile de la première rente déjà versée pour l'AT de 1980 est de 15%.

Cette rente continuera à être calculée sur le salaire de référence de 1980.

Le taux utile pour l'asbestose reconnue en 2001 est de 70% au lieu de 30% . Cette rente pour l'asbestose sera calculée sur le salaire de référence de 2002.

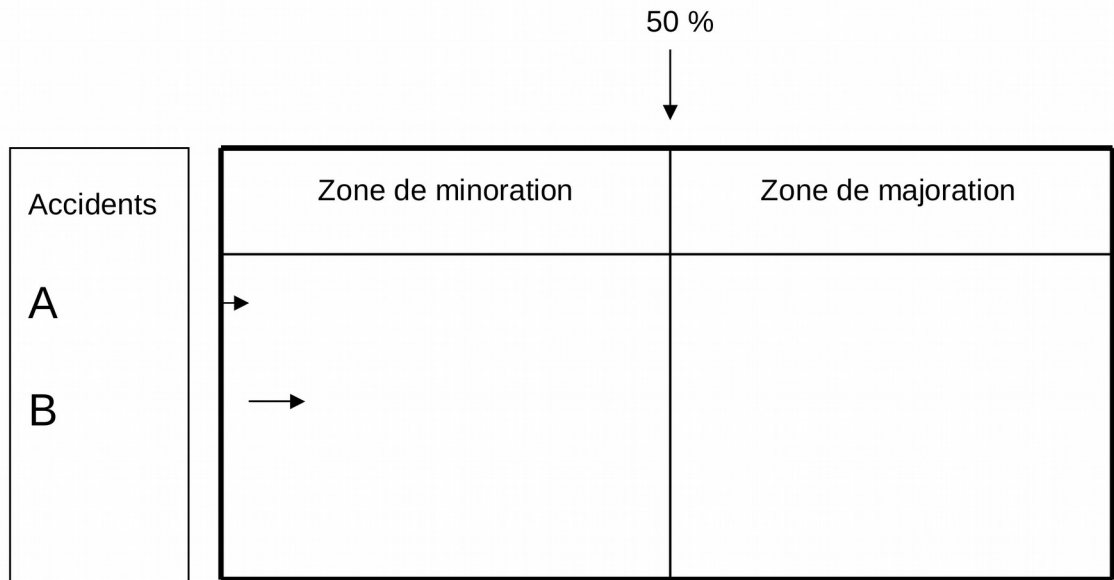
bb. Cas d'accidents du travail successifs indemnisés chacun par un taux d'IPP inférieur à 10 %

α. Cas où la somme des taux d'incapacité n'atteint pas 10 % à la date de consolidation d'un nouvel accident

La victime ne peut bénéficier que d'une indemnité en capital pour chaque accident distinct .

Exemple : soit 2 accidents A et B .

Le taux d'IPP attribué à l'accident A est de 3 %, le taux d'IPP attribué à l'accident B est de 5 % .



La victime touchera pour l'accident A une indemnité en capital de 814,41 euros et pour l'accident B une indemnité en capital de 1628,31 euros suivant le barème de

l'indemnité en capital fixé par le décret du 27 octobre 1986, énoncé à l'article D.434-1 du Code de la Sécurité Sociale, mis à jour le 1-4-2002 (décret n° 2002 – 542 du 18 - 4 – 2002 paru au Journal Officiel du 21 – 4 – 2002) .

β. Cas où la somme des taux d'incapacité atteint 10 % à la date de consolidation d'un nouvel accident

La deuxième partie de la réforme concerne les taux d'incapacité permanente inférieure à 10% isolément et dont la somme globale atteint le taux de 10%. La victime peut alors bénéficier d'une rente à la place d'une indemnité en capital. Ceci est spécifié par l'article R.434-4 du code de la sécurité sociale inséré par le décret n°2002-542 du 18.04.02 paru au JO n° 94 du 21.04.02 page 7128.

La 2^{ème} phrase de l'article L. 434-2 (nouveau) du Code de la Sécurité Sociale dispose :

"Lorsque, par la suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital."

Le 1^{er} alinéa de l'article R. 434-4 (nouveau) du Code de la Sécurité Sociale précise : "Lorsque la date de consolidation d'un nouvel accident susceptible de donner lieu à une indemnité en capital, la somme des taux d'incapacité permanente visés à l'article R. 434-1 atteint le taux de 10 %, la victime est informée par la caisse de son droit à bénéficier soit d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit d'une indemnité en capital pour l'indemnisation de cet accident."

La Circulaire DSS/2 C n°2002-249 du 24 avril 2002 relative à l'application de l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 et du décret n°2002-542 du 18 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité a précisé les modes de calcul dans le cas de ces accidents du travail successifs .

Est concerné(e) par le volet de la réforme au droit d'option aux termes du II de l'article 38 de la Loi numéro 99 -1 140, du 29.12.1999 parue au Journal Officiel du 30.12.1999 :

* tout accident du travail ou toute maladie professionnelle "déclaré(e)" à compter du 1^{er} janvier 2000 et donnant lieu à la fixation d'un taux d'incapacité permanente inférieur à 10 % ...

* ... à condition que la victime ait déjà été indemnisée précédemment par une ou plusieurs indemnités en capital (régime général) ...

* ... et que la somme des taux d'incapacité correspondant à l'ensemble des indemnités en capital (y compris la dernière) atteigne 10 %.

Lorsque la somme des taux d'incapacité atteint 10 % à la date de consolidation d'un nouvel accident, la victime est informée par la Caisse de son droit d'option entre une rente dite rente optionnelle qui tient compte des indemnités déjà allouées (article L.434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale) ou une indemnité en capital pour cet accident. Le choix doit être effectué dans un délai de deux mois à compter de la notification de l'information par la Caisse. Les accidents correspondant à des indemnités en capital peuvent être consécutifs ou bien être séparés par un accident ayant donné lieu à rente, voire par un accident sans séquelle .

L'option est irrévocable . Si la victime opte pour le versement d'une rente optionnelle, elle ne pourra pas revenir ultérieurement sur ce choix, ni demander le rachat de cette rente (article R. 434-4 nouveau du Code de la Sécurité Sociale, 3^e et 4^e alinéa). La rente optionnelle n'est pas non plus réversible sur la tête du conjoint survivant.

Dans le cas où l'assuré choisit le bénéfice d'une indemnité en capital pour réparer cet accident, l'option est souscrite à titre définitif au titre de l'indemnisation initiale. Ainsi le bénéficiaire ne peut ultérieurement demander à bénéficier d'une rente optionnelle. Cependant un nouveau droit d'option sera ouvert si intervient :

- une modification du taux d'IPP (suite à révision ou rechute) d'un des AT ou MP ayant donné lieu à l'attribution d'une indemnité en capital y compris celui ayant déclenché un droit d'option refusé par la victime.
- Un nouvel AT ou MP avec un taux d'IPP conduisant à l'attribution d'une indemnité en capital.

Si à l'issue du délai de deux mois à compter de la date de notification à l'assuré de la proposition de l'indemnisation sous forme d'indemnité en capital ou de rente, l'assuré n'a pas fait connaître son choix, la caisse verse au titre de ce dernier AT une indemnité en capital d'un montant correspondant au taux d'IPP du dernier AT en cause.

L'assuré ne peut alors plus exercer son droit d'option au titre de l'indemnisation initiale. Toutefois, un nouveau droit d'option pourra être ouvert à l'occasion d'une révision du taux d'IPP de l'AT concerné ou d'un nouvel AT.

A titre d'exemple, avant la promulgation de cette Loi, lorsque la victime avait fait l'objet de deux accidents du travail successifs donnant lieu chacun à 7 % d'incapacité, elle ne bénéficiait pas d'une rente calculée sur la base de 14 % d'incapacité mais à l'attribution pour après chaque accident d'une indemnité en capital correspondant à 7 % d'IPP.

Depuis la mise en application de cette Loi, l'ensemble des accidents portant sur un taux d'incapacité de 14 %, la victime pourra choisir entre le versement d'une indemnité en capital ou d'une rente .

La rente optionnelle étant parfois réputée représenter plusieurs indemnités en capital, il y a lieu à récupération, sur les arrérages de cette rente, d'une partie des indemnités déjà versées. Les arrérages annuels sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme à récupérer égale à la moitié du montant de la ou des indemnités en capital précédemment versées (article R. 434-4 nouveau du Code de la Sécurité Sociale, 4^e alinéa). L'intégralité des indemnités en capital perçues après le 1er janvier 2000 (date à laquelle le choix optionnel aurait dû être proposé aux victimes) devra aussi être remboursée par la victime .

Exemple du cas d'un assuré victime de deux accidents successifs :

AT A du 15.02.99 avec un taux d'IPP de 4%

AT B du 02.05.02 avec un taux d'IPP de 6%.

Supposons que le salaire annuel de référence s'élève à 36.588€, le montant de la rente de l'accident B sera égal à $36.588 \times 5\% = 1.829,40\text{€}$.

Supposons que la victime a opté pour une rente, l'indemnité en capital précédemment versée pour l'accident A est récupérée sur les arrérages annuels de la rente optionnelle. Les arrérages de cette rente sont donc diminués de 30% ou plus

à concurrence d'une somme égale à la moitié du montant de l'indemnité en capital précédemment versé.

Le montant de la récupération de l'indemnité en capital versée qui est égal à la moitié de l'indemnité en capital est égal à 50% de l'indemnité en capital correspondant au taux de 4% soit 1168,52€ en 2004 divisé par deux égal 584,26€. Le plafond annuel de recouvrement est égal à 30% des arrérages annuels de la rente optionnelle soit 1.829,40€ x 30% =548,82€.

Le plafond annuel de recouvrement est inférieur au montant de la récupération, aussi la différence entre la moitié de l'indemnité en capital et le montant recouvré sera récupéré l'année suivante, c'est-à-dire 584,26 € – 548,82 € = 35,44€ .

Il se peut que la victime de plusieurs accidents dont le total des taux d'incapacité avait atteint ou dépassé 10 % ait opté, en son temps, pour le versement d'une rente correspondant à l'ensemble de ces accidents. Si un nouvel accident donnant lieu à une incapacité de moins de 10 % se produit, ce dernier ne pourrait être indemnisé qu'au moyen d'une indemnité en capital. En revanche, dans l'hypothèse où interviendrait par la suite encore un (des) accidents(s) avec une incapacité de moins de 10 %, le total des incapacités des derniers accidents atteignant ou dépassant 10 %, la victime aurait alors le droit d'opter entre indemnité en capital et rente. Il s'agirait d'une deuxième rente, distincte de la première attribuée.

Les rentes de moins de 10 % selon la circulaire n° 72/ 2003 (mais cela est discutable car allant à l'encontre de la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité), attribuées avant le 3 novembre 1986, qu'elles continuent d'être servies ou qu'elles aient fait l'objet d'un rachat, ne doivent pas être prises en compte dans le cadre des nouvelles dispositions relatives à la rente optionnelle.

En cas d'accidents successifs, les articles L. 434-2 4° alinéa et R. 434-4 du Code de la Sécurité Sociale permettent d'additionner ces petits taux pour ouvrir droit à une rente lorsque le taux minimum est au moins égal à 10 %. La rente optionnelle ayant vocation à remplacer plusieurs indemnités en capital, il est logique d'additionner les taux d'incapacité correspondant à chacune d'entre elles. Cependant, il convient aussi d'appliquer les nouvelles règles relatives au calcul du taux utile (premier volet de la réforme). La solution retenue est favorable aux salariés les plus lourdement atteints par une succession d'accidents.

Modèle de lettre d'une victime demandant à bénéficier de l'option entre indemnité en capital et rente

Nom - prénom

Date

Adresse

Téléphone

N° de sécurité sociale

Objet : nouveau calcul de rente d'accidents du travail
dans le cadre d'accidents du travail successifs

Monsieur le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de

L'accident du travail dont j'ai été victime le (date) a donné lieu à une incapacité de (taux), pour laquelle une indemnité en capital d'un montant de (... euros), m'a été réglée.

Victime d'un (ou plusieurs) accidents (ou maladie professionnelle) antérieur(e)s, je bénéficie des nouvelles dispositions réglementaires en matière d'accidents du travail successifs.

J'ai en effet la possibilité de choisir entre le versement de l'indemnité en capital ou une rente " optionnelle " d'un montant annuel de (... euros).

Je choisis donc de bénéficier d'une rente.

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

Signature de la victime

β1. Cas où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %)

Le taux utile de la rente optionnelle sera alors égal à la moitié de la somme des taux d'incapacité de moins de 10 %.

La formule suivante s'applique alors : taux utile = (somme des taux d'IPP constituant la rente optionnelle) / 2 .

A titre de premier exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %), prenons le cas de Mr Martin :

Mr Martin, âgé de 30 ans est victime d'un AT en 1998. Il se voit attribuer une IPP de 5%, indemnisée par un capital de 9.501 F soit 1.448 euros .

Il est atteint d'une maladie professionnelle déclarée en mai 2002 et indemnisée par un capital de 2.914 euros correspondant à une IPP de 8% en octobre 2002.

La caisse doit reprendre son dossier et proposer à Mr Martin la possibilité d'opter pour la rente équivalant à une IPP de 13%.

Son salaire de référence étant en 2002 de 25.000 euros.

Le taux utile de cette rente optionnelle serait de :

$5\% + 8\% = 13\%$ d'IPP soit un taux utile de 6,5%.

La rente annuelle serait donc de : $25.000 \text{ euros} \times 6,5\% = 1.625 \text{ euros}$ soit 406 euros par trimestre.

S'il opte pour la rente, Mr Martin va rembourser les indemnités en capital déjà perçues à raison de $406 \text{ euros} \times 0,3$ par trimestre (30% de la rente optionnelle perçue) = 122 euros, c'est-à-dire :

- l'intégralité du capital de 8%, valeur 2002, soit 2.914 euros.

- la moitié du capital de 5%, valeur 1998 soit $1.448 \text{ euros} / 2$ soit 724 euros soit en tout $2.914 \text{ euros} + 724 \text{ euros} = 3.638 \text{ euros}$.

Le gain pour Mr Martin, s'il opte pour la rente, et avec une espérance de vie restante estimée de 30 ans, sera de :

$1.625 \text{ euros} / \text{an} \times 30$ soit 48.750 euros moins les remboursements des capitaux déjà perçus : $48.750 \text{ euros} - 3.638 \text{ euros} = 45.112 \text{ euros}$.

Après 5 ans de procédure Mr Martin a enfin réussi à faire reconnaître que son AT de 1998 était dû à une faute inexcusable de son employeur.

La majoration de la faute inexcusable sur le taux d'IPP ne tiendra compte que du capital correspondant à son IPP de 5% soit 9.501 F soit 1.448 euros, et non de la rente optionnelle.

A titre de deuxième exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %), prenons le cas de Mr Durand .

Mr Durand, âgé de 40 ans a été victime d'un accident du travail en 1988. Il a perçu une indemnité en capital de 14.250 F soit 2.172 euros, en réparation de son IPP estimée par la caisse à 7%.

Il a été reconnu comme étant atteint d'une maladie professionnelle (syndrome du canal carpien : tableau 57 C) en 1999.

Il a perçu pour ce syndrome du canal carpien une indemnité en capital de 9.501 F, soit 1.448 euros en réparation de son IPP estimée par la caisse à 5%.

En juillet 2003 la caisse lui signifie un taux d'IPP de 9% pour une maladie professionnelle (épicondylite du coude : tableau 57 B) déclarée en août 2002.

La caisse doit lui proposer d'opter soit pour :

- un capital de 3.428 euros,
- une rente reprenant l'ensemble de ses IPP.

Dans le cas de Mr Durand, cette seconde solution équivaldrait à :

$7\% + 5\% + 9\% = 21\%$, soit un taux utile de 10,5%

Mr Durand perçoit, en 2003, un salaire annuel de 20.000 euros.

La rente optionnelle serait donc de $20.000 \text{ euros} \times 10,5\% = 2.100 \text{ euros par an}$.

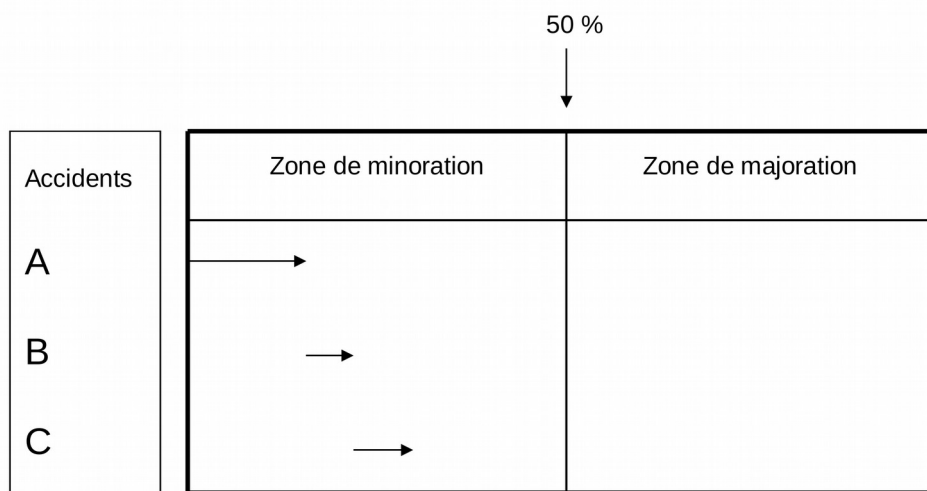
S'il opte pour cette rente, ce qui est son intérêt, il devra rembourser la moitié des deux indemnités en capital déjà perçues, c'est-à-dire :

$2.172 \text{ euros} / 2 + 1.448 \text{ euros} / 2 = 1.086 \text{ euros} + 724 \text{ euros} = 1.810 \text{ euros}$.

Sur une espérance de vie restante estimée de 30 ans, le gain de Mr Durand serait, s'il choisit la rente optionnelle, de $2.100 \text{ euros} / \text{an} \times 30 - 1.810 \text{ euros} = 63.000 \text{ euros} - 1.810 \text{ euros} = 61.190 \text{ euros}$.

A titre de troisième exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %) :

AT successifs	accident A	accident B	accident C
Taux d'IPP	15 %	5 %	7 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000



Dans cet exemple, l'accident C s'inscrit entièrement dans la zone de minoration. Le taux utile de la rente optionnelle correspondant aux accidents B et C est donc de : $(5 + 7) / 2 \% = 12 / 2 \% = 6 \%$.

Le montant de la rente optionnelle aurait été le même si l'accident B (5 %) était survenu le premier et qu'une rente (accident A indemnisé par un taux d'IPP de 15 %) avait séparé les accidents B et C.

A titre de quatrième exemple où les deux accidents aux taux inférieurs à 10 % se suivent :

Taux d'IPP de chaque accident	A = 2 %	B = 8 %	C = 30 %	D = 20 %
Taux global d'IPP	2 %	10 %	40 %	60 %

Les accidents A et B cumulés donnent un taux d'IPP égal à 10 % ouvrant le droit d'option entre l'indemnité en capital et la rente.

Si la victime choisit l'indemnité en capital, le montant de celle-ci correspondra au taux de 8 % ; si elle choisit la rente, le taux utile servant au calcul de celle-ci sera de $10 / 2$ %, soit 5 % .

β2. Cas où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe au moins partiellement dans la "zone de majoration" (c'est-à-dire au-delà de 50 %)

Il convient de souligner des divergences d'interprétation sur le calcul du taux utile en fonction des différentes circulaires .

Selon la circulaire n° 72/ 2003 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le taux utile de la rente optionnelle sera alors égal à la somme des taux d'incapacité de moins de 10 % majorée de moitié .

La formule suivante s'applique alors : taux utile = (somme des taux d'IPP constituant la rente optionnelle en %) x 1,5 .

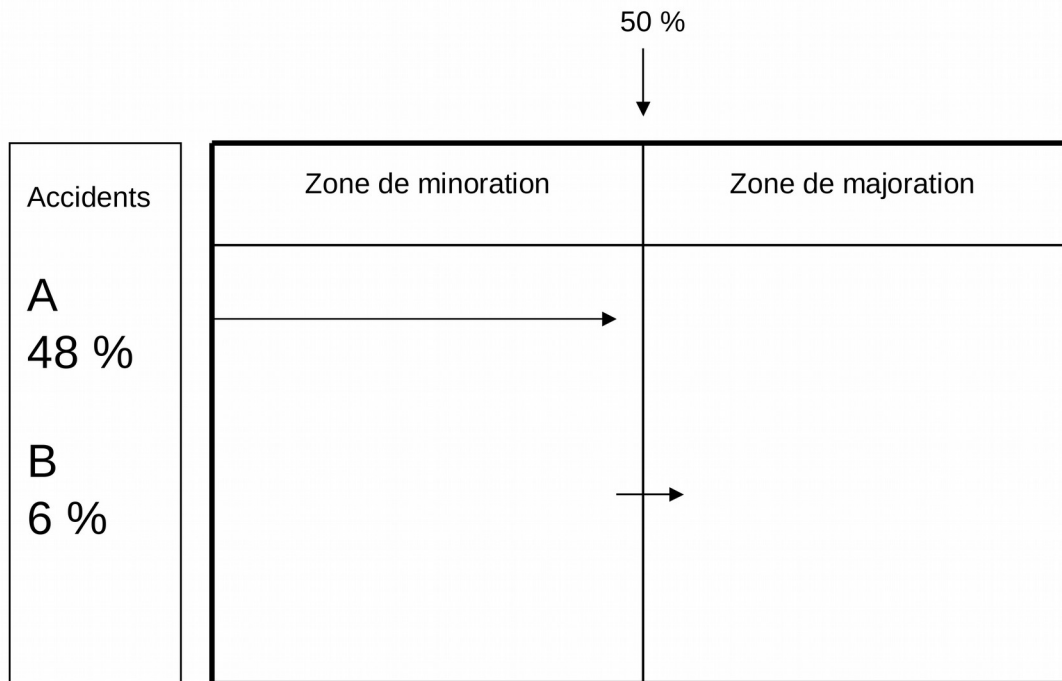
Selon la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité, le taux utile de la rente optionnelle sera alors égal à : (la somme des taux d'incapacité de moins de 10 % se situant dans la zone de majoration majorée de moitié) + (la somme des taux d'incapacité de moins de 10 % se situant dans la zone de minoration minorée de moitié) . Pour plus de détails, voir le deuxième exemple ci-dessous .

A titre de premier exemple où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, prenons le cas de Mr Carvalho :

Mr Carvalho est victime d'un accident du travail en 1990. Il se voit attribuer pour cet AT une IPP de 48% (taux utile de 24%).

Il déclare en 2002 une maladie professionnelle.

Le médecin conseil lui attribue une IPP de 6%.

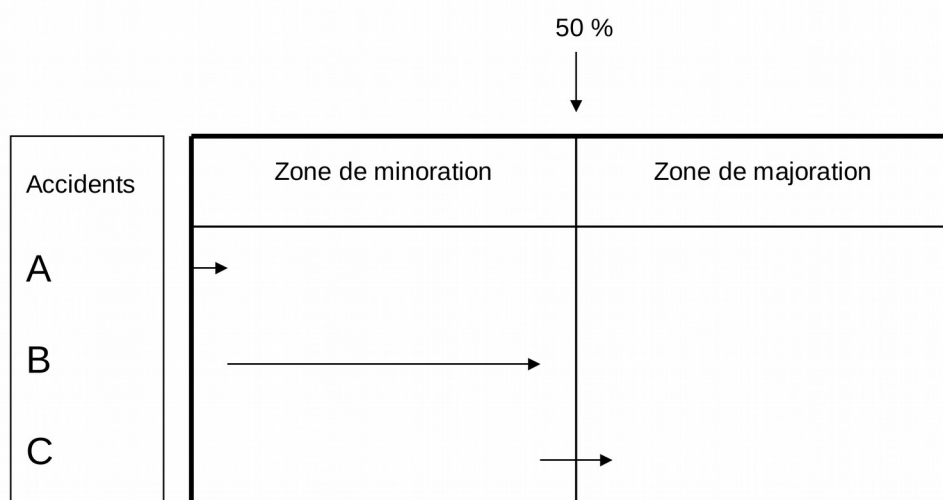


La caisse doit lui proposer le choix entre le capital pour 6% soit 2.014 euros et la rente optionnelle pour cette IPP de 6%.

Le nouveau taux global sera de : $48\% + 6\% = 54\%$, soit un taux utile de $(50\% / 2) + (4 \times 1,5) = 25\% + 6\% = 31\%$ dont 24 % sur le salaire de référence de 1989 et 7% sur le salaire de 2002.

A titre de deuxième exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, au moins partiellement, dans la "zone de majoration" (c'est-à-dire au-delà de 50 %), avec un calcul selon la circulaire n° 72/ 2003 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés :

AT successifs	accident A	accident B	accident C
Taux d'IPP	5 %	40 %	7 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000



Dans cet exemple, l'accident C s'inscrit (partiellement) dans la zone de majoration. Le taux utile de la rente optionnelle correspondant aux accidents A et C est donc de : $(5\% + 7\%) \times 1,5 = 12\% \times 1,5 = 18\%$.

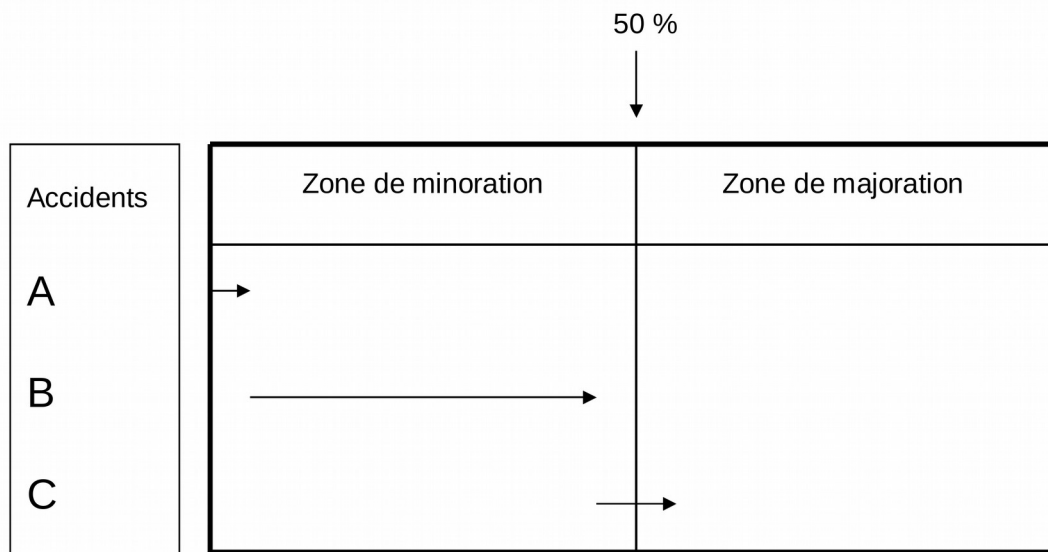
Le montant de la rente optionnelle aurait été le même si l'accident B (40 %) était survenu le premier et que les accidents ayant donné lieu à incapacité de moins de 10 % (accidents A et C) avaient été consécutifs.

A titre de troisième exemple, où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, au moins partiellement, dans la "zone de majoration" (c'est-à-dire au-delà de 50 %), avec un calcul selon la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité:

Taux d'IPP de l'accident A de 2 %

Taux d'IPP de l'accident B de 46 %

Taux d'IPP de l'accident C de 8 %



Taux d'IPP de chaque accident	A = 2 %	B = 46 %	C = 8 %
Taux global d'IPP	2 %	48 %	56 %

Si la victime choisit la rente pour l'accident C, le taux utile de celle-ci sera ainsi calculé : $2 / 2 \% + [(6 + 2) \times 1,5] \%$, soit $1 + 12 \%$, soit 13% ; la partie du taux de l'accident C, inférieure à 50% , c'est-à-dire 2% , est réduite de moitié.

A titre de quatrième exemple où les deux accidents aux taux inférieurs à 10% ne se suivent pas et où le taux global d'IPP est supérieur à 50% avant le dernier accident considéré, l'opération sera la même si, entre les accidents donnant droit à une indemnité en capital, s'intercalent des accidents ouvrant droit à une rente :

Taux d'IPP de chaque accident	A = 2 %	B = 30 %	C = 20 %	D = 8 %
Taux global d'IPP	2 %	32 %	52 %	60 %

Les accidents A et D cumulés donnent un taux d'IPP égal à 10% . La victime peut choisir pour l'accident D entre une indemnité en capital correspondant au taux de 8% et une rente calculée sur la base d'un taux utile de 15% (c'est-à-dire $10 \times 1,5 \%$).

cc. Cas d'accidents du travail successifs avec modification intercurrente de l'état de la victime

Le nouveau dispositif régi par la Circulaire DSS/2 C n°2002-249 du 24 avril 2002 relative à l'application de l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 et du décret n°2002-542 du 18 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité s'applique en cas de révision du taux d'IPP résultant de modifications intervenues dans l'état de la victime à compter du 1^{er} janvier 2000, que l'accident initial ait donné lieu au versement d'une indemnité en capital ou d'une rente (article 38-II de la loi n°99-1140) .

Les cas de révision du taux d'incapacité concernent les deux volets de la réforme :

- * calcul du taux utile de la rente afférente au dernier accident ;
- * ouverture des droits à rente optionnelle.

Le premier alinéa de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale dispose :

" En cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs rentes, attribuées en application du deuxième ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, la caisse procède au nouveau calcul de la seule rente affectée par l'aggravation ou l'amélioration de l'article R. 434-2-1, la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus lors du calcul initial de cette rente."

En d'autres termes, lorsqu'un taux d'incapacité ayant donné lieu à l'attribution d'une rente fait l'objet d'une révision (en augmentation comme en diminution), seule cette rente fait l'objet d'un nouveau calcul. Dans le cas d'une personne bénéficiant d'une rente supérieure ou égale à 10% ou d'une rente optionnelle révisée à la suite d'une aggravation ou d'une amélioration conduisant à un taux de rente restant supérieur ou égal à 10% , au moment de l'AT révisé, la victime continue à bénéficier de plusieurs rentes (une ou plusieurs rentes supérieures ou égales à 10% et /ou plusieurs rentes optionnelles).

Le nouveau calcul du taux utile prend en compte la nouvelle valeur de l'incapacité permanente mais ne tient pas compte des révisions d'incapacité éventuellement intervenues depuis l'origine pour les accidents précédant l'accident concerné.

Le nouveau calcul d'une rente dans le cadre d'une révision d'IPP n'entraîne jamais le recalcul de la (des) rente(s) située(s) en aval de l'accident concerné.

Le point de départ pour fixer le taux utile servant au calcul de la nouvelle rente correspond à la somme des taux d'IPP déjà reconnus au moment du calcul initial de cette rente.

Selon le premier alinéa de l'article R.443-7 du Code de la Sécurité sociale, en cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs rentes attribuées au titre des accidents successifs, la caisse procède au calcul de la seule rente affectée par l'aggravation ou l'amélioration en retenant toutefois la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue lors du calcul initial de cette rente, pour déterminer la partie du taux de l'accident considérée comme inférieure ou supérieure à 50%. Sont visées dans cette hypothèse, aussi bien les rentes supérieures ou égales à 10% que les rentes optionnelles.

Pour les rentes supérieures ou égales à 10%, les termes « antérieurement reconnus lors du calcul initial de cette rente » signifient qu'il faut retenir la date d'effet de l'IPP initiale de l'accident objet de la révision, autrement dit sont pris en considération les taux d'IPP antérieurs à la date de consolidation initiale de l'accident objet de la révision .

Pour les rentes optionnelles dans tous les cas, il convient de se situer pour le calcul du point de départ du taux utile, à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant le rente optionnelle, compte tenu de l'article R.434-2-1 du code de la sécurité sociale et de prendre en compte l'ensemble des taux d'IPP antérieurement reconnus à cette date.

Pour procéder au calcul du taux utile de la rente révisée (rente supérieure ou égale à 10% ou rente optionnelle), il convient de déterminer dans le taux d'IPP révisé, la partie du taux considérée comme inférieure à 50%, et la partie du taux considérée comme supérieure à 50%.

Pour cela, il est nécessaire :

- de définir le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux qui est égale à la somme des taux d'IPP antérieurement reconnus, le cas échéant révisé lors du calcul initial de la rente objet de la révision. C'est-à-dire à la date de la consolidation initiale de la rente supérieure ou égale à 10% ou à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle
- et de calculer le taux global atteint après la révision, lequel est égal à la somme du taux retenu comme point de départ et du taux révisé de l'accident concerné.

α. Aggravation ou rechute

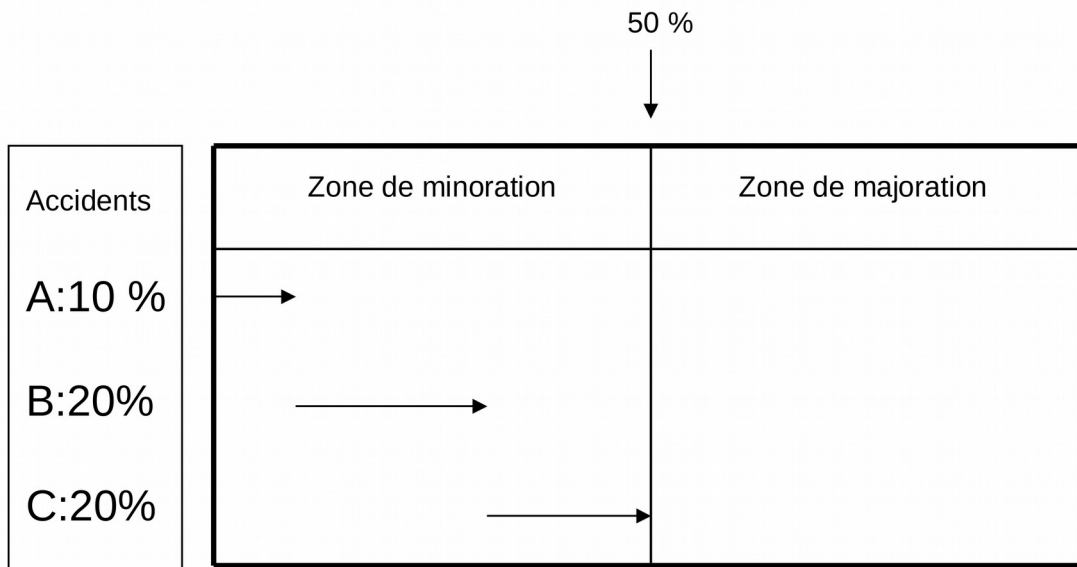
α1. Cas d'accidents du travail successifs où chaque taux d'IPP initial est supérieur à 10 %

A titre d'exemple, soit trois accidents A, B, C survenus avant le 1^{er} janvier 2000 .

Le taux d'IPP de l'accident A est de 10 %

Le taux d'IPP de l'accident B de 20 %

Le taux d'IPP de l'accident C de 20 %



Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 20 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	30 %	50 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %
 Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 10 %
 Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

a) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 30 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	40 %	60 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %
 Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 15 %
 Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

Le point de départ pour fixer le taux utile de B est toujours de 10 %.

b) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 50 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	80 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %
 Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(40 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 20 \% + 15 \% = 35 \%$
 Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

c) Le taux d'IPP de l'accident C passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 30 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	90 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %
 Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(40 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 20 \% + 15 \% = 35 \%$
 Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $(20 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 10 \% + 15 \% = 25 \%$
 Le point de départ pour fixer le taux utile de C est toujours 30 % et le point de départ pour un futur accident sera 90 %.

α2. Cas d'accidents du travail successifs où chaque taux d'IPP initial est inférieur à 10 % n'ayant pas permis d'obtenir de rente optionnelle

- Dans les cas où la victime avait bénéficié du versement de plusieurs indemnités en capital (soit antérieurement à la réforme, soit par choix en situation d'option avec une rente, soit parce que le total des IP demeurerait inférieur à 10 %), et que l'un des taux d'IPP s'aggrave jusqu'à atteindre ou dépasser 10 %, il y a lieu de verser une rente pour cet accident et de récupérer une part de l'indemnité en capital.

C'est en effet ce qu'indique le 2^{ème} alinéa de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale : " en cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 du Code de la Sécurité Sociale

ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale , les dispositions du b de l'article R. 434-1-1 du Code de la Sécurité Sociale trouvent application lorsque le taux d'incapacité permanente afférent à l'accident ayant entraîné une aggravation de la victime atteint de 10 % . "

Les arrérages annuels de cette rente sont diminués d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versé, dans la limite de 30% des arrérages de la rente.

Il s'agit de la situation où , par suite d'une aggravation de l'état de la victime, l'indemnité en capital est remplacée par une rente, peu importe que la victime soit bénéficiaire par ailleurs de plusieurs indemnités en capital ou de plusieurs rentes. Le point de départ du taux utile de la rente attribué suite à la révision est la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement à l'AT initial, objet de la révision et ce en application de l'article R.434-2-1 du code de la sécurité sociale lui-même applicable par renvoi de l'article R.434-1-1, b à l'article L.434-2 du même code de la sécurité sociale.

A titre de premier exemple :

Temps 1 et 2 : Survenance d'un accident A (incapacité de 3 %) puis d'un accident B (6 %), ayant donné lieu au versement de deux indemnités en capital.

Temps 3 : Aggravation de l'incapacité de B, qui passe de 6 à 14 %.

Cette aggravation entraîne l'attribution d'une rente au taux utile de $14 / 2 \% = 7 \%$ au titre de l'accident B et la récupération de la moitié du montant de l'indemnité en capital précédemment versée.

- Dans les cas où l'aggravation d'une incapacité permanente conduit à ce que la somme des incapacités franchisse le seuil de 10 %, il y a lieu de proposer une rente optionnelle, conformément au 3^{ème} alinéa de l'article R. 443-7 : "Lorsque la modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, porte la somme des taux d'incapacité permanente au taux minimum mentionné à l'article R. 434-4, les dispositions de cet article trouvent application."

A titre de deuxième exemple :

Temps 1 : Survenue d'un accident A (incapacité de 6 %), ayant donné lieu à une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenue d'un accident B (incapacité de 3 %), ayant donné lieu également à une indemnité en capital.

Temps 3 : L'incapacité de B passe de 3 % à 5 %.

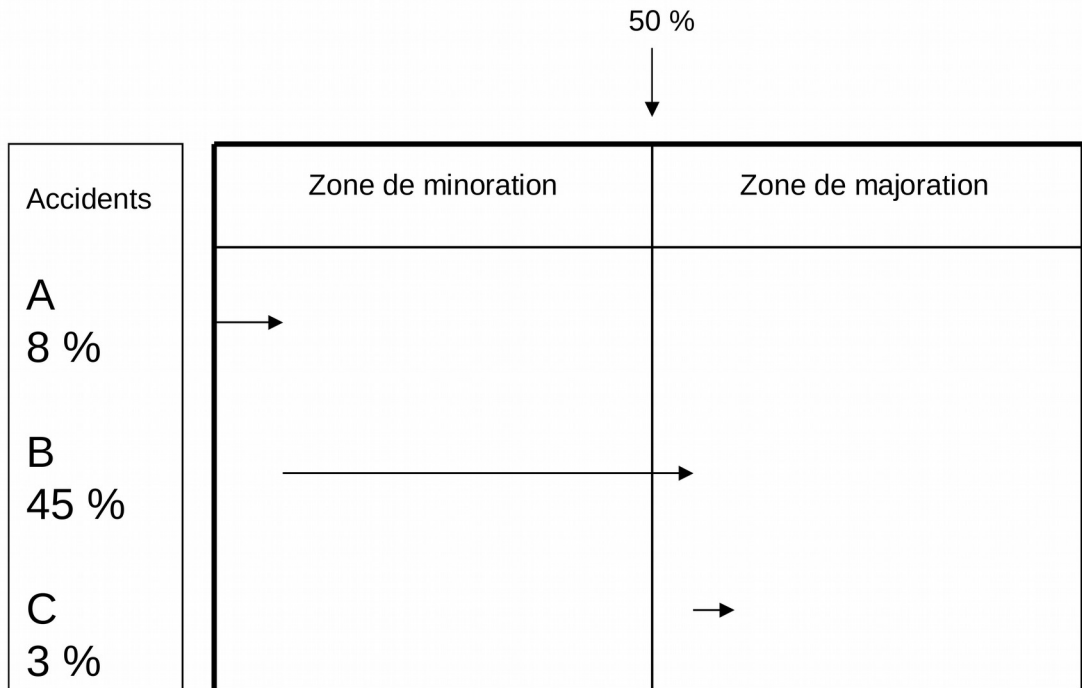
L'aggravation de l'incapacité de B conduit à proposer une rente optionnelle dont le taux utile est de $(6+5) / 2 = 5,5 \%$, avec récupération de la moitié du montant de l'indemnité en capital.

A titre de troisième exemple :

Temps 1 : Survenue d'un accident A (incapacité de 8 %) ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenue d'un accident B (incapacité de 45 %) ayant donné lieu au versement d'une rente.

Temps 3 : Survenue d'un accident C (incapacité de 3 %) ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital, la victime n'ayant pas opté pour une rente.



Temps 4 : Aggravation de l'incapacité de l'accident A (passe de 8 % à 9 %).

Dans ce cas, c'est l'accident A qui ouvre droit à la rente optionnelle. La valeur de départ du calcul du taux utile de cette rente est donc celle de l'accident A, qui se situe entièrement dans la zone de minoration.

L'aggravation de l'incapacité de A conduit donc à proposer une rente optionnelle dont le taux utile est de $(9 + 3)/2 = 6 \%$.

Le salaire à prendre en compte pour le calcul de la rente optionnelle est le salaire relatif à l'accident A .

A titre de quatrième exemple, prenons le cas de Mr Dupont :

Mr Dupont, âgé de 40 ans a été victime d'un accident du travail en 1991. Il a été indemnisé par un capital de 17.001 F, soit 2.592 euros, pour son IPP estimée à 8%. Il a été victime d'un nouvel accident du travail en 1998. Cet AT a été indemnisé par un capital de 14.250 F, soit 2.172 euros, pour une IPP estimée à 7%.

Comme Mr Dupont n'a déclaré aucun AT ni aucune MP après le 1er janvier 2002 et que ses AT n'ont pas été révisés, il n'est pas concerné par les nouvelles règles.

Il aura donc tout intérêt à faire une demande d'aggravation pour ses deux AT ou l'un deux.

Si l'un des deux taux d'IPP est modifié, il entrera dans le cadre de la réforme.

Supposons qu'après examen le médecin conseil considère que l'état de Mr Dupont s'est aggravé et qu'il justifie de 9% d'IPP pour son AT de 1991 (au lieu de 8% à l'origine), la caisse devra lui proposer la rente optionnelle pour le total de l'IPP, soit 16%.

Mr Dupont ayant un salaire annuel de 20.000 euros, se verra donc proposer le choix entre :

- l'indemnité en capital ; calculée en faisant la différence entre la nouvelle Indemnité en Capital de 9% et celle de 8% déjà perçue ;

- et une rente annuelle de 20.000 euros X 8% = 1.600 euros.

Rente à laquelle la caisse retirera la moitié des indemnités en capital déjà perçues par Mr Dupont c'est-à-dire : $(2.172 \text{ euros} / 2 + 2.592 \text{ euros} / 2) = 2.382 \text{ euros}$.

Pour une espérance de vie restante de 30 ans, Mr Dupont pourrait percevoir :

$1.600 \text{ euros} / \text{an} \times 30 \text{ ans} - 2.382 \text{ euros} = 48.000 \text{ euros} - 2.382 \text{ euros} = 45.618 \text{ euros}$, ceci pour une augmentation du taux d'IPP de 1% .

α3. Cas d'accidents du travail successifs où chaque taux d'IPP initial est inférieur à 10 % et qui ont permis d'obtenir une rente optionnelle

Dans l'hypothèse où la victime bénéficiait d'une rente optionnelle et que l'une des incapacités ayant ouvert droit à cette rente s'aggrave jusqu'à atteindre ou dépasser 10 %, on procèdera à la révision de la rente optionnelle avec prise en compte du nouveau taux d'IPP dans le calcul du taux utile de la nouvelle rente.

A titre d'exemple :

Temps 1 : Survenue d'un accident A (incapacité de 8 %), ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenue d'un accident B (incapacité de 3 %). L'assuré opte pour une rente au taux utile de $(8 + 3) / 2 = 5,5 \%$.

Temps 3 : Aggravation de l'incapacité de l'accident A, qui passe de 8 % à 10 %.

Cette aggravation entraîne le calcul d'une rente optionnelle, au taux utile de $(10 + 3) / 2 \% = 6,5 \%$.

α4 . Cas où la victime a fait l'objet d'un accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une indemnité en capital révisé avec un taux d'IPP restant inférieur à 10% associé à un accident du travail avec un taux d'IPP restant inférieur à 10% ayant donné lieu à l'attribution d'une indemnité en capital et à un accident du travail permettant de bénéficier d'une rente car avec un taux supérieur à 10%

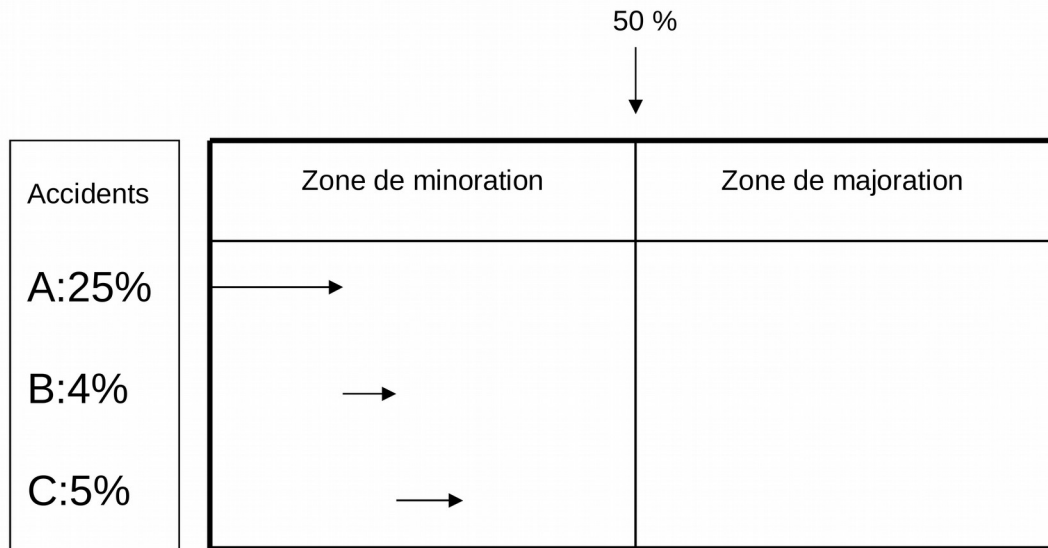
Avec l'AT révisé, l'assuré est bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital et porte la somme des taux d'IPP inférieurs à 10% à un taux supérieur ou égal à 10%. On se retrouve dans un des cas antérieurs visé par l'alinéa 3 de l'article R.443-7 du code de la sécurité sociale où la somme des taux d'IPP de certains accidents du travail devient supérieur à 10% et où la caisse est alors tenue d'informer le bénéficiaire de son droit d'option pour une rente optionnelle. Le point de départ servant de base aux calculs du taux utile de la rente optionnelle est la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle.

Prenons l'exemple d'un assuré victime de trois accidents successifs :

Accident A du 01.02.90 consolidé le 15.01.91 avec un taux d'IPP de 25%

Accident B du 15.03.00 consolidé le 05.11.00 avec un taux d'IPP de 4% révisé suite à une aggravation du 01.10.02 avec un nouveau taux fixé à 8%

Accident C du 05.01.02, consolidé le 10.07.02 avec un taux d'IPP de 5%.



La somme des taux d'IPP des accidents B et C = 4 + 8 = 13% dépasse le seuil de 10%.

L'assuré a donc la possibilité d'opter pour une rente optionnelle pour l'indemnisation des accidents B et C.

Le point de départ de la rente optionnelle correspond à la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement au dernier AT de la rente optionnelle c'est-à-dire l'AT C. Ce point de départ est de 25% (taux de l'accident A) + 4% (taux de l'accident B) = 29%. Le taux global s'élève à point de départ de 29% + taux d'IPP de la rente optionnelle de 13% = 42%. Comme le point de départ est inférieur à 50% et que le taux global est inférieur à 50%, la totalité de la rente optionnelle (addition des taux d'IPP B et C) est réduite de moitié, soit un taux utile de la rente C = $13\% / 2 = 6,5\%$.

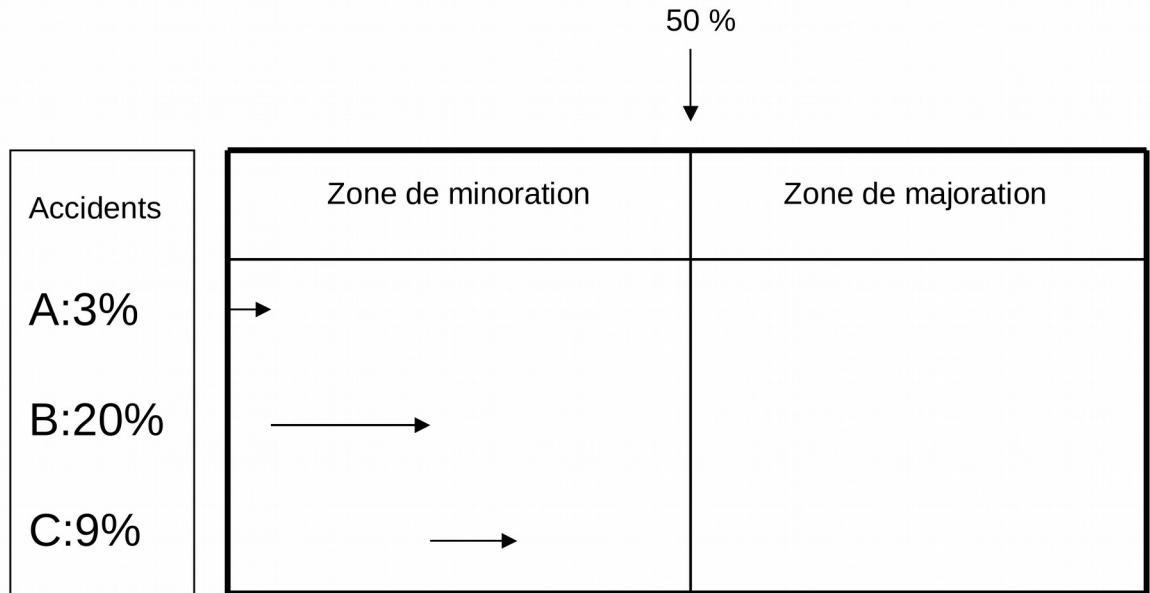
α5. Cas d'accidents du travail successifs avec des taux d'IPP initiaux inférieurs à 10% permettant de bénéficier d'une rente optionnelle car avec un taux global supérieur à 10% et pour certains avec des taux d'IPP initiaux supérieurs à 10%

Un assuré a été victime de trois accidents dont deux ont chacun un taux inférieur strictement à 10% et ne se suivent pas.

Accident A avec un taux d'IPP de 3%

Accident B avec un taux d'IPP de 20%

Accident C avec un taux d'IPP de 9%.



A la suite de l'accident C, la victime a choisi une rente optionnelle de $9\% + 3\% = 12\%$, calculée à partir d'un taux utile de $12\% / 2 = 6\%$.

Ultérieurement suite à l'aggravation de l'état de la victime l'accident C est révisé avec fixation d'un nouveau taux d'IPP à 11% portant le cumul des taux d'IPP de la rente optionnelle à $3\% + 11\% = 14\%$.

Il convient de préciser que la rente optionnelle initiale a été calculée au moment de l'accident C en application du nouveau dispositif puisque l'accident C datant du 05.12.02 a été consolidé le 29.06.03. Dans la mesure où l'accident C est révisé, il convient de recalculer la seule rente optionnelle compte tenu de la somme du taux d'IPP antérieurement reconnu lors du calcul initial de cette rente. Le point de départ est égal à la somme du taux de l'accident A à 3% + du taux de l'accident B à 20% = 23%, ces taux étant antérieurs à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle. Le taux global est égal à un point de départ de 23% auquel on ajoute le taux d'IPP de la rente optionnelle révisée $11\% + 3\% = 14\%$, on arrive donc à un taux global de $23\% + 14\% = 37\%$. Comme le point de départ et le taux global se situent dans la tranche inférieure au seuil de 50%, la totalité du taux d'IPP de la rente optionnelle révisée est réduite de moitié, soit un taux utile de $14\% / 2 = 7\%$.

Les taux d'IPP constituant la rente optionnelle deviennent indissociables même lorsqu' à la suite d'une révision à la hausse (même supérieure ou égale à 10%) ou à la baisse, la somme des taux est maintenue au dessus du seuil de 10%.

β. Amélioration

Le 3^{ème} alinéa de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale dispose : "Lorsque, en cas de modification de l'état du bénéficiaire d'une rente attribuée en application de l'article R. 434-4, la somme des taux d'incapacité permanente visée au premier alinéa de cet article devient inférieure à 10 %, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article R. 434-1-3".

Dans ces situations, il convient donc de cesser le versement de la rente optionnelle et de lui substituer une indemnité en capital correspondant à la nouvelle somme des taux d'incapacité inférieurs à 10 %.

A titre de premier exemple :

Temps 1 : Survenance d'un accident A (incapacité de 7 %), ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenance d'un accident B (incapacité de 4 %). L'assuré opte pour une rente au taux utile de $(7 + 4)/2 = 5,5\%$.

Temps 3 : L'incapacité de l'accident A passe de 7 % à 3 %.

La réduction de l'incapacité de l'accident A conduit à cesser le versement de la rente optionnelle et à verser une indemnité en capital correspondant à un taux d'IPP de $3 + 4 = 7\%$.

Deuxième exemple décrivant le cas particulier de 2 accidents indemnisés par une rente optionnelle avec un de ces accidents révisé et indemnisé par un taux d'IPP moindre si bien que la rente optionnelle est remplacée par une indemnité en capital : Le droit d'option peut être à nouveau ouvert.

Imaginons successivement :

- AT A indemnisé par un taux d'IPP de 3%,
- AT B indemnisé par un taux d'IPP de 8% avec une option de la rente acceptée par la victime au taux de 11% avec un taux utile de 5.5%
- AT C de 7% ayant donné lieu à un versement d'une indemnité en capital.

Imaginons ensuite que l'AT B soit révisé à 4%, le total des taux d'IPP des AT A+B est égal à $3\% + 4\% = 7\%$. La rente devrait donc être remplacée par une indemnité en capital de 7%. Mais comme l'AT C est antérieur de la date de l'amélioration de l'AT B et que le cumul des taux de A, B révisé et C atteint $3\% + 4\% + 7\% = 14\%$, le droit d'option est à nouveau ouvert.

Si la victime choisit la rente optionnelle, l'indemnité en capital de 7% des accidents A +B révisé ne lui est pas versée, elle bénéficie par contre d'une rente optionnelle de 14% correspondant aux AT A + B révisé +C. Le taux utile de cette rente optionnelle est égal à $14\% / 2 = 7\%$. Si la victime n'exerce pas ce droit à la rente optionnelle, elle bénéficie d'une indemnité en capital correspondant à 7% égale au taux d'IPP des accidents A et B révisé.

A titre de troisième exemple, imaginons le cas d'un bénéficiaire d'une rente optionnelle et où le taux d'IPP de l'un des AT est révisé à la baisse tout en maintenant la somme des taux cumulés de la rente optionnelle a un taux supérieur ou égal à 10%. Imaginons ainsi un assuré victime de trois accidents successifs :

Accident A avec un taux d'IPP de 2%

Accident B avec un taux d'IPP de 5%

Accident C du 05.01.00 consolidé le 10.01.01 avec un taux d'IPP de 9% révisé le 01.07.02 avec un taux d'IPP ramené à 3%.

A la suite de l'accident C, la victime opte pour une rente de $2\% + 5\% + 9\% = 16\%$ calculé à partir d'un taux utile de $16\% / 2 = 8\%$.

Le taux de l'accident C est ensuite révisé et porté à 3%, le cumul des taux d'IPP s'élève à $2\% + 5\% + 3\% = 10\%$. Le point de départ de la rente optionnelle suite à révision correspond à la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle, soit le cumul du taux de l'accident A = 2% + accident B = 5% soit un total de 7%. Le taux global s'élève à 17% qui est égal au point de départ soit 7% + le taux d'IPP de la rente optionnelle de 10%.

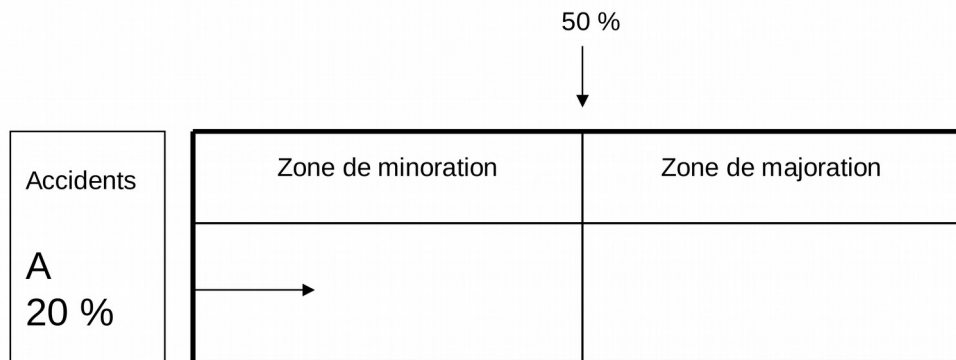
Comme le point de départ et le taux global sont inférieurs à 50%, la totalité du taux de la rente optionnelle révisée (addition du taux d'IPP A, B et C révisé) est réduite de moitié, soit un taux utile égal à $10 / 2 = 5\%$.

y. Exemples théoriques de situations successives associant aggravation et amélioration

Premier exemple :

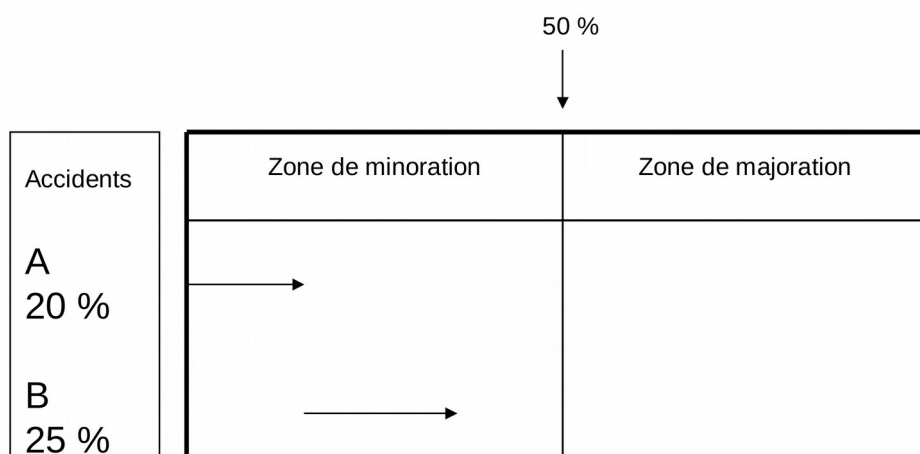
Chaque temps correspond pour un patient précis à un moment de sa vie. Ces temps sont numérotés de façon croissante pour des périodes successives de sa vie.

Temps 1 : Survenue, avant ou après le 1^{er} janvier 2000, d'un accident A avec incapacité de 20 %.



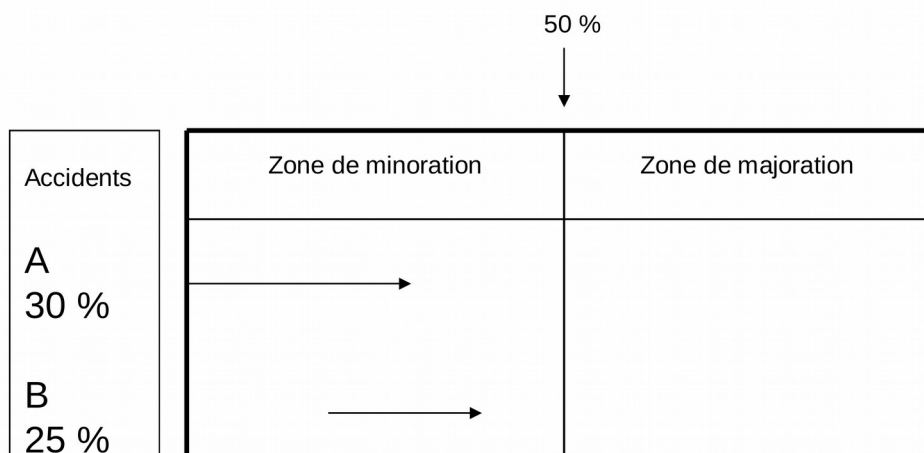
Le taux utile de la rente de A est de $20 / 2$ %, soit 10 %.

Temps 2 : Survenue, après le 1^{er} janvier 2000, d'un accident B avec une incapacité de 25 %.



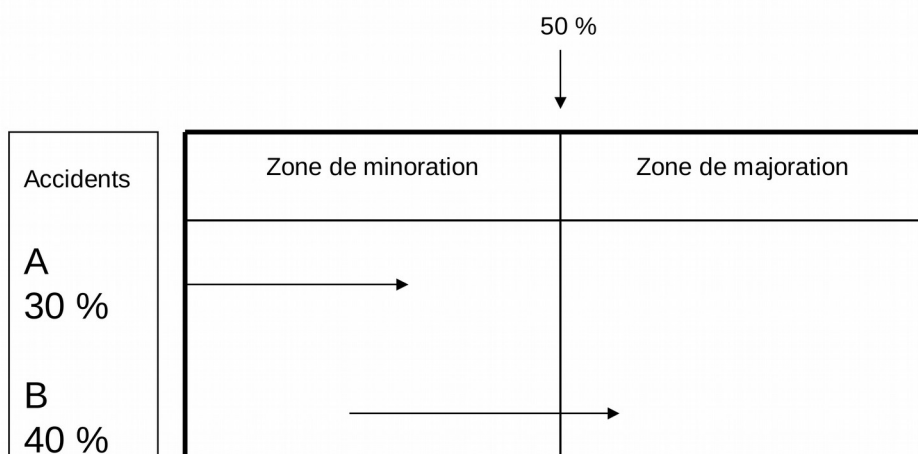
L'application de la réforme conduit à calculer la rente de l'accident B en tenant compte de l'incapacité de l'accident A. Malgré cette prise en compte, l'incapacité de l'accident B reste, dans cet exemple, intégralement inscrite dans la zone de minoration. Le taux utile de la rente de B est donc de $25 / 2$ %, soit 12,5 %.

Temps 3 : Révision en aggravation de l'incapacité de A, dont le taux passe de 20 % à 30 %.



La révision du taux d'incapacité de l'accident A, qui donne lieu à une augmentation du montant de la rente correspondante (nouveau taux utile : $30/2$ soit 15 %) n'entraîne pas le recalcul de la rente de l'accident B car l'accident B est situé en aval de l'accident A concerné.

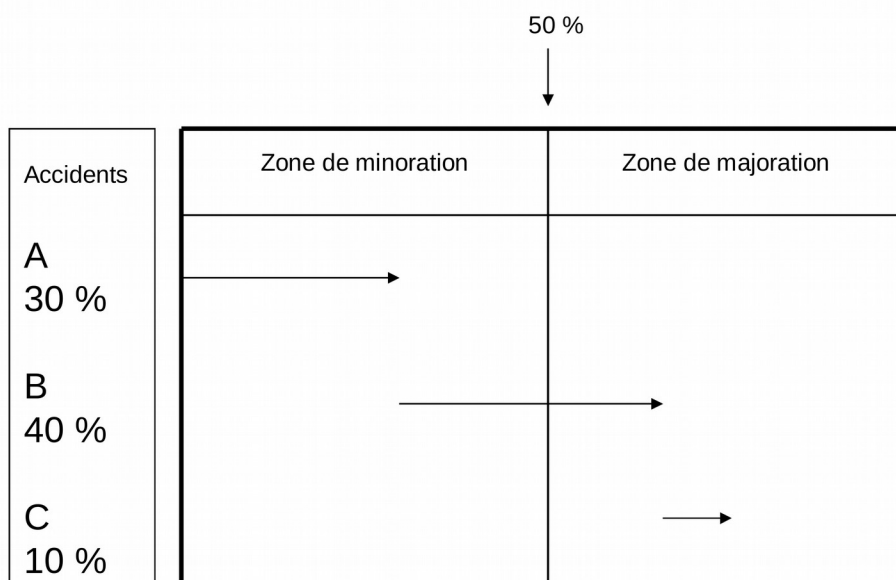
Temps 4 : Révision en aggravation de l'incapacité de B, dont le taux passe de 25 % à 40 %.



La révision du taux d'incapacité de B entraîne un nouveau calcul de la rente correspondante. Cependant, pour le calcul du taux utile de cette dernière, il convient de tenir compte, en application de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale, du taux d'incapacité de A tel qu'il était lors du calcul initial de la rente de B (soit 20 %) et non pas tel qu'il est au "temps 4" (soit 30 %).

Le nouveau taux utile de la rente de B est donc de $(50 - 20) / 2 \% + (10 \times 1,5) \%$, soit 30 %.

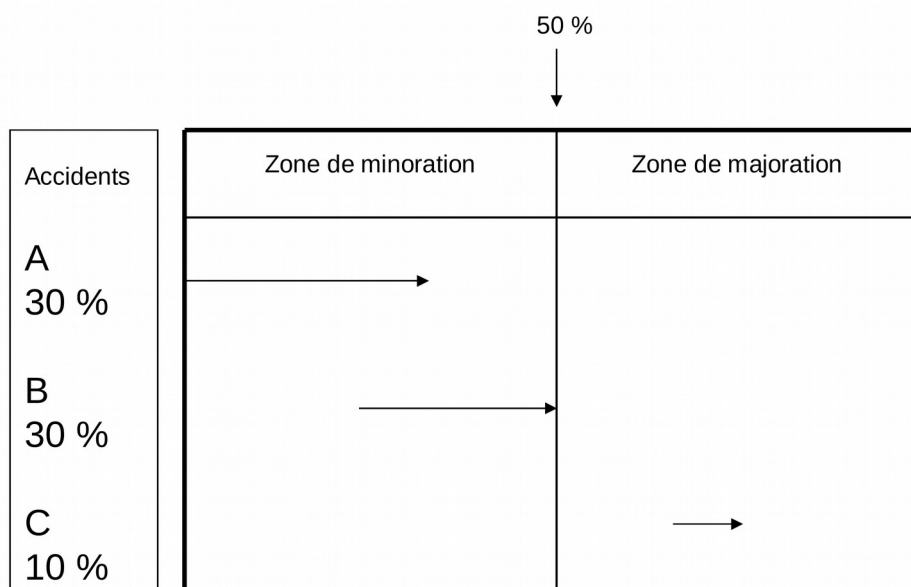
Temps 5 : Survenue d'un troisième accident (C) avec incapacité de 10 %



L'application de la réforme conduit à calculer la rente de l'accident C en tenant compte de la somme des taux d'incapacité antérieurement reconnus (article R. 434-2-1 du Code de la Sécurité Sociale). Comme il s'agit d'un nouvel accident, on prend en compte les valeurs des taux d'IPP des accidents A et B au "temps 5" (respectivement 30 % et 40 %) et non les valeurs initiales.

Le taux utile de la rente de l'accident C est donc de $(10 \times 1,5) \%$, soit 15 %.

Temps 6 : Révision en amélioration de l'incapacité de B, dont le taux passe de 40 % à 30 %.



La révision du taux d'incapacité de l'accident B, qui donne lieu à une diminution de la rente correspondante (le nouveau taux utile est calculé sur la base d'un même "point de départ" de 20 %; le nouveau taux utile est donc de $30/2$ % soit 15 %), n'entraîne pas le recalcul de la rente de l'accident C (dont la position dans la zone de majoration sera toujours la même en cas de révision de son taux d'IPP).

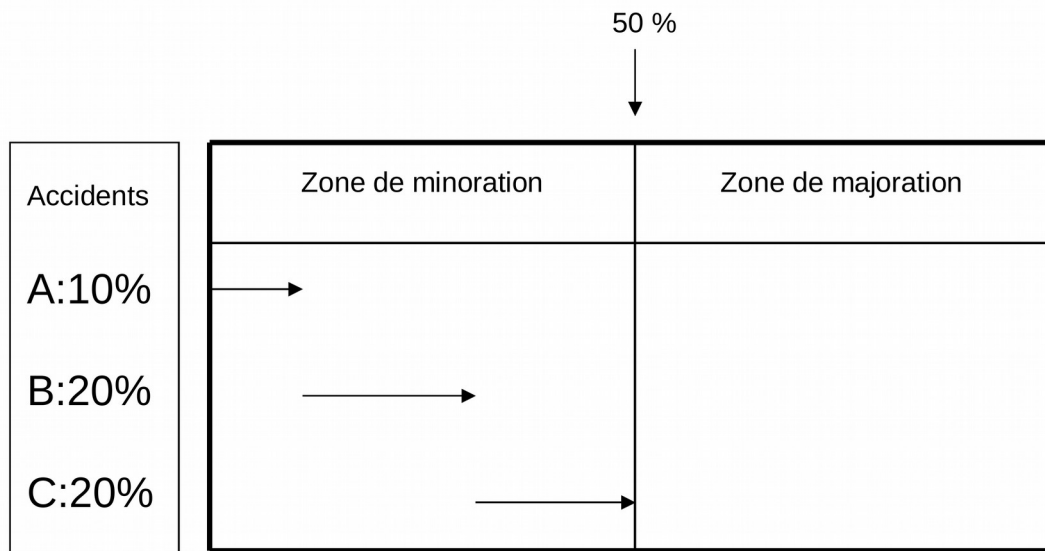
A titre de deuxième exemple :

soit trois accidents A, B, C survenus avant le 1^{er} janvier 2000

Le taux d'IPP de l'accident A est de 10 %

Le taux d'IPP de l'accident B de 20 %

Le taux d'IPP de l'accident C de 20 %



Taux d'IPP de chaque accident A = 10 % B = 20 % C = 20 %

Taux global d'IPP	10 %	30 %	50 %
-------------------	------	------	------

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 10 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

a) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 30 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	40 %	60 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 15 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $10 \% / 2 + 10 \% \times 1,5 = 20 \%$

b) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 50 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	80 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $40 / 2 \% + 10 \% \times 1,5 = 35 \%$

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

c) Le taux d'IPP de l'accident C passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 30 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	90 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 35 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $30 \% \times 1,5 = 45 \%$

d) B passe de 50 % à 20 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 20 %	C = 30 %
Taux global d'IPP	10 %	30 %	60 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(20 / 2) \% = 10 \%$

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $(20 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 10 \% + 15 \% = 25 \%$.

b) C passe de 30 % à 20 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 20 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	30 %	50 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(20 / 2) \% = 10 \%$
 Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $(20 / 2) \% = 10 \%$.

δ. Amélioration et rente optionnelle

Il s'agit du cas où, à la suite d'accidents successifs portant le taux d'IPP à 10 % ou plus, une rente a été obtenue sur option de la victime .

Lorsque par suite d'amélioration, le taux global d'IPP passe en dessous du seuil de 10 %, la rente qui avait été servie est remplacée par une indemnité en capital correspondant au nouveau taux global.

Exemple : soit un accident A ayant donné lieu à une IPP de 2 % et un second accident B avec un taux d'IPP de 9 % à la suite duquel la victime avait choisi une rente correspondant au taux global de 11 %. Celle-ci a été recalculée à partir d'un taux utile de 5,5 %.

Si l'état de la victime s'améliore et que le taux de l'accident B, par exemple, est réduit à 7 % ramenant le taux global d'IPP à 9 %, la rente versée à la suite de l'accident initial B sera remplacée par une indemnité en capital correspondant au taux d'IPP de 9 % .

d. Rachat ou conversion partielle de la rente d'accident du travail au profit du conjoint survivant

La rente d'accident du travail est un avantage « personnel » qui n'est plus versé après le décès de la victime. Toutefois le titulaire de la rente peut demander :

- la conversion en capital du quart au plus correspondant à la valeur de sa rente d'accident du travail,
- Et/ou la constitution d'une rente réversible à son décès pour moitié ou plus sur la tête de son conjoint.

Les demandes de rachat ou de réversion peuvent être effectuées simultanément ou à des dates distinctes.

Dans le cas de la constitution d'une rente réversible, le montant de la rente viagère versée à la victime se trouve diminué de façon à ce que sa demande n'entraîne aucune charge supplémentaire pour la caisse d'assurance maladie.

Les calculs à faire au rachat ou à la conversion sont réglementés par le code de la sécurité sociale. Le tarif de rachat est fixé par arrêté du 17.12.1954.

La demande de conversion est possible à tout moment, que ce soit immédiatement, dès la notification d'attribution de la rente. Cette possibilité s'applique :

- aux accidents ou maladies professionnelle survenus depuis le 06.02.2006
- aux accidents survenus avant le 06.02.2006 si la consolidation n'était pas intervenue à cette date.
- Aux autres accidents encore dans les délais fixés par le régime de conversion des rentes en vigueur jusqu'au 05.02.2006.
- Aux accidents survenus avant le 06.02.06 à compter de l'expiration d'un délai de 5 ans courant le lendemain de la date de consolidation des séquelles de l'accident et ce pendant un an seulement.

En effet jusqu'au 05.02.2006, les anciennes dispositions réglementaires n'autorisaient la demande de conversion qu'à l'expiration d'un délai de 5 ans à compter du lendemain de la date de consolidation des séquelles de l'accident et ce, pendant un an seulement. Par conséquent, six ans après la consolidation, cette demande n'était plus possible.

Le titulaire de la rente doit alors adresser une demande à la Caisse d'assurance maladie par lettre recommandée avec avis de réception ou au moyen du formulaire Cerfa n°12045*01. La caisse doit notifier sa décision dans un délai de deux mois à réception de la demande. En l'absence de réponse de la caisse à l'expiration de ce délai, la demande est réputée acceptée.

e. Indemnisation en cas de décès de la victime

Il convient de distinguer 2 circonstances :

La première est celle d'un accident du travail entraînant un décès immédiat ou un décès dans les suites directes de cet accident alors que l'accident n'était pas encore consolidé. En cas de décès sur le temps et le lieu du travail pour un accident du travail, les ayants-droit bénéficient de la présomption d'imputabilité. Le lien direct entre l'accident du travail et le décès permet une prise en charge automatique de l'indemnisation au titre de l'accident du travail.

La famille n'a alors pas normalement à faire la preuve de l'imputabilité du décès à l'accident du travail ou du moins cette preuve est très facile à faire admettre.

Si le décès survient hors du lieu du travail ou en dehors de la période des soins, la présomption d'imputabilité tombe .

La deuxième circonstance plus délicate est celle d'un décès dans les suites lointaines d'un accident du travail alors que le patient était déjà consolidé. A titre d'exemple, on peut imaginer le cas d'un patient victime initialement d'un accident de trajet d'accident de travail lors d'un accident de voiture ayant entraîné un traumatisme crânien sévère. Le patient en a gardé des séquelles importantes, restant dépendant et décède de mort subite 20 ans après. Dans ce cas c'est à la victime de faire la preuve de l'imputabilité du décès au titre de l'accident du travail. Ce cas est traité par l'article L.443-1 du Code de la Sécurité Sociale qui traite des révisions. Cet article stipule : « toute modification dans l'état de la victime dont la 1^{ère} constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations... En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants-droit de la victime tels qu'ils sont désignés aux articles L.434-7 et suivants ». L'alinéa 4 de ce même article L.443-1 stipule que dans le cas où la victime ... à la date de son décès, avait été titulaire pendant au moins une durée fixée par décret, de la majoration pour assistance d'une tierce personne, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la Caisse, d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droit ». La durée fixée par décret de la majoration pour assistance d'une tierce personne est d'au moins 10 ans.

On voit que la procédure est là beaucoup plus difficile à faire admettre par la Caisse primaire puisque c'est à la famille de faire la preuve de l'imputabilité du décès au titre de l'accident du travail.

Du point de vue pratique il suffit de faire une demande de rechute. Il convient d'envoyer à la Caisse primaire d'assurance maladie par lettre recommandée avec accusé de réception un certificat d'accident de travail en cochant rechute, en indiquant les références au moins la date de l'accident de travail initial avec un certificat de décès et toutes les pièces justificatives allant dans le sens d'un lien avec le certificat du travail initial. Sur le certificat de rechute il convient d'écrire dans le motif : décès.

Si la cause médicale du décès n'est pas connue avec certitude la Caisse primaire peut solliciter une autopsie après accord des ayants droit de la victime. En effet l'article L.442-4 du Code de la Sécurité Sociale stipule «la Caisse doit, si les ayants-droit de la victime le sollicitent ou avec leur accord si 'elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité, demander au Tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident se produit de faire procéder à l'autopsie dans les conditions prévues aux articles 232 et suivants du Code de procédure civile. Si les ayants-droit de la victime s'opposent à ce qu'il soit procédé à l'autopsie demandée par la Caisse, il leur incombe d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès ». Comme on le voit, les ayants-droit doivent être informés des implications d'un refus d'autopsie car la charge de la preuve est alors inversée. La présomption d'imputabilité en faveur de la victime ne joue plus et il appartient aux ayants-droit d'apporter la preuve de l'origine professionnelle du décès.

Si la Caisse primaire refuse une imputabilité pour des raisons médicales, les ayants-droit peuvent demander une expertise de Sécurité sociale au titre de l'article L.141.1 du Code de la Sécurité Sociale.

On voit que dans ce 2^{ème} cas la reconnaissance est beaucoup plus facile si l'accidenté bénéficiait d'une rente de majoration pour tierce personne pendant au moins 10 ans et si l'ayant-droit justifie effectivement avoir porté cette assistance à la victime pendant la même durée, car alors le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident du travail. La Caisse peut contester l'imputabilité du décès dans un délai de 20 jours qui suit la demande d'indemnisation présentée par les ayants-droit. Si la caisse n'a pas contesté dans les délais impartis ou si elle ne peut apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident ou à la maladie professionnelle est réputée acquise à l'égard des ayants droit (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 18.01.2001, n° 99-15981, bull.civ.V, n°15, page 9).

Modèle de lettre de demande par le conjoint survivant d'attribution de rente de conjoint survivant

Dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Nom – Prénom

à....le.....

Adresse des ayants droits

Madame, Monsieur le Chef de Service AT-
MP

Organisme gérant le risque

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Objet : Demande d'attribution de rente de conjoint survivant

N° SS : (Victime)

Madame, Monsieur le Chef de Service,

Je soussignée.....née leà....., conjoint survivant de
.....décédé(e) le.....des suites de sa / ses maladies (s)
professionnelle (s)(1).

Demande par la présente l'attribution d'une rente de conjoint survivant car je
considère que le décès de mon conjoint est une conséquence de la / des
maladie(s) inscrite(s) au (x) tableau (x).....des maladies
professionnelle(s) ou de son accident du travail, dont il était atteint avant son
décès.

Je vous prie de trouver les pièces ci-jointes :

- Un certificat médical du Docteur.....duqui atteste d'une
relation de cause à effet entre sa (ses) maladies (s)professionnelle (s) (ou son
accident du travail).....et son décès, le tout pouvant révéler du (des)
tableau(x).....des MP du régime Général.
- les pièces d'état civil attestant de ma qualité d'ayant droit
-
- un certificat de décès de mon époux.

Si par impossible, le médecin Conseil de la Caisse, estime que le certificat et les
constatations du Dr.....ne sont pas suffisantes pour établir une relation
directe ou déterminante entre les causes du décès de mon conjoint et de son
imputabilité à la / aux maladie(s) professionnelle(s) dont il était atteint, et qu'il
souhaite faire procéder à une autopsie, bien qu'étant persuadé(e) que le lourd
dossier médical de mon conjoint devrait suffire à établir l'origine et la cause du
décès, je n'entends pas m'opposer à cette démarche médico-légale.

Conformément à l'article R441-13 du Code de la Sécurité sociale, je vous saurais
gré de bien vouloir me transmettre les pièces médico-administratives du dossier
de mon époux au fur et à mesure de l'instruction de celui-ci.

Vous en remerciant par avance je vous prie d'agréer, Madame, monsieur le
Chef de Service, l'expression de mes salutations distinguées.

PJ : acte de décès

Certificat du Dr.....

Pièces d'état civil

(1) Si la ou les MP ne sont pas déjà reconnue(s), il faut accompagner cette démarche par une (des) déclaration(s) de MP au titre de l'ayant droit

Les ayants droits d'une victime d'un accident du travail décédée peuvent bénéficier :

- d'une rente viagère (article L.434-c du Code de la Sécurité Sociale)
- d'un capital décès.
- d'une indemnisation destinée à compenser les frais funéraires (article L.435-1 du Code de la Sécurité Sociale).

aa. Prise en charge des frais funéraires

Les frais funéraires sont payés par la Caisse primaire d'assurance maladie dans la limite des frais exposés et sans que leur montant puisse excéder un maximum fixé par arrêté ministériel (article L. 435-1 du Code de la Sécurité Sociale) . Ce montant est actuellement fixé au 1/24ème du maximum de la rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale c'est-à-dire du plafond de la Sécurité Sociale, soit 1543 € au 01.01.2013. La différence entre le montant des frais engagés et le montant maximal remboursé pourrait être éventuellement être prise en charge après examen par la Caisse d'assurance maladie de la situation personnelle et des ressources des ayants droit.

Pour bénéficier de la prise en charge des frais funéraires, il faut adresser une demande de remboursement par courrier libre à la Caisse primaire d'assurance maladie accompagnée des pièces suivantes :

- Le ou les factures acquittées
- Un relevé d'identité bancaire.

Les frais sont versés à la personne qui a effectivement dépensé les sommes prises en compte sur présentation de la facture. Les frais funéraires viennent en déduction du capital décès versé par le régime des assurances sociales.

Ces frais funéraires comprennent entre autres le cercueil, la mise en bière, les frais de corbillard, les frais de creusement de la tombe, les frais de cérémonie, les frais d'incinération.

Le capital décès est servi en matière d'assurance sociale. Ayant le même objet, le capital décès et les frais funéraires ne peuvent se cumuler et le montant du forfait frais funéraires vient en déduction du capital décès.

bb. Le remboursement des frais de transports du corps jusqu'au lieu de sépulture

La Caisse primaire peut prendre en charge les frais de transport du corps de l'assuré décédé jusqu'au lieu de sépulture lorsque le décès est survenu lors d'un déplacement professionnel effectué à la demande de l'employeur. Le lieu de sépulture doit se situer en France.

Les frais de transport sont remboursés sur justificatifs à la personne qui les a réglés. Les frais de transport sont remboursés dans la limite des frais engagés avec un montant maximal fixé à 1543 € au 1er janvier 2013. La différence entre le montant

des frais engagés et le montant maximal remboursé pourra être éventuellement prise en charge après examen par la Caisse primaire d'assurance maladie.

cc. Le capital décès

Le capital décès est une indemnité qui garantit le versement d'un capital aux proches d'un salarié décédé sous certaines conditions :

- salarié avec une activité suffisante au jour du décès pour permettre l'ouverture des droits à l'assurance maladie
- chômeur indemnisé
- bénéficiaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnel avec un taux d'incapacité d'au moins 66.66 %
- bénéficiaire d'une pension d'invalidité

Le capital décès n'est pas attribué de façon automatique. Il est attribué seulement si le ou les bénéficiaires éventuels en font la demande. Il convient de remplir le formulaire S3180 « Demande de capital décès », il convient d'indiquer le rang des bénéficiaires ainsi que le ou les autres bénéficiaires éventuels.

Le montant du capital décès est fixé en fonction des revenus que percevait l'assuré décédé. Il représente 91.25 fois le gain journalier de base. Le gain journalier est égal 1/91,25 du montant des 3 ou six derniers salaires antérieurs à la date de cessation d'activité selon que le salaire est réglé mensuellement ou par quinzaine. Le montant minimal est de 370.32 € et le montant maximal de 9258 € au 1^{er} janvier 2013.

Le capital décès n'est pas soumis à la Contribution sociale généralisée ni à la Contribution au remboursement de la dette sociale ni aux cotisations de sécurité sociale, ni à l'impôt sur les successions.

Le capital décès représente donc environ 3 mois de salaire de l'assuré, pris en compte dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

dd. Indemnisation des ayants droits

Sont considérés comme ayants droits de la victime d'un accident du travail pouvant bénéficier d'une rente :

- le conjoint (par le conjoint il faut entendre époux non divorcé et non séparé de corps, concubin ou pacsé, le concubin ou le partenaire lié par un pacs)
- les enfants,
- les ascendants.

Les ayants droits de la victime perçoivent une rente viagère suivant l'article L.431-7 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

La rente d'ayant-droit n'est pas attribuée de façon automatique. Pour l'obtenir il faut en faire la demande.

Il faut adresser alors la demande de rente d'ayant-droit par courrier libre à la Caisse primaire d'assurance maladie de l'assuré décédé, accompagné d'une pièce d'état civil prouvant le lien de parenté avec le défunt.

Le système du calcul de la rente sera identique à celui des rentes versées à la victime directe d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, en particulier pour la détermination du salaire annuel de base.

La seule différence résidera dans le taux d'IPP corrigé qui variera suivant la qualité de l'ayant droit.

Le total des rentes allouées à l'ensemble des ayants droits d'une victime d'accident du travail décédés ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de base d'après lequel elles ont été établies. Si leur total dépassait ce taux de 85 %, les rentes revenant à chaque catégorie d'ayant droits feraient l'objet d'une réduction proportionnelle .

Cas du déplacement du plafond de 85% en cas de décès imputable à l'accident du travail. Normalement une famille composée de l'un des parents et de trois enfants perçoit une rente à la reconnaissance de l'imputabilité du décès de l'autre parent.

Conjoint survivant de moins de 55 ans : 40%

Premier enfant : 25%.

Second enfant : 25%

Troisième enfant : 20%.

Lorsque les ayants droit comprennent un conjoint survivant de moins de 55 ans et trois enfants, on aboutit ainsi à un total de 110%.

On aboutit ainsi à un total de 110% mais qui est ramené à 85%. La Caisse refait un calcul pour établir la proposition attribuée à chacun. Le conjoint survivant touchera $40\% \times 85 / 110 = 30,9\%$.

Le premier enfant touchera $25 \times 85 / 110 = 19,3\%$.

Le second enfant touchera $25 \times 85 / 110 = 19,3\%$.

Le troisième enfant touchera $20 \times 85 / 110 = 15,45\%$.

La loi n°2001-1.246 du 21 décembre 2001 n'ayant pas modifié la limite de 85% pour l'indemnisation globale pour une même famille, le seul moyen pour que le taux utile pour une famille soit de 100% est d'obtenir la faute inexcusable de l'employeur.

Les taux de rente calculés pour les ayants droits sont des taux réels, ils ne sont donc pas divisés par 2 ou multipliés par 1,5 comme pour les victimes lorsqu'elles sont vivantes.

Les nouvelles dispositions prévues par la loi n°2001-1.246 du 21 décembre 2001 (conditions d'attribution de la majoration tierce personne, revalorisation des rentes des ayants-droits) détaillées ci-dessous s'appliquent pour les nouveaux taux aux AT-MP déclarés ou révisés depuis le 1er janvier 2002 . En ce qui concerne les maladies professionnelles, ces dispositions s'appliquent à la date du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et l'activité professionnelle. Cette date est alors assimilable à celle d'un accident du travail.

La circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie n ° 70 / 2002 du 7-5-2002 a récemment majoré de 10 % l'indemnisation versée aux ayants droits, ceci concernant les accidents survenus à partir du 1er janvier 2002 .

La circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés n ° 46 / 2003 du 2-4-2003 a précisé les conditions d'indemnisation des ayants-droits .

Les nouveaux taux sont applicables bien sûr aux AT-MP déclarés ou révisés depuis le 1er janvier 2002, mais également à toutes les rentes d'ayants-droits servies avant cette date, quelle que soit la date de déclaration, avec un rappel à compter du 31 décembre 2002.

La rente est versée par la Caisse d'assurance maladie de l'assuré décédé directement à l'ayant-droit sauf lorsque que celui-ci est mineur. Dans ce cas, la rente d'ayants-droit est versée selon le cas au père, à la mère, au tuteur ou à la personne ayant la garde de l'enfant.

La rente d'ayant-droit n'est pas soumise à la CSG, à la CRDS, aux cotisations de Sécurité sociale ni à l'impôt sur les successions.

α. Le conjoint survivant

Le bénéficiaire des rentes détaillées ci-dessous s'applique, outre le conjoint, désormais au concubin et au partenaire lié par un PACS (circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés – DRP n ° 70 / 2002 du 7-5-2002, ceci concernant les accidents survenus à partir du 1-9-2001 en application de l'Article L. 434-8 du Code de la Sécurité Sociale modifié par l'article 53 de la loi n°2001-1.246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002) .
Le nouveau statut des ayants-droits est applicable à partir du 1 – 9 – 2001 .

Le mariage doit avoir lieu avant l'accident du travail ou s'il a eu lieu après, avoir duré au moins deux ans à la date du décès. Ces conditions ne sont pas exigées si le couple a eu un ou plusieurs enfants.

L'article 515-8 du Code Civil définit le concubinage comme une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple .

L'article 515-1 du Code Civil quant à lui définit le PACS comme un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune.

La preuve d'une vie commune ne pose pas de difficultés pour le PACS, le greffe du tribunal d'instance concerné délivrant aux intéressés un document intitulé "attestation d'inscription d'un PACS et de ses éventuelles modifications".

S'agissant du concubinage, cette situation pourra être établie par la production d'un certificat délivré par la mairie ou, à défaut, par la production de factures de type EDF, quittance de loyer, ou d'un avis d'impôt sur le revenu mentionnant une adresse conjointe dont il revient à la CPAM d'apprécier la validité. Une enquête administrative permettra le cas échéant de recueillir des éléments permettant de prendre une décision.

Pour le concubin ou le pacsé, la vie commune doit avoir duré aux moins 2 ans à la date du décès. Cette condition n'est pas exigée si les concubins ou les pacsés ont eu un ou plusieurs enfants ensemble.

La rente est versée au conjoint jusqu'à la fin de ses jours, qu'il vive seul ou en concubinage ou pacsé.

Le partenaire suscité a droit à une rente viagère, c'est-à-dire versée à vie jusqu'au décès, sous réserve que le mariage a été contracté, ou que le pacte civil de solidarité, ou la situation de concubinage aient été établis avant l'accident ou à défaut que le mariage ait été contracté, que le pacte civil de solidarité, ou la situation de concubinage aient été établis depuis au moins deux ans avant le décès. Ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont nés du mariage, ou si les concubins, les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants (article L. 434-8 du Code de la Sécurité Sociale) .

La rente est versée au conjoint jusqu'à la fin de ses jours, qu'il vive seul ou en concubinage ou pacsé.

Le conjoint survivant âgé de moins de 55 ans bénéficie de la rente viagère s'élevant à 40 % du salaire annuel de base de la victime (Article R. 434-11 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le décret d'application n°2002-1.555 du 24 décembre 2002 publié au Journal Officiel du 29 décembre 2002 applicable aux rentes à compter du 1 – 1 – 2003) au lieu de 30 % antérieurement .

Si le conjoint survivant a au moins 55 ans ou, quelque soit son âge, lorsqu'il est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % pendant au moins trois mois, la rente est majorée de 20 % (Articles L. 434-8 5^e alinéa et R. 243-11 3^e alinéa du Code de la Sécurité Sociale). Il a donc droit à un complément de rente de 20%. La rente est alors de 40 % + 20 % = 60 % . Dans le cas du conjoint atteint d'une incapacité de travail au minimum de 50% la majoration est versée aussi longtemps que l'incapacité est reconnue.

Cette rente est destinée à compenser le préjudice économique subi du fait de la victime.

Les conjoints survivants de plus de 55 ans ou atteints d'une incapacité de travail doivent pour bénéficier de cette majoration présenter une demande à l'aide d'un formulaire disponible dans les Caisses : il faut remplir le formulaire S6108 «Demande du conjoint survivant en vue d'obtenir le bénéfice de complément de rente de 20% ».

En cas de conjoints divorcés ou séparés de corps, lorsque ce conjoint ne bénéficie pas d'une pension alimentaire, il ne touche rien.

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint n'a droit à la rente viagère que si ce conjoint a obtenu une pension alimentaire .

Un conjoint séparé ou divorcé et qui a obtenu une pension alimentaire avant le décès de la victime peut bénéficier d'une rente d'ayants droits à la hauteur du montant de la pension alimentaire dans la limite de 20% du salaire annuel de base de la victime. Lorsqu'il bénéficie d'une pension alimentaire, la rente est ramenée au montant de cette pension avec un maximum de 20%.

Si la victime de l'accident du travail laisse un nouveau conjoint, la rente à répartir doit être fixée de telle sorte que le 2^{ème} conjoint ne puisse recevoir moins de la moitié de la rente de 40%, soit 20% de celle-ci.

En cas de remariage, le conjoint cesse de bénéficier de la rente viagère. Ce conjoint touche alors à la place une somme égale aux arrérages de la rente calculée selon le taux en vigueur à la date du mariage et concernant une période déterminée de 3 ans (article R. 434-15 du Code de la Sécurité Sociale). Le conjoint survivant remarié sans enfant touche un capital équivalent à 3 fois la rente annuelle En cas de remariage, le conjoint survivant remarié sans enfant, s'il n'a pas d'enfant, touche donc un capital égal à trois fois le montant de la rente annuelle. En revanche, s'il se remarie, la rente est supprimée sauf s'il a des enfants de son premier mariage jusqu'à ce que le plus jeune des enfants ait atteint l'âge de 16 ans. Dans ce cas il conserve son droit à la rente aussi longtemps qu'un des enfants bénéficie d'une rente.

Si le conjoint a des enfants du mariage avec la victime, même s'il se remarie, il conservera cependant le droit à la rente dont le rachat sera différé aussi longtemps que l'un de ses enfants bénéficiera de la rente d'ayant droit . Le rachat de la rente en

cas de conjoint survivant remarié avec des enfants sera donc différé jusqu'à ce que le plus jeune des enfants ait atteint l'âge de 16 ans.

Si le conjoint qui s'est remarié est de nouveau séparé de corps, divorcé, ou veuf, il récupère son droit à la rente.

Si le conjoint est condamné pour abandon de famille, il ne touche aucun avantage, ni rente, ni capital.

Si la victime s'était remariée avant son décès, la rente viagère à laquelle son nouveau conjoint peut prétendre est au minimum équivalente à 20% du salaire annuel de base de l'assuré.

β. La rente viagère touchée par les descendants

Les enfants de l'assuré décédé, qu'ils soient issus d'un couple marié ou d'un couple non marié (la filiation doit être légalement établie par reconnaissance volontaire) ou encore adoptés par l'assuré ont droit à une rente jusqu'à un âge limite fixé à 20 ans. Les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptés dont la filiation est légalement établie, ont droit à cette rente.

Les autres descendants de la victime et les enfants recueillis par elle, s'ils sont privés de leur soutien naturel, sont considérés de ce fait à la charge de la victime et bénéficient des mêmes avantages, spécialement les petits enfants de la victime. La notion d'enfants recueillis concerne essentiellement les enfants de l'époux ou de l'épouse ou encore du concubin.

Les autres descendants petits enfants, enfants recueillis : Ils touchent les mêmes avantages que les enfants s'ils étaient à la charge des victimes.

La rente pour enfants est versée jusqu'à l'âge de 20 ans quel que soit le revenu de l'enfant.

La limite d'âge pour bénéficier de la rente est de 20 ans quelle que soit la situation personnelle de l'enfant y compris en cas de salariat alors qu'auparavant l'âge limite était de 16 ans ou dans certains cas de 17 à 20 ans (décret n° 2002 – 1555 du 24 -12 – 2002 applicable aux rentes à compter du 1 – 1 – 2003) .

Le taux de la rente variera suivant que les enfants sont orphelins, de père et de mère au moment du décès, ou le deviennent postérieurement ou seulement orphelin de père ou bien de mère (article L. 434-10 du Code de la Sécurité Sociale) .La répartition des taux pour chaque enfant est régie par l'article R.434-16 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le décret n° 2002 – 1555 du 24 -12 – 2002 applicable aux rentes à compter du 1 – 1 – 2003 .

Pour chaque enfant, orphelin de père ou de mère, le taux de est 25 %, au lieu de 15 % auparavant, dans la limite de 2 enfants et de 20 %, au lieu de 10 % auparavant, au delà de 2 enfants . On a ainsi pour le 1^{er} enfant un taux de 25% ; on a ainsi pour le 2^{ème} enfant un taux de 25% ; on a ainsi pour le enfant suivants un taux de 20%. Si l'enfant a perdu ses deux parents lors du décès de la victime postérieurement à celui-ci (orphelin de père et de mère), le taux est de 30 %, au lieu de 20 % auparavant .

En cas de plusieurs enfants, les rentes sont considérées comme collectives et donc réduites au fur et à mesure que les enfants atteignent la limite d'âge.

Exemple de 3 enfants âgés de 15 ans :

La rente totale pour les enfants sera de $25\% + 25\% + 20\% = 70\%$. La part de chaque enfant sera donc de $70\% : 3 = 23,3\%$.

Lorsque l'aîné perdra du fait de la limite d'âge, le droit à une rente, la rente totale sera de 45 %.

La part de chaque enfant sera de $45\% : 2 = 22,5\%$.

On pourra constater que la part de chaque enfant augmente lorsqu'un enfant de cette famille atteint la limite d'âge.

Dans le cas d'enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée distinctement. Toutes les rentes servies pour des enfants sont concernées :

- * les rentes servies le seront jusqu'aux 20 ans révolus de l'enfant,
- * les rentes dues selon les termes de la circulaire, mais ayant cessé d'être servies, devront être reprises pour la période entre le 31 décembre 2002 et les 20 ans de l'enfant.

y. Rente des ascendants

Le principe de cette rente s'inspire du Code civil (articles 205 et 207 du Code civil) où il est stipulé que chacun doit subvenir à ses ascendants dans le besoin.

Si la victime ne laisse ni conjoint, ni enfant, chaque ascendant peut obtenir une rente s'il prouve qu'il pourrait obtenir une pension alimentaire. Le total des rentes ainsi versé ne peut excéder 30% et par ascendant 10%.

Si la victime laisse un conjoint et des enfants mais que l'ascendant était à sa charge, l'ascendant touche 10%.

Si la victime ne laisse ni conjoint, ni enfant, chaque ascendant peut obtenir une rente s'il prouve qu'il pourrait obtenir une pension alimentaire. Le total des rentes ainsi versé ne peut excéder 30% et par ascendant 10%. Si la victime ne laisse ni conjoint, ni enfant, chaque ascendant peut obtenir une rente s'il prouve qu'il pourrait obtenir une pension alimentaire. Le total des rentes ainsi versé ne peut excéder 30% et par ascendant 10%.

Si la victime laisse un conjoint et des enfants mais que l'ascendant était à sa charge, l'ascendant touche 10%.

L'ascendant peut donc bénéficier d'une rente sous réserve que dans le cas où la victime n'avait ni conjoint, ni enfant, cet ascendant aurait pu obtenir une pension alimentaire et que dans le cas où la victime avait conjoint et enfant, il était à la charge de la victime (article L. 734-13 du Code de la Sécurité Sociale) .

Ces conditions doivent être apportées à la date de l'accident ou au jour du décès de la victime. Ce droit à la rente est supprimé si l'ascendant est reconnu coupable d'abandon ou déchu de l'autorité parentale.

La rente d'ascendant est fixée à 10 % du salaire annuel de la victime . Le total des rentes allouées aux ascendants ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de base égale à 30 %. Si cette quotité a dépassé la rente de chacun des ascendants, elle sera réduite proportionnellement (article L. 434-14 du Code de la Sécurité Sociale) .

δ. Exemples

- Exemple N°1 : cas de la famille Génin

Mr Génin décède des suites d'un accident du travail en 1993.

Il laisse une veuve, Sylvie Génin née en 1960, et deux enfants, Pascal né en 1990 et Amélie née en 1991.

Cette famille a perçu jusqu'à ce jour :

- pour Sylvie : 30% au titre du conjoint survivant,
- pour Pascal : 15% comme premier enfant,
- pour Amélie : 15% comme second enfant.

Soit un total de 60% du salaire de référence .

Ce salaire de référence est de 20.000 euros (chiffre 2003) .

Les rentes d'ayants droit de la famille Génin représentaient 60% de ces 20.000 euros soit 12.000 euros par an.

Avant l'application des circulaires, les caisses avaient la consigne d'exclure la famille Génin, comme tous les anciens dossiers, du bénéfice des nouveaux taux.

A compter de l'application par les caisses de la circulaire, et avec un effet rétroactif au 31 décembre 2002, l'indemnisation de la famille Génin sera de :

- 40% pour Sylvie au titre du conjoint survivant,
- 25% pour Pascal au titre du premier enfant,
- 25% pour Amélie au titre du second enfant.

Soit une indemnisation de 90% du salaire de référence.

Mais la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 dont sont issues les nouvelles règles, n'a pas abrogé les articles L. 434-14 et R. 434-17 du Code de sécurité sociale.

Le maximum du taux utile pour une même famille est toujours fixé à 85%.

L'indemnisation de la famille Génin sera donc de 20.000 euros X 85% soit 17.000 euros par an.

Soit une augmentation de 5.000 euros par année pleine.

La famille Génin percevra également un rappel couvrant la période du 31 décembre 2002 à la date de la nouvelle notification.

- Exemple N°2 : cas de la famille Grandadam

Mr Grandadam décède des suites d'un accident du travail en 2000.

Ses ayants droits sont :

- sa conjointe, Caroline, née en 1946,
- ses trois enfants : Alexandre, né en 1975 ; Julie, née en 1981 et Eric, né en 1984.

En 2000, la famille Grandadam perçoit en application des anciennes règles :

- pour Caroline au titre du conjoint survivant, 30% du salaire de référence ;
- pour Alexandre, âgé de plus de 20 ans au moment du décès, aucune indemnisation ;
- pour Julie, âgée de 19 ans au moment du décès et salariée, aucune indemnisation ;
- pour Eric, âgé de 15 ans au moment du décès, 15% du salaire de référence.

La famille Grandadam perçoit donc en 2000, 30 % + 15 % = 45% du salaire de référence.

En 2001, Mme Caroline Grandadam ayant atteint l'âge de 55 ans, son taux est majoré de 20%.

La famille Grandadam perçoit alors $45\% + 25\% = 65\%$ du salaire de référence.

En avril 2002 :

Eric vient de réussir son baccalauréat et a trouvé un emploi salarié.

Le versement de sa rente est arrêté.

La famille Grandadam voit son indemnisation passer à 50% du salaire de référence.

(La seule indemnisation est celle de Mme Caroline Grandadam au titre du conjoint survivant avec la majoration de 20%, soit $30\% + 20\% = 50\%$).

En 2003 avec l'application des nouvelles règles :

- la rente de Mme Caroline Grandadam passe de 50% à 60% du salaire de référence.

- le versement d'une rente de 25% (et non plus de 15%) va reprendre pour son fils Eric.

Cette rente est versée à compter du 31 décembre 2002 et jusqu'à ce qu'Eric atteigne ses 20 ans.

L'application des nouvelles règles augmentera les prestations de la famille Grandadam de 35% du salaire de référence.

Le salaire de référence étant de 20.000 euros, le gain pour la famille Grandadam sera de 7.000 euros sur une année pleine.

2. Révision de la rente

Suivant les articles L.443 – 1 et R. 443-1, R. 443 - 5 du Code de la Sécurité Sociale, " sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations . Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment dans les deux premières années qui suivent la date de guérison ou de consolidation de la blessure, à intervalles de trois mois . Après l'expiration de ce délai de deux ans, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles d'au moins un an. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués de commun accord " .

Le taux d'IPP peut être révisé :

- par l'organisme gestionnaire : les titulaires d'une rente sont tenus de se soumettre aux contrôles médicaux organisés par les organismes gestionnaires sous peine de se voir prononcer la suspension de la rente. Il est possible lors de l'occasion de ces examens de procéder à la révision du taux de l'incapacité.
- Par les titulaires d'une rente. Le titulaire de la rente peut demander une révision à tout moment pendant les deux premières années à compter de la date de consolidation. Passé ce délai la révision ne peut être effectuée qu'annuellement. Il est conseillé d'appuyer les demandes de révision de rente par un certificat médical circonstancié.

La Cour de cassation a précisé que le premier contrôle de l'état de l'assuré, effectué à l'issue de la période initiale de deux ans, peut avoir lieu sans qu'une durée minimale d'une année ne soit exigée (Arrêt de la Chambre de la Cour de Cassation du 6 octobre 1994, n°92-13.324). Ainsi, ce premier contrôle après la fin de la période initiale de deux ans peut intervenir à tout moment et servir de point de départ au délai d'un an prévu pour les contrôles ultérieurs.

La révision ne sera envisagée que s'il y a modification dans l'état de la victime, c'est à dire un fait nouveau d'ordre médical se traduisant par une amélioration ou une aggravation des lésions après la fixation du taux d'IPP . Si, dans le cadre d'une demande d'aggravation, la victime invoque des lésions nouvelles qui n'ont pas été immédiatement consécutives à l'accident, ou qui ne sont pas survenues dans les suites du traumatisme ou du traitement, elle doit apporter la preuve directe de la relation certaine entre l'accident et ces nouvelles lésions .

Que la révision soit demandée par la victime, certificat médical à l'appui ou qu'elle soit déclenchée sur initiative de la Caisse Primaire, elle donnera lieu à un examen du Médecin Conseil.

La victime doit être informée, par lettre recommandée, du jour, de l'heure et du lieu de cet examen au moins six jours à l'avance (article R. 443 - 5 du Code de la Sécurité Sociale) . Dans le cas où la victime ne peut, en raison de son état, se rendre au lieu indiqué pour cet examen, elle doit en avertir immédiatement la caisse primaire.

La décision de la Caisse sera notifiée à la victime dans les mêmes conditions que pour l'attribution de la rente initiale avec indication des voies de recours. La victime doit se soumettre aux examens du contrôle médical dans tous les cas même si elle estime que son état demeure inchangé, car elle risquerait alors de voir la Caisse suspendre tout paiement de rente jusqu'au contrôle effectif du Médecin Conseil (article R.443-6 du Code de la sécurité sociale).

Lorsque le taux d'IPP antérieur était inférieur à 10%, il ne justifiait que d'une indemnité en capital. Lorsque le nouveau taux reste inférieur à 10%, l'indemnité en capital correspondant à ce nouveau taux d'IPP est calculée et diminuée d'une somme égale à l'indemnité correspondant à l'ancien taux. Lorsque le nouveau taux d'incapacité est supérieur à 10%, les arriérages annuels de la rente sont diminués de 30% au plus à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.

Lorsque le taux d'IPP antérieur était supérieur ou égal à 10% faisant bénéficier d'une rente et que le nouveau taux d'incapacité est strictement inférieur à 10%, la rente est remplacée par une indemnité en capital.

Lorsque le nouveau taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10%, la majoration de la rente se fait au nouveau taux d'IPP. (Article R.434-1-3 et article R.434-1-1 du Code de la Sécurité sociale).

Modèle de demande de révision d'une rente d'accident du travail
(à adresser en recommandé avec accusé de réception)

Nom, prénom

Adresse

Objet : demande de révision d'une rente
d'accident de travail

A (lieu), le (date)

Monsieur le Directeur de la

Caisse primaire d'assurance maladie
de

Monsieur le Directeur de la

Caisse primaire d'assurance maladie de,

Suite à un accident du travail (ou à une maladie professionnelle) du ... (date de déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle), je bénéficie d'une rente basée sur un taux d'incapacité de x %.

Mon état de santé consécutif à cet accident du travail (ou à cette maladie professionnelle), s'étant aggravé depuis la fixation de ce taux, ainsi qu'en atteste le certificat médical ci-joint, j'ai l'honneur de solliciter l'augmentation de ce taux, afin que celui-ci soit porté à y %.

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

Signature

H. Le contentieux de la fixation du taux d'IPP

Il appartient au contentieux technique médical.

Le contentieux technique régit les litiges relatifs à l'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun, l'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'inaptitude au travail. Ce contentieux technique médical est défini dans le Code de la Sécurité Sociale par les Articles L. 143 – 1 à L. 143 – 4, R. 143 – 1 à R.143 – 36.

La composition et le fonctionnement de ce Tribunal du contentieux et de l'incapacité sont décrits dans le chapitre III. La demande de mise en invalidité auprès de la Sécurité Sociale et sa procédure contentieuse G. La procédure contentieuse 2. Le contentieux en cas de refus " médical " b. Cas du refus du médecin conseil pour affection stabilisée aa. Le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité .

Le Tribunal est directement saisi, sans recours préalable à la commission de recours amiable. En effet le recours amiable est facultatif au titre de l'incapacité permanente. Ceci signifie que les réclamations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle peuvent sur demande du requérant être soumises au préalable à la commission de recours amiable. Lorsque la décision de la commission de recours amiable saisie n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans un délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

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
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 :

..... (cf copie ci-jointe) .

Conformément aux dispositions de l'Article R. 143-6 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, dans le cas d'une contestation de la fixation d'un taux d'IPP en accident du travail, la victime pourrait écrire le motif suivant : " en effet, je considère que le taux de rente qui m'est attribué ne peut être considéré comme une juste réparation des conséquences de mon accident du travail ") . Je demande donc une modification d'un taux d'IPP pour mon accident du travail du ... de...%

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 date de contestation est la date de notification du taux d'IPP. L'examen des données médicales du patient devra donc être fait théoriquement à la date de notification du taux d'IPP .

Le Tribunal peut rajouter au taux " médical " d'IPP un taux professionnel tenant compte essentiellement du déclassement professionnel de la victime, et des difficultés d'embauche, du fait des séquelles de son accident . Ceci est d'autant plus fréquent que dans la majorité des cas, le taux d'IPP accordé par la sécurité sociale se base sur le rapport médical d'IPP du médecin conseil qui ne tient compte que des conséquences médicales du handicap sans appréhender les conséquences professionnelles de ce handicap par le rajout d'un taux professionnel. Dans ce cas précis, l'assuré aura tout intérêt à contester le taux d'IPP accordé par la caisse primaire d'assurance maladie devant le TCI qui, lui, tient compte constamment des conséquences professionnelles de l'accident du travail en rajoutant un taux professionnel.

La seule exception à la possibilité d'appel d'une décision du Tribunal du contentieux de l'incapacité devant la Cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail concernait jusqu'au 20 – 1 – 2002 les décisions du Tribunal du contentieux de l'incapacité en matière d'incapacité permanente due à l'accident du travail lorsque le taux de cette incapacité était inférieur à 10 % .

Le Tribunal du contentieux de l'incapacité saisi statuait alors en premier et dernier ressort, seul un pourvoi en Cassation était alors possible .

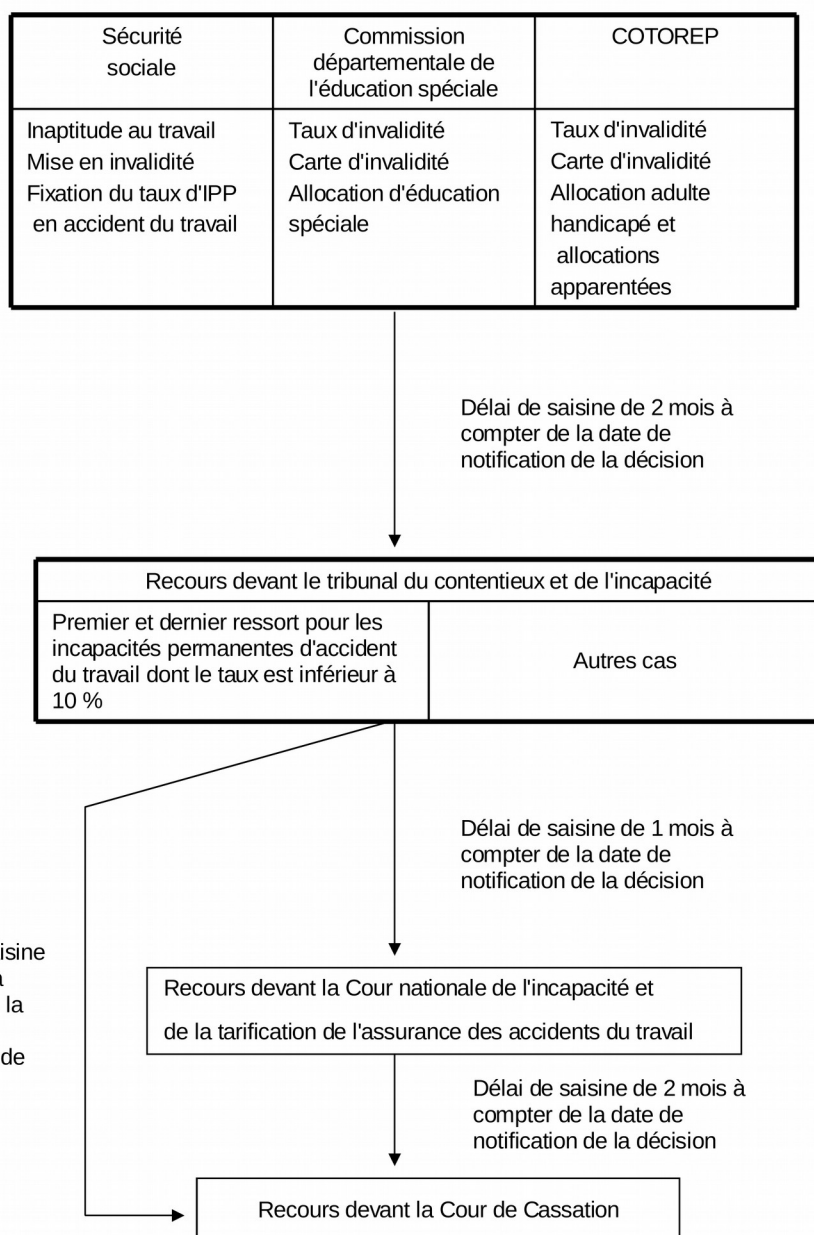


Schéma général du contentieux technique de la Sécurité Sociale
(avant le 20 – 1 – 2002)

Ceci a été supprimé par l'article 35 de la Loi de modernisation sociale n° 2002 – 73 du 17 – 1 – 2002, avec application de cette Loi par la circulaire ministérielle de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de l'emploi du 7 – 2 – 2002 n° 2002 – 73 qui concerne toutes les décisions du Tribunal du contentieux de

l'incapacité en matière d'incapacité permanente due à l'accident du travail lorsque le taux de cette incapacité était inférieur à 10 % à compter du 20 – 1 – 2002 .

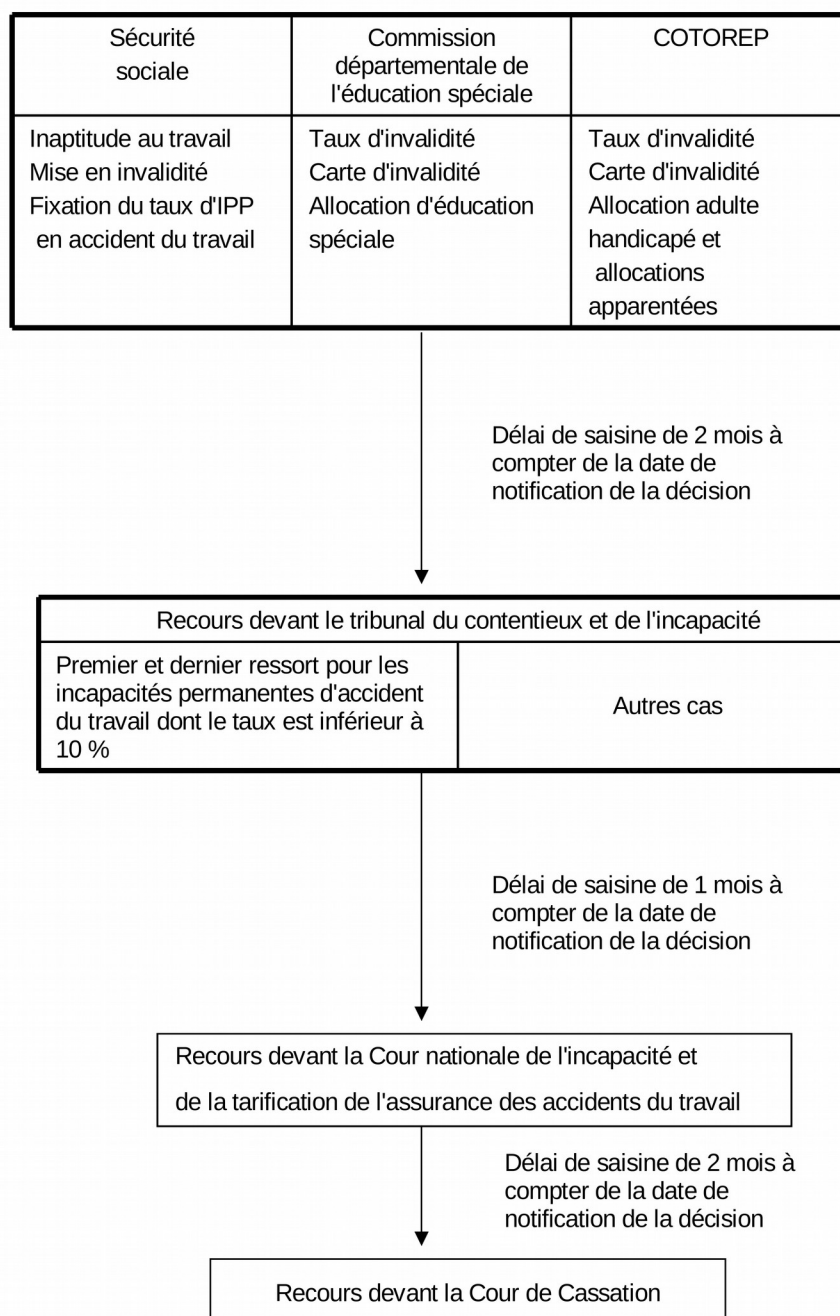


Schéma général du contentieux technique de la Sécurité Sociale
(après le 20 – 1 – 2002)

I. La protection du salarié accidenté du travail vis-à-vis du risque de licenciement

1. Réglementation

Les salariés victimes d'un accident du travail (à l'exclusion des accidents de trajet) , d'une rechute d'un accident de travail survenu chez le même employeur, ou d'une maladie professionnelle sont protégés contre un licenciement pendant leur arrêt de travail . Le contrat de travail d'un salarié victime d'un accident du travail est considéré comme suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail consécutif à cet accident du travail, qu'il s'agisse d'un CDD ou d'un CDI, ainsi que pendant le délai d'attente et la durée d'un stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle prescrite par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (Article L. 122 - 32 - 1 et 2 du Code du travail) . La même protection contre le licenciement est donc effective pendant la durée du stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle qui est suivie sur avis de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'accident de trajet est considéré comme ne pouvant être ni prévu, ni évité par l'employeur.

Le licenciement pour inaptitude du salarié à la suite d'un accident de trajet suit donc les mêmes règles qu'en cas d'inaptitude résultant d'une maladie (Article L.122 - 32 - 1 du Code du travail, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 23.04.80 N° 78 - 40.586, Lesniak contre société Simmac, 5ème partie, N° 335 ; Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 10.05.84 N° 80 - 41.388, Gouiran contre société métallurgique Le nickel, 5ème partie, N° 185) .

Le salarié victime d'un accident du travail, en arrêt de travail est protégé contre un licenciement, tant que la visite médicale de reprise n'a pas eu lieu (Arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation du 25.05.93, société Sade contre Rassoul) . La date de reprise effective du travail fixée par le médecin du travail mettra fin à la protection du salarié contre le licenciement.

Cette visite médicale auprès du médecin de travail est obligatoire après un arrêt de travail pour maladie professionnelle ou après un arrêt de travail d'au moins 8 jours pour accident du travail . Elle doit avoir lieu au moment de la reprise du travail. Le médecin du travail ne peut déclarer un salarié inapte qu'après deux examens médicaux espacés de deux semaines sauf si la présence du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé et la sécurité de l'intéressé ou celle des tiers.

2. Le licenciement pendant l'arrêt de travail survenant dans le cadre d'un accident de travail

La réglementation suscitée ne permet donc le licenciement que dans des circonstances bien précises et limitées, c'est-à-dire pour faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat pour des raisons non liées à la maladie professionnelle ou à l'accident du travail.

La faute grave est une faute rendant impossible la poursuite des relations de travail justifiant un licenciement immédiat sans préavis ni indemnité de licenciement. La faute grave reprochée au salarié peut être liée ou non à l'accident . Il peut donc s'agir

d'une faute grave de la victime à l'origine de son accident du travail ou d'une faute grave sans rapport avec son accident du travail.

L'impossibilité de maintenir le contrat pour un motif non lié à l'accident ou à la maladie professionnelle peut être consécutive à un motif économique ou à la fin d'un chantier où le salarié avait été embauché (par exemple maçon embauché pour un chantier du bâtiment : Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, arrêt de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 05.04.90, N° 87 - 45.575, Mousbir contre entreprise Bruno ROSTAND, 5ème partie, N° 174) . Dans tous les cas où le motif du licenciement est cette impossibilité à maintenir le contrat, l'employeur devra apporter la preuve du bien fondé de son argumentation justifiant ce licenciement .

3. Le licenciement après l'arrêt de travail survenant dans le cadre d'un accident de travail

a. Cas où le salarié est considéré comme apte à la reprise du travail par le médecin du travail

Le salarié pourra retrouver son emploi initial. Si cet emploi n'est plus vacant, l'employeur doit alors lui proposer un emploi similaire, assorti d'une rémunération équivalente.

Si le salarié est licencié par l'employeur, ce licenciement est alors considéré comme " abusif " avec les indemnités afférentes.

b. Cas où le salarié est déclaré inapte à reprendre son emploi par le médecin du travail

aa. La tentative de reclassement

L'employeur doit alors proposer à l'employé un nouvel emploi en tenant compte des conclusions écrites du médecin de travail et après avis des délégués du personnel. L'employeur doit tenir compte des indications données par le médecin du travail et en particulier de ses propositions de reclassement.

Si le médecin du travail ne fait aucune proposition de reclassement, l'employeur doit prendre l'initiative de solliciter ses conclusions. Si le médecin du travail ne fait aucune proposition écrite, l'employeur doit demander les conclusions écrites au médecin du travail. L'absence de demande d'avis du médecin du travail conduit à un licenciement irrégulier et là encore le salarié pourra prétendre à une indemnité de 12 mois de salaire minimum sans préjudice de l'indemnité de préavis et de l'indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité légale (arrêt du 24.11.1993 de la Chambre sociale de la Cour de Cassation, Société Beauvieux contre Martin) .

L'absence de demande de l'avis des délégués du personnel par l'employeur, obligera ce dernier à verser au salarié une indemnité de 12 mois de salaire minimum (article L.122 - 32 - 7 du Code du travail) et ce même si le reclassement était en fait impossible (arrêt du 30.03.1994 de la Chambre sociale de la Cour de Cassation, Anigo contre Société Delta Route) .

L'employeur doit proposer au salarié victime d'un accident du travail un nouvel emploi approprié à ses capacités, aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé mais la rémunération antérieure n'est pas nécessairement maintenue. La procédure de reclassement par l'employeur doit se faire non seulement dans le cadre d'une entreprise mais également dans le groupe auquel appartient l'employeur concerné parmi les entreprises dont les activités, l'organisation ou le lieu d'exploitation lui permettent d'effectuer la permutation de tout ou partie du personnel (Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 24.10.95, N° 94 - 40.188, Société Décolletage Plastique contre Jadault , 5ème partie, N° 283) .

bb. La procédure de licenciement

L'employeur ne peut licencier le salarié victime d'un accident du travail déclaré inapte à son poste de travail que s'il parvient à démontrer l'impossibilité où il se trouve de reclasser ce salarié ou bien le refus par le salarié du poste proposé (Article L. 122 - 3 - 5 du Code du travail) .

Si le salarié refuse d'accepter le poste proposé par l'employeur, le licenciement s'effectue alors suivant la procédure de droit commun.

L'employeur doit alors faire connaître au salarié par écrit les raisons de l'impossibilité du reclassement en s'appuyant sur des motifs solides (Article L.122 - 32 - 5 du Code du travail). Le non respect de cette formalité laisse la possibilité au salarié de demander des dommages et intérêts en raison d'un préjudice subi (Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 25.10.95, Vergnol contre Société Spirit; Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles , Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 04.01.90, N°86 - 40.740, Doizenet contre société Transpelor, 5ème partie, N°3 ; Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles , Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 09.05.90, arrêt N°86 - 41.874, Gordien contre Société Climale, 5ème partie, N° 211) .

Le licenciement suit la procédure habituelle : convocation du salarié pour entretien et notification du licenciement dans une lettre où il est rappelé les motifs du licenciement et les raisons rendant impossible le reclassement.

L'employeur versera alors au salarié victime d'un accident du travail licencié (Article L. 122 - 32 du Code du travail) :

- une indemnité compensatrice de préavis d'un montant égal à l'indemnité compensatrice de préavis de droit commun,
- une indemnité compensatrice de congés payés,
- une indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité légale de licenciement . Cette indemnité est donc égale à 1/5 du salaire mensuel par année d'ancienneté et majorée de 2/15 par année au-delà de la 10ème année d'ancienneté. Si l'indemnité de licenciement de la convention collective est plus favorable, c'est cette dernière indemnité qui sera versée mais le salarié ne peut pas demander le double de l'indemnité conventionnelle. Cette procédure de licenciement et le montant de l'indemnité de licenciement sont identiques si le salarié refuse l'offre de reclassement de l'employeur. La seule exception réside dans un refus du salarié d'accepter un reclassement lorsque ce refus est considéré comme " abusif " . Le

salarié ne pourra alors bénéficier que des indemnités de licenciement prévues par les conditions de droit commun.

Si le salarié victime d'un accident du travail a été licencié alors que le reclassement n'était pas impossible, l'employeur devra alors verser une indemnité pour rupture " abusive " du contrat de travail .

J. Le cas de la fonction publique

1. Définitions

a. L'accident de service

La dénomination officielle de l'accident du travail est l'accident de service. L'accident de service se définit par les accidents du travail ou les accidents de trajets " résultant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain " (Circulaire FP4 n° 1 711 du 30.01.1989).

Comme dans le secteur privé, l'appréciation de cette définition reste essentiellement d'origine jurisprudentielle en s'inspirant de la jurisprudence du conseil d'état.

Le concept d'accident de service s'est donc élaboré dans le secteur public à partir de 4 arrêts du conseil d'état (arrêt EVEN du 24.11.1971, arrêt KOHN du 07.10.1981 repris par la circulaire interministérielle du 30.01.1989, arrêt GOGUET du 18.02.1983, arrêt MAZAGUIL du 22.10.1986).

Le fonctionnaire ne bénéficie pas de la présomption d'origine. Le fonctionnaire doit apporter la preuve de l'accident, la réalité d'une pathologie et la relation de cause à effet entre cette pathologie et l'accident. Le doute ne profite donc pas aux fonctionnaires .

Il en ressort que, contrairement au droit de la Sécurité Sociale, le fonctionnaire qu'il soit titulaire ou stagiaire doit apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service. Le fait que l'accident soit survenu sur le lieu et pendant le travail ne présume pas de son imputabilité au service. L'accident de service ne peut résulter d'une cause étrangère à l'exercice des fonctions de l'agent. Le fonctionnaire doit apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service, il n'y a pas de présomption d'imputabilité. Ceci conduit à une enquête administrative afin de rassembler les éléments de preuve d'imputabilité de l'accident de service.

La tendance jurisprudentielle et de l'interprétation de l'administration pour affirmer l'imputabilité oriente vers le fait que l'accident doit être soumis à trois critères : de temps (horaires de service) de lieu (lieu du service) d'activité (le service) . du service (ou de la mission) mais qu'en plus il doit être lié à l'exécution même du travail ou survenir à l'occasion de celui-ci .

La notion de blessure ou de maladie survenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions suffit à faire reconnaître cette blessure ou cette maladie comme accident de service ou maladie professionnelle (décret 2 000 - 1 020 du 17.10.2000) pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers .

aa. Accident lié à l'exécution même du service

Il s'agit souvent

- de l'exécution d'une tâche professionnelle qui a directement provoqué l'accident

(arrêt du Conseil d'Etat TRONCHON du 30.06.1995; jugement du Tribunal administratif de NANTES LEONEC du 07.02.1996).

- de l'exécution du service qui a impliqué un geste spécifique, une position particulière du corps à l'origine d'un « faux mouvement » (arrêt du Conseil d'Etat ANDRE du 04.03.1988; jugement du Tribunal administratif de NICE, MAMAN du 20.12.1995).

- de l'exécution du service qui a impliqué un effort particulier (arrêt du Conseil d'Etat STAEDLIN du 07.12.1992; jugement du Tribunal administratif de MONTPELLIER, FUENTES, du 10 juillet 1996).

A l'inverse, la jurisprudence administrative estime que certaines circonstances sont sans influence sur l'imputabilité de l'accident au service. Ces circonstances n'excluent donc pas la survenue de cet accident du service qui reste reconnu :

- absence de " cause extérieure " comme origine de l'accident (arrêt du Conseil d'Etat, section Bonmartin, 30 septembre 1988)

- existence d'un " état de santé pré-existant " ayant favorisé , voire provoqué l'accident (arrêt du Conseil d'Etat Tronchon du 30 juin 1995; arrêt du Conseil d'Etat du 10 au 31 juillet 1996)

- existence d'une faute de l'agent à l'origine de l'accident (jugement du Tribunal administratif de NANTES, ROBERT, du 27.03.1996)

bb. Accident survenu à l'occasion du service

La jurisprudence considère qu'un accident survenu aux temps et au lieu du service qui n'est pas lié à l'exécution du service mais par contre lié à une circonstance particulière liée au service, pourra être reconnu comme accident de service .

Il pourra s'agir par exemple de l'état des lieux du service, même pendant une pause, compliqué du fait d'un équipement défaillant, d'un sol glissant (arrêt du conseil d'Etat QUITTEAU du 30.05.1995), de même l'accident au cours d'une mission : l'accident qui aura lieu lors d'un acte lié à une exécution de service et à l'occasion de l'exercice des fonctions peut être reconnu comme accident de service selon la Circulaire du 30.01.1989 (circulaire FP4 n° 17 711 34 / CMS 2B n °9 du 30.01.1989) .

cc . Cas particuliers

Les accidents de service survenus à l'occasion d'une activité accessoire accomplie pour le compte d'une collectivité publique (article D.171-11 du code de la sécurité sociale) sont reconnus comme des accidents de service. Il faut que cette activité accessoire souscrive à la réglementation sur les cumuls d'emploi pour le compte d'un second employeur public (Direction générale des collectivités locales / Sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, du ministère délégué aux collectivités territoriales, DGCL-FPT3/2006/n°012808/DEP).

Les accidents survenus au cours d'une activité sportive, socio-éducative ou culturelle organisée par l'autorité territoriale ou des associations reconnues par l'autorité territoriale exercée au sein de l'autorité territoriale dans la mesure où elle constitue un prolongement de l'exercice de la fonction sont reconnus comme accidents de service. Il s'agit en particulier des activités sportives qui peuvent être considérées comme le prolongement normal des fonctions dès lors qu'elles sont pratiquées par les fonctionnaires territoriaux dont l'exercice des fonctions requiert une bonne condition physique tel que les personnels des services actifs des pompiers

organisés, soit par l'autorité territoriale soit dans le cadre d'une association. L'accident survenu à un fonctionnaire territorial au cours d'activités socio-éducatives culturelles qui font partie de ses obligations de service peut également être reconnu comme accident de service (Direction générale des collectivités locales / Sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, du ministre délégué aux collectivités territoriales, DGCL-FPT3/2006/n°012808/DEP) .

b. L'accident de trajet

L'accident de trajet doit se produire pendant le trajet d'aller ou de retour entre la résidence principale (ou un lieu dans lequel l'agent se rend habituellement après son travail) et le lieu de travail ou encore dans le lieu où le fonctionnaire prend habituellement ses repas, à condition que le parcours ne soit pas interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant du service.

Un accident de trajet est reconnu comme accident de service si cet accident est survenu aux temps et lieu du trajet domicile – travail (Arrêt du conseil d'état SCIPION du 10.05.1995). Les détours, interruptions, dépassements de trajet rentrent dans le cadre des accidents de service s'ils répondent à une nécessité de la vie courante (Arrêt du conseil d'état DUSSAILAND du 02.02.1996) et s'ils restent d'une amplitude raisonnable (Arrêt du conseil d'état CLOATRE du 27.10.1995). L'accident survenu aux temps et au lieu du trajet en vue de l'accomplissement d'une démarche exigée par l'employeur en dehors d'une mission proprement dite est également pris en charge au titre des accidents du service (Arrêt du conseil d'état SCIPION du 10.05.1995 : convocation à une visite médicale, arrêt du conseil d'état DARENGOSSE du 02.07.1980 : démarche en vue de l'obtention d'une prestation). Il s'agit de même pour un accident de service au cours d'un déplacement effectué dans le cadre d'une mission .

En matière d'accident du trajet, le principe de la preuve de l'accident de trajet et donc de son imputabilité au service s'inspire fortement de la jurisprudence en vigueur dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale et de son environnement législatif (Article L. 411-2 du Code de la sécurité sociale) .

La circulaire relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladies et accidents de service de la Direction générale des collectivités locales / Sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, du Ministère délégué aux collectivités territoriales, DGCL-FPT3/2006/n°012808/DEP stipule d'ailleurs que les dispositions prévues par l'article L.411-2 du Code de la sécurité sociale s'appliquent aux fonctionnaires territoriaux en ce qui concerne les victimes d'un accident du trajet.

c. Circonstances particulières

La blessure ou la maladie peuvent être également contractées ou aggravées dans deux circonstances particulières :

- en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public (exemple des fonctionnaires blessés ou atteints d'une maladie à l'occasion d'un don bénévole de leur sang) .

- En exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, c'est le cas des fonctionnaires qui ont subi un prélèvement d'organe au bénéfice d'une tierce personne (don de moelle osseuse par exemple) .

2. Prise en charge de l'accident de service

Aucun délai n'est imposé par les textes à la déclaration d'accident à sa hiérarchie pour que l'imputabilité de l'accident au service puisse être reconnue (arrêt du Conseil d'Etat le 20.05.1977, Ministre de l'Education contre Dame Coroller, requête n°02961, recueil Lebon p 234) . A titre de comparaison le salarié de droit privé, victime d'un accident de travail doit, selon les articles L.441-1 et R441-22 du Code de la Sécurité sociale déclarer la journée où l'accident s'est produit ou déclarer au plus tard dans les 24 h suivant le moment où l'accident s'est produit. Néanmoins, selon la Cour de Cassation, l'inobservation de ce délai de 24 h par le salarié n'est pas sanctionnée et n'entraîne aucune déchéance du droit. Par contre une déclaration tardive entraîne, pour la victime de l'accident du travail, la perte du bénéfice pour la présomption d'imputabilité.

Il convient néanmoins de souligner que, pour le fonctionnaire, comme il n'existe pas de présomption d'imputabilité, la preuve de l'accident de service risque d'être de plus en plus difficile à apporter s'il n'est pas déclaré sur le champ. Une déclaration rapide de l'accident de service aide à faire admettre le caractère plausible d'un certificat médical s'il est fourni un peu plus tard .

La Commission de réforme, ministérielle ou départementale, assume la gestion du dossier de l'accident de service. En particulier elle donne obligatoirement un avis sur l'imputabilité au service de l'accident ou d'une maladie, les infirmités ou le taux d'invalidité qui en découle, le renouvellement des congés pour accidents de service ou maladie contractées dans l'exercice des fonctions (article 13 du Décret N° 86 – 442 du 14.03.1986, Circulaire FP4 N° 1 711 du 30.01.1989) .

L'obligation de consulter la Commission de Réforme pour apprécier l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est tempérée par le décret n°2008-1191 du 17.11.2008, qui stipule que «la Commission de Réforme n'est toutefois pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'Administration ».

L'Administration n'est pas obligée de consulter la Commission de Réforme lorsqu'elle nie toute imputabilité au service et qu'il est manifeste qu'il n'y ait pas eu accident de service. (en ce qui concerne les fonctionnaires de l'État ; arrêt du Conseil d'État du 16.05.1973, Ministre des postes et télécommunications contre Mlle Dumestre requête n° 86715, recueil Lebon, page 353, pour les fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers : arrêt du Conseil d'État du 10.12.1993, Administration générale de l'assistance publique de Paris contre Luce, requête n°109526, recueil Lebon, tables, page 840). Le fonctionnaire, pour contester la décision défavorable de l'Administration, prise pour défaut manifeste de l'imputabilité, doit alors saisir lui-même la Commission de Réforme, en demandant alors révision de la décision ou encore directement le Tribunal administratif .

La particularité par rapport au régime de Sécurité Sociale est que c'est l'administration au sens large (administration de l'Etat, administration territoriale ou hospitalière) dont dépend l'agent qui assurera le traitement du dossier de la demande de réparation. L'administration prend en charge la totalité des frais

médicaux imputables à l'affection liée au service (Article 34 - 2ème paragraphe de la Loi 84 - 16 du 11.01. 1984 pour les fonctionnaires de l'Etat, Article 57 - 2ème paragraphe de la Loi 84 - 53 du 26.01.1984 pour les fonctionnaires territoriaux et Article 41 - 2ème paragraphe de la Loi 86 - 83 du 09.01.1986 pour les fonctionnaires hospitaliers) .

Le fonctionnaire bénéficie d'un arrêt de travail après un certificat médical descriptif de son médecin traitant et avis de la commission de réforme.

A l'issue de cet arrêt de travail, le fonctionnaire, soit reprendra son service, soit sera mis en invalidité définitive imputable au service c'est à dire après que l'on ait considéré son inaptitude définitive à l'exercice de ces fonctions sans reclassement possible.

La Commission de réforme peut aussi mettre fin à l'arrêt de travail pour pathologie due au service lorsqu'elle estime que toute reprise du travail est impossible.

Plusieurs alternatives sont donc offertes à la fin de cet arrêt de travail :

- reprise en mi-temps thérapeutique dans le but d'une réinsertion professionnelle,
- reprise à plein temps du travail après guérison,
- reprise du travail après consolidation avec éventuellement reclassement professionnel permettant à l'intéressé l'obtention éventuelle d'une allocation temporaire d'invalidité,
- non reprise du travail avec mise en invalidité définitive imputable au service.

Le traitement du fonctionnaire se voit intégralement maintenu pendant la durée de l'arrêt de travail, y compris les différents avantages, sauf les indemnités correspondant au remboursement de frais habituellement occasionnés par le service (déplacements, repas, indemnités vestimentaires...).

L'administration de l'agent victime de l'accident de service assure directement le traitement de ce dernier (paiement de la totalité du traitement indiciaire hors prime) dans le cas d'arrêt imputable à un accident de service, de trajet ou une maladie survenue en service.

L'administration paie ou rembourse les frais médicaux par l'intermédiaire d'une caisse de sécurité sociale spécifique.

Pour les collectivités territoriales c'est l'employeur qui assure la charge financière des prestations.

3. Les arrêts de travail pour accident de service ou maladie imputable au service

Dans les suites d'un accident de service, les arrêts de travail du fonctionnaire sont placés sous le régime des congés de maladie, avec un régime spécial qui assure le versement du traitement au fonctionnaire pendant une durée supérieure à celle des congés maladies non imputables au service.

On emploie, dans ce cas, les expressions suivantes de :

- congé spécial de maladie ordinaire,
- congé spécial de longue maladie,
- congé spécial de longue durée

Ainsi dans le cas des congés de maladie ordinaire, les articles suivants (article 34 2ème paragraphe de la loi n°84-16 du 11.01.1984, pour les fonctionnaires de l'Etat, article 57, 2ème paragraphe de la loi n°84-53 du 26.01.1984 pour la Fonction publique territoriale, article 41 2ème paragraphe de la loi n°86-33 pour la Fonction publique hospitalière) stipulent que si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles

prévues à l'article L.27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement, jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite. Il a droit en outre au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident.

Pour les congés de longue maladie prolongés (congé de longue maladie, congé de longue durée) , les 3 lois statutaires suscitées respectivement dans leurs articles 34 3^{ème} paragraphe, 57 3^{ème} paragraphe, 41 3^{ème} paragraphe, étendent le mécanisme de paiement intégral du traitement à toute la durée du dit congé lorsque la maladie est considérée comme imputable au service.

En cas de congé spécial de longue durée, les 3 lois statutaires suscitées respectivement dans leurs articles 34 4^{ème} paragraphe, 57 4^{ème} paragraphe, 41 4^{ème} paragraphe, portent à 5 ans au lieu de 3 ans dans le cas ordinaire, la durée pendant lesquelles le fonctionnaire est payé à plein traitement et à 3 ans au lieu de 2 ans dans le cas ordinaire la durée du paiement à demi traitement.

Normalement, un congé spécial de maladie ordinaire ne dure en général que quelques mois, ensuite après le passage de la Commission de Réforme, le congé est soit prolongé dans l'espoir d'une consolidation, soit transformé en congé spécial de longue maladie ou en congé spécial de longue durée ou aboutit encore à une mise à la retraite pour invalidité.

4. Le taux d'IPP

a. La fixation du taux d'IPP

Il sera ensuite examiné et en général entériné par la Commission de réforme .

Si ce taux est au moins égal à 10 %, la victime bénéficiera d'une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.) . L'ATI prend le nom d'ATIACL pour la Fonction publique territoriale et la Fonction publique hospitalière (Allocation temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales : Loi de Finances n°69-1137 du 20.12.1969).

Ce taux sera calculé en fonction du barème du Code des pensions civiles et militaires (publié au décret n° 68 - 756 du 13.08.1968, Décret n° 2. 001 - 99 du 31.07.2001) .

Le barème du Code des pensions civiles et militaires des fonctionnaires tient parfois compte de la description des douleurs pour l'attribution d'un pourcentage d'ATI. Par exemple dans le chapitre XIII.II.8 concernant les pathologies du pied paru dans le barème du 04.02.2001, lorsque le patient se plaint de douleurs intermittentes du pied, le taux d'ATI est fixé entre 3 à 8%. Lorsque le fonctionnaire se plaint de douleurs à la marche cédant au repos, le taux d'ATI est fixé entre 9 et 15%.

La victime doit nécessairement faire la demande pour bénéficier de cette ATI. En effet l'attribution de l'ATI n'est pas systématique.

Le fonctionnaire doit déposer une demande par écrit auprès de son employeur (Collectivité territoriale...) dans un délai d'un an. Ce délai d'un an est impératif, aucune dérogation n'est admise. Au delà de ce délai, le fonctionnaire perd le droit à

son ATI pour les séquelles de son accident de service ou de sa maladie professionnelle.

Ce délai d'un an court à compter :

- . de la date de reprise du travail, si la reprise a eu lieu après la consolidation de l'infirmité,
- . Ou à compter de la date de consolidation dans les autres cas, c'est-à-dire s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, ou si la consolidation intervient après la reprise du travail.
- . Ou à compter de la date où l'agent a eu connaissance que son état est consolidé s'il n'a pas lui-même transmis un certificat de consolidation.

Pour qu'un fonctionnaire voit sa demande d'ATI étudiée, il faut qu'il ait repris ses fonctions sauf :

- S'il n'y a pas eu d'arrêt de travail
- S'il y a eu un congé de maladie pour un motif autre que l'accident de service ou la maladie professionnelle (une attestation doit être alors jointe au dossier).
- S'il y a eu radiation des cadres à l'occasion de cette événement.

Quand l'invalidité permanente imputable au service entraîne la radiation des cadres, l'indemnisation de l'invalidité est assurée soit par la Caisse de Retraite des Fonctionnaires de l'Etat, soit par la CNACRCL. Il est alors servi, en plus de la retraite pour invalidité, une rente pour invalidité conformément à l'article L.28 du Code des pensions civiles et militaires.

L'employeur désigne un médecin agréé, lui indique sa mission, lui transmet le dossier médical.

Le rapport médical d'expertise est transmis à l'employeur. L'employeur informe le fonctionnaire du contenu du rapport d'expertise et de ses conclusions.

Pour les fonctionnaires de l'Etat, l'organisme payeur de l'ATI est le service des pensions de l'Etat situé à Nantes du ministère du budget. Pour les autres fonctionnaires (les agents des collectivités territoriales et de la Fonction publique hospitalière), c'est la Caisse des Dépôts et Consignations.

Les procédures sont identiques pour les fonctionnaires de l'Etat, les fonctionnaires territoriaux et de la Fonction publique hospitalière, ce sont seulement les organismes payeurs qui changent.

L'ATI est payée mensuellement par le comptable public du lieu de résidence du titulaire.

L'ATI indemnise l'invalidité résiduelle d'une maladie professionnelle ou d'un accident de service. Il ne vise pas à compenser la diminution de rémunération consécutive à la réduction de l'incapacité de travail.

La réglementation est légèrement différente pour les agents stagiaires, les agents contractuels ou les agents auxiliaires.

Si ce taux est inférieur à 10 %, la victime ne bénéficiera pas d'une indemnisation en rente ou en capital.

Ce taux inférieur à 10% est mis en réserve et pourra se cumuler avec un autre taux attribué éventuellement à l'occasion d'un autre accident.

Cette ATI est attribuée aux fonctionnaires en activité qui justifient d'une invalidité permanente résultant :

- soit d'un accident de service (accident de travail qui a entraîné une incapacité permanente à un taux au moins égal à 10%)
 - soit d'une maladie professionnelle reconnue dans les tableaux selon l'alinéa 2 ou l'alinéa 3 du Code de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale
 - soit d'une maladie ne faisant pas l'objet d'un tableau mais qui entraîne une incapacité d'au moins 25% (alinéa 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale) (tout ça appartient au chap. le petit 3),

Le taux d'IPP aboutit donc à un taux d'ATI chez les fonctionnaires dans les cas énumérés ci-dessus .

Cette ATI est cumulable avec le salaire, elle n'est pas imposable. Elle n'est pas réversible sur le conjoint et cesse d'être versée lors du décès du titulaire de l'ATI. L'ATI n'est pas rachetable, elle est versée mensuellement sur le compte du fonctionnaire à terme échu.

Elle ne peut pas se cumuler avec un autre avantage de même nature servi au titre de la même maladie, même par un tiers responsable ou par l'assureur de la victime de l'accident ou de la maladie professionnelle.

En cas de changement d'adresse il convient de le signaler par courrier à la Caisse des Dépôts et Consignations-service paiement afin d'éviter une suspension de paiement.

b. Calcul de l'allocation temporaire d'invalidité

A titre d'exemple, pour une ATI de 10%, la somme perçue chaque année s'élève à 10% du traitement de référence annuel.

Conformément au barème indicatif d'invalidité du Code des pensions civiles et militaires de retraite, lorsqu'il existe une infirmité préexistante à l'accident ou lorsque le fonctionnaire présente plusieurs séquelles, le pourcentage de l'allocation doit être calculé selon la règle de la validité restante (article R.40 du barème des pensions civiles et militaires de retraite) .

Prenons le premier exemple d'un agent victime d'un accident de service, sans lésion préexistante, sans taux préexistant d'IPP, présentant trois lésions avec un taux de séquelles d'IPP de 25 %, 10 % et 5 %.

Pour la première lésion présentant un taux d'IPP de 20 % le taux indemnisable est de 20 %.

Pour la deuxième lésion dont le taux imputable est de 10 %, le taux indemnisable est de 10 % x la validité restante c'est à dire $100 - 20 = 80$ %, le taux indemnisable de cette deuxième lésion est donc de 8 %.

Pour la troisième lésion dont le taux imputable est de 5 %, le taux indemnisable est de 5 % x ($100 - 28 = 72$ %), on arrive donc pour cette troisième lésion à un taux indemnisable de 3.6 %.

Le taux d'invalidité totale s'élève donc à $20 + 8 + 3.6$ soit 31.6 % qui sont arrondis à 32 %. Si le taux d'invalidité totale est inférieur à 10 %, il n'est pas nécessaire d'arrondir puisque un taux inférieur à 10 % ne permet pas d'obtenir, pour un accident de service, une allocation temporaire d'invalidité (voir le Décret n° 63-1 346 du 24.12.1963).

Prenons le 2^{ème} exemple d'un fonctionnaire victime d'un accident de service, sans lésion préexistante, sans taux préexistant d'IPP, mais présentant 3 lésions avec un taux des séquelles d'IPP de 25%, 10% et 8%.

Pour une 1^{ère} lésion présentant un taux d'IPP de 25% le taux indemnisable est de $100\% \times 25 = 25\%$

Pour la 2^{ème} lésion dont le taux imputable est de 10%, l'invalidité restante est de $100\% - 25\% = 75\%$.

Dans cette 2^{ème} lésion la 1^{ère} séquelle est estimée à 25% et le taux d'invalidité indemnisable est de $100\% \times 25\% = 25\%$.

Le taux d'invalidité indemnisable pour cette 2^{ème} séquelle est de 75% pour l'invalidité restante $\times 10\% = 7,5\%$.

Pour la 3^{ème} lésion dont le taux est imputable est de 8%, l'invalidité restante est de $75\% - 7,5\% = 67,5\%$. Le taux d'invalidité indemnisable de la 3^{ème} séquelle est donc de $67,5\% \times 8\% = 5,4\%$.

Le taux d'invalidité global rémunérable s'élève donc à $25\% + 7,5\% + 5,4\% = 37,9\%$. En cas de décimale, le taux global est toujours arrondi au pourcentage d'invalidité supérieur, soit ici 38%.

Prenons le troisième exemple d'une personne présentant un état antérieur non imputable à l'accident de service actuel.

Cette personne présente un taux d'IPP, pour ces séquelles non imputables à l'accident de service, de 20%.

Le taux d'IPP pour les séquelles indemnissables à son accident de service actuel s'élève à 30%.

Le taux imputable des séquelles de cet accident de service est calculé par la formule $30\% \times 80\% = 24\%$.

Le montant de la rente est calculé par la multiplication d'un traitement de référence par le taux d'invalidité indemnisable.

Le montant de l'ATI est déterminé pour tous les agents quelque soit leur grade, par la valeur d'un même traitement de référence multiplié par le taux d'invalidité rémunérable.

Ce traitement de référence est celui correspondant à l'indice majoré référence 240 ($5556,35 \text{ €} \times 240 \text{ €}/12 \times 100 = 1111,27 \text{ €}$) à la date du 31.05.2011 (article 7 du décret n°85-1148 du 24.10.1985, décret n°63-1346 du 24.12.1963, article 4 alinéa 1). Ainsi, par exemple le montant d'une l'ATI le 31.05.2011 accordée par un taux d'invalidité de 40% s'élève à $40\% \times 1111,27 \text{ €}$ soit 444,51 € brut par mois, à ce montant il convient de déduire 4,20% de CSG déductible, 2,4% de CSG non déductible et 0,5% de CRDS non déductible.

A partir du 01.01.2012, le montant de l'allocation est forfaitaire est égal à la fraction de l'indice majoré 245 soit 13.613,06 € par an correspondant au pourcentage d'invalidité du fonctionnaire. A titre d'exemple, un fonctionnaire atteint d'une invalidité de 10% perçoit une allocation au 01.01.12 dont le montant annuel est égal à $13.613,06 \text{ €} \times 10\%$ soit 1.361,31 € c'est-à-dire 1361,31 €/12 soit 113,44 € par mois.

c. Révision d'une ATI

Il existe 3 sortes de révisions :

- La révision quinquennale
- La révision lors d'un nouvel accident
- La révision lors de la radiation des cadres

aa. Révision quinquennale

L'ATI fait obligatoirement l'objet d'une révision au bout de 5 ans (3 ans pour les pompiers).

6 mois avant l'échéance, l'organisme payeur adresse à l'employeur un dossier médical.

Dans le cadre de la révision quinquennale c'est à dire tous les 5 ans de cette allocation temporaire d'invalidité, l'Administration désigne un médecin agréé, lui précise sa mission, lui transmet les pièces médicales qu'elle possède .

Le médecin agréé convoque le fonctionnaire, procède à un examen complet du dossier médical, de la victime en décrivant les séquelles de la maladie professionnelle, de l'accident de service.

Il évalue le taux d'IPP, (incapacité permanente partielle) à la date de la révision quinquennale.

Le médecin agréé rend ses conclusions, répond aux questions posées par l'Administration.

2 cas sont possibles :

- Si le taux d'IPP est inchangé, l'Administration demande un accord écrit à l'agent, ce qui évite ainsi le passage en Commission Départementale de Réforme, rien ne change bien sûr, dans le cas contraire la victime passe en commission départementale de réforme.

- Si le taux d'IPP est modifié, l'Administration doit transmettre systématiquement le dossier médical à la Commission de réforme.

Si l'agent manifeste son désaccord, une procédure de contre-expertise peut-être entamée avec ensuite demande à nouveau de l'avis de la Commission de réforme qui statuera au vu des deux rapports médicaux. A noter qu'il n'y a aucun texte réglementaire qui impose à la collectivité de procéder à un nouvel examen médical .

Si le taux d'IPP est devenu inférieur à 10 %, en cas d'accident de service, le droit à cette allocation temporaire d'invalidité sera suspendu.

L'allocation pourra également être suspendue en cas de maladie professionnelle si le taux d'IPP est devenu nul lorsque la maladie professionnelle est inscrite dans un tableau ou si le taux est devenu inférieur à 25% en cas de maladie d'origine professionnelle non inscrite dans un tableau.

Après cette révision quinquennale, que l'allocation temporaire d'invalidité ait été suspendue au non, la victime pourra solliciter une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité mais au plus tôt 5 ans après la révision antérieure (Décret n° 63 – 1 346 du 24.12.1963, Article 7, alinéas 2 et 3). Les demandes de révisions sont possibles jusqu'à la date de radiation des cadres. Par exemple si la révision quinquennale a eu lieu le 10.12.2008, et a supprimé l'ATI, le fonctionnaire devra attendre le 10.12.13 pour demander une nouvelle évaluation de son taux d'IPP.

Les demandes de révision sont recevables jusqu'à la date de radiation des cadres.

A la réception de la demande de révision, l'Administration entame une procédure identique à celle de la révision quinquennale.

Ce délai de 5 ans pour obtenir une révision du taux d'ATI est beaucoup moins favorable que dans le régime général de la Sécurité sociale, où ce délai est plus court. Cette révision du taux d'IPP, dans le régime général de la Sécurité sociale, peut intervenir à la demande de la victime à tout moment pendant les deux premières années qui suivent la consolidation de la blessure puis une fois par an (articles L.443-1 et R.443-1, R.443-2, R.443-4 à R.443-6 du Code de la sécurité sociale).

Par contre, comme en cas de nouvelle blessure, l'ensemble des taux est automatiquement réexaminé, le fonctionnaire fera l'objet d'une révision de son taux d'ATI pour une topographie donnée, par exemple le genou, même si le nouvel accident en service qui a induit ce réexamen d'ATI touche la même topographie, c'est-à-dire le même genou.

Le seul épisode de révision obligatoire de l'ATI est la révision dite quinquennale qui survient 5 ans après la fixation initiale du taux d'ATI. Hormis cette révision à la 5^{ème} année, il n'y a pas d'autre épisode de révision de l'ATI sauf en cas de nouvel accident, à la retraite ou une demande de nouvelle évaluation du taux d'ATI déposée par le fonctionnaire mais qui ne peut pas survenir avant les 5 ans suivants. Le fonctionnaire peut donc déposer une demande de révision de son taux d'ATI tous les 5 ans jusqu'à la date de radiation des cadres.

Si le fonctionnaire fait l'objet d'un taux d'IPP inférieur à 10 %, il n'est pas tenu au délai de 5 ans pour solliciter une révision de son taux d'IPP, il peut donc demander à un moment quelconque, s'il pense faire l'objet d'une aggravation, une nouvelle estimation de son taux d'IPP.

bb. Révision lors d'un nouvel accident

Si le fonctionnaire, déjà bénéficiaire d'une ATI, dépose une nouvelle demande d'IPP au titre d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie professionnelle, cela entraîne nécessairement la révision du taux des infirmités déjà indemnisées. Cette révision intervient à la date de consolidation du dernier accident ou de la dernière maladie professionnelle.

cc. La révision lors de la radiation des cadres

La décision de radiation des cadres est prise par l'autorité hiérarchique qui a qualité pour procéder à la nomination du fonctionnaire .

L'employeur ne peut prononcer la radiation des cadres que lorsqu'il a la certitude que l'agent pourra percevoir une pension (c'est-à-dire après un avis favorable de la Caisse).

Le taux d'IPP à la date de radiation des cadres, est apprécié de façon définitive, que le départ en retraite soit ou non anticipé, à la date de radiation des cadres.

L'allocation temporaire d'invalidité ne peut alors faire l'objet d'une révision ultérieure. Ainsi aucune révision ne peut alors intervenir, même si les infirmités s'aggravent.

A la date de radiation des cadres, le taux d'IPP est de nouveau apprécié mais cette fois ci de façon définitive

Si la radiation des cadres est prononcée pour un autre motif, il est également prévu une révision obligatoire du taux d'IPP avant la radiation des cadres.

Deux cas se présentent lors de la radiation des cadres :

. Soit l'invalidité résulte d'une aggravation des séquelles qui ont ouvert droit à une ATI . Dans ce cas, l'ATI est annulée et remplacée par la rente viagère d'invalidité à partir de la radiation des cadres (Article 31 du Décret du 09.09.1965) .

. Soit la radiation est prononcée pour une toute autre raison que l'accident de service,

dans ce cas, une révision du taux d'IPP intervient nécessairement avant la radiation des cadres :

- si une révision quinquennale a déjà eu lieu,

Le taux déterminé pour l'ATI lors de la révision quinquennale est alors fixé définitivement en gardant le dernier taux constaté durant l'activité,

L'allocation temporaire d'invalidité est dite « gelée »,

Elle ne peut pas faire l'objet de révision ultérieure ;

- Si l'ATI a été accordée depuis moins de 5 ans et que donc cette révision quinquennale n'a pas encore eu lieu,

Le fonctionnaire est soumis à un examen médical qui évalue alors le taux de l'incapacité permanente partielle à la date de la radiation des cadres.

L'ATI est attribuée après radiation des cadres sans limitation de durée.

L'ATI est supprimée en cas de décès du fonctionnaire (avantage non réversible),

dd. Autres motifs de révisions

L'ATI est révisée à tout moment en cas d'erreur matérielle, dans un délai d'un an à compter de sa notification, en cas d'erreur de droit.

5. La rechute

La définition de la rechute reconnue par le Conseil d'État est identique à celle retenue en droit de la Sécurité sociale.

Ainsi un fonctionnaire qui a été victime d'un accident de service, dont l'état a été guéri ou consolidé, peut demander la prise en charge d'arrêts de travail ou de soins occasionnés par les suites de cet accident de service, et qu'ils soient reconnus comme une aggravation ou une rechute de l'accident initial. Cette demande est déposée à la Commission de Réforme.

6. L'invalidité définitive imputable à un service.

Elle reconnaît l'inaptitude définitive et absolue de l'agent à exercer ses fonctions :

- soit dans les suites d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle (Articles L. 27, L.28, L.30 du Code des pensions civiles et militaires de retraite pour

les fonctionnaires de l'Etat, Articles 24 à 33 du Décret n° 65 - 773 du 09.09.1965 pour les autres fonctionnaires)

- soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes
- et qui n'a pu être reclassé dans un autre corps.

Un agent de la fonction publique dans l'impossibilité absolue de reprendre ses fonctions du fait d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, peut être radié des cadres pour invalidité.

Le fonctionnaire peut être radié les cadres par anticipation, soit sur sa demande, soit d'office à l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de sa mise en congé de maladie ordinaire ou de longue maladie ou à la fin d'un congé de longue durée (article L. 27 du Code des pensions civiles et militaires de retraite) .

aa. Les conditions de l'impossibilité de reclassement

α. 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).

β. 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) .

L'Administration admet cette invalidité après avis de la Commission de réforme .

Lorsque l'invalidité (ou le décès) résulte de l'exercice des fonctions, la pension civile d'invalidité allouée au fonctionnaire (ou à ses ayant causes) est augmentée d'une rente viagère d'invalidité rattachée à la pension civile d'invalidité.

L'ATI est remplacée par une rente viagère d'invalidité si la radiation des cadres est prononcée pour l'aggravation de l'invalidité ayant ouvert droit à l'ATI.

Si le fonctionnaire est mis à la retraite pour invalidité et qu'il n'a pu être reclassé sur un poste compatible avec son état de santé, il peut donc prétendre à une pension d'invalidité assortie éventuellement d'accessoires, tels que la rente viagère d'invalidité ou la tierce personne. Le fonctionnaire a alors droit à une rente viagère d'invalidité cumulable avec la pension rémunérant les services c'est-à-dire avec la pension civile d'invalidité.

La rente d'invalidité est servie avec la pension d'invalidité lorsque la radiation des cadres ou le décès d'une activité interviennent avant la limite d'âge et sont imputables à un accident ou une maladie survenus dans l'exercice des fonctions. Le droit à cette rente est également ouvert au fonctionnaire retraité qui est atteint d'une maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la Commission de Réforme postérieurement à la date de radiation des cadres. Dans ce cas, la jouissance de la rente prend effet à la date du dépôt de la demande de l'intéressé, sans pouvoir être antérieure au 13.04.2000 (date de publication de la loi n°2000-321 du 12.04.2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations).

Le fonctionnaire peut ainsi bénéficier :

- d'une rente viagère d'invalidité sans limitation d'âge ni de durée de service proportionnelle à l'incapacité permanente partielle évaluée en fonction du barème indicatif annexé au Code des pensions civiles et militaires de retraite. Cette rente est établie après avis de la Commission de réforme. Pour le calcul de cette rente, seules sont prises en compte les infirmités ayant un lien direct avec l'accident de service ou la maladie imputable au service.

- une pension de retraite par anticipation rémunérant les services du fonctionnaire, au moins égale à 50 % des derniers émoluments de base lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 60 %.

Cette pension se cumule à la rente viagère d'invalidité. Néanmoins ce cumul ne saurait faire bénéficier le fonctionnaire d'émoluments supérieurs à son dernier traitement .

Le taux d'invalidité de la rente viagère d'invalidité est déterminé compte tenu du barème indicatif issu du décret n°68-756 du 13.08.1968 modifié par le décret n°2001-99 du 31.01.2001 pourtant barème des invalidités.

Dans le cas d'aggravation d'infirmités préexistantes, le taux d'invalidité à retenir pour le calcul de la rente d'invalidité ou du taux d'invalidité est apprécié par rapport à la validité restante du fonctionnaire.

Calcul de la rente viagère d'invalidité

Le montant de la rente viagère d'invalidité correspond à la fraction du dernier traitement égale au pourcentage d'invalidité dont reste atteint le fonctionnaire lors de sa radiation des cadres.

Si le montant de ce traitement ou de cette solde de base dépasse un montant correspondant à la valeur de l'indice majoré 681 au 1er janvier 2004, revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 (soit 35 926,70 € par an au 1er janvier 2012 soit 2.993,90 € par mois), la fraction dépassant cette limite n'est comptée que pour le tiers. Toutefois, il n'est pas tenu compte de la fraction excédant dix fois ce montant brut

Enfin, en aucun cas le montant cumulé de la pension d'invalidité et de la rente viagère d'invalidité ne peut pas dépasser le traitement retenu pour le calcul de la pension (articles L28 et L30 ter du Code des pensions civiles et militaires de retraite).

Exemple :

Taux d'invalidité : 76 %

Taux de la pension : 65 % . Le taux global d'invalidité établi pour le calcul de la rente viagère d'invalidité est obtenu selon la règle de la validité restante.

Traitement mensuel brut : 3.413,97 €

Montant de la pension :

$3.413,97 \times 65 \% = 2.219,08 \text{ €}$.

Montant de la rente viagère d'invalidité :

Le traitement dépasse de 127,31 € la limite de 3.286,66 € : la somme de 127,31 € n'est donc comptée que pour le tiers (42,43 €).

$(3.286,66 + 42,43) \times 76 \% = 2.530,10 \text{ €}$.

Toutefois, le total de la pension et de la rente (4.749,18 € = 219,08 € + 2.530,10 €)

dépasse le traitement retenu pour le calcul de la pension, soit 3.413,97 €. Car la pension d'invalidité (2.219,08 €) + rente viagère d'invalidité = 3.413,97 €.

pension d'invalidité (2.219,08 €) + rente viagère d'invalidité corrigée = 3.413,97 €

La rente viagère d'invalidité corrigée est donc égale à :

$3.413,97 - 2.219,08 = 1.194,89 \text{ €}$.

Dans le cas où un fonctionnaire est mis à la retraite 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, et que le taux d'invalidité est au moins égal à 60 %, le montant total de la pension civile d'invalidité et de la rente viagère d'invalidité est élevé au montant d'une pension liquidée sur 40 annuités. Elle est liquidée, concédée et payée dans les mêmes conditions et suivant les mêmes modalités que la pension civile d'invalidité.

Une majoration spéciale se voit attribuer en cas de nécessité d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Les modes de réparation sont identiques pour l'accident de service, l'accident de trajet ou la maladie professionnelle.

La rente d'invalidité est égale au produit du dernier traitement indiciaire brut détenu par l'agent par le taux d'invalidité reconnu imputable au service

7. Le contentieux

Le fonctionnaire qui n'est pas satisfait du taux fixé par le médecin agréé ou de la décision prise par la Commission de Réforme après le dépôt du rapport d'expertise du Médecin agréé garde la possibilité de déposer un recours administratif afin de solliciter un nouvel avis de la Commission de Réforme sans attendre que l'Administration ait pris la décision. Par sa jurisprudence, en effet, le Conseil d'Etat estime qu'un organisme consultatif tel que par exemple la Commission de Réforme, tant qu'une décision par l'Administration n'a pas été prise après sa consultation, n'a pas épuisé sa compétence . Elle peut soit spontanément, soit la demande de l'autorité compétente ou du fonctionnaire, procéder à un nouvel examen et confirmer, modifier ou informer sa position précédente (arrêt du Conseil d'Etat du 26.02.1958, Bouchereau contre Ministre de la Santé, requête n°39444, recueil Le Bon, page 132) . Cette demande de réexamen doit être justifiée par l'apport d'éléments nouveaux que n'aurait pas connus la Commission de Réforme lors de sa précédente délibération tels que par exemple de nouveaux témoignages ou des pièces médicales jusqu'ici inconnues .

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.

L'avis de la Commission de réforme est ensuite confirmé par l'Administration. Toute décision rendue par une autorité administrative (en l'espèce, il s'agit de ministre) peut être contestée dans un délai de 2 mois à compter de la notification de décision :

- soit par voie de recours gracieux devant le responsable de la décision, c'est-à-dire demander à l'Administration qui a rendu la décision de bien vouloir réexaminer la demande, notamment en raison d'éléments supplémentaires. Le recours gracieux suspend le délai de recours hiérarchique ou contentieux.
- soit par voie de recours hiérarchique auprès de l'administration de tutelle dont dépend l'administration en cause, c'est-à-dire devant l'autorité à laquelle le responsable du rejet se trouve subordonné . Le recours hiérarchique suspend le délai de recours contentieux.
- soit par voie de recours contentieux devant la juridiction compétente (tribunal administratif régional) .

Cette contestation doit être accompagnée de documents apportant des éléments nouveaux justifiant un nouvel examen.

En cas de recours gracieux ou de recours hiérarchique, l'Administration peut proposer une nouvelle expertise par un médecin agréé sur une liste de médecins agréés qu'elle propose à la victime de l'accident de service. Le dossier est ensuite réétudié après réception du rapport d'expertise pour réexamen à la commission de réforme départementale. Cette procédure est en particulier le cas pour les victimes d'accidents de service de l'éducation nationale traitée par l'inspection académique . A noter qu'il y a aucun texte réglementaire qui impose à l'employeur de procéder à un nouvel examen médical

Dans certaines administrations telles que par exemple l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, la victime d'un accident de service, après avoir pris connaissance d'un taux d'IPP fixé lors d'une première expertise par un médecin agréé, peut le contester. Dans ce cas, le service central de médecine statutaire de l'assistance publique –hôpitaux de Paris (AP-HP) propose une contre expertise auprès d'un nouveau médecin agréé du service central de médecin statutaire de l'AP-HP. Lors de cette contre expertise, la victime de l'accident de service peut se faire assister du médecin de son choix.

Dans d'autres administrations, par exemple à la Mairie d'Aulnay sous bois 93600, l'Administration informe le fonctionnaire des conclusions du rapport d'expertise du médecin agréé proposant un taux d'IPP. L'Administration signale que le fonctionnaire peut demander une contre-expertise, elle l'invite dans ce cas à transmettre sa contestation motivée par écrit et transmet le dossier à la Commission de Réforme pour avis, qui décidera alors d'une contre-expertise. Dans ce cas, la prise en charge de la contre-expertise est à la charge du fonctionnaire si le médecin agréé de la contre-expertise confirme la première expertise.

Comme on le voit la réglementation en fait s'articule sur les données jurisprudentielles établies après les recours devant les tribunaux administratifs, les Cours administratives d'appel et le Conseil d'Etat .

8. Les spécificités de la Police Nationale

On parle non pas d'accident de service ou d'accident du travail mais de blessure en service (BES)

Un accident de service est toujours appelé blessure en service même lorsqu'il s'agit d'un personnel administratif.

Après une blessure en service une enquête administrative est obligatoire.

Avant la reprise du travail, un examen médical par la médecine statutaire est toujours obligatoire. S'il n'y pas de tel examen médical, la reprise autoritaire du travail n'est pas valable.

Le terme de rechute n'est reconnu officiellement que dans le droit de la Sécurité sociale c'est-à-dire par la Caisse primaire d'assurance maladie. C'est pourquoi, l'Administration, c'est-à-dire la Préfecture de police ne parle pas de rechute ou de blessure en service mais plutôt de séquelles de blessure en service, ce terme est sujet à litiges car la définition classique des séquelles concerne des lésions non évolutives et stables alors que, par définition, la rechute classiquement est considérée comme évolutive. C'est pourquoi l'Administration qualifie ce que l'on peut appeler une demande de rechute comme une demande de reconnaissance de séquelles évolutives ou d'apparition de nouvelles séquelles.

K. Accidents du travail en milieu agricole

L'organisation de la protection sociale agricole se révèle assez complexe car elle se base historiquement sur l'ancienneté du mutualisme agricole et la généralisation progressive de la protection sociale agricole.

Ainsi des sociétés de secours mutuel pour les risques inhérents à l'agriculture existaient déjà bien avant la Révolution française et leur fonctionnement fut consacré par la Loi Viger promulguée le 04.07.1900.

La protection sociale agricole a vu, par contre, sa généralisation apparaître de façon progressive et avec un décalage tardif par rapport au régime général de la sécurité sociale.

Ce décalage s'observe en particulier dans la couverture des risques professionnels agricoles . Ainsi, les lois en matière d'accidents du travail ne se sont appliquées au salariés agricoles qu'en 1922 alors qu'elles se sont vues appliquées aux autres salariés dès 1898.

Pour les exploitants agricoles non salariés, une couverture minimale du risque professionnel ne s'est vue obligatoire qu'en 1966 . Le dynamisme du mutualisme agricole pour les exploitants agricoles salariés explique donc que la gestion de la protection sociale agricole en accidents du travail pour les exploitants non salariés se voit partagée entre la Mutualité sociale agricole, branche agricole de la Sécurité sociale et des assurances privées (dont la majorité est issue du mutualisme agricole) .

Un autre facteur de complexité réside dans le particularisme régional accordé aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle puisque ces départements, annexés par l'Allemagne entre 1871 et 1918, voient la protection des

accidents du travail et des maladies professionnelles régie par une loi dérivée de la législation sociale allemande du 05.03.1886 entrée en vigueur le 01.05.1889, maintenue en vigueur après les deux guerres mondiales par l'Article 7 de la Loi du 01.06.1924 et l'Ordonnance n° 45 - 2.250 du 04.10.1945 (article 17) reprise dans l'Article L. 111 - 2 du Code de la Sécurité Sociale .

1. Le cas des salariés

a. Le cas des salariés de métropole sauf en Alsace-Moselle

Le risque accidents du travail et maladies professionnelles inhérents à l'activité agricole est régi par la Loi du 25.10.1972 . La gestion de ce risque accidents du travail et maladies professionnelles relève exclusivement de la Mutualité sociale agricole .

D'une manière générale, on constate que les prestations pour un salarié agricole au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont identiques à celles des ressortissants du régime général . La grosse différence dans le régime des accidents du travail et des maladies professionnelle réside en fait dans la procédure de contentieux au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

aa. Définitions

α. L' accident du travail

Suivant l'Article 1.146 du Code rural " est considéré comme accident du travail quelqu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne visée à l'Article 1.144, salariée ou travaillant, à quelque titre ou quelque lieu que se soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole " .

Il ressort de la lecture de cet article 1.146 que la définition de l'accident du travail en milieu agricole est identique à celle d'un accident du travail pour une personne dépendant du régime général de la Sécurité sociale .

Les conséquences sont donc identiques à ceux du chapitre consacrée à l'accident du travail pour les bénéficiaires du régime général de Sécurité sociale en particulier sur les éléments constitutifs d'un accident du travail : le fait accidentel, la lésion de l'organisme humain et le lien de causalité entre le travail et la lésion .

L'accident de travail de trajet présente également les mêmes caractéristiques que pour un ressortissant du régime général de la Sécurité sociale .

β. Les bénéficiaires du régime accidents du travail

Suivant ces articles 1.144 et 1.145 du Code rural sont considérés comme bénéficiaires du régime accidents du travail et maladies professionnelles :

- les salariés qui travaillent à quel titre ou en quelque lieu que se soit pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'exploitation d'entreprise dans les domaines suivants exploitations de culture, élevage, dressage, haras , établissements de conchyliculture, pisciculture, travaux forestiers, salariés des artisans ruraux lorsqu'ils emploient moins de deux salariés.

- Sont également bénéficiaires de ce régime accidents du travail et maladies professionnelles
 les salariés de la mutualité sociale agricole du Crédit agricole, de Groupama, des Chambres d'agriculture, des coopératives agricoles,
 les apprentis, les stagiaires qui relèvent des ASA (Assurances Sociales Agricoles),
 les élèves de l'enseignement technique agricole et de formation professionnelle agricole,
 les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social sans caractère lucratif, créés au profit des professions agricoles .

y. La présomption d'imputabilité

La présomption d'imputabilité s'applique pour les ressortissants du monde agricole de la même façon que pour un ressortissant du régime général de Sécurité sociale en application de l'Arrêt de la Cour de cassation, Chambres réunies du 07.04.1921 : " toute lésion qui se produit au cours d'un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de cet accident ".

Cette présomption d'imputabilité en faveur du salarié dispense la victime d'avoir à établir la preuve du lien de causalité entre le travail et l'accident .

Nous rappellerons simplement que cette présomption d'imputabilité n'est plus admise pour la démonstration d'une rechute et qu'il appartient alors à l'assuré de démontrer la preuve du lien de causalité de cette demande de rechute avec l'accident .

Du point de vue pratique, en cas de contentieux, un salarié du monde agricole pourra donc invoquer la jurisprudence même applicable au régime général de la Sécurité sociale pour la démonstration de la reconnaissance d'un accident du travail.

bb. Les prestations

Elles sont identiques à celles du régime général de la Sécurité sociale.

On distingue ainsi

les prestations en nature avec remboursement des soins à 100 %, prise en charge des soins de rééducation et de réadaptation voie de reclassement professionnel

les prestations en espèces

avec indemnité journalière dès le premier jour de l'accident du travail jusqu'à la date de consolidation .

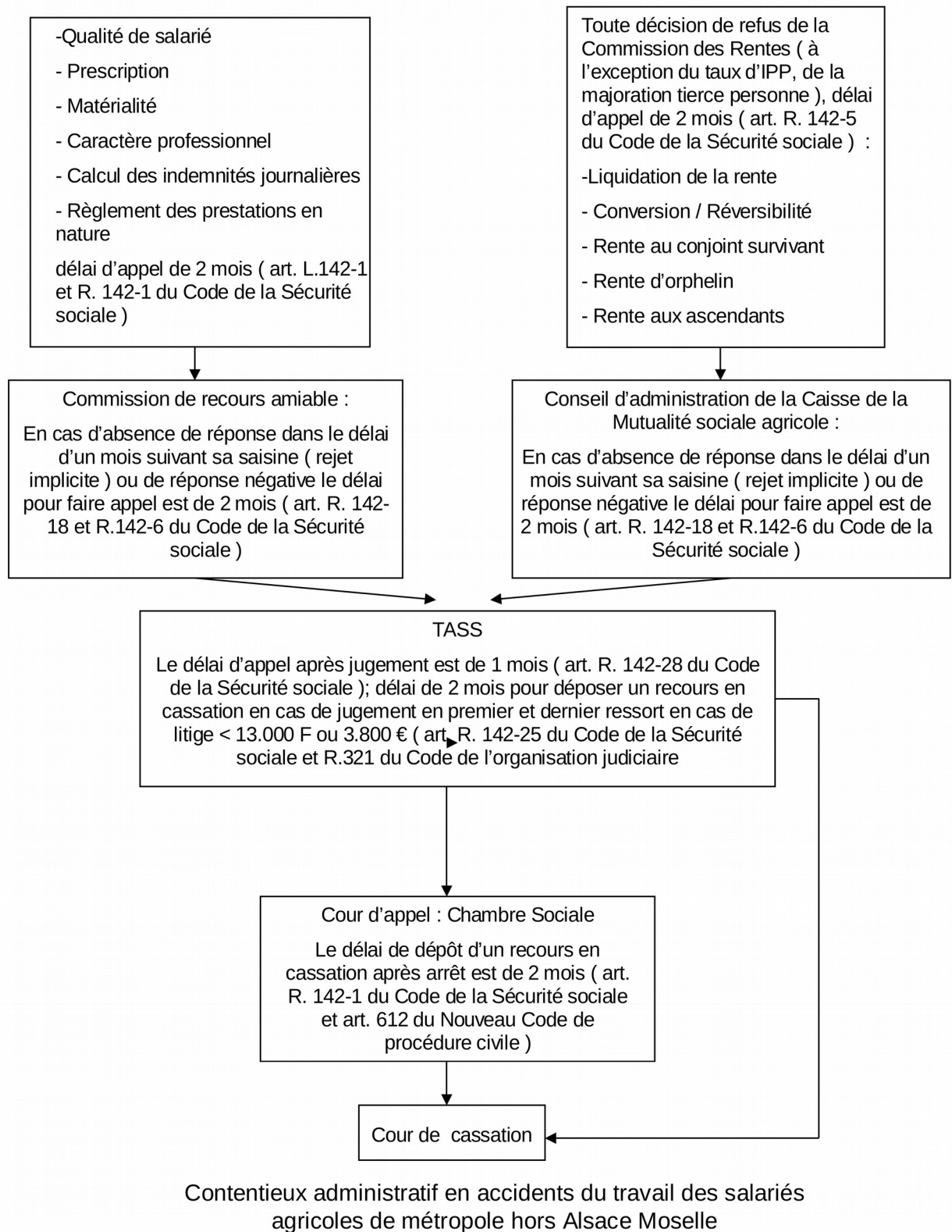
A la consolidation, l'attribution d'une éventuelle rente d'accident du travail suit les règles de l'Article 453 du Code de la Sécurité sociale, le taux de cette rente devant s'inspirer du barème indicatif des accidents du travail .

La victime bénéficie du système du tiers payant et elle n'a donc pas à faire l'avance des frais .

cc. Le contentieux

α. Le contentieux de la reconnaissance de l'accident du travail

α1. Le contentieux d'ordre administratif



Il peut s'agir du refus de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la matérialité de cette accident .

Dans ce cas, la victime dispose de deux mois suivant les articles L. 142-1 et R. 142-1 du Code de la Sécurité Sociale pour faire appel auprès de la Commission de recours amiable .

En cas de réponse négative de cette Commission de recours amiable ou de rejet implicite (absence de réponse dans un délai d'un mois suivant sa saisine), la victime dispose d'un délai de 2 mois pour faire appel auprès du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale (articles R. 142-18 et R. 142-6 du Code de la Sécurité Sociale) . Le TASS juge en premier et en dernier ressort pour des litiges dont la somme est inférieure à 25.000 Fou 3.800 euros (articles R. 142-25 du Code de la Sécurité Sociale, R. 321-1 du Code de l'organisation judiciaire) .

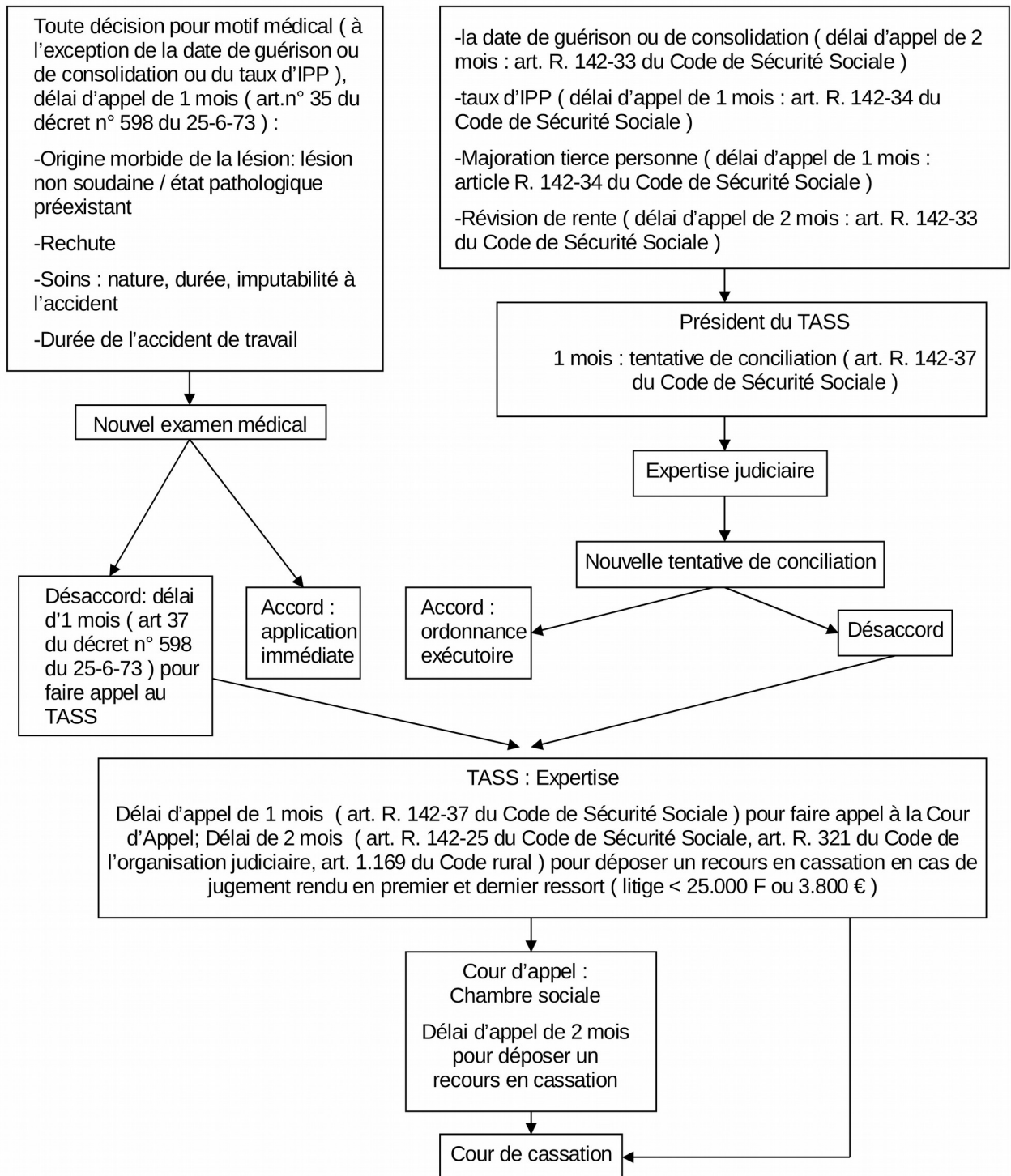
Dans les autres cas, la victime dispose d'un mois pour faire appel auprès de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel (article R. 142-28 du Code de la Sécurité Sociale) .

Après l'arrêt de la Cour d'Appel, la victime dispose encore de deux mois pour disposer un recours auprès de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation (article R. 144-1 du Code de la Sécurité Sociale, article 612 du Nouveau Code de procédure civile) .

Lorsque le TASS juge en premier et en dernier ressort, la victime peut également déposer un recours en cassation auprès de la Cour de Cassation.

Ce même type de recours pour des litiges administratifs concerne le refus de la reconnaissance de la qualité de salarié, un contentieux sur le calcul des indemnités journalières ou le règlement des prestations en nature .

α2. Refus de reconnaissance de l'accident du travail pour un motif d'ordre médical



Contentieux médical en accidents du travail des salariés agricoles de métropole hors Alsace Moselle

En général ce refus se base sur une argumentation estimant que la lésion n'est pas soudaine ou qu'il existe un état pathologique préexistant .

La victime dispose d'un délai d'un mois (article 35 du décret N° 598 du 29 juin 1973) pour solliciter un nouvel examen médical . Le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse de la mutualité sociale agricole choisissent alors d'un commun accord, un expert auprès des tribunaux . Il s'agit du principe du nouvel examen médical . Le nouvel examen médical qui est prévu pour les contentieux du refus de reconnaissance de l'accident du travail pour un motif d'ordre médical est réalisé par un médecin expert inscrit sur la liste des experts de sécurité sociale et choisi d'un commun accord entre le médecin traitant et le médecin conseil. La procédure est réglementée par les articles R141-1 et R141-2 du code de la sécurité sociale. Ce nouvel examen médical s'apparente à l'expertise de sécurité sociale sauf qu'il peut être contesté par l'une des deux parties.

A défaut, cet expert est désigné par le président du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale . Cet expert donne un avis qui ne s'impose pas aux parties .

En cas de désaccord, les parties disposent d'un mois (article 37 du décret N° 598 du 29 juin 1973) pour entreprendre une phase contentieuse en saisissant le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale .

Le TASS demande alors une expertise médicale au titre des articles L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale, L. 141-2, R. 142-24 et R. 142-24-1 du Code de la Sécurité Sociale .

Après ce jugement du TASS, les parties disposent encore d'un délai d'un mois (article R. 142-28 du Code de la Sécurité Sociale) pour saisir la Chambre Sociale de la Cour d'Appel .

Les juges de la Cour d'Appel peuvent alors également demander une nouvelle expertise au titre des mêmes articles cités pour l'expertise du TASS et également au titre de l'article R. 142-30 du Code de la Sécurité Sociale . Après l'arrêt de la Cour d'Appel, les parties disposent encore d'un délai de deux mois pour déposer un recours en cassation .

Le même type de procédure est entamé pour les autres contestations d'ordre médical en ce qui concerne les contentieux de rechute de soins médicaux (nature des soins, durée des soins, imputabilité à l'accident) ou la durée de l'arrêt de travail . On constate au vu de cette procédure, qu'il n'y a pas pour les salariés agricoles d'arbitrage de type expertise de Sécurité Sociale au titre de l'article L. 141 du Code de la Sécurité Sociale .

Cette procédure se distingue par une première étape amiable de conciliation par le biais du nouvel examen médical . Cette étape amiable de conciliation permet souvent d'éviter la phase contentieuse ultérieure .

Il est à noter ainsi que cette procédure contentieuse n'intervient que dans 2 % des affaires alors que ce pourcentage atteint 10 % dans le régime général de Sécurité Sociale .

β. Le contentieux de la faute inexcusable

La procédure de faute inexcusable est identique à celle entamée par un ressortissant du régime général de Sécurité Sociale (article L.452-1 du Code de la Sécurité Sociale) .

γ. Le contentieux de la fixation du taux d'IPP

La victime dispose d'un mois (article R. 142 -34 du Code de la Sécurité Sociale) en cas de désaccord sur la fixation du taux d'IPP pour saisir le président du Tribunal des affaires de la Sécurité Sociale (TASS) .

Le président du TASS au titre de l'article R. 142-37 du Code de la Sécurité Sociale dispose alors d'un délai d'un mois pour effectuer une tentative de conciliation .

En cas de désaccord persistant, le président du TASS demande une expertise judiciaire permettant d'aboutir à une nouvelle tentative de conciliation .

En cas alors d'accord des parties, une ordonnance exécutoire est signée (article R. 142-38 du Code de la Sécurité Sociale) .

En cas de désaccord, le contentieux est alors porté devant le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale .

Après le jugement du TASS, comme dans le chapitre antérieur, les parties disposent d'un délai d'un mois au titre de l'article R. 142-28 du Code de la Sécurité Sociale pour faire appel auprès de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel, si l'objet du litige est inférieur à une somme de 25.000 F ou 3.800 euros .

Dans le cas inverse, le TASS juge en premier et en dernier ressort .

Le TASS juge également en premier et en dernier ressort si l'objet du litige est un taux d'IPP dont le taux est inférieur à 10 % . (articles R.142-25 du Code de la Sécurité Sociale, R. 321 du Code de l'organisation judiciaire,1.169 du Code rural) .

Dans le cas du jugement en premier et en dernier ressort, la victime peut encore dans un délai de deux mois déposer un recours en cassation auprès de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation .

Lorsque la Chambre Sociale de la Cour d'Appel est saisie, les juges de la Cour d'Appel peuvent demander une expertise au titre des articles R. 141-1 du Code de la Sécurité, des articles L. 141-1, L. 141-2, R. 142-24, R. 142-24-1 du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 612 du Nouveau Code de procédure civile .

Cette procédure est également valable pour les contentieux concernant la date de guérison ou de consolidation, l'octroi d'une majoration tierce personne ou d'une révision de la rente . La seule différence résulte dans le délai offert aux parties pour solliciter en cas de contestation l'intervention du président du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale .

Dans le cas d'une contestation au sujet de la date de guérison ou de consolidation, le délai est de deux mois (article R. 142-33 du Code de la Sécurité Sociale), dans le cas d'une demande de révision, il s'agit également d'un délai de deux mois (article R. 142-33 du Code de la Sécurité Sociale, article 29.1 IV du décret N°598 du 29 juin 1973) . A la lecture de cette procédure, on constate également l'importance de la première étape amiable de conciliation .

b. Le cas des salariés agricoles en Alsace Moselle

La loi N°72-965 du 25 octobre 1972 qui a instauré une assurance obligatoire des travailleurs de l'agriculture contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, par son article 19-2, confirme que la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les départements d'Alsace et de Moselle reste régie par le Code des Assurances Sociales du 19 juillet 1911 modifié . Ce régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles possède un caractère obligatoire (article 915 du Code des Assurances Sociales du 19 juillet 1911 qui stipule que " les exploitations agricoles sont assujetties à l'assurance contre les accidents ") .

Dans chacun des 3 départements d'Alsace et de Moselle existe une Caisse ayant le monopole légal de l'assurance accident agricole, c'est à dire une pour le Haut Rhin, une pour le Bas-Rhin, une pour la Moselle .

Les salariés du régime agricole ont droit à des prestations au titre de l'assurance accident du travail équivalentes à celles accordées aux salariés dépendant du régime général de Sécurité Sociale (articles 1.251, 1.252 du Code rural) .

aa. Définitions

α. L' exploitation agricole

Outre les exploitations agricoles classiques, sont considérées également comme une exploitation agricole,

les réparations courantes aux bâtiments servant à l'exploitation agricole,
 les travaux d'amélioration du sol et les autres travaux de construction exécutés dans l'intérêt de l'exploitation (article 916 du Code des Assurances sociales),
 l'horticulture, l'entretien des parcs, des jardins, les travaux des cimetières tant que ces derniers ne sont pas soumis à l'assurance accident des entreprises industrielles (article 915, alinéa 1 du Code des Assurances Sociales),
 les exploitations forestières (article 161 du Code des Assurances Sociales), les exploitations viticoles, de pêche, de pisciculture, de chasse et en général toutes les activités rattachées par les textes légaux et réglementaires au régime social agricole .

β. L'accident du travail

Cette assurance accidents du travail et maladies professionnelles concerne ainsi toutes les exploitations agricoles sus nommées implantées dans les départements de Moselle et d'Alsace .

Le risque concerne les accidents du travail à proprement dit et les accidents de trajet dont les définitions sont similaires à celles du régime général . L'article 21 de la Loi du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social a ainsi complété l'article 1.251 du Code rural et applique aux salariés ressortissant du régime local, la notion d'accident du trajet prévue aux articles L. 411-2, L. 454-1 et L. 455-2 du Code de la Sécurité Sociale .

γ. Les assurés salariés couverts par l'assurance accidents du travail

Les assurés salariés sont ceux relevant du régime des assurances sociales agricoles . (Ces assurés sont désignés par l'article 1.144 du Code rural et l'article 1.257 du même Code rural) .

Les élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricole qui bénéficient de quelques particularités . Pour les élèves étudiants des établissements relevant de l'Etat, les prestations et indemnités d'accidents de travail sont à la charge de l'Etat mais, par convention entre le ministère de l'agriculture et chaque caisse départementale d'assurance accidents, cette dernière caisse assure la gestion des accidents survenus aux élèves de l'enseignement public agricole . Pour les établissements privés de l'enseignement technique et des centres de la formation professionnelle, ils sont assujettis comme les autres salariés du régime des assurances sociales agricoles .

Les membres bénévoles des organismes sociaux (énumérés par le décret N°68-814 du 10 septembre 1968 pris en application de l'article 1.252 - 2 du Code rural) bénéficient aussi de particularités d'indemnisation .

bb. Prestations

α. Prestations en nature

La victime d'un accident du travail bénéficie de l'exonération du ticket modérateur et de l'avantage du tiers payant .

β. Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont constituées par les indemnités journalières pendant la période d'arrêt de travail, la rente versée à la victime après la consolidation des blessures, les rentes versées aux survivants en cas d'accident suivi de mort et d'une indemnité funéraire .

L'indemnisation de l'incapacité permanente consécutive à un accident du travail dans le régime général a été étendue au régime agricole par le décret N° 87-711 du 27 août 1987 .

L'application au régime local a été confirmée par l'article 21 de la loi N°89 -18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social .

De la même manière que pour les ressortissants du régime général de la Sécurité Sociale, une indemnité en capital est donc attribuée en cas d'incapacité permanente inférieure à 10 % .

cc. Le contentieux

α. Le contentieux de la reconnaissance de l'accident du travail

D'après l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale, les contestations d'ordre médical relatives à l'état de la victime et notamment la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle à l'exclusion des contestations régies par l'article L. 143-1 du Code de la Sécurité Sociale donnent lieu à une procédure d'expertise médicale . Cette procédure concerne donc les contentieux d'ordre médical concernant la reconnaissance de l'accident du travail . Nous rappelons que la loi du 23 janvier 1990 et le décret N° 92-460 du 19 mai 1992 inscrit dans le Code de la Sécurité Sociale sous la forme d'un article R.142-24-1 stipulent que le rapport d'expertise médicale ne s'impose plus à la juridiction compétente . La victime après cette procédure d'expertise médicale peut donc faire appel auprès du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale .

Après jugement de ce Tribunal, on peut encore fait appel auprès de la Cour d'Appel . Après l'arrêt de cette Cour d'Appel, il est possible de déposer un pourvoi en cassation auprès de la Cour de Cassation .

β. Le contentieux de la faute inexcusable

La loi N° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social parue au Journal Officiel du 31 juillet 1987 par son article 17 étend aux salariés agricoles du

régime local, les dispositions du régime général de Sécurité Sociale relatives à la réparations des accidents du travail en cas de faute inexcusable de l'employeur .

y. Le contentieux de la fixation du taux d'IPP

La commission de fixation des prestations, issue du Comité directeur de la Caisse Départementale d'Assurance Accidents, formée de 3 membres (article 1.569 du Code des Assurances Sociales), fixe le pourcentage de l'invalidité permanente, après étude du rapport du médecin traitant, du médecin conseil de la Caisse . La victime peut contester la fixation du taux d'IPP devant la section agricole du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité .

La victime peut ensuite faire appel devant la Cour Nationale de l'Incapacité de la tarification de l'Assurance des Accidents du Travail. On peut ensuite encore se pourvoir en cassation devant la Cour de Cassation .

c. Le cas des salariés des départements d'Outre Mer

Les salariés des départements d'Outre Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique et Guyane) relèvent du régime général de Sécurité Sociale depuis 1946 (article L. 751.1. du Code de la Sécurité Sociale) .

2. Le cas des exploitants agricoles non salariés.

a. Cas des exploitants agricoles non salariés de Métropole en dehors des départements d'Alsace et de Moselle

Ce chapitre connaît actuellement de profonds bouleversements car il était basé jusqu'à un passé fort récent sur la loi du 22 décembre 1966 inscrite au Code Rural sous la forme des articles 1.234-1 à 1.234-18 qui instituait pour les personnes non salariées de profession agricole, un régime d'assurance obligeant les exploitants à se prémunir contre les risques d'accident du travail et de maladie professionnelle mais également contre les accidents de la vie privée .

Le régime d'assurance obligatoire était entré en vigueur le 1er septembre 1969 . La loi du 25 octobre 1972 N° 72-965 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 a institué une assurance complémentaire facultative contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des personnes non salariées de l'agriculture .

C'est pourquoi, nous rappellerons l'ancien système qui de toute façon reste encore en application pour les contentieux en cours .

aa. L'ancien système d'indemnisation avant la loi du 30 – 11 – 2001

α. L'assurance obligatoire contre les risques d'accidents du travail, de maladie professionnelle et les accidents de la vie privée instituée par la loi du 22 décembre 1966

- Cette loi pose comme principes :
son caractère obligatoire,
la liberté de choix de l'assureur

des garanties minimales incitant donc à la souscription de l'assurance complémentaire facultative, établie par la loi du 25 octobre 1972 .

- En ce qui concerne l'assurance obligatoire, il n'existe pas de présomption légale d'imputabilité en faveur de l'exploitant en cas de lésion d'origine inconnue .

α1. Définitions

α1. 1. Les personnes soumises à l'obligation d'assurance

Les personnes concernées sont les exploitants agricoles non salariés qui consacrent leur activité à la mise en valeur économique de l'exploitation et assujettis à l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) .

Il s'agit donc :

- des chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles,
- des aides familiaux : ascendants, descendants, frère, soeur et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprises ou de son conjoint, âgés de plus de 16 ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non salariés .
- des associés d'exploitation : personnes non salariées, âgées de 18 ans révolus et de moins de 35 ans, qui, descendants, frères, soeurs ou alliés au même degré du chef d'exploitation ou de son conjoint, ont pour activité principale la participation de la mise en valeur de l'exploitation .
- des retraités et allocataires de vieillesse agricole ayant pris leur retraite avant le 1er février 1986,
- des conjoints, les concubins,
- des enfants mineurs de moins de 16 ans à charge et assimilés,
- des membres non salariés des sociétés d'exploitation ou d'entreprises agricoles .

α1.2. Les risques couverts

- Il s'agit en premier lieu de tous les accidents sans distinction entre accidents du travail et accidents de la vie privée .

L'accident se définit alors par l'action soudaine et violente d'une cause extérieure provoquant une lésion sur l'organisme humain (Chambre sociale de la Cour de Cassation du 23 octobre 1958) .

Outre les accidents du travail, il peut donc s'agir d'accidents de circulation, de chasse, d'accidents sportifs, de rixes, de bagarres . Tous les accidents sont pris en charge que ce soit en France ou à l'étranger . Sont néanmoins exclus les accidents résultant de la faute intentionnelle de la victime et les accidents survenus pendant l'exercice d'une profession autre qu'une profession agricole non salariée .

- Le deuxième risque couvert concerne les maladies professionnelles en agriculture énumérées par les articles L. 461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale .

α2. Les prestations

α2.1. Les prestations en nature

La victime doit faire l'avance des frais mais elle est honorée du ticket modérateur .

Tous les frais sont remboursés même après la date de consolidation de lors que ces frais sont en relation avec l'accident initial .

Ces prestations en nature concernent comme d'habitude les frais médicaux, chirurgicaux d'hospitalisation, pharmaceutiques, les frais de réadaptation fonctionnelle et de rééducation, les frais de transport de la victime, les frais de fourniture, et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie .

α2.2. Les pensions d'invalidité

Lorsque l'assuré est reconnu totalement inapte à l'exercice de la profession agricole par référence à l'activité agricole précédemment et effectivement exercée, il bénéficie d'une pension d'inaptitude pour invalidité totale .

La pension est accordée à titre viager . Cette pension viagère est donc définitive, garantie à l'exploitant jusqu'à la fin de ses jours en ce qui concerne l'assurance obligatoire .

Elle peut être suspendue si l'état de la victime s'est améliorée de façon telle que cette victime ne présente plus une attitude totale à l'exercice de la profession agricole . Le montant de cette pension est égal au quart du salaire minimum légal servant d'assiette pour le calcul des rentes d'accident du travail, accordé aux salariés et au moins égal au montant de la pension AMEXA .

Cette pension est donc égale au 1er janvier 1996 pour un montant annuel à 22.890 F 56 . Cette pension est majorée lorsque le pensionné est obligé d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie . La pension est alors majorée de 40 % .

Lorsque l'exploitant agricole non salarié ayant la qualité de chef d'exploitation, le conjoint co-exploitant et l'association d'exploitation en EARL (exploitation agricole à responsabilité limitée) présentent une indemnité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail et bénéficient d'une pension d'invalidité pour inaptitude partielle . Cette pension est alors égale au 3/5ème du montant annuel de la pension pour inaptitude totale sans être inférieure à l'AVTS (Allocation aux vieux travailleurs salariés) .

Cette AVTS est égale à 16.943 F pour son montant annuel, au 1er janvier 1996 .

α3. Le contentieux

L'article 1.234 -17 du Code Rural stipule que le contentieux relève des juridictions de droit commun . Le contentieux relatif au remboursement des prestations en nature (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, frais pharmaceutiques, frais de fourniture, de renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie, frais de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle, frais de transport de la victime) sont jugés par le Tribunal d'Instance (décret N° 69-119 du 1er février 1969, article 17) Le Tribunal d'Instance statue en premier et dernier ressort pour les sommes inférieures à 25.000 F ou 3.800 euros . Tous les autres contentieux sont jugés quelque soit le montant de la demande par le Tribunal de Grande Instance (article 18 du décret N° 69-119 du 1er février 1969) .

β. L'assurance complémentaire facultative établie par la loi du 25 octobre 1972

β1. Les risques couverts

Cette assurance garantit aux personnes couvertes par l'assurance obligatoire AAEXA des prestations non prévues par cette assurance et concernant les accidents de travail et de trajet, les maladies professionnelles .

Sont donc exclus :

les accidents de la vie privée,

les conséquences de la faute intentionnelle de la victime

les accidents contractés au cours de l'exercice d'une profession autre qu'une profession agricole non salariée

les accidents survenus en dehors du cadre de l'activité agricole de la victime .

β2. Les prestations

β 2.1. Les prestations en nature

Il s'agit des frais funéraires .

Le remboursement des frais funéraires est garanti dans la limite des frais exposés sans que leur montant puisse excéder un 24ème du plafond de rémunération retenu pour l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale, soit 6.770 F le 1er juillet 1996 .

β2.2. Les prestations en espèces

- Les indemnités journalières

La victime touche 60 % du salaire journalier de base, les 28 premiers jours de l'arrêt de travail . Le salaire journalier de base est égale au 300ème du gain annuel déclaré au contrat . L'indemnité journalière ne peut excéder 0,834 % du maximum de la rémunération annuelle retenue pour l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale .

La victime touche ensuite 80 % du salaire journalier de base à partir du 29ème jour d'arrêt de travail . Les indemnités journalières sont dues jusqu'au jour du décès où jusqu'à la consolidation de la blessure .

- Les rentes

* Les rentes d'incapacité permanente

Il s'agit de rentes viagères révisables en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de la victime .

En cas d'incapacité inférieure à 10 %, la victime se voit attribuer un capital et non une rente (article 1.234-19 du Code rural, décret N°86-1.156 du 27 octobre 1986 paru au Journal Officiel du 30 octobre 1986) . Le barème fixant le montant de cette indemnité en capital est fixé par l'article D. 434-1 du Code de la Sécurité Sociale .

* En cas de décès de la victime, le conjoint survivant, les descendants, les ascendants bénéficient d'une rente, attribuée suivant l'article L.454 du Code de la Sécurité Sociale .

β 3. Le contentieux

Le contentieux relève des juridictions du droit commun .

Le contentieux relatif aux frais funéraires et aux indemnités journalières est réglé par le Tribunal d'Instance quelque soit le montant de cette demande (décret N° 73-778 du 24 juillet 1973, article 1) . Il n'est pas possible de faire appel des jugements du Tribunal d'Instance . Le contentieux concernant la fixation de la rente en cas

d'incapacité permanente ou de décès est réglé par le Tribunal de Grande Instance (article 5 du décret N° 73-778 du 24 juillet 1973) .

En cas de contentieux concernant la liquidation d'une rente, une phase de conciliation préalable doit obligatoirement se dérouler devant le Président du Tribunal de Grande Instance . En cas d'accord entre les parties, le montant de la rente est définitivement fixé par ordonnance du président . En cas de désaccord entre les parties, le Président du Tribunal de Grande Instance rédige une ordonnance de renvoi .

Un appel est possible contre les décisions du Tribunal de Grande Instance . Le délai d'appel est de 15 jours .

bb. Le nouveau système d'indemnisation après la loi du 30 – 11 – 2001

α. Les principes

α1. Le caractère obligatoire de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle des exploitants agricoles

La loi n°2001-1128 du 30.11.01 parue au journal officiel du 01.12.01 a remplacé le dispositif d'assurance obligatoire antérieur par un régime de Sécurité Sociale . La loi du 30.11.01 parue au Journal Officiel du 1^{er}.12.01 et entrée en vigueur le 1^{er}.04.02, vise à créer une véritable branche accident du travail et maladie professionnelle au sein du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Sont ainsi obligatoirement assurés, les chefs d'exploitation et leurs aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, les conjoints qui participent à la mise en valeur de l'exploitation, les enfants de 14 ans à 16 ans, qui participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation.

La loi transforme l'assurance accident des exploitants agricoles (AAEXA) en une quatrième branche obligatoire du régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles : la couverture ATEXA.

L'assurance accident du travail et maladie professionnelle des exploitants agricoles (ATEXA) devient le 01.04.02 la quatrième branche de la protection sociale obligatoire des exploitants agricoles .

Ces nouveaux régimes interviennent pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La protection des accidents de la vie privée est transférée à l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) .

Sont pris en charge par l'AMEXA, les accidents suivants survenus aux personnes qui peuvent relever de l'ATEXA :

- les accidents de la vie privée
- les accidents ayant fait l'objet d'un refus définitif de prise en charge au titre de l'ATEXA.
- les accidents survenus aux personnes exclues de l'ATEXA.

Une pension d'invalidité AMEXA peut être servie à l'assuré atteint d'une maladie non professionnelle et/ou victime d'un accident de la vie privée entraînant une incapacité des deux tiers ou une inaptitude totale.

Sont exclus de l'ATEXA :

- les retraités participants aux travaux, pour tenir compte des règles de non cumul emploi – retraite. Ces retraités sont pris en charge en AMEXA non seulement pour les accidents de la vie privée stricto sensu, mais aussi pour les accidents survenus

dans le cadre de la mise en valeur de l'exploitation dès lors qu'ils ont conservé une parcelle de subsistance ou qu'ils participent occasionnellement à l'activité de l'exploitation familiale.

Par contre les retraités agricoles qui conservent leur qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole continuent à être couverts pour les accidents du travail et les maladies professionnelles par la nouvelle ATEXA.

- les conjoints de bénéficiant pas d'un statut social reconnu dans le régime agricole (conjoint participant aux travaux et conjoint collaborateur), les concubins et les partenaires liés par un pacs.
- les enfants de moins de 14 ans, dans le cadre de leur participation occasionnelle aux travaux de l'exploitation.

α2. Le principe du libre choix par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole de l'assureur ATEXA

Une particularité réside dans la pluralité des gestionnaires de ce régime. Le principe du libre choix par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole de l'assureur ATEXA de base obligatoire est maintenu dans la réforme mais il est soumis à certaines conditions.

En effet, les caisses de la mutualité agricole mais aussi les sociétés civiles du code des assurances ou du code de la mutualité sont autorisées à garantir les risques accidents du travail ou maladies professionnelles. L'organisme assureur doit être autorisé et les assureurs doivent se regrouper au sein d'un groupement.

Les agriculteurs ont pour s'affilier donc le choix entre des assureurs participants à la gestion administrative du régime, devant satisfaire des conditions d'habilitation et d'adhésion à un groupement d'assureurs constitué depuis la parution de la loi, sous forme d'association loi 1901 dénommée association des assureurs de l'AAEXA (Assurance contre les Accidents du travail de la vie privée et des maladies professionnelles des EXploitants Agricoles), c'est à dire l'AAA et la Caisse de Mutualité Sociale Agricole de leur département . La loi n°2001-1128 du 30.11.01 subordonne la participation à la gestion du régime des assureurs autres que la MSA à une habilitation par le ministre chargé de l'agriculture et à la constitution d'un groupement crée entre eux.(article L.752-14 du code rural). Ce groupement effectue toutes les opérations relatives au fonctionnement du régime notamment celle relative au recouvrement des cotisations et aux versements des prestations.(article L.752-14 du code rural), assure la représentation de ses adhérents et des ressortissants du régime vis-à-vis de l'état et des organismes de MSA. Le groupement crée des bureaux départementaux ou interdépartementaux chargés pour le compte des organismes assureurs de la gestion du régime pour l'ensemble des assureurs relevant de leur circonscription territoriale (article 6 du décret n°2002-429 du 29.03.02).

Le rôle des assureurs privés est limité à une participation indirecte à la gestion du régime par l'intermédiaire de l'association des assureurs (AAEXA) . Il convient de noter que à peu près 70 % des contrats restent encore souscrits auprès de cette association des assureurs (AAEXA) et 30 % auprès de la mutualité sociale agricole . Par le biais de cette loi, les tarifs d'assurance en accident du travail sont également encadrés .

Si l'exploitant agricole omet de préciser son choix d'affiliation, il sera affilié d'office par l'inspecteur du travail avec une répartition entre organismes assureurs effectuée au niveau local en fonction du nombre d'affiliés respectifs au 31 mai 2002 . Ces affiliations d'office sont réparties proportionnellement aux effectifs recueillis dans le département par chacun des organismes assureurs.

α3. Les rôles respectifs de la Mutualité sociale agricole et du Groupement d'assureurs

Le dispositif ainsi mis en place assure une répartition des missions entre le rôle pivot , joué exclusivement par la mutualité sociale agricole et le rôle de gestionnaire que peut tenir tant une caisse de mutualité sociale agricole que le Groupement d'assureurs intervenant au titre des assureurs autorisés. Le rôle pivot de la mutualité sociale agricole consiste essentiellement au niveau local à certifier l'affiliation, à notifier la catégorie de risque, à contrôler l'obligation d'assurance, à exploiter aux fins de prévention les déclarations d'accidents du travail, de maladies professionnelles, à assurer le contrôle médical, la gestion complète des fonds mis en place (fond de réserve, fond de prévention) ainsi que le secrétariat de la commission des rentes et à mener des actions de prévention. Au niveau central, ce rôle consiste notamment à effectuer les prévisions budgétaires de la branche AT/MP des non salariés agricoles, à faire des propositions en vue de la détermination des cotisations par catégorie de risque, à gérer le fond des rentes, à exploiter les données agrégées et à promouvoir la prévention.

Le rôle des assureurs gestionnaires vise à appeler les cotisations, à se prononcer sur la prise en charge de l'AT/MP et à assurer la réparation des victimes notamment en versant les prestations.

Les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole délèguent à un groupement, l'association des assureurs de l'AAEXA (AAA), constitué par eux, toutes les opérations relatives au fonctionnement de cette branche.

α4. Définitions

L'accident du travail suit les définitions suivantes de l'article L.752-2 du code rural :
« est considéré comme accident du travail, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail sur le lieu de l'exploitation, de l'entreprise, de l'établissement ou du chantier ou dans les conditions prévues à l'article L.325-1 à toutes personnes visées à l'article L.752-1 du code rural ».

La loi définit ainsi comme accident du travail, l'accident survenu sur le lieu de l'exploitation ou de l'entreprise, de l'établissement ou du chantier et par le fait ou l'occasion du travail.

L'accident se caractérise par deux éléments constitutifs :

- le fait accidentel
- le préjudice, c'est-à-dire une lésion de l'organisme humain.

L'accident est caractérisé pour les salariés par la jurisprudence de la cour de cassation comme le résultat d'une action soudaine. La circulaire n°2002-048 du 05.08.02 de la caisse centrale de la MSA a décidé de retenir la même interprétation pour les personnes non salariées des professions agricoles .

La circulaire n°2002-048 du 05.08.02 de la caisse centrale de la MSA définit l'accident survenu « par le fait du travail » comme un accident provoqué par le travail même que l'assuré est en train d'exécuter, ou comme l'accident dont la cause directe et immédiate est le travail.

L'accident survenu « à l'occasion du travail » se définit comme l'accident survenu alors que la victime était en train d'exercer son activité professionnelle même si l'accident n'a pas été directement causé par le travail en lui-même.

Il appartient à l'organisme assureur saisi d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère non professionnel (article L.752-24 du code rural). La loi a ainsi introduit une présomption d'imputabilité en faveur de l'assuré. Le principe de la présomption en faveur de l'assuré a pour corollaire l'administration de la preuve contraire par l'organisme de prise en charge auprès duquel elle est invoquée. Comme pour les salariés, il convient d'admettre que la présomption d'imputabilité ne couvre que les lésions qui se manifestent immédiatement après l'accident ou dans un temps voisin. Les lésions qui apparaissent tardivement ne bénéficient pas de la présomption.

Le fait que la victime a été admise au bénéfice de la majoration tierce personne pendant au moins 10 ans, entraîne que le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour l'organisme de prise en charge d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droits.

L'article L.442-4 du code de la sécurité sociale n'a pas été repris pour les non salariés agricoles et donc la perte du bénéfice de la présomption en cas de refus d'autopsie n'est pas opposable dans la couverture ATEXA. La preuve contraire doit être rapportée par la caisse en démontrant que les lésions sont le fait de l'état pathologique antérieur de la victime.

L'état pathologique antérieur de la victime ne détruit la présomption d'imputabilité que si une double condition est remplie :

- L'état antérieur doit avoir à jouer un rôle exclusif dans le déterminisme des lésions,
- Le travail de l'assuré doit n'avoir joué aucun rôle dans le déterminisme des lésions.

Dès lors qu'un doute subsiste sur le point de savoir ait pu ou non aggraver l'état de la victime, la preuve contraire n'est pas rapportée .

Le seul fait que la victime soit reconnue atteinte d'un état pathologique pré existant ne suffit pas à renverser la présomption d'imputabilité. Il est nécessaire que cet état soit la cause exclusive de l'accident pour lequel l'activité professionnelle n'a joué aucun rôle.

L'exploitant agricole et les membres non salariés de l'exploitation sont couverts par l'assurance accident du travail des exploitants agricoles dès lors qu'ils y sont affiliés, pour les actes d'entraide qui répondent aux conditions de l'entraide définies par la loi et la jurisprudence. En effet, l'article L.752.2 du code rural dispose qu'est considéré comme accident du travail, l'accident survenu dans les conditions prévues à l'article L.325.1 du code rural qui vise l'entraide entre agriculteurs.

L'accident de trajet est défini ainsi par l'article L.752-2 du code rural qui énonce que « est également considéré comme accident du travail, tout accident dont l'assuré apporte la preuve qu'il est survenu pendant le trajet d'aller-retour entre son domicile, son lieu de travail et tous lieux où il est susceptible de se rendre dans l'exercice de son activité ».

La loi fait expressément peser la charge de la preuve de l'accident de trajet sur la victime ou ses ayants droits comme c'est le cas pour les salariés agricoles.

L'assuré ou ses ayants droits doivent donc établir :

- la réalité du fait accidentel au temps et au lieu du trajet considéré,
- la réalité d'une lésion qui en est la conséquence.

α5. Les nouvelles prestations

Si l'assuré est également victime par la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité de travail d'au moins 30% pour les chefs d'exploitation ou de 100% pour les aides familiaux ou les conjoints collaborateurs, une rente accident du travail peut être attribuée, mais les règles du cumul s'appliqueront (Article D 752-26 du Code rural, décret n° 2005-576 du 27.05.05 paru au journal officiel n°123 du 28.05.05 page 9411) .

Il est à noter que le chef d'exploitation répond à une définition relativement précise. Il doit travailler sur une superficie supérieure à la moitié de la surface minimale d'installation (SMI). Si cette superficie n'est pas calculable il doit effectuer un nombre d'heure supérieur à 1200 heures par an ce qui est le cas par exemple pour les élagueurs ou les éleveurs spécialisés qui ne disposent pas de superficie d'installation étudiable.

Les cotisants solidaires ne sont pas considérés comme de véritables chefs d'exploitation. Ils se définissent par des cotisants travaillant sur des superficies supérieures au 1/5^{ème} de la surface minimale d'installation et inférieures à la moitié de la surface d'installation. Si cette superficie n'est pas étudiable se sont des cotisants dont le nombre total d'heures est inférieur à 1200 heures par an. Ces cotisants solidaires ne bénéficient pas du taux minimal de 30% pour bénéficier d'une rente accident du travail. Ils sont apparentés aux autres personnes non salariées de l'exploitation et à ce titre ne bénéficient d'une rente accident du travail qu'en cas d'incapacité permanente totale c'est-à-dire un taux d'IPP de 100%. C'est pourquoi il leur est conseillé de souscrire une assurance complémentaire privée qui couvre ce risque accident du travail. Le taux minimal de 30% nécessaire pour bénéficier d'une rente s'applique à tous les chefs d'exploitations victimes d'un accident professionnel ou d'une maladie professionnelle depuis le 01.04.02 pour lesquels la commission des rentes à reconnu un taux minimal de 30%. Il convient de noter qu'avant ce décret n°2005-576 du 27.05.05, le taux minimal d'IPP nécessaire pour bénéficier d'une rente n'était pas de 30% mais de 50%.

De nouvelles prestations sont accordées (indemnités journalières, frais d'obsèques et rentes pour les ayant -droits en cas de décès des exploitants agricoles) .

Il est créé des indemnités journalières allouées pendant la période d'incapacité temporaire du travail au seul chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le versement débute à l'expiration du 8ème jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le mode de calcul est déterminé en application des règles du régime général de sécurité sociale. Au moment de la consolidation de la lésion, un taux d'IPP est évalué par le médecin conseil de la MSA. Le chef d'exploitation a le droit à une rente accident du travail lorsque son taux d'incapacité permanente est au moins égal à 30% (Article D 752-26 du Code rural, décret n° 2005-576 du 27.05.05 paru au journal officiel n°123 du 28.05.05 page 9411) . Les autres personnes non salariées de l'exploitation, bénéficient d'une rente accident du travail en cas d'incapacité permanente totale soit un taux d'IPP de 100%.

On constate donc là une des limites de la nouvelle loi qui n'indemnise pas après consolidation toutes les maladies professionnelles mais uniquement celles dont le taux d'IPP est supérieur à 50% pour les chefs d'exploitation.

Le calcul de la rente accident du travail est similaire à celui du régime général avec la détermination d'un taux utile réduit de moitié pour la fraction égale à 50% et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50%.

β. La procédure déclarative

La déclaration d'accident du travail incombe au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, pour lui-même et les membres de sa famille qui y sont rattachés. En cas de force majeure ou de défaillance du chef d'exploitation, la déclaration est effectuée par la victime elle-même, les ayants droits du chef d'exploitation ou de la victime, l'établissement de soins dans lequel la victime est hébergée, son médecin traitant ou toute autorité administrative.

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dispose d'un délai de huit jours pour effectuer la déclaration d'accident de travail ou de trajet à la CMSA ou au groupement lorsque lui-même ou l'une des personnes mentionnées à l'article L.752-1 du code rural est victime d'un accident (article 26 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Dès qu'il a connaissance de l'accident, l'organisme gestionnaire peut pour ses propres assurés s'il l'estime nécessaire (article 32 du décret n°2002-200 du 14.02.02) effectuer une enquête facultative :

- envoyer un questionnaire portant sur les causes de l'accident
- diligenter une enquête administrative permettant d'établir les circonstances de l'accident. Cette enquête est effectuée par un agent assermenté de la MSA si l'assuré relève de la MSA ou par un agent du groupement si l'assuré relève du groupement. Il a notamment pour but d'établir les circonstances de l'accident.

L'enquête administrative est obligatoire en cas d'accident mortel ou lorsque d'après les certificats médicaux adressés par le patient indiquant l'état de la victime et les conséquences éventuelles de l'accident ou d'après un certificat médical produit par les ayants droits, la lésion paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale (article 32 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Dès réception d'une déclaration d'accident de travail ou de trajet, l'organisme gestionnaire dispose d'un délai de 30 jours pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident. Si l'organisme gestionnaire n'a pas notifié sa décision dans ce délai, le caractère professionnel de l'accident est acquis à l'égard de la victime (article 30 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, l'organisme de prise en charge dispose d'un délai complémentaire pour instruire la déclaration d'accident du travail. L'organisme gestionnaire est tenu d'informer la victime ou ses ayants droits avant l'expiration d'un délai de 30 jours par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le recours au délai complémentaire doit intervenir avant l'expiration du délai initial d'instruction et court à compter de la date de la notification aux parties (article 35, 1^{er} alinéa, du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Le délai complémentaire dont dispose l'organisme de prise en charge est de deux mois. Le point de départ du délai complémentaire est la date d'envoi de la notification

qui informe les parties du recours au délai complémentaire (article 668 du nouveau code de procédure civile).

La date d'envoi met fin au délai normal d'instruction et constitue le point de départ du délai complémentaire.

L'absence de décision de l'organisme de prise en charge, à l'issue du délai initial de 30 jours ou du délai complémentaire de 2 mois entraîne la reconnaissance implicite à l'égard de la victime du caractère professionnel de l'accident.

y. L'évolution de l'accident du travail

Selon la circulaire n°2004-48 du 05.08.02 de la caisse centrale de la MSA, la rechute se définit comme tout fait nouveau d'ordre médical, conséquence de la lésion initiale évoluant pour son propre compte, survenu postérieurement à la guérison ou à la consolidation de la victime sans l'intervention d'un événement extérieur. La rechute s'apprécie par rapport à l'état séquellaire de la victime au moment de la guérison ou consolidation ou de la révision si celle-ci est intervenue entre temps.

Il incombe à la victime de prouver que la rechute est la conséquence de la lésion initiale.

En ce qui concerne les exploitants agricoles non salariés, le contentieux de la prise en charge en accident de travail ou en maladie professionnelle est régi par l'article R142-1 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'assuré peut faire appel auprès de la commission de recours amiable et par l'article R142-6 du code de la sécurité sociale qui signale ensuite que le contentieux peut être poursuivi auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

L'évolution naturelle de l'accident du travail vers la guérison ou la consolidation suit les mêmes règles et la même procédure que pour les assujettis à la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.

L'évolution naturelle de l'accident du travail peut se faire vers la consolidation ou la guérison.

- La consolidation.

La consolidation désigne le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent ou sinon définitif tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier à un certain degré l'incapacité permanente consécutive à l'accident ou la maladie.

L'incapacité permanente s'entend d'une atteinte partielle ou totale à la capacité de travail de la victime, exprimée par un taux représentant une diminution de cette capacité de travail.

Le taux d'incapacité permanente se substitue à la pension d'invalidité des exploitants agricoles non salariés qui existait dans la loi n° 66-950 du 22.12.66.

- La guérison.

Elle se définit comme la disparition des lésions traumatiques ou morbides occasionnées par l'accident ou la maladie professionnelle.

Elle ne laisse subsister aucune incapacité permanente qui serait la conséquence de l'accident ou de la maladie, sous réserve des rechutes possibles. L'état de la victime est considéré comme stabilisé et revenu à l'état antérieur à l'accident ou à la maladie. La guérison peut comporter un état séquellaire résiduel tel qu'il ne peut faire l'objet d'une fixation d'un taux d'IPP même minime.

La guérison ou la consolidation de la victime met fin sauf cas particuliers (soins post-consolidation et soins en lien avec l'accident du travail) aux versements des prestations en nature et aux versements des indemnités journalières.

La victime est tenue de restituer la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle permettant la dispense d'avance des frais. La fixation de la date de guérison ou de consolidation de l'état de la victime résulte d'un certificat médical final du médecin traitant. Le praticien établit un certificat final descriptif et indique en cas de consolidation les conséquences définitives de la lésion.

L'organisme assureur, MSA ou groupement, peut faire procéder par un médecin conseil de la MSA à des examens de contrôle de l'état de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Ces examens ont lieu le cas échéant :

- à intervalle de 3 mois au cours des deux premières années
- à intervalle d'un an après l'expiration du délai de deux ans.

δ. Les prestations

δ1. Les prestations en nature

Les dispositions applicables en matière de prestations en nature dans le cadre de l'assurance accidents du travail des exploitants agricoles sont prévues par les articles L.752-3, L.752-4 du code rural et 2,3 du décret n°2002-200 du 14.02.02). En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les prestations accordées au bénéficiaire de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles comprennent la couverture :

- des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation
- des frais de fourniture, de réparation, de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie.
- des frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle et de reclassement professionnel,
- des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et d'une façon générale des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle.

D'une façon générale tous les frais nécessités par le traitement doivent être pris en charge c'est-à-dire tous les frais tendant à restituer à la victime ses capacités de travail ou à éviter une aggravation de son état.

La fin de cette prise en charge intervient à la date de guérison ou de consolidation. Les soins post-consolidation et les soins prescrits postérieurement à la date de consolidation sont pris en charge dès lors qu'ils sont en relation directe avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle (circulaire ministérielle DSS/AT n°41 du 04.05.95 et n°178 du 31.03.00, circulaire CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole n°2000-62 du 17.10.2000).

δ 2. Les prestations en espèces

δ 2. 1. Les indemnités journalières

L'indemnité journalière est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à l'expiration d'un délai de carence suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période qui précède, soit la guérison, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de la rechute prévu aux articles L.443-1 et L.443-2 du code de la sécurité sociale (article L.752-5 du code rural).

Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'incapacité médicalement justifiée de travailler (article 4 du décret n°2002-200 du 14.02.02). L'indemnité journalière est versée à la victime à partir du 8^{ème} jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables, les dimanches et jours fériés (article 4 du décret n°2002-200 du 14.02.02). Ainsi pendant les six premiers jours d'arrêt de travail les indemnités journalières ne sont pas dues.

L'alinéa 2 de l'article 5 du décret n°2002-200 du 14.02.02 précise que l'indemnité journalière est égale à 60% du gain forfaitaire journalier les 28 premiers jours d'arrêt de travail et à 80% à partir du 29^{ème} jour d'arrêt de travail. Ainsi l'indemnité journalière à 60% est donc servie pendant 21 jours à l'issue du délai de carence de 7 jours et l'indemnité journalière à 80% à partir du 29^{ème} jour d'arrêt de travail.

Le gain forfaitaire journalier servant de base aux calculs des indemnités journalières est égal à 1/360 du montant du gain forfaitaire annuel en vigueur mentionné à l'article L.752-5 du code rural.

Cette indemnité journalière a donc un caractère forfaitaire.

L'arrêté du 22.02.02 fixe le gain forfaitaire annuel prévu à l'article L.752-5 du code rural à 10.671,43 € pour la période du 01.04.02 au 31.12.02. Le gain forfaitaire journalier est donc pour l'année 2002 égal à $10.671,43 \text{ €} / 360 = 29,64\text{€}$. Le montant de l'indemnité journalière à 60 % est de $29,64\text{€} \times 60 / 100 = 17,78\text{€}$. Le montant de l'indemnité à 80% est égal à $29,64\text{€} \times 80/100 = 23,71\text{€}$.

Les indemnités journalières sont soumises à la CSG et la CRDS quelle que soit leur durée de versement.

Dans le cadre de la rechute il convient d'opérer de la manière suivante : lorsque lors des arrêts antérieurs, le délai de carence de 7 jours a été consommé, l'indemnité journalière est versée dès le 1^{er} jour d'arrêt occasionné par la rechute. Lorsque lors des arrêts antérieurs le délai de carence n'a pas été consommé en tout ou en partie, il convient de cumuler les jours d'arrêt des arrêts antérieurs même s'ils ne sont pas consécutifs. Dans ce cas, le point de départ de l'indemnité journalière de rechute est reculé d'autant de manière à ce que les sept jours de délai de carence soient consommés totalement.

§ 2. 2. Le taux d'incapacité permanente

Le taux d'incapacité permanente est déterminé par l'organisme assureur et sur avis conforme d'une commission des rentes des non salariés agricoles. Le médecin conseil de la caisse de MSA dont relève la victime établit un rapport médical et évalue le taux d'IPP (article 9 du décret n°2002-200 du 14.02.02), que l'assuré relève de la MSA ou du groupement d'assureurs. Le degré d'incapacité permanente est évalué comme pour les salariés au moment de la consolidation de la lésion.

L'article L.752-6 du code rural précise que le taux d'incapacité est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et ses qualifications professionnelles, compte tenu du barème indicatif d'invalidité mentionné à l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale. Il s'agit pour les accidents du travail du barème indicatif d'invalidité prévu par le décret 1135 du 23.12.82 et pour les maladies professionnelles de celui prévu par le décret 99-323 du 27.04.99 (article 9 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et article 29 du décret du 29.06.73).

L'application du barème indicatif d'invalidité pour les accidents du travail ainsi que du barème pour les maladies professionnelles comporte la détermination de deux éléments :

- Un coefficient médical ou fonctionnel.
- Un coefficient professionnel.

Comme il est indiqué dans le préambule aux dits barèmes il est fait application de la formule dite de Balthazar en cas de lésions multiples issues d'un même accident.

De même en cas d'accident successifs ou d'état morbide pré existant, la détermination du taux d'IPP lorsque la situation s'y prête, le médecin conseil peut recourir à la formule dite de Gabrielli.

Si le taux notifié à la victime est un taux global, le médecin conseil n'en doit pas moins dans son rapport médical faire la ventilation entre le coefficient professionnel et le coefficient médical.

Sur la base du taux d'incapacité proposé par le médecin conseil, la commission des rentes arrête, concernant le taux d'incapacité permanente, les propositions motivées qui seront adressées à la victime (article 11 du décret n°2002-200 du 14.02.02). Comme pour les salariés agricoles, la commission fait porter son appréciation sur le coefficient professionnel de l'accident. S'il lui apparaît que le taux déterminé par le médecin conseil ne prend pas assez en considération le coefficient professionnel, elle peut le majorer. Toutefois, dans tous les cas, le taux proposé par la commission des rentes des non salariés agricoles ne peut pas être inférieur à celui proposé par le médecin conseil de la MSA.

La commission des rentes de non salariés agricoles qui statue sur les rentes de la victime est instituée dans chaque circonscription de la MSA (article 10 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Elle se compose de quatre membres dont deux membres représentant les 1^{er} et 3^{ème} collèges de la caisse de MSA et de deux membres assujettis au régime de protection sociale des non salariés agricoles représentant le groupement d'assureurs.

En cas d'empêchement, quatre membres suppléants choisis sur les mêmes règles que les membres titulaires sont appelés à siéger au sein de la commission.

La présidence de la commission est confiée alternativement à un représentant de la MSA et à un représentant du groupement.

La convention signée entre la CCMSA et le groupement d'assureurs prévoit que le secrétariat de la commission des rentes soit confié à la MSA.

En revanche, la MSA ou le groupement d'assureurs constitue et présente chacun pour leurs assurés les dossiers à la commission.

La procédure de notification du taux d'IPP et les délais de recours sont fixés par les articles 11 et 13 du décret n°2002-200 du 14.02.02 . Les règles sont sensiblement identiques à celles des salariés agricoles. Lorsque la commission des rentes a arrêté un taux d'incapacité permanente, la MSA ou le groupement, chacun pour leurs assurés, notifie immédiatement à la victime les propositions relatives aux taux et lui communique le cas échéant pour information le montant de la rente correspondante. A cette notification est indexé un formulaire qui invite la victime à obtenir l'envoi à elle-même ou médecin désigné à cet effet d'une copie du rapport médical d'IPP établi par le médecin conseil. Le délai dont dispose la victime pour envoyer ledit formulaire est de 10 jours suivant la réception de la notification de la proposition du taux d'IPP. La victime dispose, pour faire connaître auprès de l'organisme dont elle relève, son accord ou ses observations :

- soit d'un délai d'un mois suivant la réception de la notification de proposition du taux d'IPP,
- soit si la victime a demandé dans les conditions fixées ci-dessus l'envoi d'une copie du rapport médical d'un délai de deux mois suivant la réception de la proposition du taux.

Si un accord se réalise dans le délai de contestation de la proposition initiale du taux d'IPP, la caisse de MSA ou le groupement d'assureurs, chacun pour leurs assurés, procèdent à la liquidation de la rente.

La victime peut saisir le président du TASS aux fins de conciliation dans le délai d'un mois à compter de la réception de la confirmation du taux d'IPP.

Si la victime ne conteste pas la proposition du taux d'IPP par la MSA ou le groupement dans le délai imparti et ne fait pas connaître son accord ou ses observations dans les délais impartis (1 mois ou 2 mois selon les cas), l'organisme gestionnaire confirme à l'issue de ce délai les propositions de taux d'IPP à la victime, qui peut les contester dans un délai d'un mois à compter de la réception de celles-ci devant le président du TASS.

Si la victime présente des observations sur le taux proposé, la commission des rentes examine ces dernières et peut :

- accepter le taux demandé par la victime (taux supérieur au taux initial)
- s'en tenir au taux qu'elle avait initialement arrêté
- ou proposer un taux intermédiaire.

L'organisme gestionnaire notifie le taux d'IPP arrêté par la seconde proposition de la commission des rentes à la victime qui peut contester celle-ci devant le président du TASS dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification de la nouvelle proposition de la commission des rentes.

Le taux d'IPP de la victime peut être modifié en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'infirmité de l'assuré.

La commission des rentes des non salariés fixe le taux révisé selon la même procédure que le taux initial. Contrairement à ce qui est prévu pour la fixation du taux initial, la révision du taux ne donne pas lieu à la phase de proposition de taux qui existe sur le taux initial. Le taux et le montant de la rente sont arrêtés par la

commission des rentes et notifiés à la victime ou ses ayants droits qui disposent d'un délai de deux mois pour saisir le président du TASS.

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou les membres non salariés de société, dont l'état de santé est consolidé, ont le droit à une rente AT lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 50% (article L.752-6 du code rural). Les autres personnes non salariées de l'exploitation relevant de l'assurance accident du travail des non salariés agricoles, à savoir le conjoint, l'aide familial, l'associé d'exploitation (articles L.722-10 et L.321-6 du code rural) et les enfants âgés de 14 ans à 20 ans, victime d'un accident du travail, bénéficient d'une rente AT en cas d'incapacité permanente totale c'est-à-dire en cas de taux d'IPP de 100% (loi n°2011-1128 du 30.11.01).

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus constituent le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux d'incapacité servant de base au calcul de la rente afférente au dernier accident (article L.752-6 du code rural). Cette possibilité s'applique à toutes les victimes qu'elles soient le chef d'exploitation le conjoint, l'aide familiale ou l'enfant.

La rente accident du travail est égale au gain forfaitaire annuel multiplié par un taux, appelé taux utile. Le gain forfaitaire annuel en vigueur est fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Pour l'année 2002 le gain forfaitaire annuel s'élève à 10.671,43€. Le taux utile est déterminé à partir du taux d'incapacité permanente de la victime préalablement réduit de moitié pour la fraction égale à 50% et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50% (article 8 du décret n°2002-200 du 14.02.02). Si le taux d'incapacité est égal à 50% le taux utile est égal à $50\% / 2 = 25\%$. Si le taux d'incapacité est supérieur à 50%, la fraction égale à 50% est diminuée de moitié tandis que la fraction supérieure à 50% est augmentée de moitié.

Exemple : taux d'IPP de 62%, le taux utile de la rente est égal à $50\% / 2 = 25\% + 12\% \times 1,5 = 25 + 18\% = 43\%$.

Si le taux d'IPP est égal à 100%, le taux de la rente est égal à $50\% / 2 = 25\% + 50\% \times 1,5 = 25 + 75\% = 100\%$.

Pour déterminer le montant proratisé de la rente, il y a lieu de considérer que la rente est due pour 12 mois de 30 jours soit à raison de 1/360 du montant annuel de la rente. On arrive ainsi à un gain forfaitaire journalier pour l'année 2002 de $10.671,43\text{€} / 360 = 29 \text{€} 64$.

A titre d'exemple pour un taux d'IPP de 50%, soit un taux utile de la rente de 25%, le montant annuel de la rente pour l'année 2002 est de 2.667, 86 € et pour un taux d'IPP de 100% soit un taux utile de la rente de 100%, le montant annuel de la rente est de 10.671,43€.

La revalorisation de la rente est prévue au 1^{er} janvier de chaque année.

La rente bénéficie d'une majoration pour tierce personne dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie ordinaire. Le montant de la majoration s'élève à 40% du gain forfaitaire annuel retenu pour le calcul de la rente. La majoration ne peut être inférieure au montant minimal prévue au 3^{ème} alinéa de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale.

Pour 2002 le montant minimal de la majoration pour tierce personne s'élève donc à 1995,79€.

La rente AT est versée au titulaire mensuellement et à terme échu par l'organisme gestionnaire, la MSA ou le groupement (article 15 du décret n°2002-200 du 14.02.02). La rente de la victime est viagère (versée tout au long de la vie de l'assuré, elle est destinée à s'éteindre au décès du bénéficiaire). La rente viagère servie aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle est exonérée de la CSG et de la CRDS (article L.136-2 du code de la sécurité sociale et ordonnance n°50 du 24.01.96, article 14).

En cas de décès consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle du chef d'exploitation ou d'entreprise, une rente peut être accordée au conjoint survivant et aux enfants du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dans les conditions prévues aux articles L.434-8 à L.434-12 du code de la sécurité sociale (article L.752-7 du code rural).

Seuls peuvent bénéficier de cette rente, les conjoints survivants et les enfants, les ascendants sont exclus du bénéfice de cette rente. Le bénéfice de cette rente peut résulter, soit de l'action initiale en réparation en cas de décès immédiat, soit d'une demande des ayants droits en cas de décès tardif (articles L.752-9 du code rural, L.443-1 du code de la sécurité sociale). Le conjoint et les enfants doivent apporter la preuve que le décès est bien imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle (article 443-1 du code de la sécurité sociale).

Toutefois une présomption d'imputabilité joue à l'égard du conjoint et des enfants ayant assumé le rôle de tierce personne auprès d'une victime atteinte d'une incapacité permanente sous réserve que :

- à la date du décès cette victime a bénéficié de cette majoration pendant dix ans
- cette assistance était apportée de manière effective par l'ayant droit.

La demande de bénéfice de cette rente doit alors être assortie des justifications établissant que l'ayant droit a effectivement apporté à la victime l'assistance qualifiée « assistance tierce personne » pendant une durée d'au moins dix ans. A défaut pour la caisse de rapporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droits.

Les rentes du conjoint ou des enfants sont déterminées sur la base d'un gain forfaitaire annuel prévu par l'article L.752-7 du code rural et fixé par arrêté. Contrairement au régime des salariés il n'existe pas de fraction limitant le gain forfaitaire annuel sur lequel est calculé la rente et donnant lieu à réduction proportionnelle des rentes revenant au conjoint survivant et enfant de la victime. En effet, l'article L.434-14 du code de la sécurité sociale, selon lequel le total des rentes alloué à l'ensemble des ayants droits de la victime ne peut dépasser 85% du salaire annuel d'après lequel elles sont établies, n'est pas applicable dans le cadre de l'assurance accident du travail des exploitants agricoles.

Le conjoint survivant d'une victime, chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, décédé des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut bénéficier d'une rente si le mariage a été contracté :

- soit antérieurement à la date de l'accident du travail ou à celle de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle
- soit deux ans au moins avant la date du décès si le mariage a eu lieu après l'accident ou la 1^{ère} constatation médicale qui fait le lien avec l'activité (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02, article R.434-11 du code de la sécurité sociale).

Ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage. Le conjoint survivant bénéficie d'une rente viagère égale à 40% du gain forfaitaire annuel (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et article L.434-8 du code de la sécurité sociale).

Lorsqu'il y a eu séparation ou divorce, l'ex conjoint n'a droit à la rente que s'il a obtenu une pension alimentaire (article L.434-8 du code de la sécurité sociale). Le montant de la rente est alors ramené à celui la pension alimentaire, il ne peut dépasser 20% du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L.752-6 du code rural (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et R.434-11 du code de la sécurité social).

S'il existe plusieurs ex conjoints bénéficiant d'une pension alimentaire due par la victime, chacun a droit à la rente dans les conditions ci-dessus. Le complément de rente du conjoint survivant est égal à 20% du gain forfaitaire en vigueur à la date d'effet du complément de rente. Il est égal au 01.04.02 à 2.134,28€.

Le conjoint survivant a droit à un complément de rente égal à 20% du gain forfaitaire annuel lorsqu'il atteint l'âge de 55 ans (article L.752-7 du code rural, article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02, article L.434-8 et R.434-11 du code de la sécurité sociale).

Si le conjoint avant 55 ans est atteint d'une incapacité de travail générale de 50% constatée depuis au moins trois mois, il bénéficie du même complément de rente (article R.434-11 du code de la sécurité sociale). Nous rappelons qu'est défini comme atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50%, le conjoint survivant qui se trouve hors d'état de se procurer dans une profession un gain supérieur à la moitié du SMIC. Si le conjoint survivant se remarie, il cesse d'avoir droit à la rente (articles L.752-7 du code rural et L.434-9 du code de la sécurité sociale).

Il lui est alloué dans ce cas, une somme égale à trois fois le montant annuel de la rente selon le taux en vigueur à la date du mariage (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et R.434-15 du code de la sécurité sociale).

Cette disposition s'applique aussi bien au conjoint survivant qu'à l'ex conjoint divorcé ou séparé de corps de la victime.

Si le conjoint survivant a des enfants il conserve le droit à la rente dont le rachat sera différé, aussi longtemps que l'un deux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin. En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, le conjoint survivant recouvre son droit à la rente (alinéa 3 de l'article L.434-9 du Code de la sécurité sociale).

Les enfants légitimes, naturels dont la filiation est légalement établie et les enfants adoptés peuvent bénéficier d'une rente en cas d'accident ou de maladie professionnelle suivi de mort de leur parent chef d'exploitation ou d'entreprise agricole (article L.752-7 du Code rural et L.434-10 du Code de la sécurité sociale).

Ces enfants bénéficient d'une rente égale à 25% du gain annuel forfaitaire pour chacun des deux premiers enfants et 20% pour chacun des enfants suivants (article L.752-7 du Code rural, article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02, article R.434-16 du code de la sécurité sociale).

Les orphelins de père et de mère au moment de l'accident ou postérieurement bénéficient d'un complément de rente de 10%.

Les enfants ont droit à une rente jusqu'à l'âge de 16 ans (article R.434-16 du Code de la sécurité sociale).

La rente du conjoint survivant est viagère (versée tout au long de la vie, elle est destinée à s'éteindre au décès du bénéficiaire), sauf si les conditions d'attribution viennent à ne plus être satisfaites.

La rente viagère servie aux ayants droits des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle est exonérée de la CSG et de la CRDS (article L.136-2 du Code de la sécurité sociale et ordonnance n°50 du 24.01.96, article 14).

ε. Le contentieux

En ce qui concerne le contentieux du taux d'IPP des exploitants non salariés agricoles il est régi par l'article D.752-29 du code rural. L'article R142-41 du Code de la sécurité sociale stipule que le contentieux général des accidents du travail et des maladies professionnelles est pris en charge par la commission de recours amiable sauf les cas stipulés par l'article R142-50 du code de la sécurité sociale qui incluent le contentieux du taux d'IPP.

Dans ce dernier cas, le contentieux est assuré par le président du TASS qui peut rédiger une ordonnance de conciliation et en cas d'échec par le tribunal des affaires de sécurité sociale puis ensuite par la cour d'appel du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le contentieux des exploitants non salariés agricoles, en ce qui concerne le taux d'IPP en accident du travail et maladie professionnelle, est également réglementé par le décret du journal officiel n°2003-846 du 29.08.03 et par le complément à la circulaire n° 2002-48 du 5-08-2002 relative à la mise en place de l'assurance accidents du travail, publié le 11-12-2003 du directeur délégué chargé des politiques sociales, de la direction de la protection sociale, sous-direction « statuts des personnes, recouvrement et prestations », service contentieux, émise par la MSA Caisse Centrale.

ε1. Les recours pré contentieux

ε1. 1. Contestations d'ordre administratif

Les différents auxquels donnent lieu l'application de la législation, de la réglementation relative au régime d'assurance contre les accidents agricoles et les maladies professionnelles des non salariés agricoles par les caisses de mutualité sociales agricoles sont soumis aux commissions de recours amiables instituées par l'article R.142-1, à l'exception des réclamations formées contre les décisions

mentionnées à l'article R.142-50 (article R.142-41 nouveau du code de la sécurité sociale issu du décret n°2003-846 du 29.08.03).

Ainsi, hormis le contentieux spécial de la classifications des établissements relevant de l'ATEXA au regard de la catégorie du risque Accidents du Travail, le contentieux relatif à la date de guérison ou de consolidation de la blessure, à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou à la modification de cet état au taux d'IPP et le contentieux relatif aux recours contre tiers, les litiges résultant de l'application de l'ATEXA sont de la compétence de la commission de recours amiable.

La commission de recours amiable doit être saisie :

- dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation
- dans un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure concernant les décisions relatives au recouvrement des cotisations des majorations de retard.

Les articles R.142-42 à 142-48 nouveaux du code de la sécurité sociale issus du décret n°2003-846 du 29.08.03 instituent des commissions départementales ou interdépartementales qui constituent pour le groupement l'équivalent des commissions de recours amiables pour les caisses de MSA. Ces commissions sont constituées par le groupement et comprennent :

- deux représentants du groupement désignés par celui-ci
- deux représentants des affiliés à un organisme membre du groupement.

Ceux-ci sont désignés par les membres élus de la chambre départementale d'agriculture selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Par ailleurs, ils doivent appartenir au collège mentionné au premier alinéa de l'article R.511-6 du code rural et être affiliés à un organisme membre du groupement.

Les membres de la commission sont désignés pour un an renouvelable dans la limite de la durée de leur mandat de représentant au sein de la chambre d'agriculture pour les membres et représentant des affiliés à un organisme du groupement.

La commission désigne en son sein parmi ses membres titulaires,

- un président
- un vice-président

Ceux-ci sont désignés pour une période d'un an. La présidence de la commission est assurée alternativement par un co-représentant du groupement et un représentant des affiliés à un organisme du groupement. Le vice président doit appartenir à la catégorie de représentant dont le président ne relève pas.

La commission ne peut valablement statuer que si l'un au moins des représentants de chaque fraction de la commission et si le président sont présents. Les représentants de chaque fraction de la commission participant pour vote doit être en nombre égal.

En cas de partage des voix au sein de la commission ou en cas d'absence ou d'empêchement, la voix du président, ou en cas d'empêchement ou d'absence, celle du vice-président est prépondérante. Les réclamations relatives à l'application de la réglementation ATEXA formées contre la décision prise par le groupement sont soumises aux commissions départementales ou interdépartementales à l'exception des réclamations formées contre les décisions relatives à la date de guérison ou de consolidation de la blessure, à l'appréciation de l'état d'IPP ou à la modification de cet état et au taux d'incapacité permanente de travail. Ces commissions donnent sur

les affaires qui leur sont soumises leur avis à l'instance délibérante du groupement laquelle statue par décision motivée.

La commission compétente est celle de la circonscription dont relève l'assuré.

La réclamation formée contre la décision prise par la groupement institué par l'article L.752-14 du code rural est soumise à l'avis de la commission départementale ou interdépartementale qui doit être saisie dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision prise par le groupement à l'intéressé (article R.142-44 nouveau du code de la sécurité sociale).

A défaut de réponse de la commission dans un délai d'un mois à compter de la réception par le bureau départemental ou interdépartemental du groupement de la réclamation, celle-ci est réputée rejetée (article R.142-47 nouveau du code de la sécurité sociale).

La décision prise par la commission est communiquée au préfet de région dans les conditions définies par l'article R.152-2 du code de la sécurité sociale et peut faire l'objet d'une contestation devant le tribunal des affaires de sécurité sociale fixées ci-après.

ε 1. 2. Contestations d'ordre médical : le nouvel examen médical

Lorsque le motif du refus porte sur une question d'ordre médical (imputabilité médicale de l'AT ou de la maladie, soins, arrêt de travail médicalement justifié, réadaptation fonctionnelle...), la voie de recours est le nouvel examen médical (articles 3,18 et 19 du décret n°2002-200 du 14.02.03, article 8 du décret n°2002-200 du 14.02.02, articles 35 à 37 du décret n°598 du 29.06.73).

Ces dispositions ne sont pas applicables aux contestations portant sur la fixation de la date de guérison ou de consolidation, du taux d'IPP (y compris pour le taux de 25% pour le passage en système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles) initial ou révisé, de la majoration tierce personne, pour lesquelles une phase de conciliation devant le président du TASS est prévue (cf recours contentieux ci-dessous) .

Les dispositions relatives au nouvel examen médical sont prévues par les articles 35 à 37 du décret n°73-598 du 29.06.73 en application de l'article 18 du décret n° 2002-200 du 14.02.03. En cas de divergence d'appréciation médicale relative à l'état de la victime et préalablement à toute saisine du TASS, la victime peut demander un nouvel examen médical dans un délai d'un mois à compter du jour où la décision lui a été notifiée par l'organisme gestionnaire de la victime, MSA ou groupement. L'expiration de ce délai n'est opposable à la victime que si la décision porte mention du dit délai .

Le médecin chargé du nouvel examen est désigné d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil et doit être choisi parmi ceux qui figurent sur les listes des experts auprès des tribunaux. A défaut d'un tel accord, il est désigné par le président du TASS.

Les conclusions émises par le médecin expert peuvent faire l'objet d'une application immédiate d'un commun accord entre la victime et l'organisme gestionnaire.

Si les conclusions ne font pas l'objet d'un tel accord, la partie qui entend les contester dispose d'un délai d'un mois suivant la notification de celle-ci pour saisir le TASS.

Lorsque le médecin expert n'a pas notifié dans ces conclusions dans le mois suivant sa désignation, le TASS est saisi dans un délai d'un mois par la partie la plus diligente. Les honoraires et frais de déplacement du médecin expert sont supportés dans les mêmes conditions qu'en matière d'assurance sociale agricole. Ils sont à la charge du régime et réglés par l'organisme gestionnaire de la victime (article 18 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

ε 2. Le recours contentieux

L'ensemble des différents auxquels donnent lieu l'application de la législation de la réglementation relative à l'ATEXA relève de la compétence des juridictions du contentieux général de la sécurité sociale dans les conditions fixées par les dispositions des articles R.142-8 à R.142-31 du code de la sécurité sociale (article R.142-49 nouveau du code de la sécurité sociale).

Seule exception, le contentieux spécial de la classification des établissements relevant de l'ATEXA au regard de la catégorie du risque accidents du travail qui, en application de l'article L.752-19 du code rural, relève de la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, ainsi que le contentieux relatif au recours contre tiers qui relève des tribunaux civils de droits communs.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale peut être saisi dans un délai de deux mois suivant, soit la notification de la décision, soit le rejet implicite de la contestation de l'adhérent (article 142-6 du code de la sécurité sociale).

Certaines contestations d'ordre médical ne sont pas examinées par la commission de recours amiable des caisses de MSA ou les commissions départementales ou interdépartementales du groupement, mais relèvent directement de la compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale où le président procède à une tentative de conciliation. Il s'agit des contestations relatives à :

- la date de guérison de consolidation de la blessure et à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou la modification de cet état, en cas de révision du taux d'incapacité.
- La fixation du taux d'incapacité permanente arrêtée ou confirmée dans les conditions fixées par les articles 11 et 12 du décret n°2002-200 du 14.02.02 relatifs aux prestations de l'assurance des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ou par les 4^{ème} et 5^{ème} alinéas de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale (articles R.142-50 et R.140-52 du code de la sécurité sociale).

ε 2.1. Le contentieux relatif à la date de guérison ou de consolidation de la blessure et à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou à la modification de cet état

Les contestations sont portées directement devant le président du TASS dont le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou la résidence de la victime. La victime saisit le président, soit par simple requête déposée au secrétariat du TASS, soit par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter du jour où il lui a été notifié la décision relative à la date de guérison ou de consolidation, ou en cas de révision, la décision relative à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou de la modification de cet état (article R.142-33 du code de la sécurité sociale).

Le secrétariat du TASS convoque aux fins de conciliation dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle le tribunal a été saisi, la victime ou le cas échéant ses ayants droits et le représentant de la caisse de MSA ou du groupement.

Le président peut après avoir préalablement consulté les parties, commettre un expert qui doit adresser son rapport dans un délai de 15 jours. La procédure d'expertise applicable est celle de droit commun. Dès réception du rapport les parties sont convoquées à la plus proche audience de conciliation.

Si la tentative de conciliation aboutit à un accord celui-ci est homologué par une ordonnance non susceptible d'appel du président du TASS.

S'il y a désaccord, l'affaire est inscrite d'office à la première audience utile du TASS (articles R.142-37 à R.147.39 du code de la sécurité sociale).

ε 2.2. Le contentieux relatif au taux d'incapacité initiale.

La victime qui refuse le taux d'incapacité permanente de travail proposé ou confirmé par son organisme assureur doit saisir aux fins de conciliation le président du TASS dont le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou de sa résidence à son choix dans un délai d'un mois à compter du jour où il lui ont été notifiés, soit les termes de l'accord réalisé sur le taux d'incapacité permanente de travail, soit la confirmation des propositions relatives à ce taux d'incapacité. (article R.142-34 du code de la sécurité sociale).

Les règles fixant le mode de saisine du président, les convocations à l'audience de conciliation, la saisine d'office du TASS en cas d'échec de l'audience de conciliation sont identiques à celles prévues pour les contestations relatives à la date de guérison ou de consolidation.

b. le cas des exploitants non salariés agricoles d'Alsace - Moselle

La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les départements d'Alsace et de Moselle reste régie par le Code des assurances sociales du 19 juillet 1911 modifié (Article 19 - II de la Loi n° 72 - 965 du 25.10.1972) .

Ce régime revêt un caractère obligatoire pour les chefs d'exploitation et les membres de leur famille (Article 915 du Code des assurances sociales) . Cette article stipule que " les exploitations agricoles sont assujetties à l'assurance contre les accidents " . L'exploitation agricole est définie plus haut dans le chapitre consacré aux salariés agricoles d'Alsace-Moselle .

aa. Définitions

α. Les personnes assurées

Toute personne même étrangère à la profession agricole qui travaille dans une exploitation agricole bénéficie de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles . Sont ainsi concernés l'exploitant, son conjoint, tous les membres de sa famille, les aides bénévoles et occasionnels .

β. Les risques couverts par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

Les risques couverts concernent non seulement les accidents du travail proprement dits, les maladies professionnelles mais également les activités domestiques pour les chefs d'exploitation et les conjoints dans la mesure où ils exercent principalement une activité agricole et en tirent leur principal revenu (article 926 du Code des assurances sociales) .

Les chefs d'exploitation, leur conjoint et les membres de leur famille, titulaires de fonctions statutaires dans des organisations agricoles, un organisme de mutualité, de coopération, de crédit agricole ou de la chambre d'agriculture bénéficient également de cette assurance accidents du travail et maladies professionnelles pour ce type d'activité .

bb. Les prestations

α. Les prestations en nature

Les prestations en nature comprennent les frais médicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, orthopédiques ou de prothèses, de transport, de réadaptation fonctionnelle, de rééducation et de reclassement professionnel . Ces prestations visent à ce que la victime puisse récupérer sa capacité de travail initial . Ces prestations sont remboursées à 100 % dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (Décret du 22.12.1952 n° 52 - 1. 370) .

β. Les prestations en espèces

Les prestations en espèces correspondent aux indemnités journalières d'arrêt de travail et à la rente d'invalidité totale ou partielle .

β1. Les indemnités journalières

Pour bénéficier de ces indemnités journalières la victime doit être inapte totalement au travail, être chef d'exploitation, aide familial âgé de plus de 18 ans ou conjoint du chef d'exploitation ou de l'aide familial, relever de l'AMEXA (Assurance Maladie Obligatoire des Exploitants Agricoles) et ne pas avoir droit d'une façon quelconque à des prestations en espèces d'un autre régime de protection sociale .

Les indemnités journalières sont versées à compter du 22ème jour suivant la survenue de l'accident jusqu'à la fin de la 13ème semaine si la victime est toujours en état d'inaptitude totale au travail à ce moment .

Si l'arrêt de travail est supérieur à 13 semaines la Caisse d'assurance accident verse alors une somme correspondant à l'indemnité journalière pour les 21 premiers jours . Cette indemnité journalière se calcule sur la base d'un gain journalier égal à 1 / 300 ème du salaire minimum servant de base de calcul des rentes des salariés . Du 22ème au 28ème jour, l'indemnité journalière est égale à 60 % de ce gain journalier . A partir du 29ème jour, cette indemnité journalière est égale à 80 % de ce gain journalier pour une durée s'étalant jusqu'à la fin de la 13ème semaine d'arrêt de travail . Il est à noter qu'à partir du 01.01.2003, le règlement intérieur édicté par l'Assemblée générale annuelle des délégués de la caisse, supprime cette franchise des 21 premiers jours .

β2. La rente d'accident du travail

Après une période de 13 semaines suivant la date de l'accident, une rente est versée à l'accidenté du travail pour la durée où cette incapacité de travail est supérieure ou égale à 20 % (Article 558 du Code des assurances sociales et Décret n° 52 - 1.370 du 22.12.1952, article 2) .

L'assemblée générale des délégués de la Caisse d'assurance accident agricole fixe la base du calcul de cette rente . Actuellement cette base suit un pourcentage croissant jusqu'au 01.07.2005 où elle représentera à cette date 80 % du salaire minimum annuel .

A titre d'exemple, au 01.07.1999 la base de calcul de cette rente est égale à 77.5 % du salaire minimum annuel c'est à dire 73. 476 francs pour les chefs d'exploitation . Pour les autres victimes, cette base est inférieure de 10 % .

Le calcul des rentes se fait suivant les modalités du Code de la Sécurité sociale . On constate ainsi une différence importante avec les rentes d'accident du travail du régime général de la Sécurité sociale . En effet, la rente dans le cas d'un exploitant non salarié agricole d'Alsace ou de Moselle, se définit en fait comme une indemnisation après la 13ème semaine d'arrêt de travail . Si après cette 13ème semaine d'arrêt de travail la victime est encore totalement inapte à son travail, elle touche alors une rente correspondant à un taux d'IPP de 100 % .

En cas, après cette 13ème semaine, d'une inaptitude partielle, cette rente sera fixée à un taux déterminé par le Médecin Conseil de la Caisse d'assurance accident par exemple de 60 % ou de 40 % .

Si initialement après la 13ème semaine, la victime disposait d'un taux de 100 % pour inaptitude totale au travail, ce taux ultérieurement peut ensuite être abaissé par le Médecin conseil de la Caisse d'assurance accident s'il pense que la victime peut partiellement exercer une activité professionnelle . Le terme de rente ici ne correspond donc pas à l'indemnisation d'une incapacité permanente partielle après consolidation d'un état morbide .

En cas d'accident du travail entraînant la mort de la victime on verse une rente de survivant ou d'orphelin, une rente d'ascendant sous certaines conditions ainsi qu'une indemnité funéraire (Article 586 du Code des assurances sociales modifié par la loi du 25.07.1952) .

Le conjoint survivant bénéficie d'une rente de 30 % jusqu'à l'âge de 55 ans,

de 50 % à partir de 55 ans ou avant cette âge s'il est atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 % à condition que cette incapacité de travail ait une durée minimale de 3 mois .

Une rente d'orphelin est versée lorsque la victime avait des enfants : cette rente est de 15 % pour chacun des deux premiers enfants, et 10 % pour chaque enfant survivant .

Le total des rentes versées ne peut pas dépasser 85 % du gain de base .

Le conjoint survivant lorsqu'il se remarie et s'il n'a pas d'enfant bénéficie d'une indemnité égale à trois fois la rente annuelle .

Le conjoint survivant peut continuer à bénéficier de la rente de conjoint survivant même en cas de mariage s'il a des enfants jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de seize ans ou de vingt ans s'il poursuit des études au-delà de la scolarité obligatoire .

Le conjoint survivant peut recouvrer son droit à une rente sous les mêmes conditions que celles prévues pour le régime général (loi n°74-1.027 du 4 décembre 1974) .

cc. Le cas apparenté des accidents de la vie privée

Les accidents de la vie privée sont exclus des risques couverts par l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) .

Les caisses d'assurance accident agricole assurent une couverture du risque accident de la vie privée sans cotisation spéciale (loi n°66-950 du 22 décembre 1966, décret n°69-656 du 13 juin 1969) .

Les personnes assurées sont les personnes ressortissant de l'AMEXA, c'est-à-dire le chef d'exploitation, son conjoint et les membres de sa famille non salariés à partir de seize ans .

Les agriculteurs retraités et n'exerçant plus d'activité professionnelle agricole sont exclus de cette couverture et donc pris en charge par l'assurance maladie .

Les prestations consistent essentiellement à des prestations en nature .

dd. Le contentieux

Le contentieux du taux d'incapacité de travail, c'est-à-dire quand la victime conteste un taux d'incapacité de travail par exemple quand il est ramené de 100% à 40% est régi par le contentieux de l'incapacité.

α. Les prestations en nature

Les prestations en nature sont identiques à celles couvertes par le risque d'accident du travail .

β. Les prestations en espèces

β1. Indemnités journalières

Aucune indemnité journalière n'est versée au titre des accidents de la vie privée .

β2. Pensions

- En cas d'inaptitude totale à l'exercice de la profession agricole, une pension d'invalidité pour une aptitude totale est versée . Son montant est égal au quart du salaire minimum annuel servant de base aux rentes accordées aux salariés agricoles .

- En cas d'invalidité réduisant au moins des deux tiers la capacité de travail du chef d'exploitation, ce chef d'exploitation (article 1234-B du Code Rural) bénéficie d'une pension d'invalidité .

Le montant annuel de cette pension est égal aux trois cinquièmes du montant de la pension pour inaptitude totale . Actuellement ce montant étant inférieur à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), ce montant est élevé au montant de l'AVTS .

Lorsque la victime présente une inaptitude totale ou partielle à l'exercice de la profession agricole consécutive à la fois à des séquelles d'un accident de la vie privée et d'une maladie, le versement de la pension d'invalidité se fait par l'organisme dont le risque prédomine dans l'état d'inaptitude, c'est-à-dire la caisse d'assurance accident agricole si l'accident est responsable de la moitié ou plus de cet état ou l'assureur du risque maladie dans le cas inverse .

Lorsque l'état d'inaptitude est imputable à l'accident du travail ou une maladie professionnelle associée à une maladie, les victimes bénéficient du cumul de la rente servie au titre d'accident du travail ou de la maladie professionnelle avec le versement d'un complément de pension d'invalidité .

c. Le cas des exploitants non salariés agricoles des départements d'outremer

aa. L'ancien système d'indemnisation avant la loi du 30 – 11 – 2001

Les exploitants non salariés de l'agriculture des départements d'outremer bénéficient du régime d'assurance obligatoire contre les accident de la vie privée, les accidents du travail et les maladies professionnelles institué pour la métropole par la loi du 22 décembre 1966 . Ce bénéfice pour les exploitants d'outremer existe par la loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite au Code Rural par l'article 1.234-27 et par les décrets d'application n°86-369 et n°86-371 du 10 mars 1986 publiés au Journal Officiel du 14 mars 1986 .

Les exploitants non salariés de l'agriculture des départements d'outremer bénéficient de l'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25-10 -1972 par le biais de la loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 inscrite dans l'article 1.234-29 du Code Rural qui étend les dispositions du Code Rural relatives à l'assurance complémentaire aux département d'outremer . Le décret d'application correspondant, n°86-370 du 10 mars 1986 a été publié au Journal Officiel du 14 mars 1986 .

bb. Le nouveau système d'indemnisation après la loi du 30 – 11 – 2001

L'article L.762-34 du code rural modifié par l'article 3 de la loi n°2001-1128 du 30.11.01 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles et de leur famille entrée en vigueur le 01.04.02 et le décret en Conseil d'Etat n°2003-617 du 3-7-2003, paru au Journal Officiel du 5-7-2003 rendent applicable les dispositions de l'assurance accident du travail des non salariés agricoles de la loi entrée en vigueur le 1-4-2002 aux personnes non salariées des professions agricoles exerçant leur activité dans les départements d'outre mer. Les caisses générales de sécurité sociale exercent les fonctions dévolues aux MSA. Les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales exercent les missions dévolues aux chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricole.

L.Cas des médecins pour les accidents du travail et maladies professionnelles

1. Couverture par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

a. Prestations en nature habituelles

En cas d'accident ou de maladie professionnelle lié à l'exercice de sa profession, le médecin est couvert par son régime d'assurance maladie comme pour tout autre accident ou maladie. Les médecins conventionnés (sauf ceux du secteur 2 ayant opté pour le régime des travailleurs indépendants), reçoivent les prestations en nature du régime général c'est-à-dire le remboursement des examens et des soins, sans indemnité journalière.

b. L'assurance volontaire individuelle accidents du travail et maladie professionnelle

Cette assurance facultative est destinée aux personnes non couvertes à titre obligatoire pour les accidents du travail et maladie professionnelle par le régime général des salariés (article L.743-1 et articles R743-1, 743-2, 743-3, 743-9 et 743-10 du Code de la Sécurité sociale).

En effet les salariés cotisant à la Sécurité sociale sont dès le jour de leur embauche couverts par l'Assurance obligatoire accidents du travail maladie professionnelle. Certaines catégories professionnelles salariées bénéficient de l'assurance obligatoire accident du travail et maladie professionnelle. Il s'agit des membres des régimes spéciaux et particuliers (personnel auxiliaire de la SNCF, Agent EDF-GDF, agent non titulaire de l'État ou des collectivités territoriales) .

L'assurance obligatoire « accident du travail-maladie professionnelle » est également accordée en dehors des salariés ou des titulaires d'un régime spécial pour les catégories suivantes apparentées aux salariés : • élève ou étudiant d'établissements d'enseignement technique, secondaire et spécialisé ;

- stagiaire ;
- stagiaire de la formation professionnelle continue ;
- demandeur d'emploi participant à des actions d'aide à la création d'entreprise ou d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement de la recherche d'emploi dispensées ou prescrites par le Pôle Emploi ;
- Bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) participant à des actions favorisant l'insertion ;
- participant à un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- participant bénévole au fonctionnement d'organismes à objet social ;
- les bénévoles des œuvres et organismes d'intérêt général
- détenu exerçant un travail pénal ;
- volontaire pour l'insertion.

L'article L.743-1 du Code de la Sécurité sociale stipule « La faculté de s'assurer volontairement est accordée aux personnes qui ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du livre IV du présent Code. Dans ce cas la cotisation est à leur charge ».

Certaines catégories professionnelles non salariées ne bénéficient donc pas de l'Assurance obligatoire face à l'accident du travail et à la maladie professionnelle. Ces catégories peuvent alors souscrire une assurance volontaire individuelle à ce titre auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie.

Les professions suivantes, non salariées, peuvent souscrire une assurance volontaire individuelle à ce titre auprès de la Caisse d'Assurance Maladie. Il faut adresser sa demande sans oublier de fournir son revenu annuel. Il servira de base au calcul des cotisations et prestations.

L'Assurance volontaire individuelle concerne tout particulièrement les :

- commerçants ;
- artisan ;
- industriel ;
- profession libérale ;
- chauffeur de taxi ;
- sportif non professionnel ;
- Agent, courtier, voyageur, mandataire patenté ;

- mère de famille ;
- travailleur occasionnel de courte durée ;
- Créateur d'entreprise.

Attention : l'assurance volontaire ne donne pas le droit au versement d'indemnités journalières.

Cette assurance concerne plus particulièrement les médecins généralistes qui font des déplacements professionnels, les infirmières qui font souvent des visites à domicile, du fait du risque d'accident de la voie publique important. Il est noté qu'un médecin salarié qui bénéficie en tant que tel de la législation obligatoire accidents du travail maladie professionnelle des salariés peut néanmoins souscrire une assurance volontaire individuelle s'il a par ailleurs une activité libérale.

Les professions de santé libérales, en majorité des médecins, représentent environ la moitié des adhérents à cette assurance volontaire accident du travail maladie professionnelle.

Un médecin en secteur 2 peut bénéficier de l'assurance volontaire accident du travail maladie professionnelle.

Les risques encourus par les médecins comportent en particulier les accidents de circulation sur le trajet entre le domicile et le cabinet ou pour se rendre en visite auprès des patients, des blessures notamment les piqûres par aiguille souillée, les agressions, les chutes ou blessures (entorse ou chute dans les escaliers entre 2 visites).

aa. L'affiliation

Pour souscrire à une telle assurance volontaire il faut remplir l'imprimé cerfa n°11227*02 de demande d'admission.

La Caisse Primaire demande à ce qu'on indique dans cette déclaration un salaire annuel qui correspond en fait au chiffre des bénéficiaires non commerciaux du médecin libéral, ce salaire doit être compris entre le salaire annuel minimum des rentes correspondant à un taux d'incapacité d'au moins 10%, soit 17.922 € par an au 01-01-2013 (salaire minimum prévu au 1er alinéa de l'article L.434-16 du Code de la Sécurité sociale) et le salaire maximum du calcul des cotisations de Sécurité sociale c'est-à-dire le plafond annuel moyen des cotisations de Sécurité sociale visé à l'article L.241-3 du Code de la Sécurité sociale soit 37.032 € le 1er juillet 2013. La Caisse primaire d'assurance maladie rend sa décision dans un délai d'un mois après la réception de la demande, notifie sa décision qui indique le taux de cotisation.

L'assurance prend effet au premier jour du mois qui suit la décision d'admission de la Caisse. Elle cesse au dernier jour du trimestre en cours si les cotisations n'ont pas été payées pour le trimestre suivant.

En cas de changement de résidence entraînant un changement de circonscription de Caisse, l'adhérent doit informer la Caisse de son ancienne résidence qui transmet le dossier à la Caisse de la nouvelle résidence.

bb. Les cotisations

Il est fortement conseillé après s'être affilié à la Caisse Primaire d'assurance Maladie de contacter directement l'URSSAF pour l'informer de son inscription. En effet c'est l'URSSAF qui assure le recouvrement de la cotisation.

Ce taux de cotisation fixé est celui applicable au sein des cabinets médicaux affecté d'un abattement de 20% du fait que le médecin assuré n'a pas droit aux indemnités journalières. En effet le calcul du taux de cotisation s'inspire du taux de cotisation du risque accident du travail pour les assurés obligatoires exerçant la même profession après un abattement de 20%.

Il est égal à 1.4% le 1er juillet 2013.

Si le médecin bénéficie d'un revenu de BNC annuel supérieur ou égal à 37.032 en 2013, € le montant à payer serait donc de $37.032 \times 1.4\% = 518$ €. La cotisation est payée par trimestre soit une cotisation trimestrielle de 130 € entièrement déductible des revenus du médecin.

En dehors du premier versement calculé au prorata du nombre de mois d'assurance, les cotisations sont trimestrielles et payables d'avance à l'URSSAF dans les 15 premiers jours du mois précédant le trimestre d'assurance. Le taux de cotisation actuellement de 1,4% est révisable au 1er janvier de chaque année, il est identique pour tous les médecins qu'ils fassent des visites à domicile ou non.

cc. Les prestations

L'assurance volontaire ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance accident du travail maladie professionnelle des salariés, c'est-à-dire une prise en charge des soins à 100% en tiers payant sur la base du tarif conventionnel concernant les frais de médecine ambulatoire, d'hospitalisation, pharmaceutiques, d'appareillage, de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle, liés à un accident du travail, à un accident du trajet, une maladie professionnelle.

Il n'y a pas d'indemnité journalière dans le cadre de l'assurance volontaire accident du travail maladie professionnel. Le versement d'indemnités journalières est exclu de l'assurance volontaire accident du travail et maladie professionnelle mais un médecin devenu salarié pourrait bénéficier des indemnités journalières de la Caisse primaire d'assurance maladie en cas de rechute de l'accident subi lors de sa période d'adhésion à l'assurance volontaire accident du travail et maladie professionnelle en tant que médecin libéral.

Comme pour les salariés en cas de séquelles entraînant une incapacité permanente donc le taux est fixé selon le barème accident du travail et des maladies professionnelles, une indemnité en capital est versée si le taux est inférieur à 10%. À partir de 10% d'incapacité, une rente annuelle est versée, déterminée en fonction de la base annuelle de cotisation et comme pour les salariés le taux est calculé en réduisant de moitié la partie du taux d'incapacité inférieure à 50% et en multipliant par 1.5 la partie du taux supérieure à 50%.

Ainsi pour un taux de 30%, une base de cotisation de 15.000 €, la rente annuelle est de $0,30 \times 15.000$ égale 4.500 €. La somme de 4.500 € est divisée par 2, on aboutit donc à une rente annuelle de 2.250 €.

En cas de décès de la victime une rente pourrait être versée à ses ayants droit, conjoint ou ascendant à charge, suivant le même calcul que pour les salariés.

Dès lors que l'accident ou la maladie ont été pris en charge par l'Assurance volontaire accident du travail et maladie professionnelle, les prestations et notamment la rente continuent à être versées quels que soient les changements intervenant ultérieurement dans la situation professionnelle de la victime.

Les prestations (remboursement des soins, rente pour une IPP supérieure à 10%, indemnité en capital pour une IPP inférieure à 10%) accordées par la Sécurité

sociale peuvent s'ajouter aux éventuelles indemnités journalières d'une assurance que le médecin aurait souscrite ainsi qu'à une éventuelle rente versée par cette même assurance, le cumul entre les garanties étant de droit.

dd. La déclaration

α. Accident du travail

La preuve de l'accident peut être apportée par tous moyens.

Par exemple, pour un accident de la circulation en se rendant au domicile d'un malade, la preuve peut être obtenue par l'attestation d'un appel en visite.

Pour un chirurgien qui se blesse lors d'une intervention chirurgicale en clinique privée, la preuve peut être établie par une attestation du membre du personnel.

Pour le cas plus difficile où le médecin se blesse seul à son cabinet en l'absence de tout patient, la preuve pourrait être apportée par l'attestation d'un patient l'ayant vu juste avant en bonne santé à confronter avec le premier témoin qui l'aurait vu blessé.

β. La maladie professionnelle

β1. Déclaration

La déclaration d'une maladie professionnelle suit la législation proposée au salarié avec le système classique des tableaux et la procédure complémentaire de reconnaissance d'une maladie professionnelle, soit parce qu'il ne remplit pas une ou plusieurs des conditions posées au tableau, soit parce que la maladie professionnelle est hors tableau.

Un exemple de procédure concernant une maladie désignée dans un tableau alors que la victime ne remplit pas une plusieurs des conditions posés au tableau est le tableau, n°76 relatif aux maladies infectieuses car il concerne les maladies infectieuses contractées en milieu hospitalier donc ne s'applique pas aux maladies contractées en pratique ambulatoire. Le cas s'est posé pour un médecin libéral ayant contracté une septicémie.

β2. Le cas particulier du SIDA

Le risque de contamination a été évalué à 0.4% après une exposition à du sang infecté par piqûre ou blessure et 0.05% après projection sur une plaie.

L'infection par le virus VIH peut être prise en charge en tant qu'accident du travail. L'infection doit être la conséquence d'un fait accidentel se produisant durant le temps et sur le lieu du travail, potentiellement contaminant en raison des circonstances, par exemple, une piqûre avec une aiguille souillée ou la projection inopinée de sang ou de liquide biologique contaminé sur une muqueuse ou une plaie. Le fait doit être localisable avec précision dans le temps et avoir entraîné une lésion susceptible de provoquer la contamination. Il doit faire l'objet d'une déclaration dans les 48h à la Caisse primaire d'assurance maladie avec un certificat médical indiquant le risque de séroconversion. Un premier test de dépistage doit être effectué avant 8 jours, et répété au bout de 3 mois puis de six mois. Si le test pratiqué lors de l'accident est négatif et si l'un des deux autres est positif, l'imputabilité de la séropositivité à l'accident est reconnue. Le taux d'incapacité permanente est fixé entre 20 et 40% en général. Le taux évolue avec la maladie en fonction du déficit humanitaire mesuré

par référence au taux sanguin de lymphocytes CD4 et de l'apparition de maladies opportunistes. Le taux d'incapacité est fixé entre 40 et 60% lorsque le taux de lymphocytes est compris entre 200 et 350 par millimètre cube et entre 60 et 100% lorsque le taux de lymphocytes tombe en dessous de 200. Le déficit immunitaire est apprécié par 2 examens pratiqués à 1 mois d'intervalle. L'indemnisation de solidarité. Cette indemnisation complémentaire, versée par l'État, est accordée si l'infection a été au préalable reconnue d'origine professionnelle et vise à indemniser les préjudices de caractère personnel (préjudice esthétique, d'agrément, souffrances endurées...).

La Caisse primaire, avec l'accord de l'intéressé, transmet une demande au Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles qui évaluent le montant de l'indemnité. Le Ministère adresse à la victime un protocole proposant l'indemnisation. L'accord vaut renonciation à toute procédure amiable ou contentieuse et entraîne la mise en paiement.

ee. Les démarches

Le médecin doit adresser à la Caisse par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 48 heures à partir de l'accident non compris le dimanche et jours fériés une déclaration d'accident du travail. De même, en cas de maladie professionnelle, une déclaration doit être faite .

La Caisse Primaire demande au médecin de justifier le paiement de sa cotisation en produisant une attestation de l'URSSAF. Elle délivre la feuille d'accident du travail qui permet d'obtenir la gratuité des soins. Il est conseillé pour éviter toute contestation que le certificat médical soit établi par un autre confrère comportant les éléments d'ordre médical relatif à l'accident ou à la maladie professionnelle qui sont nécessaires à la prise en charge.

2. Couverture par la CARMF

a. Indemnités d'incapacité temporaire

La CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français) verse une indemnité d'incapacité temporaire à partir du 91ème jour d'arrêt et en cas d'invalidité globale et définitive une rente annuelle.

Le montant de l'indemnité journalière en cas d'invalidité temporaire à partir de 91ème jour de l'arrêt de travail s'élève pour un taux normal si le médecin justifie de 24 trimestres au moins de cotisations à 63.27 € pour la classe A, 94.90 € pour la classe B, 126.54 € pour la classe C au 1er janvier 2013.

La classe A se définit comme des revenus inférieurs au plafond de la Sécurité sociale soit 37.032 € par an .

La classe B se définit comme des revenus variant entre 1 fois le plafond et 3 fois le plafond de la Sécurité sociale c'est-à-dire compris entre 37.032 € et 111.096 € par an .

La classe C se définit comme des revenus supérieurs ou égaux à 3 fois le plafond de la sécurité sociale soit 111.096 € par an .

En cas de maladie ou d'accident antérieur à l'affiliation à la CARMF, des indemnités journalières à taux réduits sont versées.

Si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieure à la demande d'affiliation à la CARMF, l'indemnité journalière n'est pas accordée si le médecin ne justifie pas de huit trimestres d'affiliation. Cette indemnité est réduite des deux tiers si le médecin justifie de huit à quinze trimestres d'affiliation, et du tiers s'il justifie de 16 à 23 trimestres.

La période antérieure d'affiliation obligatoire auprès des régimes salariés et non salariés est prise en compte pour le calcul de la durée d'affiliation exigée. Après 6 ans d'affiliation, les indemnités journalières sont versées suivant les bases indiquées ci-après.

Si le médecin n'a pas atteint l'âge minimal pour la retraite du régime de base, il bénéficie jusqu'à 36 mois consécutifs ou discontinus au taux plein et puis éventuellement de la pension d'invalidité sur décision de la Commission de contrôle et de l'incapacité d'exercice.

Si le médecin a atteint l'âge minimal pour la retraite du régime de base, il bénéficie de l'indemnité journalière jusqu'à 12 mois au maximum au taux plein puis ensuite il bénéficie d'une retraite pour inaptitude ou d'une nouvelle période de 24 mois d'indemnités journalières au taux réduit sur décision de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice.

Le taux réduit de l'indemnité journalière est de 32,27 € pour la classe A, de 48,40 € pour la classe B, de 64,54 € pour la classe C

Si le médecin est âgé de plus de 65 ans, il bénéficie de la mise à la retraite ou d'une attribution des indemnités journalières au taux réduit pour une période maximale, entre 12 à 24 mois (36 mois si la date d'effet des droits est antérieure au 65^{ème} anniversaire du bénéficiaire) sur décision de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice.

La contribution sociale généralisée (CSG) pour un montant de 6,6 %, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) pour un montant de 0.5 % et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) de 0.3% sont prélevées sur le montant brut des indemnités journalières. Elles sont exonérées en cas de non-imposition. Pendant son arrêt de travail, en particulier pendant le paiement des indemnités journalières, le médecin a la possibilité de céder son cabinet médical, de le fermer ou de prendre un remplaçant.

Afin d'aider le médecin qui a observé une longue période de cessation d'activité à renouer avec un environnement dont l'avait privé sa maladie, la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice peut décider pour une période de trois mois, (exceptionnellement renouvelable une fois), de permettre au médecin une reprise d'activité progressive, tout en lui conservant le bénéfice de l'indemnité journalière.

Toute rechute de la même maladie (ou même accident) intervenant moins d'un an après le premier arrêt, est indemnisée au 15^e jour, sous réserve que la déclaration de rechute ait bien été déclarée dans les 15 jours de sa survenance. A défaut, elle est indemnisée au 15^e jour de la déclaration (sauf avis contraire de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice) .

Les prestations reçues en contrepartie de cotisations déductibles étant imposables les indemnités journalières ne sont pas imposables sur la déclaration professionnelle mais s'inscrivent dans la catégorie « pensions et rentes » sur la déclaration 2042. Si elles sont encaissées sur le compte professionnel, elles devraient être encaissées dans la catégorie « apports personnels ».

b. Pension d'invalidité

Pour bénéficier de la pension d'invalidité délivrée par la CARMF, le médecin affilié à la CARMF doit être reconnu atteint d'une maladie ou victime d'un accident entraînant une invalidité totale et définitive le rendant incapable d'exercer sa profession.

aa. Condition d'ouverture des droits

Le médecin :

- doit ne pas avoir atteint l'âge de départ à la retraite, c'est-à-dire être âgé de moins de 60 ans (âge qui sera porté progressivement à 62 ans),
- il doit avoir cédé son cabinet médical ou à défaut procéder à sa fermeture définitive
- il doit être à jour des ses cotisations obligatoires au moment de l'arrêt de travail définitif

Doit être absolument incapable d'exercer sa profession ainsi que les autres professions de santé (les autres professions sont possibles).

En cas de reprise de toute profession de santé, le service de la pension d'invalidité cesse.

bb. Le paiement de la pension d'invalidité

Si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieure à la demande d'affiliation à la CARMF et si le médecin ne justifie pas de 8 trimestres d'affiliation, la pension n'est pas accordée.

La pension est réduite du tiers si le médecin justifie de 8 à 15 trimestres d'affiliation, la période antérieure d'affiliation auprès des régimes obligatoires des salariés ou des non salariés comportant des couvertures du risque invalidité est prise en compte pour le calcul de la durée d'affiliation exigée.

Chaque enfant à charge reçoit une rente forfaitaire.

Sous réserve d'un contrôle de la permanence de l'invalidité, la pension est servie aussi longtemps que l'état de santé du médecin ne lui permet pas d'assurer une profession de santé et au plus tard, jusqu'à l'âge minimum pour la retraite du régime de base : âge à partir duquel ses droits aux pensions de vieillesse sont établis sans abattement.

Les droits à la retraite anticipée sont ensuite établis sans abattement.

En cas de reprise de toute profession de santé le service de la pension d'invalidité cesse.

La pension d'invalidité est payable trimestriellement, à terme échu (début janvier, avril, juillet et octobre) par virement à un compte bancaire.

La rente versée aux enfants à charge est payée jusqu'au 21ème anniversaire sans restriction de droits. Elle est payée jusqu'à 25 ans si l'enfant à charge justifie de poursuivre ses études.

Le médecin titulaire de la pension d'invalidité n'est redevable envers la CARMF d'aucune cotisation.

Les années durant lesquelles le médecin a perçu l'allocation d'invalidité sont assimilées gratuitement à des années de cotisations, sont génératrices de points au titre des 3 régimes de retraite (retraite de base, retraite complémentaire, et ASV : allocation supplémentaire de vieillesse).

Toutes les allocations sont soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des pensions, retraites, rentes. En revanche, la majoration familiale n'est pas imposable. La Contribution sociale généralisée : CSG (6,60 %), la Contribution pour le remboursement de la dette sociale : CRDS (0,50 %) et la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie : CASA (0,3 %) sont prélevées sur le montant brut des prestations, sauf cas d'exonération (non imposition).

cc. Le calcul de la pension d'invalidité

α. Le calcul de la pension d'invalidité Jusqu'en février 2012

La pension d'invalidité était calculée suivant le mode suivant :

La pension d'invalidité était composée d'une part forfaitaire fixe à 60 points et d'une part proportionnelle correspondant à 70 % du nombre de points attribués au médecin. Le nombre total de points ne pouvait excéder 140.

La pension est majorée de :

- 35 % pour les médecins ayant un conjoint avec lequel il est marié depuis au moins 2 ans au moment du fait générateur de l'invalidité (sauf dérogations statutaires).

Il est rajouté

- 10 % si le médecin a eu au moins 3 enfants
- 35 % si l'état de santé du médecin nécessite l'assistance d'une tierce personne.

Chaque enfant reçoit une rente forfaitaire d'un montant de 6.229,60 € par an en 2011.

Le médecin invalide perçoit une pension d'invalidité dont le montant est en fonction du nombre d'années de cotisations au régime Invalidité-décès et du nombre d'années comprises entre la date de son invalidité et son 60^{ème} anniversaire, date à laquelle la retraite pour inaptitude est actuellement versée.

Le montant annuel de la pension d'invalidité varie en 2011 d'un montant minimal de 7.188 € à un montant maximal de 16.772 €.

Exemple de calcul d'une pension d'invalidité : Cas d'un médecin inscrit à la Caisse à 31 ans et devenu invalide à 45 ans, en supposant que celui-ci soit marié, avec trois enfants à charge

Détermination du nombre de points

période cotisée (de 31 à 45 ans) = 15 ans x 4 points
 période assimilée (de 46 à 60 ans) = 15 ans x 4 points

60 points cotisés
 60 points gratuits

Soit un total de 60+60= 120 points

Base de calcul

part proportionnelle : 120 points x 70 % =84 points
 part forfaitaire =60 points

Soit un total de 84+60= 144 points

Montant annuel des prestations

valeur moyenne du point en 2011 119,80 €

pension d'invalidité 16 772,00 €
 par an
 (nombre de points ramené au plafond : 140) 5 870,20 €
 majoration pour conjoint (35 %) par an
 majoration familiale (10 %) 2 264,22 €
 par an

Soit un total de 16.772+5870.20+2264.22= 24 906,42 €

Rentes des enfants (3 x 6 229,60 €) 18 688,80 € / an

TOTAL de la pension d'invalidité : 43 595,22 € par
 24.906,42+18.688.80= an

β. Le calcul de la pension d'invalidité après février 2012

Un nouveau mode de calcul de l'allocation pour invalidité définitive a été instauré en février 2012 qui remplace le mode de calcul précédemment cité.
 Montant de la pension d'invalidité

Il n'est imposé de minimum, ni pour la durée d'exercice, ni pour le nombre d'années de cotisations, sauf lorsqu'il est médicalement décelé un état antérieur à l'affiliation.

Le calcul de la pension se fait uniquement en fonction de la classe des revenus du médecin.

Le montant annuel moyen de la pension d'invalidité en 2013 est de :

Pension d'invalidité	
Classe	Montant annuel moyen 2013
A	11 610,20 €
B	17 416,00 €
C	23 220,40 €

On rappelle que la classe A correspond à des revenus inférieurs au plafond de la Sécurité sociale soit 37.032 € au 01.01.13, que la classe B correspond à des revenus qui se situent entre une fois le plafond de la Sécurité sociale et 3 fois le plafond de la Sécurité sociale c'est-à-dire des revenus qui se situent entre 37.032 € et 111.096 € au 01.01.13, que la classe C correspond à des revenus supérieurs à 3 fois le plafond de la Sécurité sociale, soit des revenus supérieurs à 111.096 € au 01.01.2013 .

L'estimation des revenus de la classe A, B et C se fait en fonction des 3 dernières années de déclaration des revenus. Sur ces 3 dernières années, la classe la plus favorable est sélectionnée.

Si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieure à la demande d'affiliation à la CARMF, et si le médecin ne justifie pas de 8 trimestres d'affiliation, la pension d'invalidité n'est pas accordée. Le montant est réduit du tiers si ce médecin justifie de 8 à 15 trimestres d'affiliation.

Pour les médecins qui ont exercé successivement des activités relevant de régimes obligatoires de salariés et de non salariés, comportant la couverture obligatoire du risque invalidité, la période antérieure d'affiliation auprès de ces régimes est prise en compte pour le calcul de la durée d'affiliation exigée.

La pension est majorée de :

- 35 % si le médecin est marié depuis au moins 2 ans au moment du fait générateur de l'invalidité, (sauf dérogations statutaires), 4 063,57 € en classe A, 6 095,60 € en classe B, 8 127,14 € en classe C par an pour 2013,
- plus 10 % si le médecin a eu au moins 3 enfants,
- plus 35 % si le médecin est dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Rentes aux enfants à charge

Chaque enfant perçoit une rente forfaitaire d'un montant de 6 468,80 € pour les classes A, B et C par an (taux annuel 2013).

Exemple de calcul d'une pension d'invalidité ; cas d'un médecin inscrit à la Caisse devenu invalide, en supposant que celui-ci soit marié, avec trois enfants à charge

Montant annuel des prestations 2013	
Pension d'invalidité	
Classe A :	11 610,20 €
Classe B :	17 416,00 €
Classe C :	23 220,40 €
Majoration pour conjoint (35 %)	
Classe A :	4 063,57 €
Classe B :	6 095,60 €
Classe C :	8 127,14 €
Majoration familiale (10 %)	
Classe A :	1 567,37 €
Classe B :	2 351,16 €
Classe C :	3 134,75 €
Total classe A	17 241,14 €
Total classe B	25 862,76 €
Total classe C	34 482,29 €
Rentes des enfants (3 x 6 468,80 €)	19 406,40 € par an
Total classe A	36 647,54 €
Total classe B	45 269,16 €
Total classe C	53 888,69 €

3. Contrat de prévoyance facultatif

Les sommes versés par la CARMF étant tardives et peu importantes, il est fortement conseillé de souscrire un contrat de prévoyance facultatif. Les cotisations d'un tel contrat sont déductibles fiscalement s'il satisfait aux conditions posées par la loi Madelin.

Le montant déductible est plafonné à 3% de 8 fois le plafond de la Sécurité sociale.

VIII . LES MALADIES PROFESSIONNELLES

On dénombre en 2006, 1.130.000 accidents du travail, 116.000 accidents de trajet, 46.200 maladies professionnelles pour le régime général. Le nombre d'accidents du travail est en baisse continue depuis 2000 avec une baisse de -2.4% en moyenne annuelle . Par contre, on constate une augmentation importante du nombre de maladies professionnelles reconnues : 7.6 % en moyenne annuelle.

Sur les 42.300 maladies professionnelles avec arrêt de travail dénombrées en 2006, presque 70% correspondent au tableau 57 des affections périarticulaires, 16% aux maladies dues à l'amiante (tableau 30 et 30 bis), 6.5% à des affections du rachis lombaire (tableau 97 et 98).

Pour le régime général, 51500 maladies professionnelles ont été reconnues au titre de l'année 2006 en totalisant les alinéas 2, 3 et 4.

En 2006, 4200 dossiers ont reçu un avis favorable au titre de l'alinéa 3 soit un peu moins de 50% des dossiers et 150 au titre de l'alinéa 4 (soit un peu moins du quart des dossiers).

Près de 2.005 victimes ont bénéficié d'une reconnaissance de maladie professionnelle au titre de l'alinéa 3 au titre du régime général (la maladie figure dans un tableau de maladies professionnelles et une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies) .

Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatologiques (70%, tableaux 57, 97 et 98) et les affections liées à l'amiante (16%, tableaux 30 et 30 bis).

Le nombre de pathologies indemnisées au titre du 4^{ème} alinéa de l'article L.461-1 (maladie non désignée dans un tableau de maladie professionnelle mais essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime) est relativement important (104 pathologies indemnisées en 2006 pour le régime général) .

Quelques mots sur les avantages fiscaux accordés aux victimes de maladies professionnelles : bénéficient d'une demi part supplémentaire pour le coefficient familial de base (article n° 195 du Code général des impôts), 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) .

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).

A. Les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles

Une maladie professionnelle est définie en général comme un état pathologique d'installation progressive résultant de l'exercice habituel et normal d'une profession. Il convient de distinguer les maladies professionnelles indemnisables et les maladies à caractère professionnel.

1. Les maladies professionnelles indemnisables

Une maladie professionnelle est dite indemnisable si elle est désignée dans un des tableaux de maladies professionnelles indemnissables et si elle est contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau, suivant l'article L.461-2 du Code de la Sécurité Sociale. Les tableaux des maladies professionnelles indemnissables sont créés et peuvent être modifiés par Décret au fur à mesure de l'avancée des connaissances médicales. Il en existe deux listes distinctes : les tableaux du régime général de Sécurité Sociale annexés au Code de la Sécurité Sociale et ceux du régime agricole, annexés au Code Rural. Ils sont numérotés par ordre chronologique. Ils sont numérotés à ce jour de 1 à 98 avec des Bis et des Ter pour le régime général.

Chaque tableau comporte donc un numéro ainsi qu'un titre et trois colonnes (cf exemple de tableau ci-dessous) .

Tableau n°6

Affections provoquées par les rayonnements ionisants

Date de création : 4-1-1931

Dernière mise à jour : 26-6-1984

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation aigue	30 jours	Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire, notamment :
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation chronique	1 an	Extraction et traitement des minerais radioactifs ;
Blépharite ou conjonctivite	7 jours	Préparation des substances radioactives ;
Kératite	1 an	Préparation de produits chimiques et
Cataracte	10 ans	
Radiodermites aiguës	60 jours	
Radiodermites chroniques	10 ans	

Radioépithélite aigue des muqueuses	60 jours	pharmaceutiques radioactifs ;
Radiolésions chroniques des muqueuses	5 ans	Préparation et application de produits luminescents radifères ;
Radionécrose osseuse	30 ans	Recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires ;
Leucémies	30 ans	Fabrication d'appareils pour radiothérapie et d'appareils pour rayons X ;
Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation	30 ans	Travaux exposant les travailleurs au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et les centres anti-cancéreux ;
Sarcome osseux	50 ans	Travaux dans toutes les industries et commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus .

Le titre précise l'agent causal (agent chimique, agent physique, agent infectieux, agent inclassable) le plus souvent, le mécanisme évoqué ou simplement la maladie.

La colonne de gauche concerne la désignation de la maladie, elle énumère les symptômes et les lésions reconnues. Cette énumération est limitative et la positivité d'examens complémentaires est souvent exigée pour la prise en charge. La constatation médicale doit être portée pendant l'exposition au risque ou dans le délai de prise en charge. Pour la colonne désignation des maladies, elle peut comporter des niveaux minima des handicaps pour être reconnue comme le tableau 42 (surdité professionnelle) et le tableau 91 (broncho-pneumopathie obstructive). Certains tableaux comportent également un délai de confirmation du diagnostic : le tableau 1 (deux examens dans un intervalle rapproché) et le tableau 29.

La colonne du milieu indique le délai de prise en charge qui est le délai maximal écoulé entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de l'affection. Ce délai de prise en charge représente le temps durant lequel l'affection « couve » en restant « muette » sans qu'elle s'exprime par un ou plusieurs symptômes qui permettent le diagnostic de l'affection. La fin de l'exposition au risque ne correspond pas forcément à la fin de l'activité salariée. La victime peut changer de poste et ne plus être exposée au risque. Cette date de fin de l'exposition au risque est à différencier de la date de déclaration, de la première constatation de la maladie professionnelle (article L .451-1 du Code de la sécurité sociale).

Parfois cette colonne mentionne également une durée minimale d'exposition c'est à dire une durée minimale pendant laquelle le travailleur a du être exposé au risque pour pouvoir bénéficier d'une réparation.

La colonne de droite indique la liste des travaux responsables de la maladie en précisant s'il s'agit d'une liste limitative ou indicative.

Si la liste est indicative, tous les travaux exposant à la substance toxique sont pris en compte même ceux ne figurant pas sur la liste.

Si la liste des travaux est limitative, l'exposition à l'un des travaux limitativement énumérés est obligatoire. Tous les travaux, même ceux qui sont notoirement connus pour engendrer le risque, mais qui ne sont pas inscrits au tableau, ne sont pas pris en compte.

Lorsque l'affection dont souffre l'assuré est inscrite dans cette colonne, l'assuré doit pouvoir fournir un certificat médical daté de l'époque des faits et doit avoir été exposé de façon habituelle au risque de la maladie (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 11-1-1996, Liaisons Sociales n°5, mars 1996) .

Dans le cadre des maladies professionnelles indemnifiables, le salarié bénéficie de la présomption d'origine si sa maladie, le délai de prise en charge, la durée d'exposition si elle est mentionnée et sa profession répondent aux critères imposés par le tableau. Cela signifie que son affection est systématiquement considérée l'origine professionnelle sans qu'il soit nécessaire d'établir la preuve de la relation de causalité entre l'exposition professionnelle et la pathologie. Quand une ou plusieurs des conditions tenant au délai de prise en charge, la durée d'exposition au risque ou la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la présomption d'imputabilité ne s'applique plus.

Le salarié victime d'une maladie professionnelle qui ne remplit pas les conditions prévues par le tableau, ne bénéficie plus de cette présomption d'imputabilité professionnelle.

2. Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

Le CRRMP peut être saisi à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la victime considérant sa maladie comme professionnelle. Lorsque la prise en charge par la CPAM n'est pas possible au titre des tableaux des maladies professionnelles, la caisse soumet le dossier au CRRMP dans les cas suivants :

- la maladie figure à un tableau, les conditions réglementaires sont toutes réunies mais manque une ou plusieurs conditions tenant :

- au délai de prise en charge
- à la durée d'exposition
- à la liste limitative des travaux (alinéa 3 de l'article L.461-

1 du Code de la sécurité sociale.

- Il s'agit d'une maladie caractérisées ne figurant pas à un tableau et qui entraîne le décès ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25% (alinéa 4 de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale).

Par la Loi du 27.01.1993 le système de reconnaissance des maladies professionnelles s'est élargi pour inclure des cas limites. Ainsi une maladie professionnelle peut-être indemnisée après avis motivé du Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles dans deux situations :

- la maladie est désignée dans un tableau mais ne répond pas strictement à un ou plusieurs critères exigés par le tableau tels que par exemple le délai de prise en charge, la durée d'exposition ou la liste limitative des travaux : délai de prise en charge dépassé, travaux effectués ne figurant pas sur la liste limitative, durée d'exposition inférieure à celle exigée (Article L. 461 - 1, Alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale). Selon l'alinéa 3 de l'article L.461- 1 du Code de la sécurité sociale, la maladie peut alors être reconnue d'origine professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est **directement** causée par le travail habituel de la victime.

Du fait de cet alinéa, l'absence d'une ou de plusieurs conditions administratives ne constitue plus un obstacle définitif à la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Par contre, les conditions médicales figurant dans le tableau d'une maladie professionnelle restent d'application stricte. D'autre part, la victime ne bénéficie plus d'une " présomption d'origine ". Elle doit prouver le lien direct entre la maladie et le travail.

Modèle de lettre de demande de reconnaissance de maladie professionnelle au titre de l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale.

Nom – Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le directeur de la CPAM de

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Objet : demande de reconnaissance d'un MP dans le cadre du système complémentaire (Loi n° 93-121 du 27.01.1993).

Monsieur,

Je soussigné, Monsieur, présente une demande de reconnaissance en maladie professionnelle du Tableau ... en m'appuyant sur le certificat du Docteur..... du (date). Je remplis partiellement les conditions de la maladie désignée au Tableau

Cette demande peut, dès lors, être instruite dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Je vous demande, par la présente, de solliciter l'avis du CRRMP en application de l'article L.461-1, alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale .

En cas d'un refus de votre organisme de mettre en œuvre la procédure telle qu'elle est demandée, je vous serais obligé de notifier ce refus, avec la voie de recours indiquée.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, recevez, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

- la maladie n'est pas désignée dans un tableau (Article L. 461 - 1, Alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale), mais elle entraîne le décès de la victime ou une incapacité permanente supérieure à 25% (article R. 461-8 du Code de la Sécurité sociale, modifié par le décret N° 2002-543 du 18 avril 2002, publié au Journal Officiel N° 94 du 21 avril 2002, page 7.129).

En effet, l'article L. 461-1, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale stipule que " peut être également reconnue d'origine professionnelle, une maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladie professionnelle, lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué au moins égal à un pourcentage déterminé " . Ce taux est fixé par l'article R. 461-8 du Code de la sécurité sociale. La victime doit alors prouver l'existence d'un **lien direct et essentiel** entre son activité professionnelle habituelle et la maladie incriminée.

Ce décret du 18 avril 2002 a ramené le pourcentage minimum nécessaire de 66,66 % à 25 %. Le taux pour déclassement professionnel résultant de la maladie soulevée devant le CRRMP doit être pris en compte pour l'estimation des 25% d'IPP.

Selon l'arrêt 00-13.097 de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19 décembre 2002, il n'est pas nécessaire que le travail habituel soit la cause unique ou essentielle de la maladie incriminée par la victime. Ainsi, le caractère professionnel d'une maladie citée par l'assuré est admis dès lors que le travail habituel de la victime en a été une des causes directes, même si ce travail habituel n'en n'a pas été la cause unique et essentielle. Certains CRRMP demandent un lien direct et exclusif entre l'exposition professionnelle et la maladie déclarée par la victime. Ceci est contraire au texte et d'ailleurs ces dérives sont sanctionnées par la Cour de cassation. La Cour de Cassation a précisé que le mot essentiel ne signifie pas exclusif.

Pour l'année 2006, 9.014 dossiers ont été soumis au CRRMP : 8.390 au titre de l'alinéa 3 et 624 au titre de l'alinéa 4 pour l'ensemble des régimes.

4.169 dossiers ont reçu un avis favorable au titre de l'alinéa 3 soit un peu moins de 50% des dossiers et 150 au titre de l'alinéa 4 soit un peu moins du quart des dossiers.

Ce système complémentaire de reconnaissance n'est plus basé sur le principe de la présomption d'origine mais sur celui d'une expertise individuelle réalisée par le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) . La composition et le fonctionnement du CRRMP sont décrits dans les articles D. 461-26 à D. 461-30 du Code de la sécurité sociale. Ce dernier est composé du Médecin Conseil Régional de la Sécurité Sociale ou son représentant, du Médecin Inspecteur du travail ou son représentant et d'un Professeur d'université - Praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier " particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle " et ses suppléants. Les honoraires du praticien hospitalier ou du professeur des universités correspondent à deux fois le coût de la consultation par dossier examiné dans la limite de dix fois ce coût par séance. Leurs frais de déplacement sont pris en charge dans les modalités prévues pour les agents de direction des organismes de sécurité sociale. Les frais de déplacement des autres membres du comité et de l'ingénieur conseil sont pris en charge dans le cadre de leurs fonctions habituelles. Ceux des assurés sont pris en charge dans la limite des tarifs réglementaires. Les membres du CRRMP sont désignés pour 4 ans par le Préfet de région.

Le secrétariat permanent du CRRMP est assuré par l'échelon régional du service médical de la Caisse d'assurance maladie.

La mission de ce Comité Régional est d'établir le lien de causalité entre la maladie et la travail habituel de la victime : ce lien doit être direct si l'affection relève de l'alinéa 3 (maladie inscrite dans un tableau...), direct et essentiel si elle relève de l'alinéa 4 (maladie non inscrite dans un tableau...).

Un rapport annuel est adressé obligatoirement au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du travail. Un rapport intermédiaire portant sur l'activité du premier semestre est adressé au préfet de région.

Le CRRMP est saisi par la Caisse d'assurance maladie après instruction du dossier par le service médical après avis circonstancié de l'employeur et avis du médecin du travail ou directement par la victime ou par le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Le CRRMP compétent est celui qui a pour ressort territorial l'échelon régional du service médical dans lequel se situe la résidence de la victime.

La Caisse primaire transmet au CRRMP un dossier complet comprenant en application de l'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale :

- la demande motivée de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie signée par la victime ou ses ayants droits, c'est-à-dire, en général, la déclaration de maladie professionnelle
- le certificat médical détaillant les constatations du médecin, encore appelé certificat médical initial,
- l'avis motivé du ou des médecins du travail portant sur la maladie et la réalité de l'exposition au risque présent dans l'entreprise ou les entreprises, le rapport circonstancié du ou des employeurs décrivant les postes de travail successivement tenus et permettant d'apprécier les conditions d'exposition et risques professionnels,
- les conclusions des enquêtes administratives et /ou techniques,
- le rapport du service médical comportant nécessairement dans le cas des maladies relevant du 4^{ème} alinéa de l'article L.461-1,
- un rapport d'évaluation du taux d'IPP de la victime.

La Caisse primaire d'assurance maladie informe la victime ou ses ayants droits et l'employeur de la saisine du CRRMP en application du 2^{ème} alinéa de l'article D.461-30 du Code de la sécurité sociale.

Le CRRMP entend obligatoirement l'ingénieur conseil du service de prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie et si nécessaire la victime et/ ou l'employeur.

Sur demande du CRRMP, l'ingénieur conseil régional peut fournir :

- les résultats de l'enquête technique précisant la nature des expositions auxquelles a été soumise la victime
- un rapport écrit.

Dans le cadre de l'alinéa 3, dans le cadre d'une constatation tardive d'une maladie professionnelle au-delà du délai maximal prévu par le tableau, la CRRMP fait appel aux données médicales du dossier pour tenter de reconstituer l'histoire clinique qui amènera à penser que la pathologie a en fait débuté antérieurement ou encore que celle-ci est d'une telle sévérité que sa genèse peut chronologiquement être rattachée au travail. Par exemple, si une victime présente une tendinite de l'épaule et qu'un délai de prise en charge est dépassé de plusieurs semaines au lieu de sept jours requis, en fonction des caractéristiques du dossier médical, on pourra supposer que le processus pathogène ait commencé à un moment où la victime travaillait encore.

En ce qui concerne la durée minimale d'exposition, si celle-ci est insuffisante, l'avis de l'ingénieur conseil est déterminant puisqu'il est interrogé sur l'intensité et la fréquence de l'exposition au risque susceptible de provoquer la maladie, critères pouvant compenser une exposition de trop courte durée.

Lors de la transmission de certains dossiers au titre de l'alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale, on constate parfois que l'enquête administrative n'a pas retrouvé les travaux incriminés dans la liste par une enquête insuffisamment approfondie. En effet, très souvent l'enquête administrative consiste à soumettre un questionnaire à l'employeur puis au salarié et que s'il est conseillé d'aller enquêter sur place, les moyens matériels et humains sont souvent insuffisants face au nombre des maladies professionnelles et cette enquête contradictoire est souvent réduite à sa plus simple expression.

En effet, la Caisse n'est pas tenue d'entendre l'employeur mais peut se borner à lui envoyer un questionnaire concernant l'enquête prescrite par l'article D.461-9 du Code de la sécurité sociale pour identifier les risques auxquels le salarié peut être exposé (pourvoi n°06-11687 de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation).

La victime qui aurait pu bénéficier de la présomption d'origine se retrouve alors dans l'obligation de prouver le lien entre sa maladie et son travail alors même qu'elle n'est pas informée du fait que la charge de la preuve lui incombe dorénavant. En effet, la victime est informée de la transmission de son dossier au CRRMP, mais la CPAM ne signale pas le fait que la victime pourrait apporter des éléments de preuves supplémentaires dont l'absence lui sera systématiquement préjudiciable.

L'article D.461-29 du Code de la sécurité sociale précise pourtant que la victime et ses ayants droits ainsi que l'employeur peuvent déposer des observations qui seront indexées au dossier soumis à l'examen du CRRMP. Un exemple typique est celui des troubles musculo-squelettiques du tableau 57 des maladies professionnelles avec une hypersollicitation où seule une étude précise de la gestuelle (amplitude, posture, répétitivité des charges déplacées ou force mise en œuvre...) permettrait de qualifier la réalité de l'exposition au risque.

Nous rappelons à ce titre que le CRRMP n'est pas obligé d'entendre la victime ou l'employeur comme le confirme l'arrêt n°01-20021 de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 31.10.02. Le CRRMP peut donc se décider sur les seuls éléments rapportés par les CPAM en ce qui concerne les données de l'exposition. Le CRRMP peut quand même surseoir à statuer pour un complément d'enquête, mais pas systématiquement pour des questions de délais.

La Caisse d'assurance maladie doit donner un avis dans les 6 mois qui suivent le dépôt de la déclaration de la maladie professionnelle par la victime, recours au CRRMP compris. Le délai dont dispose le CRRMP pour rendre son avis s'impute donc sur les délais réglementaires d'instruction. La Caisse notifie à la victime ou à ses ayants droits et à l'employeur, si nécessaire, le recours au délai complémentaire peu de temps avant le terme du délai initial d'instruction de trois mois.

L'avis motivé est adressé à l'organisme gestionnaire qui le notifie à la victime, à ses ayants droits et à l'employeur. L'avis du CRRMP s'impose à la Caisse d'assurance maladie.

Les litiges concernant le refus de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie par le CRRMP relèvent du contentieux général de la Sécurité sociale.

En cas de contestation, le Tribunal des affaires de sécurité sociale désigne le CRRMP d'une région proche pour examen du dossier. Si les avis successifs de ce deux CRRMP divergent après saisine par le Tribunal des affaires de sécurité sociale, on peut donc estimer que ces deux CRRMP ont une appréciation différente du lien de causalité, une logique différente ou encore que le processus décisionnel s'est appuyé sur une démarche complémentaire bibliographique ou une enquête complémentaire auprès des services de prévention de la CRAM.

Ceci sous entendrait que le premier CRRMP s'est prononcé sur la base d'un dossier insuffisamment documenté. La logique voudrait pourtant que les avis des deux CRRMP concordent sauf à disposer d'éléments nouveaux apportés soit par l'employeur, soit par la victime.

3. Maladies à caractère professionnel

Suivant l'Article L. 461 - 6 du Code de la Sécurité Sociale il s'agit d'une maladie que le Médecin Traitant ou le Médecin du Travail considère comme d'origine professionnelle mais qui ne figure dans aucun tableau de maladies professionnelles indemnissables.

Ces maladies n'ont pas droit à réparation au titre des maladies professionnelles indemnissables, leur prise en charge est assurée dans le cadre de l'assurance maladie sauf si, sous certaines conditions (décès de la victime ou incapacité permanente partielle supérieure à 25 %) elles peuvent être reconnues dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (décret n ° 2002 – 543 du 18 – 4 – 2002 paru au Journal Officiel n ° 94 du 21 – 4 – 2002 p 7.129) .

Tout Médecin qui constate une maladie à caractère professionnel doit la déclarer à l'Inspection du Travail du Ministère du Travail en vue de permettre la révision et l'extension des tableaux de maladies professionnelles indemnissables.

Cette qualification de maladie à caractère professionnel ne présente donc qu'un caractère sémantique car elle n'aboutit à aucune conséquence pratique, en particulier aucune indemnisation .

B. La procédure de déclaration d'une maladie professionnelle

1. Le dépôt de la déclaration

Le patient doit effectuer lui-même la déclaration de maladie professionnelle indemnisable auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie alors qu'en matière d'accident du travail cette déclaration incombe à l'employeur. Il doit transmettre pour cela à la Caisse :

- sa propre déclaration établie sur un formulaire spécial en trois exemplaires
- deux exemplaires du certificat médical initial, le troisième étant conservé par la victime, établi par le Médecin de son choix et indiquant la maladie constatée avec la date de première constatation médicale. Le certificat médical doit indiquer les troubles et en particulier doit permettre de vérifier si l'affection entre bien dans la liste, s'est bien révélée, a été constatée médicalement dans le délai limite prévu. La date de la première constatation est celle figurant dans le certificat joint à la déclaration (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 11-1-1996, Revue de Jurisprudence sociale publiée par l'U.I.M.M. 96-592, p 105) .

Modèle de lettre de demande de dépôt d'un dossier de demande de maladie professionnelle

Nom – Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le Directeur de la CPAM de
Adresse de la caisse

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Réf :

Objet : Déclaration de maladie professionnelle.

Monsieur le Directeur,

Je soussigné, né le.....
à, profession, nationalité demeurant à
....., vous demande, par la présente, de prendre en
compte ma déclaration de maladie professionnelle conformément aux règles définies
par le titre 6 du livre 4 du Code de la Sécurité Sociale.

Je vous prie de trouver, ci-joint, le formulaire Cerfa de déclaration, le certificat
médical et des pièces attestant de mon exposition professionnelle.

Si par impossible mon employeur devait prétendre que je n'ai pas été exposé aux
travaux énumérés dans le tableau de maladies professionnelles, je vous serais
obligé, Monsieur le Directeur, de bien vouloir m'en informer dans le cadre de la
procédure contradictoire.

Je considère remplir les conditions d'exposition exigées par le tableau, en cas de
désaccord, soit de l'employeur, soit de vos services, je souhaite que la Caisse me
notifie un refus de reconnaissance et les voies de recours.

Je me réserverai le droit de saisir le CRRMP si les instances prévues aux articles
L142-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ne reconnaissent pas le bien
fondé de ma demande.

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

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

2. Le délai de prescription

Classiquement cette déclaration doit être faite dans un délai de 15 jours après la cessation de travail par arrêt de travail (articles L.461-5, R 461-5 du Code de la Sécurité Sociale) ou dans un délai de 3 mois au lieu de 15 jours lorsqu'il s'agit d'une maladie qui devient indemnisable par suite d'une modification ou d'une adjonction aux tableaux des maladies professionnelles, à compter de la date d'entrée en vigueur, de la modification ou de l'adjonction à ces tableaux des maladies professionnelles. Ce délai de 3 mois court à compter de l'inscription de la maladie dans un tableau si elle n'était pas répertoriée lorsqu'elle s'est manifestée; l'inscription vaut prise en charge rétroactive .

En pratique aucune déchéance ne sanctionne la non observation de ces délais, il existe cependant un délai de prescription de deux ans au-delà duquel la demande ne peut-être prise en considération. Le délai de prescription est le délai après lequel l'origine professionnelle de l'atteinte n'est plus reconnue par la caisse.

Dans tous les cas, la Caisse primaire doit rechercher le point de départ de la prescription la plus favorable à la victime en fonction de l'élément sur lequel porte la détermination du délai de la prescription (articles L.431-2 et L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale, loi du 23 décembre 1998 parue au Journal Officiel du 27 décembre 1998) :

- délai de 2 ans à partir du jour où l'assuré a été informé par un certificat médical établi par son médecin traitant, le médecin du travail, voire le médecin hospitalier, du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle, la date de ce certificat médical constituant alors le point de départ des prestations de l'assuré (article L. 461-1 alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale; réponse ministérielle N°5.250 : Journal Officiel de la République française, débats parlementaires, Assemblée Nationale, questions écrites remises à la présidence de l'Assemblée nationale et réponses des ministres, 22 février 1999, p 1.070; Circulaire ministérielle de la direction de la sécurité sociale, sous direction de la famille, des accidents du travail et du handicap DSS/4 B parue au Bulletin officiel N°2000 - 8 du Ministère de la Santé N°2000-45 du 26 janvier 2000) . La date à laquelle la victime est informée du lien possible entre sa maladie et sa profession constitue un nouveau point de départ du délai de la prescription biennale de la déclaration d'une maladie professionnelle : elle se substitue à la date de la 1^{ère} constatation médicale. En effet l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale dispose en ce qui concerne la maladie professionnelle, que la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et l'activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident. Dans ces conditions le point de départ du délai de prescription fixé par le 1^{er} alinéa de l'article 431-2 du code de la sécurité sociale ne doit plus s'entendre comme la date de la 1^{ère} constatation médicale mais comme la date du certificat médical qui informe la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. La date de première constatation médicale est maintenue pour l'appréciation des conditions des tableaux de maladies professionnelles. La date du certificat médical

informant la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle constitue la date à retenir comme point de départ des prestations versées par les Caisses au titre de la maladie professionnelle en cause.

A compter de décembre 1998 et cela pour tous les dossiers maladies professionnelles, amiante compris, la prescription des deux ans court à partir de la date du certificat établi par les médecins et attestant du lien possible entre une affection et une exposition professionnelle ce que l'on peut désigner comme la première constatation de la maladie professionnelle.

La première constatation médicale est la constatation réalisée par un médecin pour la première fois de la maladie professionnelle désignée dans le tableau.

Une constatation médicale peut faire l'objet d'une déclaration dans les semaines qui suivent.

La première consultation médicale est importante car c'est elle qui entre en jeu pour le délai de prise en charge. Elle est souvent différente de la date du certificat médical ou de la date de déclaration de la maladie professionnelle.

La date de la maladie professionnelle, qui est la date à laquelle la victime est informée de l'existence d'un lien entre sa maladie et son exposition professionnelle par le biais du certificat médical initial, vaut pour :

*le point de départ de l'indemnisation.

*le point de départ de la prescription biennale concernant la déclaration.

Il conviendra en conséquence de ne pas faire de déclaration de maladie professionnelle en utilisant un certificat médical initial de plus de deux ans. La demande de reconnaissance de maladie professionnelle serait refusée car dépassant les deux ans de prescription.

L'existence de ce délai pour les maladies professionnelles, ce qui peut permettre de remonter en fait à des dizaines d'années en arrière, incite à conseiller aux salariés à garder par de par eux un maximum de documents médicaux, bien sûr les lettres de médecin ou les certificats médicaux, mais aussi les clichés radiographiques et les comptes rendus antérieurs qui peuvent servir de preuve ultérieurement en cas de demande tardive de reconnaissance de maladie professionnelle .

Dans le cas où le médecin a transmis directement le certificat médical initial à la caisse, la date du certificat et la date à laquelle la victime est informée peuvent être différentes.

Les autres points de départ du délai de la prescription biennale sont maintenus (1^{er} alinéa de l'article L.431-2 du code de la sécurité sociale).

Ces autres points de départs du délai de prescription subsistent parallèlement à la date du certificat médical informatif.

En effet, l'article L.431-2 du Code de la sécurité sociale n'est pas modifié de même que l'article L.461-5 en ce qui concerne la règle particulière de la prescription en matière de maladie professionnelle.

- délai de 2 ans à compter de la cessation du travail due à la maladie (article L.431-2 du Code de la Sécurité Sociale; Chambre Sociale de la Cour de Cassation, le 22 mai 1997, N°95-20.095, Seyer c / CPAM de Sarreguemines) .

- délai de 2 ans à partir de la date de clôture de l'enquête de la Sécurité Sociale (en pratique lorsqu'une faute inexcusable est invoquée).

- délai de 2 ans à partir de la date de cessation de paiement des indemnités journalières .

3. L'instruction du dossier

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie instruit le dossier et reconnaît ou non la maladie professionnelle.

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre ;

- 1°) la déclaration d'accident et l'attestation de salaire ;
- 2°) les divers certificats médicaux ;
- 3°) les constats faits par la caisse primaire ;
- 4°) les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- 5°) les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 6°) éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

Modèle de lettre de demande de communication du dossier en possession de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la maladie professionnelle de la victime

Nom – Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

CPAM
Service AT-MP
Et/ou échelon médical
Adresse de la caisse

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Réf :

Objet : Demande de la copie du dossier

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné M., profession, de nationalité né le..... à, demeurant à, vous demande, par la présente et conformément à l'article R. 441-13 du Code de la sécurité sociale, une copie de l'entier dossier en votre possession concernant mon accident du travail, ma maladie professionnelle du(pièces médicales et administratives).

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

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

Le traitement d'un dossier de reconnaissance de maladie professionnelle fait l'objet d'un « colloque médico-administratif » en AT/MP qui correspond à une rencontre régulièrement programmée entre un responsable AT/MP de la CPAM et un médecin conseil référent chargé du risque professionnel. Ce colloque formalise la concertation médico-administrative indispensable à l'instruction éclairée de tous les dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle et de certains dossiers d'accident de travail présentant des difficultés d'appréciation d'ordre médical. Dans le cadre du colloque médico-administratif, le médecin conseil doit établir la caractérisation de la maladie, sa conformité par rapport aux critères médicaux du tableau d'une part, et d'autre part, se prononcer sur l'imputabilité de la maladie au travail. Le service administratif des caisses, effectue lui une enquête pour établir la concordance des critères administratifs avec ceux du tableaux (délais et listes des travaux, notions d'exposition habituelle).

Ce colloque administratif est affirmé par la charte des AT/MP publiée sur le site internet des accidents du travail et des maladies professionnelles

<http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr> . La charte des accidents du travail et des maladies professionnelles a été publiée dans les publications de la Caisse nationale d'assurance maladies des travailleurs salariés en février 2001 (293 pages).

La reconnaissance d'une maladie professionnelle est donc la résultante d'une instruction médico-administrative comportant des investigations sur l'exposition aux risques d'une part et sur la nature de l'affection de l'autre part. Cette instruction aboutit à une seule décision préparée en commun. Le colloque médico-administratif est systématique en matière de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

A l'issue de la période d'instruction du dossier il permet de confronter les résultats respectifs de l'instruction médicale et de l'instruction administrative et d'arrêter la décision en commun :

- prise en charge de la maladie professionnelle
- refus avec motivation de la décision et indication de la voie de recours .

Si la caisse rejette une demande de prise en charge au titre des maladies professionnelles, elle doit, dans son refus, indiquer que ce dossier a été instruit dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles mais qu'il ne peut être soumis à l'examen du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles au titre de l'article L.461-1, 4^{ème} alinéa, du Code de la sécurité sociale, car, selon l'avis du médecin conseil, la victime présente une IPP dont le taux est inférieur à 25%.

Elle doit également indiquer la voie de recours qui est de saisir le tribunal du contentieux de l'incapacité. En effet, parfois certaines caisses se limitent uniquement à une information de refus sans informer que le dossier a été examiné au titre du 4^{ème} alinéa de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale et sans citer cette voie de recours.

- transmission au CRRMP au titre du système complémentaire pour le 3^{ème} ou le 4^{ème} alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale. Il est donc à noter que la caisse primaire doit si nécessaire transmettre le dossier de demande de la maladie professionnelle au CRRMP.

Il arrive malheureusement parfois que le dossier ne soit pas transmis au CRRMP et que la caisse se contente d'un refus de la demande de maladie professionnelle sans tenir compte du système complémentaire. La victime peut alors écrire par lettre recommandée à la caisse primaire en arguant de cette charte AT/MP et de la possibilité de transmettre ce dossier au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. Si elle se heurte à un refus persistant, elle peut alors porter l'affaire devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, exiger le traitement du dossier dans le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

La Caisse dispose de 3 mois pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de la maladie (décret du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 29 avril 1999). La procédure est applicable à partir du 30 juin 1999 . Cette nouvelle procédure s'applique aussi bien aux lésions initiales susceptibles d'être reconnues comme étant d'origine professionnelle qu'aux nouvelles lésions apparues après guérison ainsi qu'aux rechutes. (article R. 441-10 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la sécurité sociale N°99-316 du 1er juin 1999).

Ce délai court à compter de la date à laquelle la Caisse primaire a reçu la demande de maladie professionnelle de l'assuré. Ce délai de 3 mois pour l'instruction de la reconnaissance d'une demande de maladie professionnelle commence à courir à compter de la date apposée sur la déclaration par le tampon dateur de la Caisse. Si la Caisse estime que le cas de l'assuré est complexe, elle dispose d'un délai supplémentaire de 3 mois auquel cas, elle doit informer préalablement par lettre recommandée avec accusé de réception, l'assuré.

A l'issue de ces 3 mois ou 6 mois, si l'assuré n'obtient pas de réponse, le caractère professionnel de sa maladie est présumé reconnu.

Modèle de lettre de demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle du fait du dépassement du délai d'instruction imparti à la Caisse Primaire pour statuer sur une demande de maladie professionnelle.

Nom – Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Monsieur le Directeur de la CPAM

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Réf : Notification de votre Organisme du

Objet : Reconnaissance d'une maladie professionnelle Tableau....

Monsieur le Directeur,

Je soussigné, profession, de nationalité né le.....
à, conteste, par la présente, la décision de votre
organisme, qui m'a été adressé le.....

Le décret 99-323 du 27 avril 1999, dans son article 3, paragraphe II, imposait à votre organisme de statuer dans un délai de 90 jours, à compte de la déclaration faite le..... . Or, votre courrier précisant votre décision m'a été notifié qu'après le délai légal.

En conséquence, je demande la reconnaissance de fait du caractère professionnel de ma maladie.

Si pour une raison qui m'est inconnue, vous maintiendriez votre décision de saisir la CRRMP (notifiée le), je vous demande de transmettre ma requête à la Commission de Recours Amiable de votre organisme.

Je vous prie, Monsieur le Chef de Service, de prendre ma demande en considération.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

Il est à signaler toutefois que lorsque la Caisse primaire en cas de maladie hors tableau saisit le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (la maladie figure sur un tableau où l'assuré ne remplit pas toutes les conditions requises, la maladie n'est pas inscrite sur un tableau mais a entraîné une IPP partielle d'au moins 25 %), si la Caisse primaire en informe l'assuré, elle dispose d'emblée de 6 mois sans qu'elle ait besoin de notifier le recours au délai supplémentaire (circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés du 20 mai 1999) . Le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorsqu'il est saisi par la Caisse primaire d'assurance maladie, dispose d'un délai initial de 4 mois puis d'un délai supplémentaire de 2 mois en cas d'examen ou d'enquête complémentaire. Ces délais s'imputent sur les délais d'instruction dont dispose la Caisse primaire d'assurance maladie (articles L. 461-1, R. 441-14 alinéa 2 et D.461-30 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la Sécurité Sociale N°99-316 du 1er juin 1999).

La même procédure et le même délai sont applicables aux salariés agricoles mais ne s'appliquent qu'aux déclarations déposées à partir du 8 mars 2000 (décret du 6 janvier 2000 paru au Journal Officiel du 7 janvier 2000).

Le délai maximal de traitement du dossier par le CRRMP est de six mois. Si ce délai est dépassé, la maladie professionnelle est reconnue d'office.

Si ce délai de six mois est dépassé, et qu'ensuite la victime est confrontée à un refus du CRRMP, la victime peut entamer un contentieux car le délai de six mois a été dépassé. Ce contentieux est entamé au niveau du TASS qui normalement confirme la reconnaissance implicite de la maladie professionnelle.

Au cours de l'instruction, la Caisse doit informer la victime sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de lui faire grief (article R. 441-11 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999). La Caisse doit notifier sa décision motivée à la victime et à ses ayants droits sous pli recommandé avec demande d'avis de réception (article R. 441-14 du Code de la Sécurité Sociale, circulaire de la CNAMTS N°18-99 du 20 mai 1999, circulaire de la direction de la Sécurité Sociale N°99-316 du 1er juin 1999.)

La Caisse doit également informer l'employeur de son éventuel refus en lui adressant un double de la notification qu'elle a envoyée à la victime. Le médecin traitant est lui aussi informé de la décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie .

La date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de la maladie professionnelle (Article L.451-1 du Code de la sécurité sociale).

C. L'indemnisation des maladies professionnelles

1. Cas général

La procédure d'indemnisation est identique à celle des accidents du travail (article L.431-1 du Code de la Sécurité Sociale) .

Le taux d'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, les aptitudes, la qualification professionnelle de la victime, en tenant compte d'un barème indicatif d'invalidité annexé au Code de la Sécurité Sociale (articles L 434-2 et R 434-5 du Code de la Sécurité Sociale) .

Le barème indicatif de référence d'invalidité – maladies professionnelles est par contre différent du barème indicatif de référence d'invalidité – accidents du travail . Ce barème a été publié au Journal Officiel du 2 juillet 1999 (Edition des documents administratifs du Journal Officiel de la République Française page 1 à 11 en annexe au décret n° 99-323 du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 2 juillet 1999 page 9751) .

Le barème indicatif de référence d'invalidité – maladies professionnelles n'est applicable que depuis la publication du décret n° 99-323 du 27 avril 1999 aux J.O. des 29 avril et 2 juillet 1999 page 9751.

On peut se le procurer auprès du Journal Officiel : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 5 . Il peut aussi être obtenu auprès de l'U.C.A.N.S.S. Tour Maine Montparnasse, 44, avenue du Maine – Boîtes 45 et 46 – 75755 Paris Cedex 15, ou peut être consulté sur le site internet : www.ucanss.fr .

2. Cas particuliers de l'indemnisation des pneumoconioses sauf l'amiante

Sera exclue de ce chapitre, l'indemnisation de l'exposition de l'amiante qui fera l'objet du chapitre suivant . Les pneumoconioses se définissent comme les maladies énumérées aux tableaux des maladies professionnelles suivants :

tableau n°25 (maladie provoquée par l'inhalation de poussières de silice libre ou silicose) .

Tableaux N°30 et 30 bis (maladies provoquées par l'inhalation de poussières d'amiante ou asbestose).

Tableaux N°44 et 44 bis (maladies provoquées par l'inhalation de poussières ou de fumée d'oxyde de fer)

Tableau N°44 : affections non cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer (sidérose) .

Tableau N°44 bis : affections cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer.

Tableau N°91 : bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon (maladie provoquée par les travaux au fond dans les mines de charbon) .

Tableau N°94 : bronchopneumopathie chronique obstructive du mineur de fer (maladie provoquée par les travaux au fond dans les mines de fer) .

La déclaration de la maladie doit être effectuée par l'assuré social dans les délais habituels des maladies professionnelles.

La première constatation médicale intervient après un examen radiologique des poumons et le cas échéant tout examen complémentaire utile, sauf en cas de décès de la victime (article D.461-7 du Code de la sécurité sociale).

Le médecin conseil du service du contrôle médical de la Caisse primaire, au moment de l'instruction de la demande, détermine s'il y a lieu de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste (article D.461-8 du Code de la sécurité sociale), c'est-à-dire spécialiste ou compétent en pneumologie ou d'un médecin du travail possédant des connaissances

particulières dans le domaine des pneumoconioses. (décret 99-746 du 31 août 1999 paru au Journal Officiel du 2 septembre 1999) .

Ce même décret a supprimé le système du collège des 3 médecins. Compte tenu des délais d'instruction strictement limités, le recours à l'avis d'un médecin spécialiste ne doit en aucun cas être systématique mais motivé par la nécessité de résoudre des difficultés d'ordre médical. Le médecin spécialiste compétent examine le malade, soit à son cabinet, soit dans un centre d'études des pneumoconioses public ou privé, soit dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier (article D.461-11 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale).

Ce même médecin peut prescrire la mise en observation avec hospitalisation du malade pendant une période maximale de 3 jours exceptionnellement portée à 5 jours en cas d'examen complémentaires médicalement justifiés (article D.461-11 2^{ème} alinéa du code de la sécurité sociale).

Dans le cadre de la reconnaissance du caractère professionnel d'un décès, la caisse doit faire procéder à une autopsie si les ayants droits le sollicitent ou lorsque la caisse l'estime utile à la manifestation de la vérité. Elle doit avoir alors recueilli l'accord des ayants droits (article L.442-4 du Code de la sécurité sociale qui s'applique en fait pour toutes les maladies professionnelles).

La pratique de l'autopsie doit être confiée à un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconiose (article D.461-16, 2^{ème} alinéa du code de la sécurité sociale). La procédure de prélèvement et d'analyse des poumons est décrite dans l'article D.461-16 3^{ème} alinéa du Code de la sécurité sociale. En cas de contestation d'un rejet d'ordre médical, il est fait application des articles L.441-1 et L.441-3 du Code de la sécurité sociale.

La Caisse primaire transmet une copie de la déclaration et du certificat médical initial à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de la ou des entreprises dans laquelle un travailleur a pu être exposé au risque.

Ce fonctionnaire fait part dans un délai d'un mois de ses observations à la Caisse. La procédure de réparation des pneumoconioses s'est donc depuis ce décret N°99-746 du 31 août 1999 largement alignée sur celles des autres maladies professionnelles.

Une indemnité spéciale est accordée aux travailleurs atteints d'une pneumoconiose lorsque le changement d'emploi est justifié par la nécessité de prévenir une aggravation de son état et que le salarié ne bénéficie, ni d'une indemnité en capital, ni d'une rente (article L.461-8 et D.461-17 du Code de la sécurité sociale).

3. Cas particuliers de l'indemnisation des victimes de l'amiante

a. Les personnes concernées par l'indemnisation

aa. Les victimes d'une maladie professionnelle

Actuellement, on distingue deux tableaux de maladie professionnelle, à savoir pour les salariés dépendant d'une Caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés :

- le tableau n°30 des maladies professionnelles, il se définit comme des affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussière d'amiante : asbestose (lésion pleurale bénigne, dégénérescence maligne broncho-pulmonaire compliquant

les lésions pulmonaires ou pleurales bénignes, mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péricarde ou du péritoine, autres tumeurs pleurales primitives).

- le tableau n° 30 bis : cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante (survenant en l'absence d'une autre atteinte pleuro-pulmonaire due à l'amiante) .

bb. Les travailleurs salariés exposés à l'amiante

- Il s'agit des salariés qui travaillent ou ont travaillé dans l'un des établissements figurant sur une liste publiée au Journal Officiel (arrêté du 29 – 3 – 1999 du Journal Officiel du 31 mars 1999, liste réactualisée par les arrêtés du 21-7-99 publié au Journal Officiel du 27 – 7 - 1999, du 3 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 16 juillet 2000, du 12-10-2000 publié au Journal Officiel du 19 – 10 – 2000, du 19-3-2001 publié au Journal Officiel du 31 – 3 – 2001, du 1-8-2001 publié au Journal Officiel du 4 – 9 – 2001, du 24-4-2002 publié au Journal Officiel n° 105 du 5-5-2002 p 8.668, du 12-8-2002 publié au Journal Officiel du 29-8-2002 p 14.336, du 12 – 8 – 2002 paru au Journal Officiel n° 201 p 14.336 du 29 – 8 – 2002, 25 – 3 – 2003 publié au Journal Officiel n° 86 du 11 – 4 – 2003 p 6.394, du 30 – 6 – 2003 publié au Journal Officiel n° 158 du 10 - 7 -2003 p 11.698,), il n'est pas nécessaire qu'ils aient été directement impliqués dans le processus de fabrication, ou de traitement de l'amiante (circulaire de la direction de la Sécurité Sociale du 9 juin 1999) .

- Cette liste a été étendue

* aux salariés d'établissement de fabrication , flocage et de calorifugeage à l'amiante, (liste fixée par arrêté du 3 juillet 2000, publiée au Journal Officiel du 16 juillet 2000, lequel arrêté du 3 juillet 2000 modifié par les arrêtés du 12 – 10 -2000, 19 – 03 -2001, 01 – 08 -2001, 24 – 04 -2002, 12 – 08 -2002, 25 – 03 -2003, 30 – 06 -2003, 06 – 02 -2004, 21 – 09 -2004, 25 – 11 -2004, 25 – 03 -2005, 30 – 09 -2005, 02 – 06 -2006 publié au Journal Officiel du 06 – 07 – 2006, 19 – 07 -2006, 06 – 11 -2006, 05 – 01 -2007, du 02 – 3 -2007 publié au Journal Officiel du 15 – 3 – 2007, du 07 – 3 -2007, du 26 – 04 -2007, du 03 – 05 -2007, du 25 – 07 -2007, 04 – 09 -2007 publié au Journal Officiel du 13 – 09 – 2007, du 13 – 09 -2007 publié au Journal Officiel du 21 – 09 – 2007, du 30 – 10 -2007 publié au Journal Officiel du 08 – 11 – 2007, du 30 – 10 -2007 publié au Journal Officiel du 29 – 11 – 2007, du 30 – 10 -2007 publié au Journal Officiel du 06 – 12 – 2007, du 30 – 10 -2007 publié au Journal Officiel du 12 – 12 – 2007, du 22 – 11 -2007 publié au Journal Officiel du 01 – 12 – 2007, du 15 – 10 -2008 publié au Journal Officiel du 23 – 05 – 2008, du 03 – 09 – 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.069, du 03 – 09 – 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.070, du 12 – 10 – 2009 publié au Journal Officiel du 20 -10 -2009 p 17.419),

* aux salariés ou anciens salariés des entreprises de construction et de réparation navale ayant exercé certains métiers utilisant des matériaux contenant de l'amiante (liste fixée par arrêté du 7 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 22 juillet 2000 p 11.290, lequel arrêté du 7 juillet 2000 modifié par les arrêtés du 19 – 3 -2001 publié au Journal Officiel du 31 – 3 - 2001, du 28 – 9 – 2001 publié au Journal Officiel du 21 – 10 - 2001, du 11 – 12 – 2001 publié au Journal Officiel du 20 – 12 - 2001, du 24 – 4 – 2002 publié au Journal Officiel n° 105 du 5-5-2002 p 8.669, du 12 – 8 – 2002 paru au Journal Officiel n° 201 p 14.338 du 29 – 8 – 2002, du 25 – 3 – 2003 publié au Journal Officiel n° 90 du 16 – 4 – 2003 p 6.730, du 30 – 6 – 2003 publié au Journal Officiel n° 158 du 10 - 7 -2003 p 11.697, du 21 – 09 – 2004, du 25 – 03 – 2005, du

30 – 09 – 2005, du 02 – 6 – 2006 publié au Journal Officiel du 06 - 7 -2006, du 05 – 01 – 2007, du 02 – 03 – 2007 publié au Journal Officiel du 15 - 03 -2007, du 16 – 03 – 2007 publié au Journal Officiel du 05 -04 -2007, du 04 –09 – 2007 publié au Journal Officiel du 13 -09 -2007, du 13 – 09 – 2007 publié au Journal Officiel du 21 -09 -2007, du 30 – 10 – 2007 publié au Journal Officiel du 29 -11 -2007, du 22 – 11 – 2007 publié au Journal Officiel du 01 -12 -2007, du 15 – 05 – 2008 publié au Journal Officiel du 23 -05 -2008, du 03 – 09 – 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.071, du 03 – 09 – 2008 publié au Journal Officiel du 10 -09 -2008 p 14.069, du 03 – 09 – 2008 publié au Journal Officiel n° 0278 du 29 – 11 - 2008 p 18.231, du 12 – 10 – 2009 publié au Journal Officiel n° 0243 du 20 – 10 - 2009 p 17.417) .

Les dockers professionnels travaillant pendant une certaine période ayant manipulé des sacs d'amiante dans certains ports (cf liste ci-dessous) ont été reconnus exposés à l'amiante (article 36 de la loi n° 99 – 1140 du 29 – 12 – 1999 de financement de la Sécurité Sociale pour 2000 publiée au Journal Officiel n ° 302 du 30 – 12 – 1999 modifiant le paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 – 1194 du 23 – 12 – 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n ° 300 du 27 – 12 – 1998) . Le bénéfice de la reconnaissance de cette exposition à l'amiante a été étendu aux dockers professionnels travaillant dans certains ports pendant une certaine période ayant manipulé de l'amiante au lieu de seulement des sacs d'amiante (article 45 de la loi n° 2001 – 1246 du 21 – 12 – 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 modifiant le sixième alinéa du paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 – 1194 du 23 – 12 – 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n ° 300 du 27 – 12 – 1998) . La liste des ports susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante en faveur des dockers professionnels a été fixée par arrêté du 7 juillet 2000 publié au Journal Officiel du 22 juillet 2000 p. 11. 298, modifié par les arrêtés 12 – 10 - 2000 publié au Journal Officiel du 18 – 10 - 2000, du 28 – 3 – 2002 publié au Journal Officiel du 18 – 4 – 2002 p 6.830, du 30 – 4 – 2002 publié au Journal Officiel du 4 – 5 – 2002 p 8.370, du 24 – 10 – 2005 publié au Journal Officiel du 29 -10 -2005, du 28 – 06 – 2006 publié au Journal Officiel du 07 -07 -2006 .

Les acquis accordés aux dockers ont été élargis à l'ensemble des personnels portuaires (et non plus les seuls dockers) qui assuraient la manutention de l'amiante et non plus seulement des sacs d'amiante (articles 44 et 45 de la loi n° 2001 – 1246 du 21 – 12 – 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 modifiant les cinquième et sixième alinéa du paragraphe I de l'article 41 de la loi n° 98 – 1194 du 23 – 12 – 1998 de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 publiée au Journal Officiel n ° 300 du 27 – 12 – 1998) . La liste des ports concernés pour les personnels portuaires est la même que celle des dockers .

cc. Les autres victimes

Il s'agit en fait de toute personne ayant subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français, par exemple, les artisans n'ayant pas de couverture sociale contre les risques de maladie professionnelle, mais également les usagers du service public (ainsi, les étudiants de la faculté de Jussieu à Paris, etc...) .

b. Les modalités d'indemnisation

Les différents systèmes d'indemnisation peuvent éventuellement se cumuler, comme nous le verrons ci dessous.

aa. L'indemnisation des victimes suivant le régime des maladies professionnelles dans le cadre d'une exposition à l'amiante

La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à l'amiante, peut demander à bénéficier d'une surveillance médicale prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, comprenant l'examen clinique, une radiographie du thorax et éventuellement une exploration fonctionnelle respiratoire tous les deux ans. L'intéressé doit alors fournir à la CPAM une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail.

α. La reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'exposition à l'amiante

Elle suit le régime classique des maladies professionnelles en suivant le cas particulier des pneumoconioses.

L'intéressé doit déposer une déclaration à la Caisse primaire d'assurance maladie, accompagnée d'un certificat médical descriptif établi par un médecin. Une particularité pour les victimes de l'amiante réside dans la suppression du délai de prescription de deux ans, concernant l'ouverture des droits en matière de maladie professionnelle. Les demandes de réouverture des droits aux prestations et aux indemnités des personnes atteintes d'une des maladies consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante ne sont recevables que pour les affections dont la date de la 1^{ère} constatation médicale se situe entre le 1^{er}- 01- 1947 et le 29 - 12- 1998. Il est donc maintenant possible à toute victime de l'amiante de réclamer la prise en charge de sa maladie en tant que maladie professionnelle à tout moment . Cet avantage avait été accordé à titre provisoire par la loi du 23 décembre 1998 parue au Journal Officiel du 27 décembre 1998, modifiée par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'an 2000. L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait initialement fixé la durée d'application de la mesure à 2 ans. L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a porté cette durée à 3 ans. Cet avantage vient d'être pérennisé par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 (loi N°2001-1246 du 21 décembre 2001 parue au Journal Officiel N°99 du 26 décembre 2001 p. 20.552 dans son article 49, relatif aux droits des salariés victimes de l'amiante) . L'article 49-II de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a supprimé tout délai pour la formulation des demandes.

Le champ d'application de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999, s'applique y compris en cas de faute inexcusable. La loi n°98-1194 du 23.12.1998 rouvre une possibilité de mise en cause pour faute inexcusable de l'employeur devant la juridiction de sécurité, soit que le recours n'ait pas été exercé, soit que celui-ci ait été rejeté pour dépassement du délai de prescription.

Ainsi toute victime qui dispose d'un certificat médical rédigé entre le 01.01.47 et le 29.12.98 et décrivant une maladie liée à l'amiante peut à tout moment invoquer la

reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur sans qu'aucun délai de prescription ne lui soit imposé.

Lorsque la maladie professionnelle a été reconnue en temps utile, mais que la faute inexcusable est instruite dans le cadre de l'article 40 le point de départ de la majoration de la rente si située également au jour de la demande effectuée par la victime (arrêt n°02-30905 du 21.09.04 de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation).

Il convient néanmoins de souligner que les droits des victimes ne sont pas rétroactifs et ne prendront effet qu'à la date du dépôt de la demande (circulaire de la direction de la Sécurité Sociale du 26 janvier 2000). Lorsque l'origine professionnelle de la maladie est reconnue par la caisse, le droit aux prestations prend effet au plus tôt à la date de dépôt de la demande faite au titre de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 qui permet la réouverture des droits aux prestations et indemnités des personnes atteintes d'une des maladies consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante.

Cas particulier des mésothéliomes : le caractère habituel de l'exposition n'est pas déterminant et une exposition professionnelle même ponctuelle est suffisante pour admettre son origine professionnelle.

La reconnaissance est établie par le médecin conseil, il détermine s'il y a lieu de solliciter un avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses (le décret N°99-746 du 31 août 1999 a supprimé le recours systématique aux médecins agréés en pneumoconioses et le collège des 3 médecins) .

Seule la pleurésie exsudative isolée parmi les affections désignées au tableau n°30 et 30 bis est susceptible de guérir.

Les fibroses (asbestose, plaques pleurales, épaissements pleuraux) étant le plus souvent d'évolution lente, on peut admettre qu'elles soient consolidées à la date du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et l'activité professionnelle (certificat médical initial) en l'absence de complication évolutive en cours.

Les affections graves évolutives (cancers broncho-pulmonaire et mésothéliomes) peuvent être consolidées

- lorsque la victime ne perçoit pas d'indemnité journalière (en particulier les retraités) à la date du certificat médical initial ;
- lorsque la victime perçoit des indemnités journalières dès que son état n'est plus susceptible d'être amélioré d'une façon appréciable et rapide par un traitement médical approprié.

Si les délais de prise en charge ou d'exposition ne sont pas respectés ou si le métier ne figure pas dans la liste, le dossier sera soumis au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

La victime peut se retrouver confrontée à plusieurs types de situation.

La première situation : la victime n'a jamais formulé de demande. Le dossier est instruit par la Caisse de la Sécurité Sociale quelle que soit la date où la victime a été exposée comme il a déjà été dit plus haut.

La deuxième situation : la victime avait présenté une demande qui avait été rejetée par la Caisse parce que cette demande était tardive et donc prescrite, le dossier sera rouvert et examiné.

Troisième situation : la première demande formulée par la victime avait été rejetée pour une autre raison que pour la prescription.

Le dossier sera alors complètement revu par la Caisse.

Quatrième situation : après le rejet de sa demande initiale, la victime a exercé un recours qui a échoué.

Le dossier sera alors réexaminé par la Caisse. D'une manière générale, la prise en charge du dossier sera égale en traitement entre les personnes qui se sont inclinées par le passé, devant un refus de la Caisse et celles qui au contraire, avaient choisi d'ouvrir un contentieux .

Par ailleurs, dans la fonction publique, le caractère de maladie contractée en service a été reconnu pour les pathologies liées à l'amiante par des commissions de réforme mais aussi parfois après recours devant les juridictions administratives (Cour administrative d'appel de Paris, 22 mars 2001, AJDA, 20 novembre 2001, p.978). IL s'agissait d'un professeur de lycée professionnel atteint d'un cancer broncho-pulmonaire et ayant travaillé plusieurs années dans un atelier traité par flocage de sécurité contre l'incendie.

β. Les droits accordés aux patients victimes d'une maladie professionnelle occasionnée par l'exposition à l'amiante

Une indemnité spéciale est accordée au travailleur atteint d'affection professionnelle consécutive à l'inhalation de poussière d'amiante lorsque le changement d'emploi est nécessaire pour prévenir une aggravation de son état et que les conditions exigées pour le salarié puisse bénéficier d'une rente ne sont pas remplies (article L.461-8 du code de la sécurité sociale).

β1. Droits aux prestations de la Sécurité Sociale

Il s'agit des droits classiques aux prestations de la Sécurité Sociale concernant toutes les maladies professionnelles : indemnités journalières, des rentes, du remboursement intégral des soins.

β2. Le recours à l'indemnisation complémentaire pour faute inexcusable de l'employeur

Ce recours se base sur l'arrêt de la Cour d'Appel de Dijon du 12 octobre 1999 contre la société Eternit. Les juges ont argumenté l'existence d'une faute inexcusable sur le fait que l'employeur avait connaissance du danger puisque le tableau N°30 des maladies professionnelles dues à l'inhalation des poussières d'amiante a été créé en 1945 et que d'autre part la Caisse Régionale d'Assurance Maladie avait adressé à l'employeur depuis, plusieurs recommandations sur les moyens de protection et d'information du personnel.

L'employeur n'avait pris aucune mesure de protection collective ou de protection collective ou individuelle pour le personnel. Les juges ont de plus considéré que l'employeur ne pouvait arguer du fait qu'il n'existait aucune réglementation spécifique avant le décret du 17 août 1977, date de la première réglementation française visant à limiter l'exposition à ce matériau car la justice estime que tout employeur est

assujetti à une obligation générale de sécurité (articles L. 230-1 et suivants du Code du travail) dont les premières dispositions datent de 1893 et 1894 .

6 nouveaux arrêts rendus par la Cour de cassation le 28 février 2002 contre les sociétés Valéo, Textar, Ascométal, Eternit, Evrite et Sollac confirment l'existence d'une faute inexcusable même si les faits remontaient à plus de 50 ans avant donc la création du tableau N°30 des maladies professionnelles, reconnaissant la nature professionnelle de l'asbestose . En effet, la Cour de Cassation a relevé qu'il existait à l'époque une réglementation visant à protéger les salariés contre les effets des poussières et que donc les employeurs auraient dû prendre le maximum de précaution.

bb. Le recours à la procédure pénale

α. Le dépôt d'une plainte classique

Les plaintes pour homicides involontaires sont basées sur l'article 221-6 du Nouveau Code Pénal qui stipule que « le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui, constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45.000€ d'amende ». « En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence les peines encourues sont portées à 5 ans, d'emprisonnement et à 75000€ d'amende ».

L'action pénale peut également se baser sur le délai de mise en danger d'autrui : « le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures graves de nature à entraîner une mutilation, une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15.000€ d'amende ».

Une plainte peut être instruite pour "crime d'empoisonnement, ou voie de fait ayant entraîné la mort, homicide involontaire, coups et blessures involontaires, abstention délictueuse," etc...) . Des poursuites pénales ont été engagées vis-à-vis des employeurs, visant à une condamnation de l'employeur en tant que personne physique mais aussi de l'entreprise en tant que personne morale. Il faut alors démontrer une infraction au code du travail. Il existe une obligation générale de sécurité (art L.230-2 du code du travail), mais aussi des obligations particulières de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou le règlement spécifique à tel ou tel risque.

Il est à noter néanmoins que la loi du 10 juillet 2000 parue au Journal Officiel du 11 juillet 2000 donne une nouvelle définition du délit non intentionnel (faute d'imprudence) qui protège non seulement les élus locaux mais les aussi les chefs d'entreprise. Elle écarte en effet la responsabilité pénale de l'auteur de la faute lorsque celle-ci n'est pas la cause directe du dommage à moins que ladite faute soit d'une particulière gravité (article L. 121-3 du Code pénal) . Cette loi présente néanmoins le mérite de dissocier la faute pénale d'imprudence de la faute civile. Ainsi, la relaxe devant une juridiction pénale n'empêchera pas la victime de s'adresser à une juridiction civile pour faire reconnaître la réalité de la faute inexcusable de l'employeur et bénéficier ainsi d'une indemnisation plus large.

L'arrêt du 16 septembre 2003 a consacré la dualité des fautes civile et pénale non intentionnelles (cass 2^{ème} civ. 16 septembre 2003, Dalloz, 2004, comm. p.721-4, note de P. Bonfils). Concernant la responsabilité des personnes physiques, l'absence de faute pénale non intentionnelle n'exclut pas que le juge civil retienne une faute d'imprudence. La relaxe au tribunal correctionnel n'empêche pas l'exercice d'une action devant les juridictions civiles afin d'obtenir la réparation d'un dommage.

β. Le recours devant la Cour de justice de la République

Certaines familles de victimes ont été plus loin, à la recherche d'une véritable sanction des décideurs et ont déposé plainte le 16 août 2000 devant la Cour de justice de la République contre 13 ministres chargés de la réglementation relative à l'amiante de 1976 à 1996. Il s'agit ici d'une procédure au pénal. La commission des requêtes de la Cour a décidé, le 7 décembre 2000, de les classer sans suite considérant qu'elles étaient « sans élément de nature à caractériser un crime ou un délit commis, au titre de l'exposition à l'amiante, par les ministres qu'elle visent ».

γ. Le recours devant la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction (CIVI)

Le principe de son fonctionnement est détaillé dans le chapitre consacré à l'indemnisation des victimes d'infraction.

On rappellera uniquement que les commissions peuvent indemniser intégralement les dommages résultant d'une infraction pénale sans qu'un procès soit nécessaire, y compris si les faits incriminés sont prescrits. (circulaire du 27 décembre 1990) .

Il y a théoriquement prescription si la demande d'indemnisation est faite plus de 3 ans après l'infraction. Mais la Commission peut relever le demandeur de cette prescription et permettre ainsi un recours. Théoriquement, au delà de cette durée de 3 ans à compter de la date de l'infraction, la victime ne pourra plus prétendre à une indemnité devant la CIVI sauf si l'infraction fait l'objet de poursuite pénale, le délai de 3 ans n'expirant qu'un an après que la décision pénale soit devenue définitive.

Néanmoins, la CIVI dispose du pouvoir de relever le demandeur de la forclusion lorsque ce dernier " n'a pas été en mesure de faire valoir ses droits dans les délais requis ou lorsqu'il a subi une aggravation de son préjudice ou pour tout autre motif légitime " (article 706-5 du Code de procédure pénale et articles 643 et suivants du Nouveau Code de procédure civile).

La forclusion de la victime se définit par la déchéance du droit d'action qui sanctionne toute partie au procès en cas d'expiration d'un délai de procédure. La forclusion est donc une fin de non recevoir. Les CIVI bénéficient d'un pouvoir d'appréciation sur le caractère légitime du motif invoqué à l'appui de la demande de relever de la forclusion.

La Cour de Cassation exerce toutefois un contrôle restreint sur ces motifs. La CIVI doit donc mentionner ces motifs pour permettre à la Cour de Cassation d'exercer son contrôle (deuxième Chambre Civile de la Cour de Cassation, 1er juillet 1992, Bulletin des arrêts civils de la Cour de Cassation N° II, N°180, p. 90).

Ce recours devant la CIVI permet une indemnisation intégrale des préjudices sans avoir à démontrer la faute inexcusable de l'employeur .

Le recours à la commission d'indemnisation des victimes d'infraction défini par l'article 7.003-6 du code de procédure pénale n'est plus possible, les

magistrats de la cour de cassation (deuxième chambre civile de la cour de cassation, arrêt du 7 mai 2003 n° 00.815 P), ayant rappelé que « les dispositions légales d'ordre public sur les réparations des accidents du travail excluent les dispositions propres à l'indemnisation des victimes d'infractions ».

cc. Le recours à la procédure en responsabilité civile

L'action en responsabilité civile peut être entamée soit pour responsabilité pour faute soit pour responsabilité sans faute.

La responsabilité pour faute est basée sur l'article 1382 du Code civil qui stipule que « tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Cet article énonce trois éléments, la faute, le préjudice et le lien de causalité.

La faute dans ce cas précis concerne le fait pour les industriels et les distributeurs de ne pas avoir respecté leur obligation d'information à l'égard des personnes exposées. En effet, les industriels et les distributeurs ont une obligation d'information sur le danger du matériau vis-à-vis des transporteurs et des consommateurs. Ils connaissaient les effets que pouvaient engendrer une exposition à l'amiante par l'intermédiaire des études scientifiques et des enquêtes établies dès 1950. De plus, des textes sont intervenus en 1977 pour obliger les industriels à informer du danger.

La responsabilité sans faute, se base sur l'article 1384 du Code civil. Celui-ci dispose dans son premier alinéa que l'on est responsable des choses que l'on a sous sa garde. L'article établit ainsi une présomption de responsabilité à l'encontre de celui qui a la garde d'une chose inanimée. L'employeur à la qualité de gardien de la chose. Par conséquent, la faute de l'auteur du dommage est présumée sauf existence d'un cas d'exonération (force majeure, fait de la victime ou d'un tiers) .

Cet article concerne l'exposition aux poussières d'amiante. Il permet ainsi aux épouses de travailleurs ayant été exposées à l'amiante par l'intermédiaire des bleus de travail, d'obtenir une réparation pour le préjudice direct subi sans avoir à prouver l'existence d'une faute.

On peut également évoquer la responsabilité sans faute de l'administration en cas d'exposition d'agents publics au risque de l'amiante (agents de l'Education nationale, les professeurs de l'université de Jussieu). L'administration est en effet responsable vis-à-vis de ses fonctionnaires qui sont exposés au danger de l'amiante lors de leur service. L'action juridique est engagée alors devant le tribunal de grande instance dont le ressort duquel se trouve le domicile de la victime.

Concernant les demandes d'indemnisation, une femme ayant été exposée à l'amiante en lavant les vêtements de travail de son mari qui travaillait chez Valéo, ne pouvait pas rechercher la faute inexcusable de l'employeur de son époux (puisque'elle n'était pas salariée de l'entreprise). Il s'agissait ici également d'une exposition environnementale puisque l'usine Valéo était située à proximité du domicile du couple. Souffrant d'une asbestose avec plaques pleurales disséminées, elle a fait assigner l'employeur de son époux devant le tribunal de grande instance (TGI d'Argentan, 7 septembre 2000, Gazette du plai, 12-13 janvier 2005, page 69). La responsabilité civile de l'employeur a été retenue sur le fondement de l'article 1384 alinéa 1^{er} du code civil. La Cour d'appel de Caen a rendu son arrêt le 20 novembre

201 dans le même sens (Gazette du palais, 12-14 janvier 2003, N. Olmer-Brin, J-V. Borel).

dd. Le recours à une juridiction de l'ordre administratif

Certaines victimes de l'amiante n'ont pas hésité à explorer d'autres voies et former un recours en responsabilité contre l'Etat devant les juridictions administratives, visant à obtenir la reconnaissance de la faute de l'Etat.

Elles mettent en cause la responsabilité de l'Etat en s'appuyant sur le fait que l'Etat a pris de retard pour édicter les normes plus sévères quant à l'inhalation des fibres d'amiante en milieu professionnel alors que le danger était connu. On peut à ce titre citer comme argumentation une directive européenne de 1983 qui a été transposée quand 1987 alors que l'Etat avait déjà connaissance du risque que constitue le maintien de l'argumentation en vigueur. C'est sur cette argumentation que le tribunal administratif de MARSEILLE le 30 mai 2000 a condamné l'Etat comme fautif et l'a rendu responsable des conséquences, dommages des victimes de l'amiante qui travaillaient pour les entreprises Sollac, Eternit et Elf Atochem dans les Bouches de Rhône .

En effet, le tribunal administratif de Marseille, le 30 mai 2000, a sanctionné l'Etat pour n'avoir pas légiféré avant le Décret n°77-94919 du 17 août 1977 relatif aux mesures particulière d'hygiène applicables dans les établissement où le personnel est exposé à l'action des poussière d'amiante (JORF du 20 août 1977) en matière d'amiante, et pour ne pas avoir demandé l'étude scientifique sur le sujet avant 1995, année de publication d'une étude par l'INSERM (trib. Adm. Marseille, 30 mai 2000, arrêt Boudignon, Botelle, Thomas, Xueref). L'article L.231-2 du Code du travail reconnaît à l'Etat le pouvoir de limiter le droit de l'employeur de déterminer les modalités de travail dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. L'Etat ne peut donc pas se retrancher derrière la responsabilité du l'employeur (art L.230-2 du code du travail). Ces décisions ont été confirmées par la Cour administrative d'appel de Marseille le 18 octobre 2001 (Cour adm. Marseille, 18 octobre 2001, Ministre de l'emploi et de la solidarité c/Bourdignon, Botella, Thomas, Xueref). Les éléments justificatifs apportés, à savoir, la réaction tardive des autres Etats et la difficulté de réaliser à l'époque une étude destinée à préciser la nature exacte du risque, n'ont pas été retenus. Il a ensuite été reproché à l'Etat de s'être contenté de transposer en droit français les directives communautaires en 1987 et 1992, sans que cet abaissement de seuils de VME ne soit justifié par des données scientifiques précises. Les magistrats administratifs ont considéré que l'Etat ne pouvait se décharger de sa responsabilité en invoquant le respect des normes communautaires, celui-ci étant nécessaire mais pas toujours suffisant. Ils ont donc renouvelé la mise en cause de la responsabilité de la puissance publique, tant du fait de ses carences dans la prévention des risques, que l'insuffisance de la réglementation adoptée tardivement afin de faire face à ce même risques. Les quatre arrêts tout en rejetant le recours du ministre, ont opéré encore plus sévèrement qu'en première instance une condamnation de l'Etat et de la gestion publique des dangers liés à l'antenne.

La condamnation de l'Etat résultant de la mise en cause de sa responsabilité ne surprend pas, compte tenu du retard pris dans le traitement de cette affaire de l'amiante, et cette confirmation en appel des décisions de première instance avait été annoncée par le rapport de la Cour des comptes qui insistait sur ce retard de la France en la matière par rapport aux autres pays européens.

Le ministre de l'emploi et de la solidarité a fait appel de ces décisions devant le Conseil d'Etat (CE) qui s'est prononcé le 3 mars 2004, confirmant la négligence fautive de l'Etat (CE 3 mars 2004, Gazette du Plais, 12-13 janvier 2005, note de D. Linotte, p.67-70 et Dalloz, Note de H. Arbousset, 2004, n°14, p.973-7). Dans un seul des dossiers (sur les 4), l'entreprise employant le salarié s'était associée à la procédure.

L'Etat a donc été jugée responsable en tant que personne morale de droit public. Reste qu'il n'y pas de sanction infligée au sens juridique du terme. Les représentants de l'Etat doivent « prendre de mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers... » C'est une décision purement symbolique. Le fonctionnaire victime de l'amiante doit donc se tourner le FIVA, plus favorable qu'une procédure devant le tribunal administratif.

ee. Possibilité de préretraite pour des travailleurs exposés à l'amiante

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est un dispositif de préretraite compensant la réduction de l'espérance de vie des travailleurs de l'amiante.

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) a été créé par l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale permet aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle due à l'amiante, aux victimes d'une exposition professionnelle à l'amiante, ayant travaillé dans des secteurs d'activité limitativement énumérés et âgés d'au moins 50 ans, de percevoir une allocation égale à 65% du salaire de référence pour la partie inférieure à 2.773 euros par mois le premier janvier 2008, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, et de 50% de ce salaire pour la limite comprise entre 2.773 euros par mois et 5.546 euros par mois, entre 1 et 2 fois ce plafond, le premier janvier 2008, à la condition qu'elles quittent leur emploi. L'allocation de cessation anticipée ne peut être inférieure au montant minimal de l'allocation spéciale du FNE (Fond National de l'Emploi) soit 29.22€ par jour depuis le 01.01.08.

En outre, le prélèvement des cotisations d'assurance maladie, de la CSG et de la CRDS ne peut réduire le montant de l'allocation en deçà de 1.281€ depuis juillet 2007.

Cette préretraite est accordée à deux catégories de salariés, tout d'abord les salariés atteints de l'une des maladies professionnelles liée à l'amiante et deuxièmement les travailleurs qui ont travaillé dans un établissement, figurant sur une liste publiée au Journal Officiel (confère ci dessus la liste des travailleurs salariés exposés à l'amiante dans le chapitre VIII . LES MALADIES PROFESSIONNELLES C.

L'indemnisation des maladies professionnelles 3. Cas particuliers de l'indemnisation des victimes de l'amiante a. Les personnes concernées par l'indemnisation bb. Les travailleurs salariés exposés à l'amiante). Peuvent également bénéficier les marins et anciens marins victimes d'une maladie professionnelle causée par l'amiante et les marins mécaniciens ou ayant navigué sur des navires transportant de l'amiante âgés d'au moins 50 ans. Le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité est alors assurée par l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM).

Ces travailleurs peuvent alors prétendre à une préretraite à partir de 50 ans. Un arrêté, pris en application de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa modification du 20 décembre 2003 (article 54), prévoit l'extension du dispositif d'allocation de cessation anticipée d'activité aux salariés agricoles. Les salariés agricoles atteints d'une affection figurant aux tableaux n°47 et 47 bis des maladies professionnelles agricoles peuvent avoir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Arrêté du 6 mai 2003, publié au Journal Officiel du 27 mai 2003 n°122, page 9.032) .

La demande doit être déposée à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie qui dispose de deux mois pour prendre sa décision. Le défaut de réponse au delà de ce délai équivaut à un refus. Si la décision de la caisse régionale est positive, le bénéficiaire doit donner sa démission à son employeur. Le bénéfice de l'indemnité de préavis ou de l'indemnité compensatrice de préavis est acquis.

En cas de refus de la caisse régionale, un recours peut alors être déposé à la commission de recours amiable de la caisse. En cas d'échec, un recours est encore possible en engageant une procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Pour les salariés agricoles, le guichet instructeur de la demande est la caisse de mutualité sociale agricole. Pour les marins ou anciens marins, le guichet instructeur est l'ENIM.

L'allocation est versée mensuellement à terme échu au plus tard jusqu'à 65 ans. De ce fait les personnes pouvant bénéficier d'une retraite anticipée dès 55 ans, ne peuvent percevoir à la fois leur pension de retraite et l'allocation des travailleurs de l'amiante. Ces personnes doivent opter pour l'une ou bien l'autre.

Cette préretraite est versée jusqu'à ce que l'intéressé puisse toucher une retraite à taux plein prévue aux articles L 351-6 et L.351-8 du CSS .

Elle ne peut se cumuler ni avec un revenu de remplacement (allocation de chômage, autres préretraites...), ni avec un avantage de vieillesse (retraite sauf les pensions militaires de retraite, pension de reversion) ou d'invalidité (circulaire du 9 juin 1999) ou l'allocation parentale d'éducation à taux plein . Une allocation différentielle peut être versée pour les personnes titulaires :

- d'une pension d'invalidité (servie par un régime obligatoire)
- d'une pension de réversion
- d'une pension de veuf ou veuve versée par un régime général.
- d'une pension de retraite versée par un régime spécial de sécurité sociale.

Pour le calcul de l'allocation différentielle, la caisse déduit du montant brut de l'allocation de cessation d'activité le montant de l'autre pension (certaine majoration pour enfant en tierce personne, étant neutralisée). Sont ensuite déduites du résultat les cotisations sociales.

Des règles particulières s'appliquent pour les personnes susceptibles de percevoir un avantage non contributif (minimum vieillesse).

Par contre, il est possible de cumuler une telle préretraite avec une rente pour maladie professionnelle.

La loi prévoit également que la démission du salarié dans ce cadre oblige l'employeur à lui verser une indemnité de départ en retraite prévue par l'article L122-14-13 du code du travail. « Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier du droit à une pension de vieillesse a droit, sous réserve des dispositions plus favorables d'une convention ou d'un accord collectif de travail ou du contrat de

travail, à l'indemnité de départ en retraite prévue à l'article 6 de l'accord annexé à la loi n°78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle... ».

L'indemnité de départ versée par l'employeur est exonérée d'impôt, de cotisations de sécurité sociale, de CSG, et de CRDS. Ceci s'applique aux indemnités perçues au 2 avril 1999 (loi de finance rectificative parue au Journal Officiel du 14 juillet 2000) .

En ce qui concerne les victimes reconnues comme atteintes d'une maladie professionnelle causée par l'amiante, ces victimes peuvent prétendre au dispositif de pré-retraite dès l'âge de 50 ans, sans condition de durée d'activité.

Les autres salariés exposés à l'amiante peuvent partir en préretraite à un âge variable selon la durée d'exposition à l'amiante, sans que cet âge puisse être inférieur à 50 ans. L'âge de départ se calcule en soustrayant de l'âge de 60 ans, le tiers de la durée de travail exposée au risque (décret n° 99 – 247 du 29 – 3 – 1999 modifié par le décret n° 2000 – 638 du 7 - 7 – 2000 paru au Journal Officiel du 9 – 7 – 2000, par le décret n° 2003 – 608 du 2 - 7 – 2003 paru au Journal Officiel n° 153 du 4 – 7 – 2003 p 11.320, par le décret (rectificatif) n° 2003 – 608 du 2 - 7 – 2003 paru au Journal Officiel n° 183 du 9 – 8 – 2003 p 13.852) . L'âge pour pouvoir bénéficier de la pré-retraite en faveur des victimes de l'amiante est calculée en divisant la durée d'activité dans ces établissements où l'on a été exposé par trois, et en soustrayant le résultat de 60 ans. Par exemple, si un salarié a travaillé 12 ans dans un tel établissement, il pourra partir à $60 - 12/3 = 60 - 4 = 56$ ans. Ceci concerne les personnes ayant été exposées à l'amiante.

Une allocation de cessation anticipée d'activité est proposée aux ouvriers de l'Etat ayant travaillé dans des services ou établissements relevant du ministère de la Défense énumérés dans l'arrêté du 29-4-99, NOR: DEFP9901311A modifié par l'arrêté du 14-6-2002, NOR: DEFP0201745A , paru au Journal Officiel du 19-6-2002 .

A noter une évolution récente concernant l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. En effet, la Chambre sociale de la Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 18.09.08, a condamné la société ZF MASSON à indemniser la perte de revenus occasionnée par le départ en pré-retraite amiante d'anciens salariés de l'entreprise. Ces salariés percevront donc chacun la différence entre leur salaire du temps de leur activité et le montant de leur allocation calculée sur toute la durée du versement de celle-ci. Une décision identique a été prise par la Cour d'appel de Bordeaux le 16-02-2009 .

Les magistrats ont en effet considéré que les anciens salariés étaient placés devant « un choix relatif : soit continuer de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite mais sous la menace statistiquement avérée de développer l'une des maladies consécutives à l'exposition à l'amiante dont il a souvent été constaté qu'elles apparaissent avec un certain retard et par conséquent risquer d'avoir une retraite écourtée, soit privilégier le droit de partir en pré-retraite à 50 ans, mais au prix d'une diminution de revenus de 35%, et donc d'un préjudice matériel important. Leur choix dans ces circonstances est un choix par défaut, conséquence de la carence de l'employeur dans l'exécution de son obligation contractuelle de sécurité et de résultat. »

Les salariés percevront donc une allocation amiante de pré-retraite équivalente à 100% du salaire et non plus à 65%. Le complément de 35% sera dû aux allocataires par l'employeur ou à défaut plus ou moins directement par un fond dépendant des Assedic. La demande pour les non malades doit être présentée devant le conseil des Prud'hommes. Pour les travailleurs reconnus en maladie professionnelle amiante, la demande doit être présentée au FIVA. En cas de refus par cet organisme il conviendrait alors d'aller devant une Cour d'appel.

ff. Le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA)

α. Historique

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 n° 2000 – 1.257 du 23 décembre 2000 publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2000 modifié par l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 n° 2001 – 1.246 du 21 – 12 - 2001 publiée au Journal Officiel du 26 décembre 2001, article 53 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 52 II (JORF 24 décembre 2002) et complété par le décret n°2001-963 du 23 octobre 2001 institue la réparation intégrale des préjudices, tant patrimoniaux qu'extra-patrimoniaux, occasionnés par l'amiante . Un établissement public, le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), placé sous la double tutelle des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et du budget, créé par l'article précité, a pour mission d'assurer la réparation de ces préjudices.

La saisine du Fonds est ouverte à toute personne ayant subi en France une atteinte de sa santé à la suite d'une exposition à l'amiante, ainsi qu'à ses ayants droit, quel que soit le contexte, professionnel ou environnemental, de ladite exposition. En effet, l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000 prévoit que la répartition intégrale pourra être accordée aux « personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, à celles qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française et aux ayants droit des personnes visées » .

Ce FIVA est donc destiné à réparer l'intégralité des préjudices subis par les victimes de l'amiante, évitant alors de longues procédures devant les tribunaux et les organismes de Sécurité Sociale. L'indemnisation porte sur tous les postes de préjudices reconnus par les tribunaux, alors que l'indemnisation prévue par la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité sociale est forfaitaire et ne prend en compte que le taux d'IPP et une partie du préjudice économique (perte de gains par la victime). Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est destiné à prendre en charge tous les préjudices subis par les victimes de l'amiante : préjudice personnel (souffrances physiques, psychiques, dommage esthétique...) et préjudices financiers (frais de santé engagés non pris en charge la sécurité sociale, salaires non perçus...) .

Le FIVA peut aussi être saisi par la victime pour demander la réparation d'une aggravation de son état de santé.

Il pourra être saisi par toute victime de l'amiante ou ses ayant droits (conjoint, enfant, petit enfant, parents, frère et sœur) en cas de décès.

Il peut être saisi non seulement par les salariés dont la maladie professionnelle a été reconnue mais également par toute personne ayant subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire français (artisan, professions libérales n'ayant pas de couverture sociale contre les risques de maladie professionnelle mais aussi les usagers des services publics) .

Le FIVA, reposant sur une procédure simple et rapide d'indemnisation, facilite les voies de la réparation, notamment pour toutes les victimes qui ne souhaitent pas s'engager dans la voie judiciaire.

Le Fonds constitue une tentative de remède aux défaillances du régime d'indemnisation des victimes de l'amiante, à savoir d'une part, l'insuffisance de la réparation liée à son caractère forfaitaire dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles et, d'autre part, la lenteur des procédures, donc les conséquences étaient grandement préjudiciable, eu égard notamment à la courte espérance de vie des victimes de mésothéliomes. Pour certains, cette création avait aussi pour but de juguler les procédures contentieuses, notamment celles risquant de mettre en cause les décideurs politiques (mise en cause de la responsabilité de l'Etat devant les juridictions administratives).

Le FIVA constitue la seule voie d'indemnisation

- pour les victimes environnementales (par exemple les épouses contaminées en lavant les bleus de travail de leur mari, les personnes résidant, travaillant ou étudiant près d'une usine polluante).
- pour les salariés des régimes spéciaux qui ne prévoient pas d'action en faute inexcusable de l'employeur, (par exemple, les fonctionnaires, les artisans...)

pour les salariés ou retraités du régime général dont les dossiers sont prescrits pour la sécurité sociale (prescription de deux ans) et non par le FIVA (prescription de quatre ans).

Un décret et un arrêté publiés au Journal Officiel du 30 mars 2002, nomment le Président et les membres du conseil d'administration de cet FIVA qui devient ainsi opérationnel.

β. Données chiffrées

Il est maintenant établi que les victimes s'adressent dans une très large majorité au FIVA plutôt qu'aux instances judiciaires (TASS principalement), la croissance du nombre de nouvelles victimes dépassant même largement les prévisions auxquelles viennent d'ajouter les demandes complémentaires, elles aussi de plus en plus importantes,. Ces demandes complémentaires sont présentées soit par les victimes elles-mêmes, eu égard à l'aggravation de leur état, soit par leurs ayants-droit à la suite du décès de la victime.

Quelques chiffres :

Dans une très forte proportion (85%), les victimes ont été exposées à titre professionnel, relèvent majoritairement (85 %) du régime général et sont en grande partie (94%) de sexe masculin, l'âge moyen au moment de la première constatation médicale étant de 62 ans et la part des maladies bénignes représentant plus de la moitié des dossiers (Rapport annuel du FIVA de 2007).

La grande majorité des dossiers FIVA sont la conséquence d'une exposition professionnelle : 86 % des victimes sont du fait d'une maladie professionnelle, La

part des maladies valant justification automatique de l'exposition à l'amiante passe à 8%, les maladies dites d'origine environnementale relevant de la compétence de la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante passe à 6%. 85% des victimes s'adressant au FIVA sont affiliés au régime général de la sécurité sociale. Les autres sont fonctionnaires ou affiliés au régime agricole ou des artisans, chefs de petites et moyennes entreprises dans le secteur du bâtiment par exemple. Pour les non professionnels, il s'agit essentiellement de femmes qui nettoyaient les bleus de travail de leur époux, salarié qui manipulait de l'amiante. Il peut s'agir également de personnes vivant au proche voisinage d'un bâtiment au moment du flocage de l'amiante.

Parmi les dossiers reçus 19 % des victimes sont décédées, la plupart (90.5%) antérieurement à la demande au FIVA (Rapport annuel du FIVA de 2007). En 2007, la répartition des victimes par pathologie était une asbestose pour 5 %, un mésothéliome pour 7 %, un cancer broncho-pulmonaire pour 14 % et 74 % de plaques pleurales et épaissements pleuraux.

Trois critères sont retenus pour calculer ce montant : le taux d'incapacité, l'âge au moment de la découverte de la maladie et la situation (décédés ou malade) de la victime.

- 81% des pathologies bénignes bénéficient d'une offre supérieure à 15.000€.
- 82% des pathologies malignes bénéficient d'une offre supérieure à 60.000€ (et 43% d'une offre supérieure à 100.000€) (Rapport annuel du FIVA de 05-2006) .

Les offres du FIVA, susceptibles d'appel, sont contestées dans 6% des cas, principalement (66% du contentieux) devant les Cours d'appel de Paris, Bordeaux, Douai, Rouen et Aix-en-Provence qui sont plus généreuses, alors que les appels sont inexistantes devant le Cour de Rennes considérée comme confirmant les plus souvent les décisions du FIVA (Rapport annuel du FIVA de 2007). Quatre Cours d'appel (Paris, Bordeaux, Douai, Caen) fixent les montants des préjudices les plus élevés. On notera l'attitude favorable de la Cour d'appel de Douai dans une moindre mesure, des Cours d'appel de Bordeaux et de Pau, notamment sur le préjudice patrimonial (la Cour de Douai double la valeur du point d'incapacité retenue par le FIVA mais confirme plus volontiers les postes extrapatrimoniaux, y compris lorsqu'il n'est retrouvé aucun préjudice indemnisable ; la Cour d'appel de Rouen propose un niveau élevé d'indemnisation du préjudice moral) . Dans ces 6% d'offres du FIVA contestées devant la Cours d'appel, les indemnités obtenues sont dans 77% des cas majorées, d'après le président du FIVA en Avril 2008.

L'étude du montant des majorations fixé par les Cours d'appel en 2007 fait apparaître que les demandes en provenance des ayants droits sont davantage prises en considération par les cours que pour les victimes vivantes.

En ce qui concerne les préjudices extrapatrimoniaux, les Cours d'appel, dans la moitié des cas, n'accordent aucune (ou une très faible) majoration. En revanche, dans 35% des cas une majoration de plus de 50% est accordée, principalement par la Cour d'appel de Paris devant laquelle un cinquième des offres du FIVA sont contestées (Rapport annuel du FIVA de 05-2006) . Rappelons que l'appréciation du quantum relève de la compétence souveraine du juge du fond, ce que confirme la Cour de cassation saisie sur ce point.

Le FIVA reste à 90% la voie privilégiée par les victimes pour obtenir une réparation (Rapport annuel du FIVA de 2007) .

Si FIVA et TASS s'accordent sur un écart important entre l'indemnisation moyenne des maladies bénignes et celle des maladies malignes, il apparaît, pour les maladies, qu'aucune jurisprudence tendant à tenir compte de l'âge des victimes et du préjudice subi ne se dégage, contrairement au barème du FIVA qui prend ces critères en considération.

Pour des situations analogues les indemnisations accordées suite à des actions en faute inexcusable de l'employeur sont en général plus importantes que celles octroyées par le FIVA. Mais ceci n'est pas le cas dans toutes les régions et la situation peut évoluer lorsque les magistrats changent.

Il n'en demeure pas moins que le taux d'indemnisation par le FIVA est globalement inférieur de 40%, ce qui peut expliquer par le fait que le FIVA ait choisi de limiter l'indemnisation aux préjudices actuels et objectivables, toute aggravation étant susceptible d'une nouvel examen alors que les juridictions peuvent être amenées à prendre en compte le risque d'aggravation et à l'indemniser immédiatement (toutefois, pour les maladies malignes, le FIVA se rapproche de plus en plus des juridictions).

y. Procédure de reconnaissance d'exposition à l'amiante par le FIVA

Le « non panachage » c'est à dire l'obligation pour la victime ou l'ayant droit de présenter au FIVA une demande d'indemnisation englobant tous les préjudices a été confirmé par la Cour de cassation, dans un arrêt du 21 décembre 2006, qui a validé la position des Cours d'appel de Metz, Rennes, Douai et Aix en Provence.

La loi créant le FIVA a laissé une option à la victime : soit elle s'adresse au FIVA pour TOUS ses préjudices, soit elle s'adresse au tribunal. Elle ne peut diviser sa demande, par exemple, le préjudice physique au FIVA et le préjudice moral au Tribunal. La Cour de cassation rappelle que le législateur ayant voulu que la victime opte entre l'indemnisation par le FIVA ou par le tribunal des affaires de sécurité sociale, la victime qui a choisit de saisir le FIVA, ne peut diviser sa demande qui doit englober l'ensemble des préjudices subis (arrêt du 21.12.06 de la 2^{ème} chambre civile de cour de cassation : Mme Gergaud) .

La victime de l'amiante doit présenter au fonds une demande d'indemnisation accompagnée de pièces justificatives, notamment un certificat médical attestant la maladie et de tout document de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante. Elle demande en même temps le formulaire de demande d'indemnisation au FIVA .

y 1. Le formulaire de demande d'indemnisation

Afin de constituer leur dossier, les victimes doivent remplir le formulaire déposé sur le site Internet ou obtenu par courrier en y joignant un certificat médical établissant le constat d'une maladie de l'amiante.

Pour une demande d'indemnisation par les ayants droits, ceux-ci doivent adresser en même temps une copie du certificat de décès ainsi que tout document de nature à établir le lien entre la maladie résultant de l'exposition à l'amiante et le décès.

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être présentées au moyen d'un formulaire disponible sur simple appel téléphonique (numéro vert : 0800500200) ou par courrier auprès du FIVA (FIVA, 94.682 Vincennes Cedex), ou sur le site Internet du FIVA (www.fiva.fr) .

Le formulaire, qui comprend également un questionnaire sur l'exposition à l'amiante complété par la victime (ou ses ayants droit), doit être retourné directement par celle-ci au FIVA .

Reproduction du formulaire de demande d'indemnisation envoyé au FIVA

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Formulaire de demande d'indemnisation – Victime

Veillez remplir ce document, le dater, le signer et joindre les pièces indiquées :

- Identification

* Nom et prénom : ...

* Date de naissance : ...

* Nom de jeune fille : ...

* Lieu de naissance : ...

* Adresse : ...

* N° de téléphone ...

- Renseignements sur votre situation

* Protection sociale

• Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale dont vous dépendez : ...

• Numéro d'immatriculation : ...

* Mutuelle ou autre organisme de prévoyance

• Nom et adresse de l'organisme complémentaire auquel vous êtes affilié : ...

• Numéro d'affiliation : ...

* Votre maladie est-elle reconnue en maladie professionnelle ?

* Votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante mais cette maladie figure-t-elle sur la liste des maladies spécifiques dont le constat vaut également justification de l'exposition à l'amiante ?

* Votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies spécifiques dont le constat vaut également justification de l'exposition à l'amiante ?

* Divers

• Avez-vous intenté une action en justice en vue d'une indemnisation ? OUI NON

• Dans l'affirmative, à quelle date et devant quel tribunal ? : ...

• Avez – vous été indemnisé par un tribunal ou par votre employeur ?

• S'agit-il d'une première demande ? d'une aggravation ? d'une nouvelle maladie ?

• Demandez-vous le versement d'une provision sur indemnité ? OUI NON

- Pièces à joindre

- Si votre maladie a été reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante, joindre la décision de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de Sécurité sociale reconnaissant l'origine professionnelle de votre maladie ;
- Si votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante mais que cette maladie figure sur la liste des maladies spécifiques (mentionnée au verso du présent formulaire), joindre un certificat médical attestant votre maladie établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie ;
- Si votre maladie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle provoquée par l'amiante et ne figure pas sur la liste des maladies spécifiques, joindre un certificat médical attestant la maladie ainsi que tous les documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante, professionnelle ou environnementale.

Fait à : ...

Le : ...

Signature : ...

La victime justifie de l'exposition à l'amiante soit par la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit par le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et mentionnée sur une liste établie par arrêté (le mésothéliome, les plaques calcifiées ou non...).

Afin d'assurer une coordination sur le plan des procédures, la loi prévoit que le demandeur doit informer le Fonds des procédures contentieuses engagées par ailleurs pour obtenir réparation.

y 2. Cas où l'origine professionnelle de la maladie a déjà été reconnue

Dans un souci d'alléger la charge de la preuve de l'exposition pour la victime ou ses ayants droit, le législateur a prévu que la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit suffisante pour valoir justification de l'exposition à l'amiante. Cette reconnaissance vaut justification de l'exposition à l'amiante. Dans ce cas, le formulaire doit être seulement accompagné de la décision de reconnaissance de la CPAM ou de l'organisation adéquate de Sécurité sociale .

La reconnaissance de la maladie professionnelle par la sécurité sociale s'impose au FIVA. Le 21 décembre 2006, la Cour de Cassation a décidé que, lorsque la maladie avait été reconnue par la sécurité sociale, cette décision impose au FIVA qui ne peut pas alors saisir la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante pour qu'elle donne son avis sur le lien entre la maladie et l'exposition professionnelle.

y 3. Cas où la maladie est susceptible d'être d'origine professionnelle mais non encore reconnue

Lorsque l'origine professionnelle de la maladie est susceptible d'être reconnue, le formulaire de demande au FIVA doit être accompagné, d'un certificat médical attestant cette maladie (établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie) et attestant le lien entre l'affection et l'activité professionnelle .

Dans ce cas, et en l'absence de déclaration préalable de maladie professionnelle par la victime, le FIVA saisit la CPAM ou l'organisme de sécurité sociale compétent. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle et suspend le délai imparti au FIVA pour présenter une offre au demandeur. La CPAM dispose, selon les règles habituelles d'un délai de trois mois, renouvelable une fois, si une enquête complémentaire est nécessaire pour traiter la demande .

y 4. Cas où la maladie du demandeur est réputée provoquée par l'amiante

Dans un souci d'alléger la charge de la preuve de l'exposition pour la victime ou ses ayants droit, le législateur a prévu que la reconnaissance d'une maladie professionnelle soit suffisante pour valoir justification de l'exposition à l'amiante. Le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par l'arrêté interministériel du 5 mai 2002 paru au Journal Officiel du 5 mai 2002 vaut également justification, pour le FIVA, de l'exposition . Dans ce cas, le formulaire doit être seulement accompagné d'un certificat médical attestant cette maladie, établi par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en oncologie.

Les maladies listées par l'arrêté du 5 mai 2002 sont :

1° Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives .

2° Plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrie .

y 5. Les autres cas (maladie non professionnelle et non spécifique)

Lorsque la maladie n'est pas susceptible d'avoir une origine professionnelle et qu'elle ne figure pas dans l'arrêté du 5 mai 2002, le formulaire de demande d'indemnisation doit être accompagné d'un certificat médical attestant la maladie et de tous les documents de nature à établir la réalité de l'exposition à l'amiante nécessaires à l'étude par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante du FIVA .

Lorsque le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante n'est pas présumé établi, le dossier est transmis à la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.

Cette commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante, composée de médecins et de personnes compétentes dans l'appréciation du risque lié à l'exposition à l'amiante, est chargée de déterminer si la pathologie de la victime est due à une exposition à l'amiante .

Cette commission a reconnu le lien entre la pathologie présentée par la victime et l'exposition à l'amiante dans 31% des cas en 2007.

Les pathologies reconnues sont constituées par les cancers broncho-pulmonaires primitifs, les épaissements et épanchements pleuraux, les cancers du larynx, les tumeurs pleurales primitives.

y 6. La prescription de la demande d'indemnisation

La LFSS pour 2001, votée en décembre 2000 et créant le FIVA, n'a pas prévu de prescription pour les dossiers des victimes de l'amiante. Le Conseil d'administration (CA) du FIVA a donc, par une délibération du 28 mars 2003, voté une durée de prescription de 4 ans.

Cette durée n'a pas été choisie au hasard : 4 ans, représente la durée de prescription des créances publiques (loi du 31 décembre 1968).

La majorité du CA qui a adopté cette disposition s'est appuyée sur l'argument suivant : le FIVA étant un établissement public, cette durée devait lui être appliquée. Elle n'a donc pas tenu compte de la fonction du FIVA qui est de se substituer aux juridictions civiles pour réparer les dommages des victimes de l'amiante. En toute logique, on aurait pu appliquer au régime de la prescription les dispositions de l'article 2262 du code civil, lequel prévoit une prescription trentenaire pour toutes les actions en indemnisation.

Au passage, on ne manquera pas de remarquer que l'indemnisation accordée par le FIVA ne présente pas les caractéristiques d'une créance publique : le FIVA est seulement un intermédiaire entre la victime qu'il indemnise et le responsable du dommage qu'il doit, au terme de la loi, poursuivre devant les juridictions civiles afin de récupérer l'indemnisation versée à la victime.

Les dossiers dont le point de départ du délai de prescription (la consolidation ou le décès) est antérieur au 1^{er}.01.04, et arrivés après le 31-12-2007 ne sont plus alors recevables à l'indemnisation par le FIVA .

Les demandes d'indemnisation dont le point de départ du délai de prescription (la consolidation ou le décès) est antérieur au 1^{er}.01.05 doivent parvenir au FIVA avant le 1^{er}.01.09 à 00h00.

On peut certes estimer que bon nombre de ces cas ont été informés des possibilités d'indemnisation et ont fait valoir leurs droits auprès du Fonds. C'est le cas pour les victimes adhérentes des associations de défense. C'est beaucoup moins vrai s'agissant des autres victimes. Ainsi, il n'est pas rare que des familles isolées mettent du temps à se décider d'effectuer la demande d'indemnisation. Mais l'essentiel du problème réside dans le fait qu'un grand nombre de victime déjà indemnisé par le FIVA ne l'ont été que d'une partie des préjudices aujourd'hui indemnifiables. Elles sont donc fondées à demander le complément de leur indemnisation et pour la majorité d'entre elles, elles devront le faire avant la date du 31 décembre 2008.

δ. La procédure d'indemnisation par le FIVA

δ1. Le traitement du dossier d'indemnisation par le FIVA

Dans les 15 jours de la réception de la demande d'indemnisation de la victime, le FIVA adresse un accusé de réception. Il indique alors si le dossier est recevable et s'il ne l'est pas, il demande les pièces complémentaires. A réception du dossier, le FIVA dispose de 15 jours pour demander un complément de dossier.

Le cas échéant, il adresse à la victime un questionnaire sur les circonstances d'exposition à l'amiante afin d'établir le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante.

Si l'état de la victime nécessite une expertise médicale, le FIVA prend l'initiative de faire examiner la victime à ses frais par un médecin pour évaluer le préjudice correspondant. Le coût des expertises sera à la charge du FIVA .

La victime est avisée au moins 15 jours avant l'examen médical de la date et du lieu de l'examen, de l'identité des titres du médecin et de l'objet de l'examen. Les frais de déplacement et la perte de salaire ou de gain, sont à la charge du FIVA. La victime peut bien sûr se faire assister du médecin de son choix. La victime peut bien sûr solliciter auprès de l'expert en cas d'empêchement une autre date d'examen.

La mission d'expertise émanant du FIVA demande d'analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre la maladie occasionnée par l'amiante, les lésions initiales et les séquelles invoquées, en se prononçant sur :

- la réalité de la pathologie liée à l'amiante, en précisant la nature.
- La réalité de l'état séquellaire.
- L'imputabilité directe et certaine des séquelles de la maladie et en précisant l'incidence éventuelle d'un état antérieur ou d'une pathologie intercurrente.

La mission demande également de décrire les souffrances physiques et psychiques endurées du fait de la maladie avec les différentes étapes de l'évolution dans la mesure où elles n'entraînent pas de déficit fonctionnel proprement dit. Cette mission précise également que seule la méthode descriptive doit être utilisée.

Il est précisé de donner également un avis sur la nature et l'importance du dommage esthétique (indépendamment de l'atteinte fonctionnelle), de même qu'au niveau des répercussions sur les activités d'agrément de la vie courante.

L'expert adresse copie de son rapport à la victime dans les 20 jours.

Le FIVA peut également demander de passer des examens médicaux. Ces examens médicaux seront à la charge du FIVA.

§2. L'offre d'indemnisation du FIVA

Le FIVA, qui doit répondre dans les 6 mois à compter de la demande d'indemnisation, dispose de 3 options :

- faire une offre
- n'en faire aucune
- ou opposer un refus de l'indemnisation.

En l'absence d'offre dans le délai de 6 mois, cette absence constituant une décision implicite de rejet par le FIVA, les demandeurs disposent de 2 mois pour faire appel comme en cas de refus de demande d'indemnisation.

Après instruction du dossier, le FIVA fait une offre d'indemnisation dans un délai de 6 mois à compter de la demande (9 mois la première année de mise en oeuvre du dispositif) s'il l'estime fondée (art 53-IV de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 3001 modifié par la loi n° 2002-1487 du

20 décembre 2002 art 52 II. En cas de transmission du dossier à la Caisse primaire de Sécurité Sociale pour reconnaissance de maladie professionnelle, ce délai sera suspendu jusqu'à la date de décision de l'organisme de Sécurité sociale.

L'organisme de Sécurité sociale doit prendre sa décision pour la reconnaissance de maladie professionnelle dans un délai de 3 mois renouvelable une fois. Faute de décision dans ce délai, le FIVA dispose d'un délai de 3 mois supplémentaires pour statuer.

Les décisions sont prises après étude du dossier de demande d'indemnisation. Si les conditions requises sont remplies, le Fonds devra proposer une offre d'indemnisation précisant l'évaluation de l'indemnisation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que la part d'indemnités versée effectivement par le Fonds, eu égard aux prestations déjà reçues du fait des atteintes à la personne ou des indemnités de toutes natures déjà perçues ou à percevoir, de la part des autres débiteurs (article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et l'accélération des procédures d'indemnisation).

L'offre d'indemnisation du FIVA indiquera l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice :

- les préjudices financiers
- les frais engagés pour soigner la victime, restés à sa charge (hospitalisation, chirurgie, pharmacie, rééducation etc...)
- les salaires ou revenus que la victime aurait perçus si elle n'avait pas été malade. Si la victime n'exerçait pas d'activité rémunérée, des indemnités forfaitaires peuvent lui être proposées.
- L'IPP déterminée par l'expert.
- Le préjudice personnel
- Les souffrances endurées physiques et psychiques
- Les autres préjudices (d'agrément, préjudice esthétique...)

La proposition d'indemnisation du FIVA tiendra compte des sommes que l'intéressé a déjà perçues (prestations versées par la Caisse d'assurance maladie, indemnités journalières de maladie ou prestations d'invalidité versées par des mutuelles, des institutions de prévoyance, des assureurs, rémunération maintenue par l'employeur pendant la période d'une activité...). Lorsque la victime perçoit une rente au titre de sa maladie professionnelle par un organisme de sécurité sociale, celle-ci vient en déduction de la rente du FIVA. La somme est versée par le FIVA sous déduction de l'indemnisation (capital ou rente) versée par la Sécurité sociale à la victime ou à l'ayant droit .

Cela signifie que le FIVA ne verse effectivement que le complément, s'il y en a un (c'est-à-dire si la rente du FIVA est supérieure à celle de l'organisme de sécurité sociale . Deux solutions sont possibles :

- soit l'indemnisation de la sécurité sociale est supérieure à celle proposée par le FIVA et le FIVA ne verse pas de complément.
- soit l'indemnisation proposée par le FIVA est supérieure à celle de la sécurité sociale et celui-ci verse un complément.

La victime a ainsi la garantie de disposer d'un montant au moins équivalent à celui du FIVA.

Lorsque la victime a le droit à plusieurs rentes au titre du FIVA, c'est la somme des rentes (préjudice d'incapacité, préjudice professionnel, tierce personne) qu'il faut comparer à la rente versée par l'organisme de sécurité sociale.

Le FIVA indique le montant de l'indemnisation proposé pour chaque chef de préjudice.

A titre d'exemple, si la rente de sécurité sociale en maladie professionnelle est inférieure à la rente du barème du FIVA : rente FIVA de 6.000€ et rente de sécurité sociale de 5.000 €, la victime touchera 5.000 € par la sécurité sociale et 1.000 € par le FIVA.

Si la rente de la sécurité sociale est supérieure à la rente du barème FIVA : rente du FIVA de 6.000 € et une rente de sécurité sociale de 8.000 €, la victime touchera 8.000 € par la sécurité sociale et pas de complément par le FIVA.

Dans tous les cas, le FIVA indemniserá néanmoins les préjudices extrapatrimoniaux (souffrances physiques et morales, perte de la qualité de vie...) qui seront toujours versés sous forme de capital.

La déduction des prestations sociales en soustraction de la rente du FIVA au titre du préjudice patrimonial, pour le calcul de l'indemnisation due par le FIVA, doit se faire période par période, pour les arriérés d'abord, pour la rente future ensuite . Ceci a été établi par l'arrêt Duquennoy de la Cour de Cassation rendu le 26 décembre 2006 (et confirmé les 21 décembre 2006 et 15 février 2007 notamment) .

Exemple de calcul de la déduction des prestations sociales

Considérons le cas d'un homme de 50 ans avec : 17,936 pour coefficient de la capitalisation (FIVA), une date de première constatation médicale de sa pathologie le 1^{er} janvier 2005 (date prise en compte le calcul FIVA), un certificat médical initial du 1^{er} janvier 2006 (date prise en compte pour le calcul de la rente de la Sécurité sociale au titre de la maladie professionnelle). La Sécurité sociale lui octroie un taux d'IPP de 15%, et lui verse une rente annuel de 1200 euros (le montant n'est pas réaliste). Le FIVA lui accorde une IBF (incapacité barème FIVA) de 10%, avec une rente de 903 euros par an (rente 2007).

Calcul des arriérés :

Pour la sécurité sociale, le 1^{er}/01/06 au 1^{er}/01/07 : 1200€.

Pour le FIVA, du 1^{er}/01/05 au 1^{er}/01/07 : 903 x 2 = 1806€.

Capitalisation des rentes pour l'avenir :

Pour la sécurité sociale, 1200 x 17,396 = 21.523,20€.

Pour le FIVA, 903 x 17,936 = 16.196,20€.

Auparavant, le FIVA procédait ainsi :

Total sécurité sociale (arriérés + rente capitalisée) : 1.200 + 21523.20 = 22723.20€.

Total FIVA (arriérés + rente capitalisée) : 1806 + 16196.20= 18002.20€.

Le solde du FIVA est inférieur au solde Sécurité sociale donc le FIVA n'a rien à verser au titre du préjudice patrimonial.

Depuis l'arrêt Duquennoy de la Cour de Cassation, le FIVA doit procéder ainsi :

Comparaison des arriérés : 1806 euros (FIVA) – 1200 euros (sécu) = 606 euros.

Cette somme doit être versée par le FIVA.

Comparaison des rentes capitalisées pour l'avenir : 21523.20 euros (rente maladie professionnelle de la Sécurité sociale) est une somme supérieure à celle versée par le FIVA soit 16196.20 euros.

Le FIVA ne verse donc rien à ce titre.

Dans cette situation, le FIVA serait amené à verser 606 euros en réparation du préjudice patrimonial.

L'offre est notifiée par le directeur du FIVA par lettre recommandée avec accusé de réception. Il faut relever qu'une indemnisation est proposée même en l'absence de consolidation.

Les demandeurs (victimes ou leurs ayants droit) se trouvant dans l'une des deux situations valant, à l'égard du FIVA, justification de l'exposition à l'amiante (maladie professionnelle reconnue ou maladie figurant sur la liste faisant partie des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante) peuvent obtenir, sur demande de leur part auprès du FIVA, le versement d'une provision. Le FIVA a alors un mois pour statuer à partir de la réception de la demande de provision. Le montant des provisions à titre d'acompte dans l'attente de l'indemnisation globale est fixe. A titre d'exemple, au 01.06.05 une victime atteinte de mésothéliome touchera 35.000€ de provision, une victime ayant une plaque pleurale, 4.000€. Le conjoint survivant d'une personne décédée de l'amiante touchera 13.000€ de provision, un enfant mineur 8.000€, un enfant majeur 5.000€.

Pour le Fonds, le point de départ de l'indemnisation est la date des premières manifestations cliniques, pour les pathologies bénignes et la date du diagnostic anatomopathologique pour les pathologies malignes.

Bien sûr, en cas d'aggravation de la maladie, le FIVA, sur nouvelle demande, ouvre à nouveau le dossier et propose un complément d'indemnisation.

δ3. L'acceptation de l'offre

Si l'offre du Fonds est acceptée, celui-ci dispose de deux mois pour verser les indemnités.

Le taux d'acceptation des offres du Fonds est de 95% selon le rapport d'activité du FIVA de juin 2004 / mai 2005. L'acceptation de l'offre du FIVA rend irrecevable toute autre action juridictionnelle en réparation du même préjudice. Même si la victime estime après coup avoir été insuffisamment indemnisée, il n'y a pas de recours possible si l'offre du FIVA a été acceptée (article 53-IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 modifié par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002).

Surtout l'acceptation de l'offre par la victime vaudra désistement des actions juridictionnelles en indemnisation. La victime ne pourra plus ainsi tenter un recours pour faute inexcusable de l'employeur devant le TASS. Il ne pourra plus solliciter une indemnisation auprès des juridictions pénales. Elle pourra néanmoins saisir la juridiction pénale pour demander une condamnation du responsable de l'infraction. Cette indemnisation se substituera donc à celle accordée par les CIVI. Le Fond peut donc intervenir à titre principal, tant devant les juridictions civiles (notamment dans le cadre d'une action en reconnaissance en maladie professionnelle ou de faute inexcusable de l'employeur), que devant les juridictions pénales.

Après avoir indemnisé la victime, il dispose de la possibilité de se retourner contre l'auteur réel du dommage s'il existe, ou contre la personne tenue de la réparer (recours subrogatoire vis-à-vis de l'employeur, de la Sécurité Sociale) .

Le fonds pourra ainsi agir en justice à la place de la victime afin de se faire rembourser. Il peut également user de toutes les voies de recours qui auraient pu être exercées par la victime. Le FIVA exerce ainsi l'action subrogatoire, à concurrence des sommes versées, contre le responsable du dommage causé, notamment par la procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Une difficulté a surgi, l'articulation entre les actions subrogatoires du FIVA et l'indemnisation complémentaire des victimes ou de leur ayants droit n'étant pas toujours résolue de manière uniforme. En effet, si l'acceptation de l'offre du FIVA vaut désistement de toute action, le FIVA est subrogé à hauteur des sommes qu'il a versées, mais il doit faire une offre dans les mêmes conditions si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour faute inexcusable de l'employeur (article 53-4 alinéa 2 de la loi du 23 décembre 2000). De plus, la portée du désistement de la victime n'est pas appréciée de manière uniforme par toutes les juridictions, certaines (TASS de Marseille et de Nantes, Cour d'appel de Paris) estimant que l'acceptation d'une offre n'empêche pas de se maintenir dans le cadre de la reconnaissance de la faute inexcusable pour obtenir la majoration de la rente, d'autres analysant l'acceptation comme un désistement d'action global, position confirmée a contrario par une décision du Conseil Constitutionnel du 19 décembre 2000 et par un arrêt de la Cour d'appel de Rennes du 18 mai 2005 (décision n° 156/05 FIVA c/ X* et Chantiers de l'Atlantique), estimant que l'accord signé avec le Fonds valant désistement des actions juridictionnelles en cours et renonciation à toute action juridictionnelle future en réparation du même préjudice, les consorts X ne sont plus recevables à agir devant la Cour d'appel.

Cette même décision ayant rejeté comme irrecevable la demande du fonds tendant à fixer la majoration de rente, a été cassé sur ce seul point par la Cour de cassation (pourvoi n° 05-16807 de la 2° Chambre civile de la Cour de Cassation du 31-05-2006), qui a fixé en l'espère la majoration de rente au maximum.

Les jurisprudences contraires (TASS de Marseille et de Nantes, Cour d'appel de Paris) devront donc être reconsidérées.

Le FIVA a la possibilité de recouvrer les sommes versées aux victimes ou ayant droit lorsqu'il s'agit de fonctionnaire au titre de l'arrêt Moya-Caville (arrêt du Conseil d'état du 04.07.03).

La victime ou ses ayants droit demeurent libres de ne pas saisir le Fond et d'engager des actions en justice en droit commun. La voie judiciaire reste utilisée par les victimes désirant voir condamner (même symboliquement) leur employeur, lorsque la faute inexcusable semble acquise devant le TASS, ce qui permet avec certitude d'obtenir la majoration de la rente alors que le FIVA n'offre cette majoration qu'après avoir entrepris un recours subrogatoire. Les deux démarches peuvent être cumulées, d'une part devant le TASS (pour le salarié victime d'une maladie professionnelle liée à l'amiante), et d'autre part devant le FIVA.

Les salariés victimes de l'amiante peuvent donc choisir entre deux stratégies : soit s'adresser au FIVA, soit se retourner contre l'employeur considéré comme responsable.

Si l'offre d'indemnisation du FIVA ne paraît pas suffisante aux salariés, ils pourront donc tenter d'obtenir davantage par une action en justice contre l'entreprise.

Il convient de souligner que par l'arrêt de la Cour de Cassation du 28 février 2002, en cas de décès des victimes, les droits des héritiers sont reconnus devant les

tribunaux; il se verront donc transférer les droits de la victime, qu'il s'agisse de la majoration de la rente ou de la réparation des autres préjudices.

En cas d'aggravation, l'indemnisation, tant pour les préjudices économiques que pour les préjudices personnels, est révisée en fonction de l'évolution de l'incapacité.

En revanche, lorsqu'il estime que les conditions légales ne sont pas remplies, le FIVA notifie son refus au demandeur par lettre recommandée avec accusé de réception et lui en expose les motifs (décret n°2001-963 du 23 octobre 2001). Il doit lui indiquer également les délais et voies de recours contre cette décision (2 mois à compter de la notification de l'offre d'indemnisation ou du refus d'indemnisation).

Le recours est limité à 3 hypothèses : si la demande d'indemnisation a été rejetée par le FIVA, si l'offre n'a pas été présentée dans les six mois ou si l'offre du FIVA a été refusée.

δ4. Le refus de l'offre

Face à la proposition du FIVA, la victime peut refuser l'offre qui lui a été faite et la contester en justice devant la Cour d'Appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur, et ce, dans un délai de deux mois. Ce délai court à partir de la notification, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de l'offre d'indemnisation ou du constat établi par le Fonds que les conditions d'indemnisation ne sont pas réunies.

Bien qu'étant un établissement public, les recours ne s'exercent pas devant les juridictions administratives mais devant les juridictions judiciaires (Cours d'appel). Il convient de noter qu'entre 0 et 10%, la valeur du point d'IPP est inférieure à cette même valeur d'1% du taux d'IPP entre 11% et 100%. La plupart des indemnisations concernent des taux d'IPP entre 0 et 10%. Ceci constitue un argument pour contester la valeur de l'indemnisation proposée par le FIVA devant les tribunaux puisque l'on peut considérer que la valeur des petits taux est biaisée.

Anne Guégan-Lécuyer (Dalloz, 2005, n°8, p. 531-5) a étudié des recours après refus des offres d'indemnisation du FIVA. Certaines Cours d'appel considèrent que le barème du FIVA n'est pas équitable car il n'est pas linéaire. Elles estiment qu'un point d'invalidité doit avoir la même valeur quelle que soit l'invalidité. Cette prise en compte de la linéarité a pour effet de doubler la rente du FIVA pour les petits taux. Certaines Cours d'appel ont jugé les offres d'indemnisation insuffisantes et ont prononcé des montants supérieurs à ceux initialement offerts par le FIVA, que ce soit pour le montant de la rente, le préjudice d'agrément, le souffrances endurées mais aussi pour le préjudice esthétique (lié aux cicatrices et à l'amaigrissement important). Il est mis en avant la connaissance d'un pronostic désastreux pour le mésothéliome, mais aussi la nécessité d'un suivi médical générateur d'angoisse et la crainte subjective d'une apparition possible de maladies plus grave pour les porteurs de plaques pleurales. Les offres diffèrent d'une Cour d'appel à l'autre, la CA de Paris étant réputée l'une des plus généreuses, avec des sommes allouées allant jusqu'à 48.000 euros pour les plaques pleurales. Les sommes attribuées peuvent donc être augmentées après un recours devant une Cour d'appel. Malgré ces réserves, toute action devant la justice se fait au prix d'une procédure souvent longue. Accepter une offre du FIVA, c'est se voir octroyer une indemnisation intégrale et rapide, d'autant que les victimes de pathologie cancéreuse liée à l'amiante sont souvent décédées avant la fin de leur procédure . Si l'offre est jugée manifestement insuffisante, il est

toujours possible de faire un recours devant la Cour d'appel. Le FIVA reste la solution préférée par les victimes.

Les décisions des Cours d'appel ne sont pas systématiquement favorables ou neutres dans le montant du préjudice évalué.

En effet la Cour de cassation a rejeté par 2 arrêts du 11.10.07, les pourvois fondés sur la contestation du montant de l'indemnisation fixé par des Cours d'appel en dessous de l'offre initiale de FIVA, l'une pour le préjudice d'agrément, et l'autre pour le préjudice moral .

En espèce pour le préjudice d'agrément, le FIVA a accordé 15. 000 Euros, la Cour d'appel de Rouen le 22 Novembre 2006, 3.000 euros, (arrêt de la Deuxième Chambre civile de la Cour de cassation du 11 Octobre 2007, numéro 07-10.887) et pour le préjudice moral, le FIVA a accordé 16.300 euros et la Cour d'appel de Pau, le 7 Novembre 2006, 15 000 euros, (arrêt de la Deuxième Chambre civile de la Cour de Cassation du 11.10.07, numéro 07-10.097).

On remarquera que dans ces deux cas, le FIVA dans ses conclusions a incité la Cour d'appel à confirmer purement et simplement son offre.

Les recours sont traités par le Cour d'appel dans le ressort de laquelle le demandeur réside. La victime conteste devant la cour d'appel de Paris à défaut de domicile en France. Ensuite, un pourvoi devant la Cour de cassation est possible. Le refus de l'offre permet au demandeur de conserver la possibilité d'agir, soit devant la Cour d'appel contre le Fonds, soit contre la personne qu'il estime responsable en reconnaissance de faute inexcusable, ou en responsabilité civile, ou devant le juge administratif à la recherche d'une responsabilité de l'Etat selon sa situation.

Les demandes d'indemnisation présentées pour la première fois en cause d'appel sont recevables. Une victime ou un ayant droit qui conteste l'offre du FIVA, peut ainsi demander l'indemnisation d'un préjudice qu'il n'avait pas demandé au FIVA (arrêt n°1278 de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation du 13.07.05 : Cts Mamy ; arrêt de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation du 18.01.06 n°117 F-D, n°116 F-D, n°118 F-D).

La Cour de cassation n'exige pas que tous les ayants droits saisissent la Cour d'appel en contestation de l'offre présentée par le FIVA. Il suffit que certains d'entre eux la saisissent pour que la contestation soit recevable (arrêt de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation du 25.10.05 : consorts Bourneuf).

L'arrêt de la Cour de Cassation Jaffry du 4 juillet 2007 estime que, lorsqu'il y a plusieurs ayants droit, il peut être fait appel de l'offre du FIVA devant n'importe laquelle des Cours d'appel dans le ressort desquelles se trouve le domicile des ayants droit. Tous les appels sont regroupés devant une même Cour d'appel. Il n'y a pas lieu à saisir impérativement la Cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le dernier domicile du défunt. Dans cette affaire, la Cour d'appel de Nouméa, ville où résidait un des ayants droit, a été déclarée compétente. Cette décision permet de « choisir », une Cour d'appel dont la jurisprudence est considérée comme plus favorable .

ε. Le calcul de l'indemnisation par le FIVA

Elle se base sur un barème spécifique au FIVA qui est indicatif . Le barème d'indemnisation est indicatif, autrement dit, chaque proposition d'indemnisation sera faite après analyse de la situation individuelle de la victime.

ε1. La victime est encore vivante

Conformément à la loi, les indemnités déjà versées par d'autres organismes (sécurité sociale, mutuelles, employeur, ...) pour la réparation des mêmes préjudices restent acquises aux victimes. En revanche, elles sont déduites de l'indemnisation calculée par le FIVA pour les mêmes préjudices.

Ainsi la victime a la garantie de disposer d'un montant au moins équivalent à celui du FIVA.

Le Conseil d'Administration du FIVA, en vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003, stipule que le préjudice fonctionnel ferait l'objet d'un versement en rente.

Le mode de versement de la rente future dépend de son montant annuel . Le montant pris en compte pour déterminer le mode de versement est le montant annuel total effectivement dû par le FIVA. Il est obtenu en additionnant les montants des postes de préjudices évalués en rente par le FIVA (préjudice d'incapacité, préjudice professionnel et tierce personne) et en déduisant, le cas échéant, de ce total le montant de la rente versée par l'organisme de sécurité sociale au titre de la maladie professionnelle .

si le montant annuel de la rente est inférieur à 500 euros, la rente est transformée en capital et le capital représentatif de la rente est versé en une seule fois ; le FIVA la capitalise selon sa propre table de capitalisation . Par exemple, le FIVA considère le prix de l'euro de rente à 51 ans (âge à la déclaration de la maladie) comme correspondant à 17,639 € en fonction de sa propre table de capitalisation .

Le principe est le versement d'une rente dès lors que la rente annuelle versée par le FIVA est supérieure à 500 € . En vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003 :

- si le montant annuel de la rente est compris entre 500 et 2000 euros, la rente est versée annuellement ;
- si le montant annuel de la rente est supérieur à 2000 euros, la rente est versée trimestriellement.

- le Conseil d'Administration du FIVA, en vertu d'une décision adoptée par le Conseil d'Administration du FIVA du 28 mars 2003, distingue

* les préjudices patrimoniaux ayant un caractère répétitif dont l'indemnisation serait versée sous forme de rente, comme par exemple, le préjudice professionnel ou la tierce personne.

* les autres préjudices patrimoniaux dont l'indemnisation serait versée en capital, comme par exemple, les frais de soins (passés et futurs) restant à la charge du demandeur et les frais d'aménagement des locaux d'habitation ou du véhicule restant à la charge du demandeur.

Le calcul de l'indemnisation par le FIVA se base sur l'utilisation d'un barème spécifique adopté par le FIVA .

Face à la dispersion et à l'inégalité des décisions des tribunaux en fonction des régions, le barème spécifique adopté par le FIVA rétablit une équité dans l'indemnisation des victimes. L'existence de ce barème permet de garantir l'égalité de

traitement entre les victimes et d'assurer une cohérence dans la prise en compte des différents préjudices.

Le montant annuel de la rente dépend uniquement du taux d'incapacité attribué par le FIVA. Contrairement à la rente d'incapacité du régime général de la sécurité sociale, la rente du FIVA est indépendante du salaire de la victime.

Le principe de l'indemnisation par le FIVA, comme en droit commun est que la date de départ de l'indemnisation est la date de constatation du dommage et que l'évaluation est faite au jour de l'offre .

L'indemnisation doit donc se décomposer entre l'arriéré de rente (pour la période entre la date de la constatation de la maladie et la date de l'offre) et la capitalisation de la rente future, évaluée au jour de l'offre, c'est-à-dire en prenant le prix de l'euro de rente correspondant à l'âge de la victime au jour de l'offre .

Les arriérés de rente, c'est-à-dire les sommes dues par le FIVA au titre de la rente pour la période allant du jour du constat médical au jour de l'offre, sont versés sous forme de capital en une seule fois.

Le barème du FIVA varie en fonction du taux d'IPP et de l'âge de la victime au moment de la reconnaissance de sa maladie .

Le barème du FIVA respecte une double logique, privilégier les victimes jeunes et celles atteintes de maladies graves.

Deux critères permettent au fonds d'établir la valeur de référence de l'indemnisation :

- la pathologie et son degré de gravité mesuré suivant un barème médical d'incapacité ;

- l'âge de la victime au moment de la constatation de la maladie.

L'indemnisation du FIVA varie en fonction de la gravité de la maladie et de l'âge. Plus l'incapacité est importante, plus la victime est jeune et plus l'indemnisation augmente.

Dans l'élaboration de ce barème, certaines particularités doivent être soulignées :

- Une table de capitalisation est nécessaire pour convertir, le cas échéant, le montant des rentes en capitaux (et inversement) .

Le barème du FIVA prend en compte une table de capitalisation qui lui est propre et qui est calculée sur des paramètres actualisés (table de mortalité actuelle, taux d'intérêt conforme aux données économiques de 3,5 %) .

Le tableau de conversion rente/capital est actualisé sur deux rubriques : l'espérance de vie et le taux d'intérêt réel connus en 2002 . Il ne s'agit pas d'un tableau comme en droit commun remontant à près de 20 années .

Le prix de l'euro de rente est fixé par la table de capitalisation de conversion rente-capital suivant les projections démographiques de l'INSEE 2002, au taux de 3,5 % ci-dessous adoptée par le FIVA .

Age en années	Prix d'un euro de rente viagère	Age en années	Prix d'un euro de rente viagère	Age en années	Prix d'un euro de rente viagère

16	24,751	56	16,058	96	2,221
17	24,627	57	15,719	97	2,070
18	24,502	58	15,378	98	1,952
19	21,375	59	15,030	99	1,921
20	24,244	60	14,677	100	1,920
21	24,111	61	14,320	101	1,918
22	23,973	62	13,953	102	1,916
23	23,831	63	13,582	103	1,911
24	23,683	64	13,205	104	1,905
25	23,531	65	12,826	105	1,895
26	23,373	66	12,438	106	1,879
27	23,210	67	12,048	107	1,856
28	23,042	68	11,651	108	1,821
29	22,867	69	11,247	109	1,768
30	22,688	70	10,843	110	1,687
31	22,503	71	10,437	111	1,563
32	22,312	72	10,025	112	1,376
33	22,115	73	9,610	113	1,091
34	21,912	74	9,189	114	0,658
35	21,705	75	8,771		
36	21,492	76	8,352		
37	21,272	77	7,930		
38	21,049	78	7,514		
39	20,821	79	7,096		
40	20,584	80	6,693		
41	10,344	81	6,294		
42	20,099	82	5,907		
43	19,850	83	5,539		
44	19,594	84	5,175		
45	19,332	85	4,827		
46	19,064	86	4,494		
47	18,793	87	4,179		
48	18,514	88	3,881		
49	18,227	89	3,606		
50	17,936	90	3,344		
51	17,639	91	3,103		
52	17,337	92	2,889		
53	17,027	93	2,685		
54	16,711	94	2,513		
55	16,390	95	2,353		

A titre d'exemple, imaginons une personne âgée de 57 ans dont la date de la maladie a été fixée à 6 ans et 4 jours (à l'âge de 51 ans) avant la date de l'offre par le FIVA . L'arriéré de rente s'élève à une rente de 400 € pendant 6 ans et 4 jours

$$400 \times 6 + 400 \times 4 / 365 = 2404,38 \text{ € .}$$

La capitalisation de la rente future se calcule sur la base de la rente de 400 € avec le prix de l'euro de rente à 57 ans : 15,719 €

$$400 \times 15,719 = 6.287,60 \text{ €}$$

Le capital à verser par le FIVA au titre de l'incapacité est donc de 2404,38 € + 6.287,60 € = 8.691,98 € .

- Le principe de l'indemnisation de l'incapacité par le FIVA est la rente viagère et non le capital, qui est uniquement une modalité de versement dans des cas particuliers. Le préjudice d'incapacité est évalué sous forme de rente.

Les rentes versées par le FIVA sont réévaluées automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année : elles sont indexées sur l'inflation (plus précisément sur l'inflation prévisionnelle hors tabac corrigée des écarts constatés, en référence à l'article L.161-23-1 du Code de la sécurité sociale). Le tableau calculant la rente annuelle accordée par le FIVA en euros en fonction du taux d'incapacité en pourcentage, est modifié chaque année en tenant compte de l'inflation.

Le montant (en euros) de la rente d'incapacité du FIVA en fonction du taux d'incapacité est donné en annexe pour 2003 et 2007.

Rente d'incapacité du FIVA
Montant annuel en fonction du taux d'incapacité

Année 2003

Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA
1%		26%	5278	51%	6056	76%	10624
2%		27%	2660	52%	6218	77%	60829
3%		28%	2782	53%	6382	78%	11035
4%		29%	2906	54%	6548	79%	11243
5%	400	30%	3032	55%	6716	80%	11453
6%	485	31%	3159	56%	6885	81%	11664
7%	572	32%	3288	57%	7056	82%	11877
8%	660	33%	3418	58%	7229	83%	12092
9%	750	34%	3550	59%	7403	84%	12308
10%	842	35%	3684	60%	7579	85%	12526
11%	936	36%	3820	61%	7757	86%	12746
12%	1031	37%	3957	62%	7936	87%	12969
13%	1128	38%	4096	63%	8117	88%	13191
14%	1226	39%	4237	64%	8300	89%	13416
15%	1326	40%	4379	65%	8484	90%	13642
16%	1428	41%	4523	66%	8670	91%	13870
17%	1532	42%	4669	67%	8858	92%	14100
18%	1637	43%	4816	68%	9048	93%	14332
19%	1744	44%	4965	69%	9239	94%	14565
20%	1853	45%	5116	70%	9432	95%	14800
21%	1963	46%	5168	71%	9626	96%	15037
22%	2075	47%	5422	72%	9822	97%	15275
23%	2189	48%	5578	73%	10020	98%	1515
24%	2304	49%	5732	74%	1220	99%	15757
25%	2421	50%	5895	75%	10421	100%	16000

Rente d'incapacité du FIVA
Montant annuel en fonction du taux d'incapacité

Année 2008

Rente d'incapacité du F.I.V.A.
Montant annuel en fonction du taux d'incapacité
Année
2008

Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA	Taux	Rente FIVA
1%		35%	3996	68%	9813
2%		36%	4143	69%	10021
3%		37%	4293	70%	10230
4%		38%	4443	71%	10442
5%	434	39%	4598	72%	10654
6%	526	40%	4750	73%	10869
7%	620	41%	4906	74%	11086
8%	716	42%	5064	75%	11304
9%	813	43%	5224	76%	11524
10%	913	44%	5386	77%	11745
12%	1015	45%	5549	78%	11969
13%	1120	46%	5714	79%	12196
14%	1223	47%	5818	80%	12423
15%	1329	48%	6051	81%	12652
16%	1439	49%	6222	82%	12883
17%	1549	50%	6324	83%	13116
18%	1661	51%	6568	84%	13551
19%	1775	52%	6744	85%	13588
20%	1892	53%	6923	86%	13825
21%	2010	54%	7103	87%	14066
22%	2129	55%	7285	88%	14308
23%	2253	56%	7468	89%	14552
24%	2374	57%	7653	90%	14798
25%	2499	58%	7841	91%	15046
26%	2755	59%	8030	92%	15294
27%	2885	60%	8220	93%	15546
28%	3018	61%	8413	94%	15799
29%	3152	62%	8609	95%	16054
30%	3289	63%	8805	96%	16310
31%	3426	64%	9003	97%	16569
32%	3566	65%	9203	98%	16829
33%	3707	66%	9404	99%	17091
34%	3851	67%	9609	100%	17355

Concernant les IPP de 5 %, les décisions des tribunaux sont dispersées dans une fourchette de 7.622 € pour une victime de 56 ans, à 46.000 € (victime de 57 ans).

Concernant les IPP à 100 %, elles ont été de 149.850 € pour une victime âgée de 48 ans à 312.000 € pour une victime âgée de 40 ans.

Ces montants ne sont pas des sommes nettes, il faut y retrancher le coût de la procédure qui peut atteindre 20 % du total. Les offres d'indemnisation du FIVA seront, quant à elles, des montants nets .

ε.1.1. Le calcul de l'IPP

L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle s'établit à partir d'un barème médical spécifique différent du barème de la Sécurité sociale.

Elle repose sur une approche par point.

Il est fixé une valeur du point de rente linéaire légèrement croissante (facteur 1 à 2 entre 5 et 100 %) dont la valeur est de 80 €, à 5 %; et de 160 € à 100 %.

L'indemnisation de l'incapacité par le FIVA est servie sous forme de rente dont la valeur est croissante en fonction du taux d'incapacité. Par exemple, pour une incapacité de 100 %, la rente est de 16.240 € par an en 2004.

Il convient de signaler que l'indemnisation par le FIVA du préjudice patrimonial est très souvent inférieure à une indemnisation par une rente accident du travail au titre de l'IPP notamment si elle est majorée en cas de reconnaissance de la cause inexcusable.

Taux d'incapacité (en %)	Rente annuelle accordée par le FIVA (en €)
5	406
10	855
15	1.346
20	1.880
25	2.457
30	3.077
35	3.739
40	4.445
45	5.193
50	5.983
55	6.817
60	7.693
65	8.611
70	9.573
75	10.577
80	11.624
85	12.714
90	13.847
95	15.022
100	16.240

Montant de l'indemnisation du taux d'IPP en 2004

Le calcul de l'IPP s'opère en fonction des éléments suivants:

- Certaines lésions anatomiques autres que cancéreuses se voient reconnaître automatiquement un taux d'IPP (fibrose, plaques pleurales, épaissements pleuraux, asbestose ...) .

Un taux de base est défini en fonction des lésions anatomiques . Il est de 5 % pour les plaques pleurales, de 8 % pour les épaissements pleuraux et de 10 % pour les asbestoses. La France est le seul pays qui indemnise les plaques pleurales, qui peuvent être considérées comme un marqueur de l'exposition mais n'entraînant pas de symptomatologie. Cependant, ce marqueur peut être source d'angoisse pour la personne qui sait avoir été exposée et est menacée par une pathologie grave telle qu'un mésothéliome.

L'insuffisance respiratoire chronique se voit également affecter un taux d'IPP en fonction de son importance. De même les cancers se voient affecter un pourcentage propre.

- Mesure de l'insuffisance respiratoire selon un barème propre

Intervient dans ce taux un pourcentage résultant du déficit fonctionnel respiratoire (classification avec des niveaux allant de 1 à 5).

Ces taux d'incapacité prennent en compte la CPT (capacité pulmonaire totale), le VEMS, la DLCO-VA, ainsi que la PaO₂.

Cependant le taux résultant de la pathologie provoquée par l'amiante est souvent difficile à évaluer avec précision du fait de l'intrication avec les séquelles du tabagisme

Les valeurs théoriques (ou valeurs de référence) et les méthodes de mesure sont celles recommandées par l'European Respiratory Society en 1993 : European Respiratory Journal 1993 ; 6 (supplément n°16) ; Revue des Maladies Respiratoires 1994 : 11 (supplément n°3) . Ce barème suit le barème du Haut comité médical de la Sécurité sociale .

* Niveau 1 : Taux d'incapacité de 5 à 10 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- atteinte isolée de l'échangeur alvéolocapillaire avec rapport DLCO (Diffusion liminaire du monoxyde de carbone) /VA (Ventilation alvéolaire) mesurée par la méthode en apnée compris entre 70 et 80 % de la valeur théorique ;
- rapport VEMS (Volume expiratoire maximum entre 0 et 1 seconde de la Capacité vitale forcée) /CVL (Capacité vitale lente) inférieur à 80 % de la théorique lorsque le VEMS et la CVL sont supérieurs à 80% de la valeur théorique .

* Niveau 2 : Taux d'incapacité de 10 à 20 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT (Capacité pulmonaire totale) mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 70 et 80 % de la valeur théorique ;
- VEMS compris entre 70 et 80 % de la valeur théorique ;
- DLCO/VA mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 60 et 70% de la valeur théorique ;

* Niveau 3 : Taux d'incapacité de 20 à 40 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 60 et 70 % de la valeur théorique ;
- VEMS compris entre 60 et 70% de la valeur théorique ;
- DLCO/VA mesurée si possible en pléthysmographie inférieur à 60 % de la valeur théorique ;

* Niveau 4 : Taux d'incapacité de 40 à 65 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie comprise entre 50 et 60 % de la valeur théorique ;
- VEMS compris entre 50 et 60% de la valeur théorique ;
- PaO₂ de repos mesurée par ponction artérielle en position assise, sans oxygène depuis au moins une demi-heure comprise entre 60 et 70 torr (8 à 9,3 kPa) ;

* Niveau 5 : Taux d'incapacité de 65 % à 100 %

Déficit fonctionnel caractérisé par au moins un des critères suivants :

- CPT mesurée si possible en pléthysmographie inférieure à 50 % de la valeur théorique ;
- VEMS compris entre 50 et 60% de la valeur théorique ;
- PaO₂ de repos mesurée par ponction artérielle en position assise, sans oxygène depuis au moins une demi-heure inférieure à 60 torr (8 kPa) ;

Ce barème propre quantifiant l'insuffisance respiratoire est pondéré par les facteurs suivants :

Les taux d'incapacité attribués pour le déficit fonctionnel sont majorés de 1 à 10 % en fonction des symptômes (douleur thoracique chronique, toux chronique) ;

A l'intérieur de chaque tranche de déficit fonctionnel, le taux d'incapacité devra tenir compte de la dyspnée et des résultats d'un éventuel test de marche de 6 minutes ;

Une épreuve d'effort pourra être proposée en cas de discordance entre les gênes rapportés par la victime et les résultats des tests fonctionnels respiratoires ;

Le taux d'incapacité est de 100 % pour les personnes qui sont sous oxygénothérapie en continu (résultant entièrement de la pathologie imputée à l'amiante) .

- Indemnisation des cancers

le taux d'incapacité accordé d'emblée est de 100 % ;

il peut faire l'objet d'une réévaluation, notamment après opération ; cette réévaluation est faite 2 ans après le diagnostic. Si le cancer reste évolutif, le taux est de 100 % .

Si le cancer n'est plus évolutif, le taux est de 70 %.

Une deuxième réévaluation est faite 5 ans après le diagnostic. Dans ce cas, et sous réserve du fait que le cancer continue à ne plus être évolutif, il est fait application du barème, repris du barème de la fonction publique, concernant les conséquences fonctionnelles de l'opération subie et du barème relatif au déficit fonctionnel respiratoire ;

* Séquelles chirurgicales (barème de la fonction publique)

- Cicatrice pariétale isolée sans _____ 0 %

- conséquences fonctionnelles :
- Séquelles pleurales isolées : 0 à 10 %

- Selon l'importance de l'exérèse parenchymateuse :
 - exérèse segmentaire aux conséquences fonctionnelles légères : 5 à 15 %
 - exérèse lobaire ou bilobectomie droite : 20 à 40 %
 - exérèse pulmonaire : 40 à 50 %

Selon l'importance des séquelles pariétales :

- Thoracotomie et cicatrices pariétales avec existence de douleurs ou de gêne séquellaires lors des mouvements respiratoires profonds, notamment à l'effort : 0 à 10 %
- Thoracoplastie : selon le déficit fonctionnel en rapport avec les résections costales et les déformations séquellaires
- Majoration de 0 à 10 % en fonction des douleurs.

* Déficit fonctionnel respiratoire : voir barème ci-dessus propre à l'insuffisance respiratoire

Un taux supérieur peut être substitué au taux résultant de l'application du barème concernant les séquelles chirurgicales en application du barème concernant le déficit respiratoire ci-dessus.

En fonction des symptômes et de l'insuffisance respiratoire, un taux supérieur peut être substitué à ce taux de base . Les barèmes des taux de l'indemnisation des lésions anatomiques autres que cancéreuses et de l'insuffisance respiratoire se remplacent mutuellement, le plus élevé étant choisi et le plus petit étant abandonné . Ainsi, si le taux de l'insuffisance respiratoire est par exemple de 50 % et s'associe à une asbestose de 10%, le taux d'IPP final est de 50 % .

ε.1.2. L'indemnisation du préjudice économique

La perte de revenu du foyer du fait de la maladie est prise en compte. Pour apprécier la réalité des pertes nettes de revenus, le principe de base consiste à soustraire les revenus effectivement perçus durant la période observée (revenus provenant d'un éventuel nouvel emploi, prestations de retraite, prestations sociale ...) au montant qu'aurait dû recevoir l'intéressé si aucune maladie ne l'avait contraint à renoncer à son emploi (ou à en changer), et à indemniser toute différence positive.

- Les préjudices passés :

Lorsque la période observée n'excède pas quelques années et que les salaires jadis perçus étaient d'un niveau constant, ce montant peut-être obtenu très simplement en multipliant le salaire net perçu avant la maladie par le nombre de mois écoulés au jour de l'offre.

Lorsque l'activité salariée était irrégulière ou que la victime exerçait une profession indépendante, on peut pratiquer une moyenne arithmétique des revenus antérieurs à la maladie sur plusieurs années (cinq par exemple ou moins si ce n'est pas possible) afin d'obtenir un montant moyen mensuel satisfaisant qui permette de défier les aléas de la conjoncture ou les nécessités de certains investissements.

- Les préjudices futurs :

La poursuite de l'indemnisation précédemment évaluée est envisageable, si nécessaire en opérant de nouveaux calculs. Le calcul tient compte alors d'un éventuel nouvel emploi, de l'âge théorique de survenue de la retraite (calcul du montant des mensualités qui auraient dû être servies au titre de la retraite si la victime avait poursuivi "normalement" son activité..), des opportunités de promotion professionnelle manquées (en apportant des éléments de preuve établissant la réalité d'incidences pécuniaires liées à de telles opportunités non honorées). Dans ce dernier cas, on recourt au concept de "perte de chance", dans la mesure où celle-ci est certaine et en relation directe avec le fait dommageable (perte d'une chance sérieuse d'accéder à un meilleur emploi : Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, deuxième partie, deuxième Chambre civile, arrêt du 27/02/1985, n°52, p.36...).

L'indemnisation d'un préjudice économique se fonde sur le caractère certain du dommage, condition essentielle à son indemnisation. Les juges écartent donc le plus souvent toute réparation du préjudice économique/professionnel incertain ou éventuel qui pourrait découler d'un calcul se fondant sur des hypothèses successives (espérance de vie de la victime, carrière continue et progressive, environnement économique constant...) qui rendent chaque fois de plus en plus "éventuel" le dommage, qu'il s'agisse de son principe ou de son quantum.

Le demandeur devra donc produire tous les justificatifs permettant l'indemnisation de son préjudice économique (attestation de perte de salaires, de prime, de promotions diverses, décomptes alternatifs de prestations de retraite, fiche de paye, déclarations de revenus...).

Le préjudice professionnel futur se calcule par différence entre le revenu antérieur ou futur certain et le revenu qui fait suite à la survenance de la pathologie. Il se cumule avec l'indemnisation de l'incapacité (dans la limite de 100 % du revenu antérieur ou futur certain).

En cas de décès de la victime, sa rente est reversée au conjoint survivant à hauteur de 55 %.

ε.1.3. L'indemnisation des souffrances endurées

Le barème du FIVA utilise le terme de préjudice physique.

Le barème définit une valeur de référence suivant la gravité de la pathologie. Le préjudice physique se voit allouer une valeur croissante suivant le taux d'incapacité selon les trois mêmes niveaux que le préjudice moral.

La valeur arrêtée par le Conseil d'administration du FIVA est une valeur centrale qui serait proposée en règle générale. Dans les cas où une expertise médicale serait pratiquée, cette valeur pourrait être modulée à la hausse ou à la baisse.

L'indemnisation peut être modulée autour de cette valeur en fonction de l'état pathologique de la personne. Les marges de variation sont d'autant plus importantes que le taux d'incapacité est faible en ce qui concerne les douleurs. Les marges de modulation sont d'autant plus importantes que le taux d'incapacité est faible en raison du caractère plus hétérogène des situations pathologiques les moins graves . La modulation est plus forte pour les petits taux d'incapacité que pour les taux élevés (pour lesquels il semble plus difficile de moduler selon les situations individuelles en raison des fortes variations dans le temps et de la difficulté de l'expertise médicale sur ce point)

Globalement, et sauf dossier particulier :

- à 5 %, l'indemnisation peut varier de plus ou moins 100 % autour de la valeur centrale en raison de la grande hétérogénéité des maladies bénignes ;
- la variabilité diminue ensuite de manière linéaire
- à 100 %, l'indemnisation peut varier de plus ou moins 10 % autour de la valeur centrale .

Dans le cadre du calcul de l'indemnisation du préjudice extrapatrimonial des victimes de l'amiante, un barème d'indemnisation du FIVA calcule le préjudice moral, les souffrances physiques, le préjudice d'agrément en fonction du taux d'IPP et de l'âge de la victime (voir les tableaux ci-dessous) . Ce barème vaut pour toutes les pathologies induites, sauf les cancers opérés.

Le barème d'indemnisation du FIVA des préjudices extrapatrimoniaux en fonction du taux d'incapacité et de l'âge de la victime. Ce barème vaut pour toutes les pathologies sauf pour les cancers opérés.

Les montants sont données poste de préjudice par poste de préjudice avec les montants minimums, maximums et moyens. Ils sont exprimés en Euros. Les postes de préjudices pris en compte sont : le préjudice moral (PM), les souffrances physiques (SP), le préjudice d'agrément (PA).

Le préjudice esthétique fait l'objet d'un barème spécifique. Ce barème a été mis à jour par le conseil d'administration du FIVA le 01.06.08 avec une majoration des indemnisation de 8.7% le 1^{er} juin 2008 dont il a été tenu compte.

Valeur moyenne du montant de l'indemnisation en 2008 du préjudice extrapatrimonial. Le préjudice esthétique fait l'objet d'un barème spécifique.

Taux d'IPP	30 ans	31 ans	32 ans	33 ans	34 ans	35 ans	36 ans	37 ans	38 ans	39 ans
5	26740,2	26522,8	26305,4	26088	25761,9	25544,5	25327,1	25001	24783,6	24457,5
8	28044,6	27827,2	27609,8	27392,4	27066,3	26848,9	26631,5	26305,4	26088	25761,9
10	28914,2	28696,8	28479,4	28262	279359	27718,5	27392,4	27175	26848,9	26631,5
15	31196,9	30979,5	30653,4	30436	30109,9	29892,5	29566,4	29240,3	28914,2	28696,8
20	33479,6	33153,5	32936,1	32610	32283,9	32066,5	31740,4	31414,3	31088,2	30762,1
25	35762,3	35436,2	35110,1	34784	34566,6	34240,5	33805,7	33479,6	33153,5	32827,4
30	38045	37718,9	37392,8	37066,7	36740,6	36305,8	35979,7	35653,6	35218,8	34892,7
35	40219	39892,9	39566,8	39240,7	38914,6	38479,8	38153,7	37718,9	37392,8	36958
40	43588,7	43153,9	42827,8	42501,7	42066,9	41632,1	41306	40871,2	40436,4	40001,6
45	51089	50654,2	50219,4	49784,6	49349,8	48915	48371,5	47936,7	47393,2	46849,7
50	58589,3	58154,5	57611	57176,2	2282,7	56089,2	55545,7	55002,2	54350	53806,5

55	66089,6	65546,1	65002,6	64459,1	63915,6	63263,4	62611,2	61959	61306,8	60654,6
60	73698,6	73046,4	72394,2	71742	71089,8	70437,6	69785,4	69024,5	68372,3	67611,4
65	82829,4	82068,5	81416,3	80655,4	80003,2	79242,3	78372,7	77611,8	76850,9	75981,3
70	98373,5	97503,9	96743	95873,4	95003,8	94025,5	93155,9	92177,6	91199,3	90221
75	113917,6	112939,3	111961	110982,7	110004,4	108917,4	107830,4	106743,4	105656,4	104460,7
80	129461,7	128374,7	127287,7	126092	125005	108917,4	122613,6	121309,2	120113,5	118809,1
85	145005,8	143810,1	142505,7	141310	140005,6	123809,3	137288,1	135875	134461,9	133048,8
90	160549,9	159136,8	157832,4	156419,3	155006,2	138701,2	152071,3	150440,8	148919	147288,5
95	17609,4	174572,2	173159,1	171637,3	170006,8	153593,1	166745,8	165006,6	163376,1	161528,2
100	191638,1	190007,6	188377,1	186746,6	185007,4	168376,3	181529	179681,1	177724,5	175767,9

Taux d'IPP	40 ans	41 ans	42 ans	43 ans	44 ans	45 ans	46 ans	47 ans	48 ans	49 ans
5	24240,1	22000	23914	21800	23696,6	21500	23370,5	21200	23044,4	20900
8	25435,8	23100	25109,7	22900	24892,3	22600	24566,2	22300	24240,1	22000
10	26305,4	23900	25979,3	23600	25653,2	23300	25327,1	23000	25001	22700
15	28370,7	25800	28044,6	25400	27609,8	25100	27283,7	24800	26957,6	24500
20	30327,3	27600	30001,2	27300	29675,1	26900	29240,3	26600	28914,2	26200
25	32392,6	29500	32066,5	29100	31631,7	28800	31305,6	28400	30870,8	28000
30	34457,9	31300	34023,1	31000	33697	30600	33262,2	30200	32827,4	29800
35	36523,2	33200	36088,4	32800	35653,6	32400	35218,8	32000	34784	31600
40	39566,8	35900	39023,3	35500	38588,5	35100	38153,7	34600	37610,2	34100
45	46306,2	42100	45762,7	41600	45219,2	41100	44675,7	40600	44132,2	40000
50	53154,3	48300	52502,1	47800	51958,6	47200	51306,4	46600	50654,2	45900
55	60002,4	54600	59350,2	53900	58589,3	53200	57828,4	52500	57067,5	51800
60	66850,5	60800	66089,6	60000	65220	59300	64459,1	58500	63589,5	57700
65	75111,7	68300	74242,1	67500	73372,5	66600	72394,2	65800	71524,6	64900
70	89242,7	81100	88155,7	80100	87068,7	79100	85981,7	78100	84894,7	77100
75	103265	93900	102069,3	92800	100873,6	91700	99677,9	90500	98373,5	89300
80	117396	106800	116091,6	105500	114678,5	104200	113265,4	102800	111743,6	101400
85	131527	119600	130005,2	118100	128374,7	116700	126852,9	115200	125222,4	113600
90	145658	132400	143918,8	130800	142179,6	129200	140440,4	127500	138592,5	125800
95	159680,3	145200	157832,4	143500	155984,5	141700	154027,9	139900	152071,3	138000
100	173811,3	158000	171746	156100	169680,7	154200	167615,4	152200	165441,4	150200

Taux d'IPP	50 ans	51 ans	52 ans	53 ans	54 ans	55 ans	56 ans	57 ans	58 ans	59 ans
5	21087,8	19100	20761,7	18800	20435,6	18400	20000,8	18100	19674,7	17800
8	22174,8	20100	21848,7	19700	21413,9	19400	21087,8	19000	20653	18700
10	22935,7	20700	22500,9	20400	22174,8	2000	2174	19600	21305,2	19300
15	24674,9	22300	24240,1	21900	23805,3	21600	23479,2	21200	23044,4	20800
20	26414,1	23900	25979,3	23500	25544,5	23100	25109,7	22700	24674,9	22300
25	28262	25600	27827,2	25100	27283,7	24700	26848,9	24200	26305,4	23800
30	30001,2	27200	29566,4	26700	29022,9	26200	28479,4	25700	27935,9	25300

35	31849,1	28800	31305,6	28300	30762,1	27800	30218,6	27300	29675,1	26800
40	34457,9	31200	33914,4	30600	33262,2	30100	32718,7	29500	32066,5	29000
45	40436,4	36500	39675,5	35900	39023,3	35300	38371,1	34600	37610,2	34000
50	46306,2	41900	45545,3	41200	44784,4	40500	44023,5	39700	43153,9	39000
55	52284,7	47300	51415,1	46500	50545,5	45700	49675,9	44800	48697,6	44000
60	58263,2	52700	57284,9	51800	56306,6	50900	55328,3	49900	54241,3	49000
65	65437,4	59200	64350,4	58200	63263,4	57200	62176,4	56100	60980,7	55000
70	77720,5	70300	76416,1	69100	75111,7	67900	73807,3	66600	72394,2	65300
75	90003,6	81400	88481,8	80000	86960	78600	85438,2	77200	83916,4	75700
80	102286,7	92600	100656,2	91000	98917	89300	97069,1	87700	95329,9	86000
85	114569,8	103700	112721,9	101900	110765,3	100100	108808,7	98200	106743,4	96300
90	126852,9	114800	124787,6	112800	122613,6	110800	120439,6	108800	118265,6	106700
95	139136	125900	136853,3	123800	134570,6	121500	132070,5	119300	129679,1	117000
100	151419,1	137000	148919	134700	146418,9	132300	143810,1	129800	141092,6	127300

Taux d' I P P	60 ans	61 ans	62 ans	63 ans	64 ans	65 ans	66 ans	67 ans	68 ans	69 ans
5	17283,3	15500	16848,5	15200	16522,4	14700	15978,9	14300	15544,1	13900
8	18152,9	16300	17718,1	15900	17283,3	15500	16848,5	15000	16305	14600
10	18696,4	16800	18261,6	16400	17826,8	16000	17392	15500	16848,5	15100
15	20218,2	18100	19674,7	17700	19239,9	17200	18696,4	16700	18152,9	16200
20	21631,3	19400	21087,8	18900	20544,3	18400	20000,8	17900	19457,3	17400
25	23153,1	20800	22609,6	20200	21957,4	19700	21413,9	19100	20761,7	18600
30	24566,2	22100	24022,7	21500	23370,5	20900	22718,3	20300	22066,1	19800
35	26088	23400	25435,8	22800	24783,6	22200	24131,4	21600	23479,2	20900
40	28153,3	25300	27501,1	24600	26740,2	24000	26088	23300	25327,1	22700
45	33044,8	29700	32283,9	28900	31414,3	28100	30544,7	27400	29783,8	26600
50	37936,3	34000	36958	33200	36088,4	32300	35110,1	31400	34131,8	30500
55	42827,8	38400	41740,8	37400	40653,8	36400	39566,8	35400	38479,8	34400
60	47610,6	42800	46523,6	41700	45327,9	40600	44132,2	39400	42827,8	38300
65	53589,1	48100	52284,7	46800	50871,6	45600	49567,2	44300	48154,1	43100
70	63589,5	57100	62067,7	55600	60437,2	54200	58915,4	52600	57176,2	51100
75	73698,6	66100	71850,7	64400	70002,8	62700	68154,9	61000	66307	59200
80	83699	75100	81633,7	73200	79568,4	71300	77503,1	69300	75329,1	67300
85	93808,1	84200	91525,4	82000	89134	79800	86742,6	77600	84351,2	75400
90	103808,5	93200	101308,4	90800	98699,6	88400	96090,8	85900	93373,3	83500
95	113917,6	102200	111091,4	99600	108265,2	97000	105439	94300	102504,1	91600
100	123918	111200	120874,4	108400	117830,8	105500	114678,5	102600	111526,2	99600

Taux d' I P P	70 ans	71 ans	72 ans	73 ans	74 ans	75 ans	76 ans	77 ans	78 ans	79 ans
5	12717,9	11300	12283,1	10900	11848,3	10400	11304,8	10000	10870	9500
8	13370,1	11900	12935,3	11400	12391,8	10900	11848,3	10500	11413,5	10000
10	13804,9	12300	13370,1	11800	12826,6	11300	12283,1	10800	11739,6	10300
15	14891,9	13200	14348,4	12700	13804,9	12200	13261,4	11600	12609,2	11100
20	15978,9	14200	15435,4	13600	14783,2	13000	14131	12500	13587,5	11900
25	17065,9	15100	16413,7	14500	15761,5	13900	15109,3	13300	14457,1	12700
30	18152,9	16100	17500,7	15400	16739,8	14800	16087,6	14200	15435,4	13600
35	19239,9	17000	18479	16400	17826,8	15700	17065,9	15000	16305	14300
40	20870,4	18400	20000,8	17700	19239,9	17000	18479	16200	17609,4	15500
45	24457,5	21600	23479,2	20800	22609,6	19900	21631,3	19000	20653	18200
50	28044,6	24800	26957,6	23800	25870,6	22800	24783,6	21800	23696,6	20800
55	31631,7	2800	3043,6	26900	29240,3	25800	28044,6	24600	26740,2	23500
60	35218,8	31200	33914,4	29900	32501,3	28700	31196,9	27400	29783,8	26200
65	39566,8	35000	38045	33700	36631,9	32300	35110,1	30800	33479,6	29400
70	46958,4	41600	45219,2	40000	43480	38300	41632,1	36600	39784,2	35000
75	54458,7	48200	52393,4	46300	50328,1	44400	48262,8	42400	46088,8	40500
80	61850,3	54800	59567,6	52600	57176,2	50400	54784,8	48200	52393,4	46000
85	69241,9	61300	66633,1	58900	64024,3	56500	61415,5	54000	58698	51600
90	76742,2	67900	73807,3	65200	70872,4	62500	67937,5	59800	65002,6	57100
95	84133,8	74500	80981,5	71600	77829,2	68600	74568,2	65600	71307,2	62600
100	91525,4	81100	88155,7	77900	84677,3	74700	81198,9	71400	77611,8	68100

Taux d' I P P	80 ans	81 ans	82 ans	83 ans	84 ans	85 ans	86 ans	87 ans	88 ans	89 ans
5	7826,4	6800	7391,6	6400	6956,8	6000	6522	5600	6087,2	5200
8	8261,2	7200	7826,4	6700	7282,9	6300	6848,1	5900	6413,3	5500
10	8587,3	7400	8043,8	6900	7500,3	6500	7065,5	6100	6630,7	5700
15	9239,5	8000	8696	7500	8152,5	7000	7609	6600	7174,2	6100
20	9891,7	8500	9239,5	8000	8696	7500	8152,5	7000	7609	6600
25	10543,9	9100	9891,7	8600	9348,2	8000	8696	7500	8152,5	7000
30	11196,1	9700	10543,9	9100	9891,7	8500	9239,5	8000	8696	7400
35	11848,3	10300	11196,1	9600	10435,2	9000	9783	8400	9130,8	7900
40	12826,6	11100	12065,7	10400	11304,8	9800	10652,6	9100	9891,7	8500
45	14891,9	13000	14131	12300	13370,1	11500	12500,5	10700	11630,9	10000
50	17283,3	15000	16305	14000	15218	13200	14348,4	12300	13370,1	11500
55	19457,3	16900	18370,3	15800	17174,6	14900	16196,3	13900	15109,3	12900
60	21740	18800	20435,6	17600	19131,2	16500	17935,5	15500	16848,5	14400
65	24457,5	21100	22935,7	19800	21522,6	18600	20218,2	17400	18913,8	16200
70	29022,9	25100	27283,7	23600	25653,2	22100	24022,7	20600	22392,2	19200
75	33588,3	29100	31631,7	27300	29675,1	25600	27827,2	23900	25979,3	22300
80	38153,7	33000	35871	31000	33697	29100	31631,7	27200	29566,4	25300
85	42719,1	37000	40219	34700	37718,9	32600	35436,2	30400	33044,8	28400
90	47393,2	41000	44567	38400	41740,8	36000	39132	33700	36631,9	31400
95	51958,6	44900	48806,3	42200	45871,4	39500	42936,5	36900	40110,3	34500
100	56524	48900	53154,3	45900	49893,3	43000	46741	40200	43697,4	37500

Taux d'IP	90 ans	91 ans	92 ans	93 ans	94 ans	95 ans	96 ans	97 ans	98 ans	99 ans
5	3913,2	3400	3695,8	3100	3369,7	2900	3152,3	2700	2934,9	2500
8	4130,6	3500	3804,5	3300	3587,1	3100	3369,7	2900	3152,3	2700
10	4239,3	3600	3913,2	3400	3695,8	3200	3478,4	3000	3261	2800
15	4565,4	3900	4239,3	3700	4021,9	3400	3695,8	3200	3478,4	3000
20	4891,5	4200	4565,4	3900	4239,3	3600	3913,2	3400	3695,8	3200
25	5217,6	4500	4891,5	4200	4565,4	3900	4239,3	3600	3913,2	3400
30	5652,4	4800	5217,6	4500	4891,5	4100	4456,7	3900	4239,3	3600
35	5978,5	5100	5543,7	4700	5108,9	4400	4782,8	4100	4456,7	3800
40	6413,3	5500	5978,5	5100	5543,7	4700	5108,9	4400	4782,8	4200
45	7500,3	6400	6956,8	6000	6522	5600	6087,2	5200	5652,4	4900
50	8587,3	7400	8043,8	6900	7500,3	6400	6956,8	6000	6522	5600
55	9783	8300	9022,1	7700	8369,9	7200	7826,4	6700	7282,9	6300
60	10870	9300	10109,1	8600	9348,2	8000	8696	7500	8152,5	7000
65	121744	10400	11304,8	9700	10543,9	9000	9783	8400	9130,8	7900
70	14457,1	12400	13478,8	11500	12500,5	10700	11630,9	10000	10870	9400
75	16739,8	14300	15544,1	13300	14457,1	12400	13478,8	11600	12609,2	10900
80	19022,5	16300	17718,1	15200	16522,4	14100	15326,7	13200	14348,4	12300
85	21413,9	18200	19783,4	17000	18479	15900	17283,3	14800	16087,6	13800
90	23696,6	20200	21957,4	18800	20435,6	17500	19022,5	16400	17826,8	15300
95	25979,3	22200	24131,4	20600	22392,2	19200	20870,4	17900	19457,3	16800
100	28262	24100	26196,7	22400	24348,8	20900	22718,3	19500	21196,5	18300

Le tableau ci-dessous illustre ce barème à jour en 2003 par l'exemple d'une personne âgée de 60 ans. Les montants de l'indemnisation sont exprimés en euros et sont donnés par poste de préjudice.

Préjudice moral abrégé sous le terme PM

Souffrances physiques abrégées sous le terme SP

Préjudice d'agrément abrégé sous le terme de PA

Pour 2008, il convient de rajouter 8,7 % aux montants

Taux d'IP	Préjudice moral	Souffrance Physiques			Préjudice d'Agrément			Total		
		Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum
5	14.550	110	220	450	560	1.120	2.240	15.220	15.890	17.240
8	14.550	180	360	710	910	1.790	3.530	15.640	16.700	18.790
10	14.550	230	450	870	1.150	2.240	4.370	15.930	17.240	19.800
15	14.550	350	670	1.280	1.760	3.360	6.400	16.670	18.580	22.230
20	14.550	480	900	1.660	2.410	4.480	8.320	17.440	19.920	24.530
25	14.550	620	1.120	2.030	3.090	5.600	10.130	18.260	21.270	26.710
30	14.550	760	1.340	2.370	3.810	6.720	11.840	19.120	22.610	28.760
35	14.550	910	1.570	2.690	4.570	7.840	13.440	20.030	23.950	30.680
40	15.000	1.180	1.970	3.290	5.370	8.950	14.940	21.550	25.920	33.230
45	17.240	1.910	3.090	5.010	6.210	10.070	16.330	25.360	30.400	38.580

50	19.480	2.670	4.210	6.620	7.110	11.19 0	17.620	29.260	34.880	43.720
55	21.720	3.490	5.330	8.130	8.070	12.31 0	18.790	33.270	39.360	48.640
60	23.950	4.360	6.450	9.540	9.080	13.43 0	19.870	37.400	43.830	53.360
65	26.950	5.420	7.760	11.110	10.160	14.55 0	20.830	42.540	49.270	58.900
70	33.000	7.110	9.850	13.630	11.320	15.67 0	21.690	51.430	58.520	68.320
75	39.040	8.930	11.93 0	15.950	12.560	16.79 0	22.450	60.530	67.770	77.440
80	45.090	10.870	14.02 0	18.080	13.890	17.91 0	23.090	69.850	77.020	86.260
85	51.130	12.970	16.11 0	20.010	15.320	19.03 0	23.640	79.420	86.270	94.770
90	57.180	15.230	18.19 0	21.740	16.860	20.15 0	24.070	89.270	95.520	102.980
95	63.220	17.670	20.28 0	23.270	18.540	21.27 0	24.400	99.430	104.77 0	110.890
100	69.270	20.330	22.37 0	24.600	20.350	22.39 0	24.630	109.950	114.02 0	118.490

Barème du FIVA en 2003 pour l'indemnisation du préjudice extrapatrimonial :
exemple d'une victime âgée de 60 ans

ε.1.4. L'indemnisation du préjudice d'agrément

L'indemnisation du préjudice d'agrément suit une valeur linéaire en fonction de l'incapacité :

La valeur arrêtée par le Conseil d'administration du FIVA est une valeur centrale qui serait proposée en règle générale. En fonction des éléments du dossier et/ou d'une expertise médicale, cette valeur pourrait être modulée à la hausse ou à la baisse. La modulation est identique à celle prévue pour le préjudice physique, c'est-à-dire les souffrances endurées .

ε.1.5. L'indemnisation du préjudice esthétique

Elle se fait au cas par cas en fonction des constatations médicales (amaigrissement extrême, cicatrices éventuelles s'il y a eu des interventions chirurgicales du fait de l'amiante, l'atteinte esthétique résultant de l'apport éventuel d'oxygène par recours à un appareillage respiratoire et lunettes nasales disgracieuses, modification cutanée : cyanose, ou déformation thoracique) . L'indemnisation du préjudice esthétique est fonction du préjudice subi et peut varier entre 500 € et 8.000 € (sauf dossier particulier) .

ε.1.6. L'indemnisation du préjudice moral

Dans le cadre des pathologies liées à l'amiante, il s'y associe aussi souvent une souffrance morale notable en raison des évolutions possibles souvent très douloureuses qui induisent une crainte permanente de ces complications .

Il s'agit de la composante principale de l'indemnisation extrapatrimoniale. Il prend en compte l'impact psychologique lié aux différentes pathologies, selon leur degré de gravité et d'évolutivité ;

Le préjudice moral se voit adjuger une valeur unique et croissante suivant le taux d'incapacité selon trois niveaux :

Niveau 1 : crainte de développer un cancer chez les personnes atteintes de maladies non malignes dues à l'amiante (fibroses). Ce préjudice est le même quel que soit le taux d'IPP ;

Niveau 2 : angoisse de mort liée à la sensation d'étouffement. Ce préjudice commence au niveau 4 de déficit respiratoire et croît avec le taux d'IPP ;

Niveau 3 : perspective de la mort à court ou moyen terme. Ce niveau concerne en premier lieu les personnes atteintes de cancer et dont le pronostic vital est en cause à court terme. Il concerne aussi les personnes atteintes d'une asbestose sévère dont l'espérance de vie est fortement réduite. Ce préjudice démarre au niveau 5 de déficit respiratoire et progresse avec le taux d'IPP, le taux de 100 % devant être considéré de la même façon, qu'il traduise un cancer mortel ou une asbestose mortelle.

ε.1.7. Exemples d'indemnisation

Voici quelques exemples d'indemnisation , il convient de souligner que les montants cités ne portent que sur l'indemnisation de l'incapacité et les préjudices extrapatrimoniaux (moral, physique et d'agrément). Les autres préjudices (esthétique, pertes de revenus, frais non couverts par la sécurité sociale) dépendent de l'évaluation concrète de chaque dossier.

- Plaque pleurale (fibrose de la plèvre) indemnisée par une incapacité de 5 % (taux minimum de base), l'indemnisation totale est égale à 22.000 € à 60 ans : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans	65 ans	70 ans	75 ans
Indemnisation du taux d'IPP en €	7.850	7.282	6.654	5.959	5.207	4.402	3.561
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	20.995	19.479	17.800	15.940	13.929	11.776	9.526
Total en €	29.000	27.000	24.000	22.000	19.000	16.000	13.000
Total en Francs	190.228	177.108	157.430	144.311	124.632	104.953	85.274
				Valeur centrale	80 ans	85 ans	

Indemnisation du taux d'IPP en €	2.717	1.960
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	7.269	5.242
Total en €	10.000	7.200
Total en Francs	65.596	47.229

L'indemnisation peut varier autour de cette valeur, par exemple, entre 21.000 € et 23.000 € à 60 ans (sauf dossier particulier). En outre, en cas de retentissement fonctionnel (déficit respiratoire) plus important, l'indemnisation est supérieure.

- Asbestose (fibrose du poumon) pour une incapacité de 10 % (taux minimum de base), l'indemnisation globale est égale à 30.000 € à 60 ans : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à la victime en €	16.529	15.335	14.013	12.549
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	22.764	21.120	19.300	17.283
Total en €	39.000	36.000	33.000	30.000
Total en Francs	255.823	236.145	216.466	196.787

Valeur centrale	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à la victime en €	10.966	9.271	7.499	5.723	4.127
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	15.103	12.768	10.328	7.881	5.684
Total en €	26.000	22.000	18.000	14.000	10.000
Total en Francs	170.549	144.311	118.072	91.834	65.596

L'indemnisation peut varier autour de cette valeur ; par exemple, entre 28.260 € et 32.160 € à 60 ans (sauf dossier particulier). En outre, en cas de retentissement fonctionnel (déficit respiratoire) plus important, l'indemnisation est supérieure.

- Mésothéliomes et les cancers graves : la victime perçoit une rente d'incapacité de 16.240 € par an ainsi qu'une somme correspondant à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux (exemple : 114.000 € à 60 ans). En cas de décès, la rente fait l'objet d'une réversion partielle en fonction de la situation de revenu des proches, conformément à la jurisprudence.

Exemple d'une indemnisation possible (dans l'hypothèse d'un décès deux ans après la découverte de la maladie et d'une rente de conjoint survivant égale à 55 % de la rente de la victime) : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	150.000	139.000	127.000	114.000
Rente de la victime en € pour une durée de 2 ans	32.480	32.480	32.480	32.480
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à l'ayant droit sur la base d'une réversion de 55 % en €	182.000	171.000	159.000	146.000
Total de l'indemnisation en €	352.122	328.837	303.232	275.158
Total de l'indemnisation en Francs	2.310.000	2.157.000	1.989.000	1.805.000

Valeur centrale	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Indemnisation du préjudice extra patrimonial en €	100.000	84.200	68.200	52.000	37.500
Rente de la victime en € pour une durée de 2 ans	32.480	32.480	32.480	32.480	32.480
Montant capitalisé de la rente annuelle servie à l'ayant droit sur la base d'une réversion de 55 % en €	132.000	117.000	101.000	84.000	70.000
Total de l'indemnisation en €	244.869	211.618	177.385	142.898	111.978
Total de l'indemnisation en Francs	1.606.000	1.388.000	1.164.000	937.000	735.000

- Cancers ayant bénéficié d'un traitement chirurgical : l'indemnisation est fonction des séquelles post-opératoires et du retentissement fonctionnel, ainsi que du préjudice moral, important dans tous les cas . L'indemnisation peut donc varier au sein d'une fourchette qui prend en compte les situations individuelles (en cas de retentissement fonctionnel plus important, l'indemnisation est supérieure à ces fourchettes et aux montants indiqués ci-dessous) : montant de l'indemnisation en 2008 ; une majoration de 8,7 % est à appliquer à ce barème à compter du 1-06-2008

Valeur centrale	45 ans	50 ans	55 ans	60 ans
Préjudice moral en €	35.503	32.939	30.100	26.954
Préjudice physique et d'agrément (fourchette) en €	3.538 à 29.429	3.283 à 27.303	3.000 à 24.950	2.686 à 22.342
Préjudices extrapatrimoniaux (fourchette) en €	39.041 à 64.931	36.222 à 60.243	33.100 à 55.050	29.641 à 49.296
Incapacité pour les 5 premières années en €	61.200	61.200	61.200	61.200
Total indemnisation (fourchette et hors IPP après 5 ans) borne basse en €	100.200 à 126.100	97.400 à 121.400	94.300 à 116.300	90.800 à 110.500
Total en Francs	657.269 à 827.162	638.902 à 796.332	618.567 à 762.878	595.609 à 724.832

Valeur centrale	65 ans	70 ans	75 ans	80 ans	85 ans
Préjudice moral en €	23.555	19.913	16.108	12.292	8.865
Préjudice physique et d'agrément (fourchette) en €	2.348 à 19.525	1.985 à 16.506	1.605 à 13.352	1.225 à 10.189	884 à 7.348
Préjudices extrapatrimoniaux (fourchette) en €	25.902 à 43.079	21.898 à 36.419	17.713 à 29.460	13.517 à 22.480	9.748 à 16.213
Incapacité pour les 5 premières années en €	61.200	61.200	61.200	61.200	61.200
Total indemnisation (fourchette et hors IPP après 5 ans) borne basse en €	87.100 à 104.300	83.100 à 97.600	78.900 à 90.700	74.700 à 83.700	70.900 à 77.400
Total en Francs	571.339 à 684.163	545.100 à 640.214	517.550 à 594.953	490.000 à 549.036	465.074 à 507.711

ε2. La victime est décédée

Cette situation pose le problème de l'indemnisation des ayants droits .

La notion d'ayant droit au sens qui lui est donné en réparation intégrale repose sur la proximité affective. Ainsi si les ayants droits sont le plus généralement des membres de la famille de la victime (conjoint, enfant, frère, etc), il peut aussi s'agir d'un enfant recueilli par la victime sans être adopté (ex : petit enfant ou enfant du conjoint élevé comme un enfant). La Cour de cassation a refusé l'indemnisation du préjudice personnel du petit enfant né après le décès de la victime posant ainsi les limites de la notion d'ayant droit (arrêt du 24.05.06 de la 2^{ème} Chambre civile de la Cour de cassation : consorts Guyonic).

L'indemnisation par le barème concernant les ayants droits tient compte de :

- le préjudice revenant à la succession ou préjudice subi au titre de l'action successorale . L'intégralité des droits à indemnisation de la victime est transmise à ses héritiers.

Donc, si la victime décède avant l'indemnisation de ses préjudices propres, le FIVA alloue aux héritiers une somme identique à celle qui aurait été allouée à la victime.

On distingue les préjudices financiers et les préjudices personnels.

* Les préjudices financiers correspondent au préjudice de la victime souffert avant son décès qui est transmis à ses héritiers .

Il comprend

- les frais engagés pour soigner la victime restés à sa charge (hospitalisation, soins ambulatoires ...)
- le préjudice économique subi du fait du décès de la victime calculé à partir des revenus perçus avant le décès si la victime n'avait pas été malade et de l'incapacité permanente partielle . On tient compte de la réversion partielle de la rente d'incapacité de la victime) .

Le préjudice économique des ayants droits est calculé par comparaison des revenus du ménage avant et après le décès de façon à compenser la perte de revenu des proches. Dans le cas d'un versement par rente et d'un décès avant le terme de celle ci imputable à la pathologie liée à l'amiante, le capital restant à verser au titre de l'indemnisation de l'incapacité est pris en compte dans le préjudice des proches qui auraient bénéficié du revenu ainsi généré (conjoint et enfants à charge) dans le cadre du calcul du préjudice économique. Ce capital est servi aux proches sous forme d'une rente (de manière viagère pour le conjoint et jusqu'à l'âge de fin de prise en charge pour les enfants) . Le calcul pour le préjudice économique des ayants droits est fait sous déduction des indemnités versées par la sécurité sociale.

Par exemple, pour un revenu d'un couple sans enfant avant décès de 100 %: le revenu du conjoint survivant doit être au moins égal à 67 %, soit sa part de consommation propre (33,3 %) + la totalité des charges fixes (33,3 %). Ainsi, lorsque du fait du décès de la victime, le revenu du conjoint survivant sans enfant à charge est inférieur à 67 % du revenu du ménage avant décès, alors le FIVA verse une indemnité différentielle.

S'il y a des enfants à charge, la règle de répartition du préjudice économique est adaptée :

Conjoint seul	Conjoint et 1 enfant à charge	Conjoint et 2 enfants à charge	Conjoint et 3 enfants à charge	Conjoint et 4 enfants à charge	Conjoint et 5 enfants à charge	Conjoint et 6 enfants à charge
67 %	72 %	76 %	79 %	81 %	83 %	85 %

Les sommes payées par d'autres organismes (sécurité sociale, assureurs ...) seront déduites de la somme calculée .

* Les préjudices personnels correspondent au préjudice extrapatrimonial (souffrances endurées, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, préjudice moral ...) .

- le préjudice direct subi à titre personnel par l'ayant droit
Il s'agit du préjudice moral de l'ayant droit (lié au décès et à l'accompagnement de la victime) et également du préjudice d'accompagnement si le décès est imputable à la pathologie liée à l'amiante. Ce préjudice indemnise les veuves qui ont accompagné leur mari dans leurs derniers mois de vie.

L'indemnisation du préjudice moral des ayants droits suit le tableau suivant :

	Préjudice lié au décès en €	Préjudice lié à l'accompagnement en €	Total en €
Conjoint	22.000	8.000	30.000
Enfant de moins de 25 ans au foyer	15.000	8.000	23.000
Enfant de plus de 25 ans au foyer	9.000	5.000	14.000
Enfant hors du foyer	5.000	3.000	8.000
Parent	8.000	3.000	11.000
Petits-enfants	3.000		3.000
Fratie	3.000	2.000	5.000

L'exemple suivant d'Indemnisation du préjudice moral d'une veuve montre les discordances existant parfois entre les offres d'Indemnisation du FIVA et l'indemnisation fixée par les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Dans un jugement du 3 juillet 2007, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Dijon a accordé à la veuve d'un homme décédé d'une mésothéliome péritonéal, au titre de son préjudice moral, la somme record de 100.000 euros.

Au-delà de la somme versée, la motivation du jugement est intéressante. En effet, le tribunal fixe l'indemnisation « considérant la longue communauté de vie entre la victime et le conjoint survivant qui a vécu en communion avec le dernier des années de souffrances, et considérant en outre que les souffrances morales ont perduré et perdureront après le décès de Monsieur X... » Les attestations versées à ce dossier ont sans nul doute pesé dans la balance.

D. Les procédures contentieuses des maladies professionnelles

On distingue en général deux types de contentieux

1. Le différend portant sur la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie

En cas de refus opposé par la Caisse primaire d'assurance maladie, l'assuré dispose des voies de recours classiques du contentieux général et du contentieux technique .

a. Contentieux général contre une décision administrative de la Caisse

Il peut ainsi saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale lorsqu'il s'agit d'un recours contre une décision administrative de la Caisse (exposition au risque non prouvée, conditions médicales des tableaux non remplies, procédures prescrites, absence de reconnaissance de maladie professionnelle par le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles : CRRMP) .

Le refus de la caisse primaire d'assurance maladie peut être d'ordre administratif lorsque l'affection déclarée ne correspond pas à la désignation de la maladie et qu'il n'y a pas de litige sur le diagnostic. C'est le cas lorsque les documents présentés par le malade (certificat médical, compte-rendu radiologique) et les constatations du médecin conseil sont concordants. A titre d'exemple, en ce qui concerne le tableau 98 des radiculalgies, lorsque la pathologie indiquée dans le certificat médical n'est ni une sciatique ni une radiculalgie crurale , lorsqu'à l'imagerie il n'existe pas de hernie discale, c'est le cas aussi lorsqu'il s'agit d'une simple lombalgie chronique. Un exemple de conditions médicales des tableaux non remplies entraînant l'absence de conformité à une condition administrative est l'absence selon la caisse d'une image radiologique montrant la concordance entre une hernie discale et la symptomatologie radiculaire des tableaux 97 et 98 des maladies professionnelles.

La caisse oppose alors un refus administratif pour affection non désignée dans un tableau sauf si l'état du patient est stabilisé et que l'incapacité permanente résultante est estimée supérieure ou égale à 25% auquel cas le dossier est transmis au CRRMP pour être examiné dans le cadre du 4^{ème} alinéa de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale.

Un autre exemple de rejet administratif pour « conditions médicales non remplies » est celui d'une maladie non caractérisée dans les conditions du tableau du fait de l'exigence d'une confirmation biologique pour rattacher de façon certaine une maladie aux spécificités de l'exposition professionnelle. Cette confirmation biologique est alors absente ce qui motive le rejet administratif pour « conditions médicales non remplies ». Le TASS peut alors saisir le CRRMP soit en lui demandant si la maladie considérée peut être considérée comme maladie professionnelle hors tableau au titre de l'alinéa 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le TASS peut également saisir le CRRMP en lui demandant de dire si la maladie telle qu'elle est décrite peut être d'origine professionnelle. Le CRRMP ne pourra donner qu'un avis probabiliste excluant en tout cas le caractère essentiel du lien de causalité entre le travail et la maladie. Les juges peuvent en tirer leur propre conséquence juridique en faisant bénéficier la victime du régime des maladies professionnelles mais au prix d'un allègement de la charge de la preuve en retenant comme suffisamment fort pour eux, un lien de causalité estimé pourtant insuffisant par les experts du CRRMP. Le CRRMP est alors utilisé comme un expert qui laisse ensuite le juge libre de décider seul si oui ou non il fait bénéficier au salarié du régime spécial des maladies professionnelles.

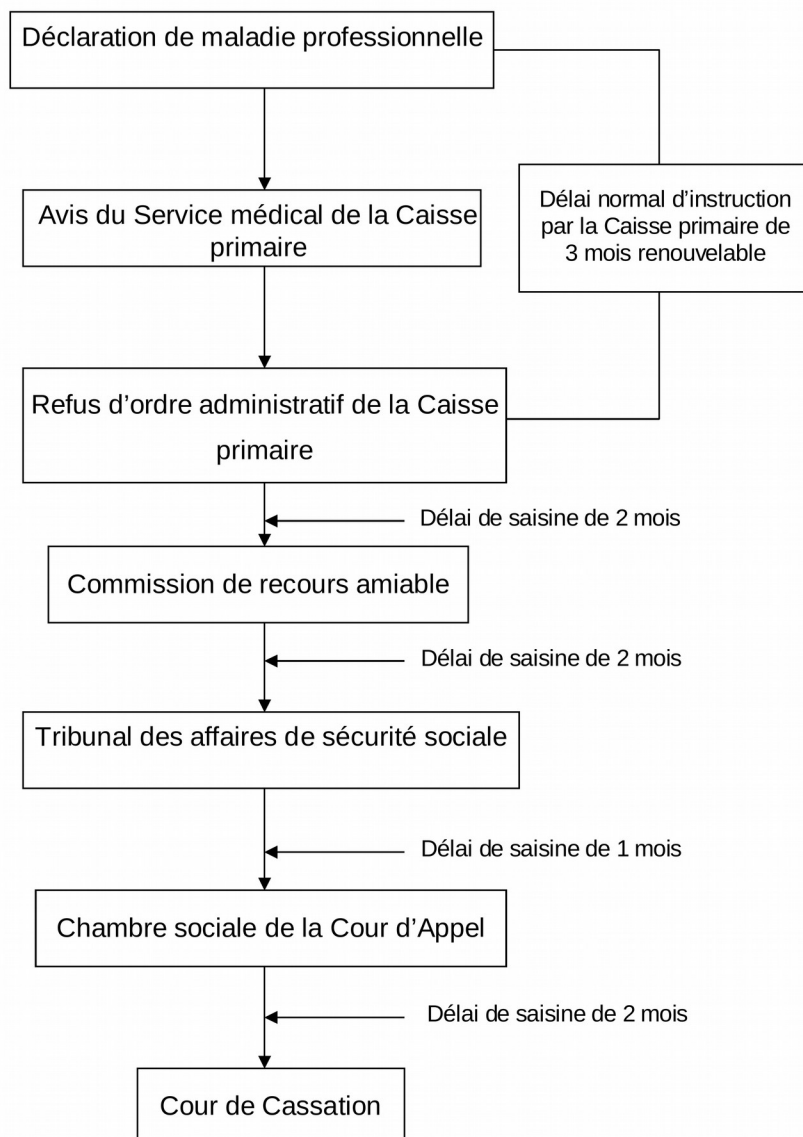
Un autre exemple de rejet administratif est une exposition au risque considérée comme non habituelle alors que la colonne de droite du tableau des maladies professionnelles exige une exposition au risque habituelle.

La Cour de cassation a « défini » que le caractère habituel pouvait se déduire de la fréquence et non seulement de la durée, et qu'était habituel ce qui n'était pas exceptionnel. Ainsi, un arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 19.02.98 (RJS 1998, n°522) a estimé que le caractère occasionnel ne peut être déduit d'une exposition d'un quart d'heure au bruit durant 18 ans et où le caractère de l'exposition est donc retenu.

La circulaire n°11 SS du 07.03.73 relative au nouveau tableau de maladies professionnelles n°59 à 63 a indiqué que « d'une manière générale il est permis de considérer que les termes « exposés d'une façon habituelle » doivent être interprétés comme n'impliquant pas nécessairement la permanence du risque mais au moins sa répétition avec une fréquence et une durée suffisante. Cette même circulaire faisait mention d'une lettre ministérielle du 10.02.60 où il était précisé que cette notion d'exposition de façon habituelle devait être interprétée comme désignant ce qui n'est pas exceptionnel, occasionnel ou accidentel... sans toutefois impliquer nécessairement la permanence du risque mais au moins sa répétition avec une fréquence et une durée suffisante.

Le juge du TASS peut solliciter l'avis du CRRMP quant à la reconnaissance de cette maladie professionnelle. La victime en général alors mieux informée de ses droits peut alimenter le dossier de nouvelles pièces à conviction utiles pour le CRRMP.

Le CRRMP est de plus en plus sollicité par les juges, en particulier, dans les contentieux de refus administratif de la part de la Caisse primaire. Le recours à l'expertise du CRRMP peut alors permettre la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie, en particulier lorsque l'enquête administrative de la Caisse primaire a conclu trop rapidement à l'absence d'exposition au risque. Le TASS pourrait ainsi en sollicitant l'avis du CRRMP pallier les défauts d'instruction de cette enquête administrative de la CPAM sur le lien éventuel entre une pathologie et le travail de la victime.



Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire

b. Contentieux général contre une décision médicale de la Caisse

Il peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale lorsqu'il s'agit d'un désaccord sur l'affection médicale, par exemple maladie considérée comme non stabilisée par la Caisse . La Caisse

Un exemple de désaccord d'ordre médical, de désaccord entre les médecins prescripteurs et le médecin conseil sur le diagnostic est illustré par le même problème du tableau 98 des maladies professionnelles sur les radiculalgies. Il peut s'agir d'un désaccord sur :

- la qualification de l'affection : le certificat médical indique sciatique ou radiculalgie crurale et le médecin conseil récuse ce diagnostic en estimant qu'il s'agit d'une simple lombalgie sans sciatique ou de douleurs arthrosiques par exemple.
- de l'étiologie de la sciatique : le certificat médical indique sciatique ou radiculalgie crurale et le médecin conseil est d'accord sur cette qualification mais estime que l'origine n'est pas discale.
- de la qualification de la hernie discale : le certificat médical du médecin traitant indique hernie discale alors qu'à l'imagerie le médecin conseil estime qu'il s'agit d'un simple bombement discal.
- de la topographie : le certificat médical indique sciatique gauche et le médecin conseil constate une sciatique droite et une cruralgie.

L'expertise médicale peut également survenir lorsqu'il y a désaccord du médecin conseil avec le médecin traitant sur la pathologie décrite dans le certificat médical initial de la maladie professionnelle. Par exemple, sur le certificat médical initial, le médecin traitant peut avoir écrit « atteinte méniscale des genoux » et le médecin conseil peut contester ce diagnostic en considérant qu'il s'agit simplement d'une gonarthrose.

Comme autre exemple de désaccord médical sur le diagnostic entre le médecin conseil et les médecins rédacteurs du certificat médical initial, on retiendra le cas d'un certificat médical initial mentionnant un syndrome du canal carpien alors qu'il s'agit en fait de l'expression d'une compression radiculaire nerveuse au niveau des vertèbres cervicales pouvant se traduire par les mêmes symptômes cliniques.

Une autre cause, de contestation d'ordre médical plus rare est l'absence d'imputabilité au travail habituel de la victime d'une pathologie objectivée alors que la maladie remplit l'ensemble des critères du tableau. Ceci nécessite que les médecins conseils possèdent de solides arguments pour démontrer que la maladie n'a été, ni provoquée, ni aggravée par le travail. Ce raisonnement du médecin conseil se base sur le principe du renversement de la présomption non irréfragable d'imputabilité professionnelle. Il peut s'agir par exemple, d'une épicondylite survenue chez un salarié très peu exposé aux mouvements d'hypersollicitation des membres supérieurs alors qu'il joue plusieurs heures de tennis par semaine.

Le médecin conseil doit alors démontrer que le travail n'a joué aucun rôle.

Modèle de lettre de demande d'expertise médicale par la victime

Nom – Prénom
Adresse de l'accidenté

Date

Organisme ayant notifié le refus
Voir adresse de la décision contestée.

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Vos Réf :

N°SS :

Objet : Demande d'expertise médicale.

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné M., profession, de nationalité né le..... à, demeurant à, conteste la décision notifiée par votre lettre du....., portant refus de reconnaître que la pathologie dont je suis atteint(e) est bien la pathologie inscrite dans la colonne « désignation de la maladie » du tableau ... des maladies professionnelles, comme le confirme le certificat du Docteur..... .

Il ne s'agit pas d'un différend administratif comme le laissent entendre vos services mais d'un différend médical puisque mon médecin traitant est en désaccord avec le médecin conseil de votre organisme (1).

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

Mon médecin référent pour ce dossier est le Docteurde

Veillez agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté.

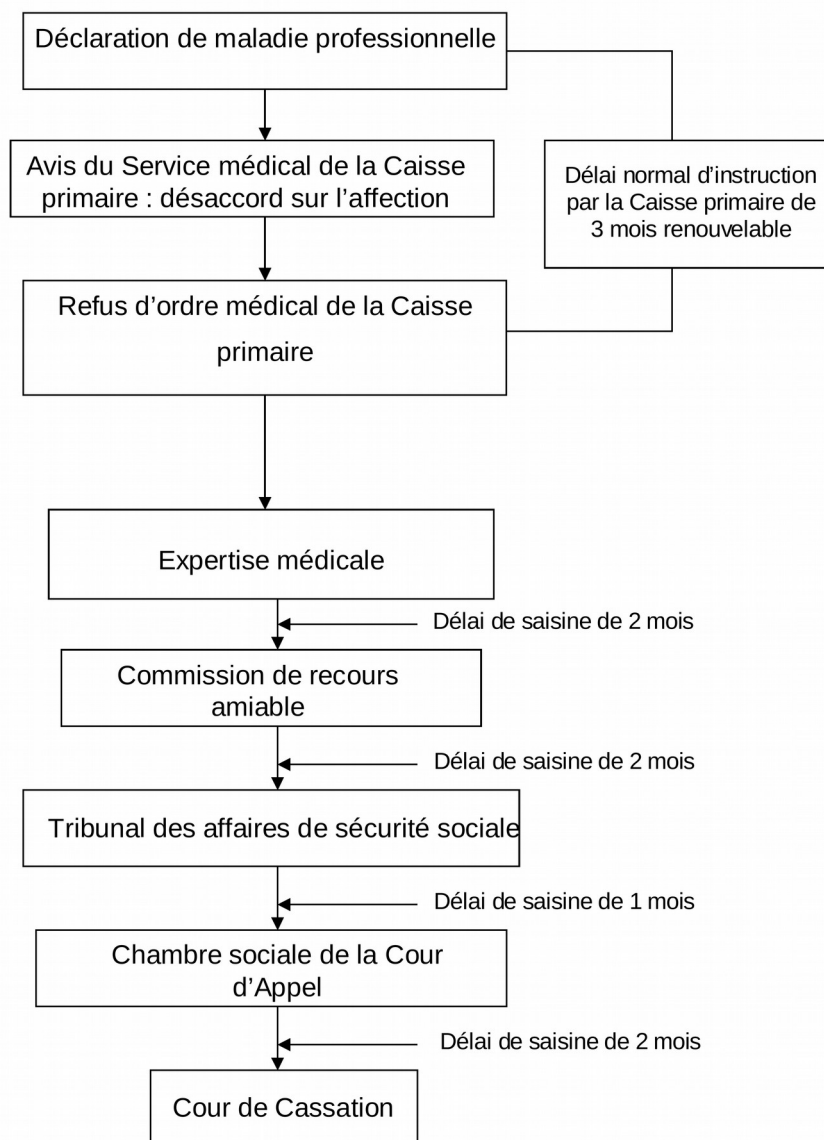
PJ : la décision contestée.

(1) le cas échéant

La situation est alors analogue à celle des accidents du travail (cf VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP) .

Dans le cadre de cette voie contentieuse d'ordre médical les juges du TASS, de la Cour d'appel, de la Cour de cassation, à tout moment peuvent saisir en cours de contentieux le CRRMP amené alors à statuer en dehors de ses habituelles prérogatives par exemple en tant qu'expert médical sans examen clinique de la victime mais seulement avec l'examen de son dossier médical.

Dans le cas des pneumoconioses lorsqu'il s'agit d'un désaccord d'ordre médical, l'expertise de sécurité sociale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale doit alors être confiée à un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail, possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses, autre que celui qui a, le cas échéant, procédé à l'examen du malade.

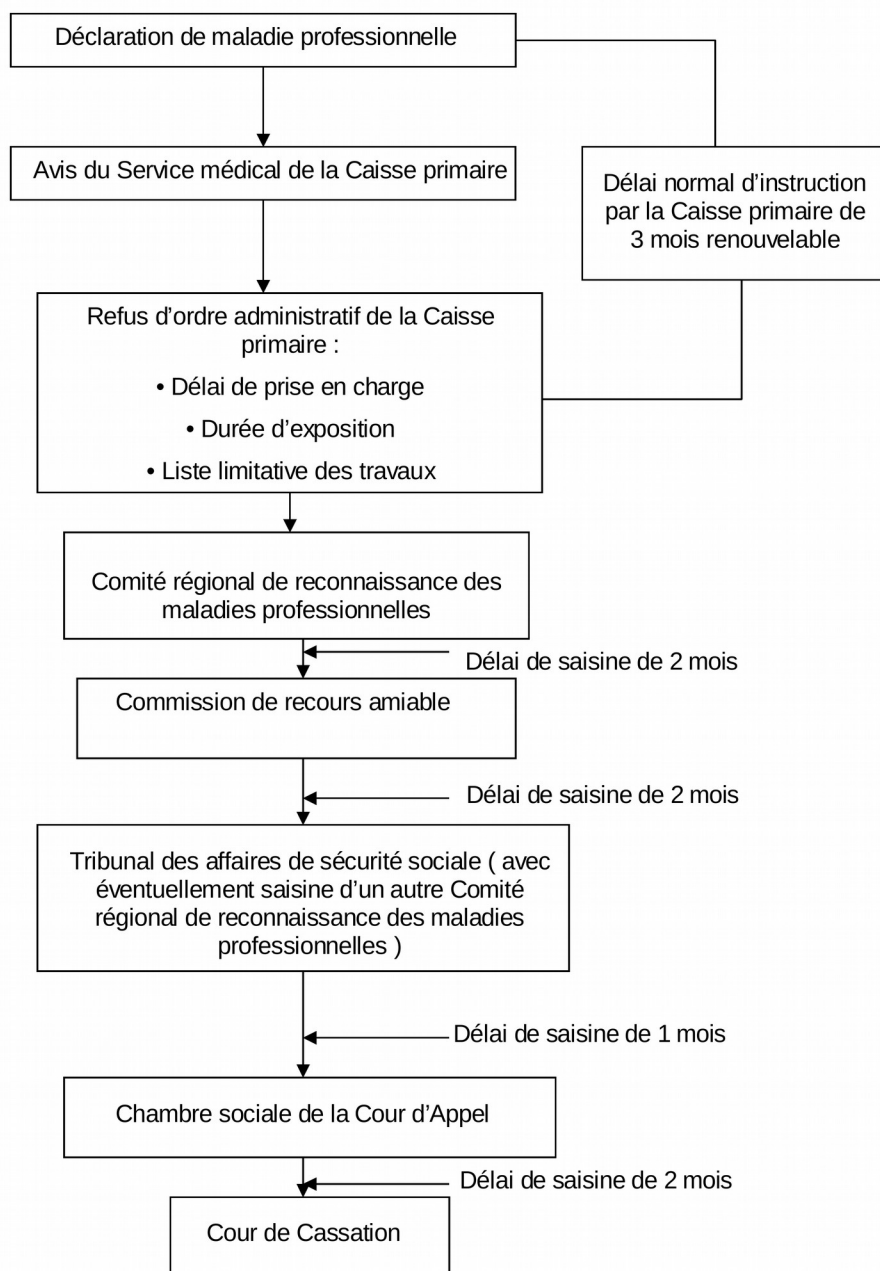


Recours contre un refus d'ordre médical de la Caisse primaire

c. Cas particulier du contentieux du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

La seule particularité réside dans le cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles .

Il s'agit du cas où le Comité Régional de reconnaissance des maladies professionnelles : CRRMP refuse la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie . Le demandeur, après notification de refus par la Caisse, peut saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale . Le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale saisi recueille alors l'avis d'un Comité Régional autre que celui qui a déjà été saisi par la Caisse (article R.142-24-2 du Code de la sécurité sociale)

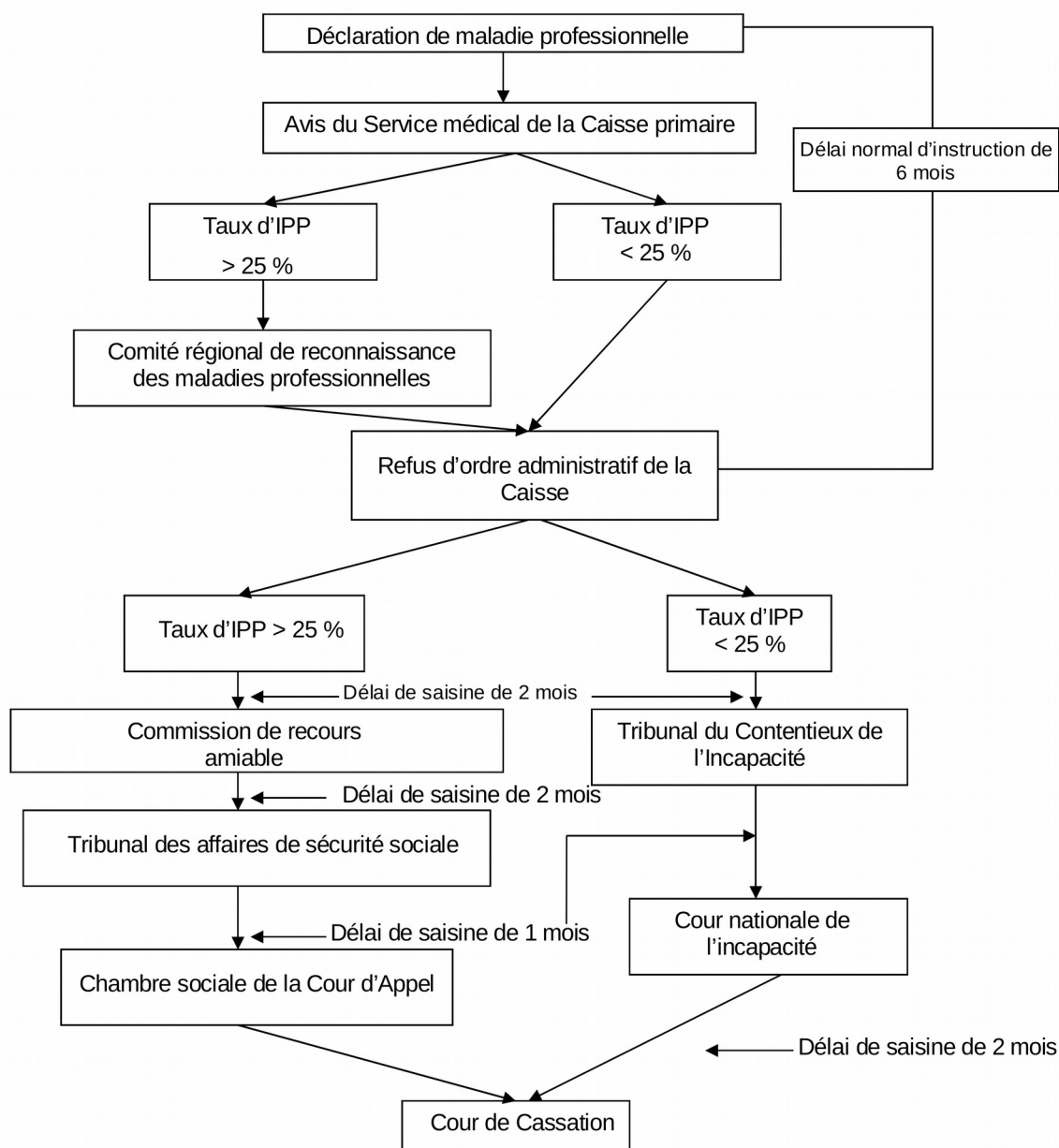


Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire en cas de conditions posées par les tableaux de maladies professionnelles non réunies

Dans le cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles et d'une maladie non désignée dans un tableau entraînant selon le demandeur une incapacité permanente supérieure à 25%, si un des motifs de refus réside dans le fait que le taux d'IPP causé par la maladie que l'assuré considère

comme professionnelle est considéré comme la Caisse comme inférieur à 25 %, l'assuré peut alors se porter devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité pour contester ce taux fixé unilatéralement par la Caisse .

S'il n'obtient pas satisfaction devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, Il peut saisir la Commission de Recours Amiable, puis en cas de refus persistant, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale . Il se retrouve alors dans le cas de figure général sortant du cas particulier du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles .



Recours contre un refus d'ordre administratif de la Caisse primaire dans le cadre de la procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles en cas d'affection non inscrite dans un tableau de maladie professionnelle

Il peut arriver aussi que la Caisse primaire d'assurance maladie considère que l'assuré ne présente pas un état stabilisé et que donc on ne peut évaluer une incapacité permanente qui nécessite pour qu'elle soit fixée que l'affection soit stabilisée. Dans ce cas, il est impossible de dire si le patient présente une incapacité

permanente d'au moins 25%. Si le médecin traitant est en désaccord avec cette décision de la caisse, il peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale.

2. Contestation par la victime du taux d'incapacité permanente après stabilisation de la pathologie

a. Cas général hors amiante

Ce contentieux est dévolu en première instance au Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

Dans le cas des pneumoconioses, en cas de contestation portant sur le taux d'incapacité, le TCI ou la Cour nationale de l'incapacité doivent obligatoirement recourir à l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses.

Les assurés sociaux peuvent entamer une procédure devant plusieurs organismes. Une procédure en pénal n'indemnise pas mais seulement punit l'employeur. En cas d'avis favorable en pénal, l'obtention d'une faute excusable est plus facile. Dans le cas inverse l'obtention d'une faute inexcusable est plus difficile à prouver. Une procédure en pénal présente donc un certain risque pour l'assuré social vis-à-vis de la faute inexcusable.

L'assuré social peut par contre entamer une procédure auprès du TCI et en plus entamer une procédure de demande de faute inexcusable devant le TASS comme procédure complémentaire. Un inconvénient relatif à la procédure devant la faute inexcusable est le délai de prescription de deux ans. L'intérêt d'une procédure associant le TCI et la faute inexcusable est d'obtenir un taux d'IPP plus important devant le TCI qui sera alors pris en compte dans la procédure pour faute inexcusable.

En cas de succès, le taux d'IPP pour le calcul de la rente, n'est plus divisé par deux et l'assuré social bénéficie en plus de l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux.

Une procédure civile devant le tribunal de grande instance peut théoriquement être envisagée lorsque l'assuré social est victime d'une maladie, qu'il ne bénéficie ni du système du tableau des maladies professionnelles ni du système complémentaire de maladies professionnelles. Il devrait alors prouver un lien entre sa maladie et le travail et demander une indemnisation au titre de la responsabilité en dommages et intérêts mais cette stratégie n'est que théorique car jamais utilisée jusqu'ici.

b. Cas de l'amiante

Les procédures de contestation du taux d'IPP concernant les pneumoconioses et l'amiante devant le TCI se particularisent par la sollicitation obligatoire de l'avis sapiteur d'un spécialiste, là encore cet avis ne s'impose pas au TCI qui peut par exemple, après avis de l'expert du TCI décider d'un taux d'IPP plus important que celui proposé par le spécialiste.

La Caisse primaire d'assurance maladie peut alors bien sûr faire appel devant la Cour nationale de l'incapacité.

L'attitude, là, est un peu plus compliquée du fait de l'existence du FIVA (fond d'indemnisation des victimes de l'amiante).

En effet, la procédure devant le FIVA et la procédure devant la faute inexcusable s'excluent car elles sont susceptibles de réparer les mêmes préjudices.

D'autre part, en cas d'octroi d'un taux d'IPP, le FIVA entame une action récursoire et déduit ce que la caisse a déjà donné en taux d'IPP à l'assuré social.

Enfin le FIVA ne divise pas par deux le taux d'IPP pour le calcul de la rente.

Après une demande auprès du FIVA une procédure d'appel est possible devant la Chambre civile de la Cour d'appel.

Le choix entre la procédure devant le FIVA et la faute inexcusable est fonction de plusieurs paramètres. La procédure de la faute inexcusable est plus compliquée que celle du FIVA avec la demande de témoignages écrits, l'assistance d'un avocat, elle ne peut donc être entreprise seule à la différence d'une procédure devant le FIVA. Le choix de la procédure devant le FIVA et la procédure de faute inexcusable peut être aussi dicté par une attitude « politique » de l'assuré social qui, dans le cas d'une faute inexcusable, entame une action plus revendicative avec également des sanctions financières pour son employeur. Il existe enfin des paramètres locaux, car les préjudices extrapatrimoniaux indemnisés par le TASS lors d'une procédure devant la faute inexcusable dépendent de barèmes des cours d'appel et certains barèmes sont plus généreux dans certaines régions que d'autres dans l'octroi de l'indemnisation de ces préjudices extrapatrimoniaux.

Bien sûr comme dans le cas général des maladies professionnelles, en plus de la procédure pour faute inexcusable, l'assuré social peut entamer une procédure devant le TCI pour les mêmes raisons suscitées.

Il peut également entamer une procédure devant le FIVA et devant le TCI car parfois le taux d'IPP octroyé par le TCI est plus favorable que le taux octroyé par le FIVA.

Un autre inconvénient relatif à la procédure devant la faute inexcusable est le délai de prescription de deux ans.

L'intérêt d'une procédure associant le TCI et la faute inexcusable est d'obtenir un taux d'IPP plus important devant le TCI qui sera alors pris en compte dans la procédure pour faute inexcusable.

E. Cas de la fonction publique

1. Définitions.

Au lieu du terme maladies professionnelles, utilisé dans le régime général de Sécurité Sociale, la fonction publique adopte plutôt le terme de maladies imputables au service.

Le système englobe dans le secteur public deux types de maladies professionnelles :

Parmi ces maladies imputables au service on distingue en premier « les maladies professionnelles proprement dites ».

Ces maladies professionnelles qui concernent l'effectif le plus important correspondent à la même définition que les maladies reconnues par le régime général de Sécurité Sociale.

Parmi ces maladies professionnelles proprement dites on distingue :

- «les maladies professionnelles officielles » définies comme les maladies professionnelles inscrites aux tableaux des maladies professionnelles du Code de la Sécurité Sociale et remplissant toutes les conditions posées par les tableaux des maladies professionnelles figurant dans ce Code de la Sécurité Sociale.
- « Les maladies reconnues d'origine professionnelle » il s'agit, des maladies professionnelles imputables au service reconnues par la même procédure que le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le deuxième type de maladies imputables au service concerne un effectif moins fréquent en pourcentage, « les maladies contractées ou aggravées en service » il s'agit des maladies reconnues comme contractées ou aggravées en service sans qu'elles soient inscrites au tableau des maladies professionnelles ou sans qu'elles puissent être reconnues par le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. Il s'agit donc des maladies imputables au service mais entraînant un taux d'IPP inférieur à 25 %.

Les maladies professionnelles officielles ou reconnues d'origine professionnelle entrent dans le cadre des maladies contractées ou aggravées en service. Par contre on adoptera le terme de maladie simplement contractée ou aggravée en service lorsqu'il s'agit d'une maladie imputable au service qui n'est ni une maladie professionnelle officielle ni une maladie reconnue d'origine professionnelle.

Le terme de maladie contractée en service est reconnu par le commissaire du gouvernement POCHARD dans ses conclusions dans l'affaire Ministre de l'Economie et de Finances contre MICHAUD (Conseil d'Etat, 01.10.1993, requête n°112279). Le commissaire du gouvernement estimait que la jurisprudence au moins implicitement admettait que la maladie contractée en service doit être regardée comme une des causes exceptionnelles permettant l'extension à ce type de maladie du bénéfice des garanties législatives statutaires.

La jurisprudence admet que la reconnaissance d'une maladie contractée en service n'est pas subordonnée à l'inscription de cette maladie sur les tableaux des maladies professionnelles (Conseil d'Etat, 07.07.2000 affaire LAFFRAY contre UNIVERSITE Paris XII, requête n° 213037, recueil Lebon tables pages 1060) .

Le fonctionnaire peut donc prétendre à la protection sociale statutaire pour toute maladie contractée en service même s'il s'agit d'une maladie autre que professionnelle officielle ou autre que reconnue d'origine professionnelle. La distinction nosologique est importante car elle aboutit à des enjeux financiers. En effet, le versement d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) est réservé en cas de maladies professionnelles officielles ou reconnues d'origine professionnelle. Par contre une maladie simplement contractée ou aggravée en service n'y ouvre pas droit.

Dans le premier cas des maladies professionnelles officielles c'est-à-dire inscrites au tableau des maladies professionnelles figurant au Code de la Sécurité Sociale, une présomption d'imputabilité au service existe. Le fonctionnaire n'aura pas à démontrer la preuve du lien de causalité entre le travail et la maladie survenue en service pour

laquelle il demande une prise en charge. Il s'agit dans ce premier cas de l'équivalence de l'application de l'alinéa 2 l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale.

D'une manière générale on admet que les maladies professionnelles officielles ou reconnues d'origine professionnelle sont d'une certaine façon consubstantielles au service c'est-à-dire causées par l'exécution même du travail habituel du fonctionnaire ou imputables aux conditions entourant l'exécution de ce travail.

Dans le deuxième cas c'est à dire une maladie contractée ou aggravée en service ne relevant pas d'un tableau de maladies professionnelles du régime général, le fonctionnaire devra démontrer la preuve de la relation entre le travail et sa maladie selon les mêmes modalités que pour un accident de service. Il devra donc démontrer que l'exposition professionnelle correspond à un fait précis et déterminé de service. Il est à noter que ce deuxième cas ne correspond pas du tout à l'alinéa 3 ni à l'alinéa 4 de l'Article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale dont les fonctionnaires ne peuvent se prévaloir. Le fonctionnaire doit alors rapporter la preuve d'un lien de causalité entre son affection et l'exécution de service.

2. Prise en charge

Les maladies contractées et aggravées en service ne voient pas leur reconnaissance limitée au tableau des affections professionnelles qui figurent dans le Code de la Sécurité Sociale.

En effet, la circulaire FP4 N°1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre le risque de maladie et d'accident de service stipule que " le fonctionnaire peut être atteint d'une maladie contractée ou aggravée en service, laquelle est généralement reconnue par référence aux tableaux des affections professionnelles qui figurent dans le code de la Sécurité Sociale dans l'application de son article 461-2 mais ces tableaux ne sont pas limitatifs ".

En théorie, l'administration est plus exigeante puisque par exemple, pour les fonctionnaires de l'Etat, la commission de réforme devrait apprécier la notion de fait précis et déterminé de service pour une pathologie professionnelle.

Ce fait précis et déterminé de service n'est pas nécessaire pour les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux (décret 2000-1020 du 17 octobre 2000) . Seul dans ce dernier cas, le lien de causalité médicale entre la maladie et l'exercice des fonctions est apprécié dans la commission de réforme. En fait, dans la pratique, l'interprétation est beaucoup plus souple et suit le processus que nous avons décrit quelques lignes plus haut.

Théoriquement, comme pour les accidents de service, il n'y a pas de délai fixé pour déclarer une maladie imputable au service . Néanmoins pour les mêmes raisons que l'accident de service, il est fortement conseillé de déclarer la maladie imputable au service le plutôt possible. En effet, en cas de déclaration considérée comme tardive, le fonctionnaire risque de rencontrer de grandes difficultés pour obtenir la reconnaissance de l'imputabilité au service de sa maladie par l'Administration.

On rappellera le cas très particulier pour une maladie qui, lorsqu'elle est à l'origine d'une affection justifiant l'octroi d'un congé longue durée, la demande pour que la maladie soit reconnue comme ayant été contractée dans l'exercice des fonctions doit être présentée dans les 4 ans qui suivent la date de la 1ère constatation médicale de

la maladie quand il s'agit d'un fonctionnaire de l'Etat (article 32 du décret 86-442 du 14.03.1986 pour la fonction publique d'Etat). Il n'y a pas par contre de disposition analogue dans le décret n° 87-602 du 30.07.1987 pour la fonction publique territoriale ni dans le décret 88-386 du 19.04.1988 pour la fonction publique hospitalière.

En ce qui concerne les maladies professionnelles il existe des délais fixés par le Code de la Sécurité Sociale. Ainsi, pour les maladies professionnelles officielles s'inscrivant dans les tableaux des maladies professionnelles, le délai de prescription est de 2 ans à partir de la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle (article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale).

La procédure de reconnaissance de ce que l'on appelle «les maladies reconnues d'origine professionnelles » suit les schémas des 3^{ème} et 4^{ème} alinéas de l'article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale qui est effectif pour le régime général. Ainsi le 3^{ème} alinéa de l'article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale stipule que « si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime ». Il n'y a plus alors de présomption d'imputabilité : la victime doit donc apporter la preuve que sa maladie a été causée directement par son travail habituel.

Le 4^{ème} alinéa de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale stipule que « peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnés à l'article L.434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé ».

Ce taux a été fixé à 25 % par le décret n°2002-543 du 18.04.2002, codifié à l'article R.461-8 du Code de la Sécurité Sociale. On rappellera que dans cet 4^{ème} alinéa, la maladie doit non seulement être directement causée mais essentiellement causée par le travail habituel de la victime comme cela était indiqué dans ce 4^{ème} alinéa. Là encore le fonctionnaire ne bénéficie plus de la présomption d'imputabilité mais doit apporter la preuve de cette imputabilité. Dans le cas des fonctionnaires il n'existe pas de comité régional de reconnaissance de maladies professionnelles. Ce rôle est assuré par la Commission de réforme qui donne son avis. En effet on considère que c'est l'organe habituellement saisi pour apprécier l'imputabilité au service des accidents et maladies de la fonction publique.

Comme pour l'accident de service, l'Administration effectuera une enquête afin d'établir la matérialité des faits professionnels ayant provoqué cette maladie.

Ensuite un médecin agréé effectuera une expertise médicale afin de donner un avis sur l'imputabilité de la maladie alléguée.

Le fonctionnaire peut demander à être examiné par un autre médecin agréé que celui proposé, s'il a déjà été examiné par ce même médecin et si cette demande est motivée. On rappellera que l'examen par le médecin agréé n'est pas contradictoire mais qu'une tierce personne est tolérée. Ainsi un médecin peut assister le patient pour cette expertise.

Le médecin agréé fixera un taux d'IPP (incapacité permanente partielle).

Lorsque le médecin agréé a conclu à un taux rémunérable de 0% pour une maladie professionnelle inscrite sur un tableau ou un taux inférieur à 25% pour une maladie d'origine professionnelle mais non inscrite sur un tableau,

- si le fonctionnaire est d'accord et que ce taux est fixé par le médecin agréé, la demande d'allocation présentée par le fonctionnaire n'est pas soumise à la Commission de Réforme. L'employeur demande à l'agent une attestation écrite précisant qu'il ne conteste pas le taux proposé. L'employeur notifie au fonctionnaire le rejet du droit à l'allocation et classe le dossier. Néanmoins le fonctionnaire pourra ensuite présenter une nouvelle demande d'allocation s'il considère que son invalidité s'est aggravée.

- si le fonctionnaire n'est pas d'accord avec le taux fixé par le médecin agréé, l'employeur peut engager une procédure de contre-visite et désigner un autre médecin agréé. A noter néanmoins qu'il n'existe aucun texte réglementaire qui impose à l'employeur de procéder à un nouvel examen médical.

A la réception du rapport d'expertise de ce nouvel examen médical, si le taux est inchangé, le dossier médical est transmis à la Commission Départementale de Réforme.

Les frais de contre-visite pour cette deuxième expertise pour le médecin agréé peuvent être mis à la charge de la partie perdante. Les honoraires du médecin sont normalement pris en charge par l'employeur, en dehors de ce cas particulier.

Puis ensuite le dossier passe devant la Commission de réforme compétente.

Lors d'une demande d'une reconnaissance de maladie imputable au service, la consultation de la Commission de réforme est obligatoire par l'Administration. La consultation de la Commission de réforme suit la même procédure que pour un accident de service.

Il sera ensuite examiné et en général entériné par la Commission de réforme .

Après consolidation la victime aura droit à réparation des séquelles de la maladie professionnelle. Même pour une IPP inférieure à 10 %, le fonctionnaire titulaire bénéficiera d'une allocation temporaire d'invalidité ou en cas d'une inaptitude à l'exercice de ses fonctions d'une pension assortie d'une rente d'invalidité. Le fonctionnaire peut ainsi tenter d'obtenir une rente viagère d'invalidité si son affection le place dans l'impossibilité définitive d'exercer.

Il convient de signaler que l'ATI n'est attribuée au fonctionnaire maintenu en activité que s'il s'agit d'une maladie professionnelle officielle ou d'une maladie reconnue d'origine professionnelle (décret n°2005-442 du 02.05.2005 pour la Fonction publique territoriale et la Fonction publique hospitalière, décret n°2000-832 du 29.08.2000 pour les fonctionnaires de la Fonction publique d'Etat, Circulaire n°77-110 du 28.07.1977 : « les maladies d'origine professionnelle ouvrant droit à l'allocation temporaire d'invalidité sont uniquement celles qui sont reconnues par le Code de la Sécurité sociale et dans les conditions prévues dans ce Code ») . Ainsi, une maladie simplement contractée ou aggravée en service ne peut pas bénéficier d'un ATI. Par contre, elle peut ouvrir droit à une rente viagère d'invalidité.

Un fonctionnaire peut se voir reconnaître ainsi un droit à une rente d'invalidité au titre d'une maladie contractée ou aggravée en service à condition qu'il existe un lien de causalité entre son activité professionnelle et la maladie conduisant à sa mise à la retraite pour invalidité quelque soit le taux de cette infirmité.

Par ailleurs, suite à l'apparition du décret n° 2000-1020 du 17.10.2000 qui modifie le décret n° 65-773 du 09.09.1965, il est désormais possible de servir la rente d'invalidité aux anciens fonctionnaires atteints d'une maladie professionnelle reconnue imputable au service postérieurement à la radiation des cadres. Depuis le décret du 17.10.2000, l'attribution d'une rente d'invalidité est prévue pour l'ancien fonctionnaire qui est atteint d'une maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la Commission de Réforme postérieurement à la date de radiation des cadres

Ainsi, les allocations qui auraient été accordées à ce titre suite aux instructions ministérielles du 26.04.1999, doivent, être transformées en rente d'invalidité à compter du 19.10.2000. Comme précisé aux articles 36 et 37 du décret n°2003-1306 du 26.12.2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locale (CNRACL), les maladies contractées en service peuvent être indemnisées par la CNRACL. Aussi les allocations qui auront été accordées à ce titre suite aux instructions ministérielles du 26.04.1999 doivent être transformées en rente d'invalidité à compter du 19.10.2000.

Le taux d'IPP aboutit donc à un taux d'ATI chez les fonctionnaires.dans les cas énumérés ci-dessus .

L'arrêt Moya-Caville (arrêt du Conseil d'état du 04.07.03) permet aux personnes relevant du régime dit des pensions, c'est-à-dire des fonctionnaires, d'obtenir une indemnisation complémentaire, en l'occurrence la réparation du préjudice personnel –physique, moral, esthétique et d'agrément – sans avoir à rapporter la preuve d'une faute de l'employeur public. L'indemnisation est possible dès lors que l'accident ou la maladie professionnelle est reconnu(e) imputable au service. il s'agit donc de l'indemnisation des préjudices extra patrimoniaux.

Une faute de la victime peut réduire, voire même anéantir le préjudice que signale le patient

Par cet arrêt, le Conseil d'état a bouleversé la règle dite du « forfait de pension » en décidant que, si les articles L.27 et L.28 du Code des pensions « déterminent forfaitairement la réparation à laquelle un fonctionnaire victime d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle peut prétendre, au titre de l'atteinte qu'il a subie dans son intégrité physique... elles ne font cependant obstacle ni à ce que le fonctionnaire qui a enduré, du fait de l'accident ou de la maladie, des souffrances physiques ou morales et des préjudices esthétiques ou d'agrément, obtienne de la collectivité qui l'emploie même en l'absence de faute de celle-ci, une indemnité complémentaire réparant ces chefs de préjudice, distincts de l'atteinte à l'intégrité physique, ni à ce qu'une action de droit commun pouvant aboutir à la réparation intégrale de l'ensemble du dommage soit engagée contre la collectivité dans le cas notamment où l'accident ou la maladie est imputable à une faute de nature à engager la responsabilité de cette collectivité où à l'état d'un ouvrage public dont l'entretien incomberait à celle-ci ».

Lorsque la maladie imputable au service ou l'accident est causée par une faute de nature à engager une responsabilité de la collectivité ou par l'état d'un ouvrage public dont l'entretien lui incombait à celle-ci, la victime peut demander réparation des préjudices patrimoniaux ou économiques autres que ceux indemnisés par la pension (arrêt Moya-Caville du Conseil d'Etat du 04.07.2003, du 05.07.2004, requête

n°211106, recueil Lebon page 323, arrêt du Conseil d'Etat du 25 juin 2008, Baron contre Centre hospitalier de Saintes, requête n° 286910, arrêt Duval-Costa du Conseil d'Etat du 15.07.2004, requête n° 224276, recueil Lebon, tables, page 875). Lorsque la victime a commis une propre faute qui aurait concouru à la réalisation du dommage pour laquelle elle demande réparation, la collectivité débitrice pourra opposer à la victime sa propre faute. Il en résulte en général une diminution du montant de la réparation.

Les préjudices réparés concernent en particulier les pertes de revenus, le préjudice économique, le préjudice professionnel, en particulier le préjudice de carrière, les frais de tierce personne, les frais d'aménagement de l'appartement rendus nécessaires par les handicaps.

3. Le taux d'IPP

a. La fixation du taux d'IPP

L'évaluation de l'IPP sera effectuée par le médecin agréé puis ensuite confirmée par la Commission de réforme.

b. Le calcul de l'allocation temporaire d'invalidité

Comme déjà écrit plus haut, le fonctionnaire titulaire bénéficie d'une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.) même pour une IPP inférieure à 10 % ou en cas d'inaptitude absolue et définitive à l'exercice de ses fonctions, d'une pension assortie d'une rente d'invalidité versée à la cessation de son activité professionnelle (Loi n°84-16 du 11 janvier 1984, chapitre 7, article 65 : «le fonctionnaire qui a été atteint d'une invalidité résultant d'une maladie survenue en service peut prétendre à une ATI, Allocation temporaire d'invalidité ») .

Exemple d'une victime d'une maladie professionnelle et d'un accident de service
Si la victime présente un taux de 5 % pour un accident de service et un taux de 8 % pour une maladie professionnelle, l'A.T.I. sera calculée sur une base de 8 %.

Si la victime présente un taux de 20 % pour l'accident de service et un taux de 8 % pour une maladie professionnelle, le taux indemnisable de l'allocation sera de 28 %.

F. Le cas des professions agricoles

1. Cas des salariés agricoles

a. Cas des salariés agricoles de métropole hors Alsace-Moselle

La réglementation est assurée par l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale . La gestion du risque est assurée par la caisse de mutualité sociale agricole. La réglementation est identique à celle du régime général de Sécurité Sociale, c'est-à-dire qu'il existe deux modes de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie :

Les maladies inscrites à un tableau professionnel

Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles .

La seule différence réside dans la liste des tableaux de maladies professionnelles qui sont différents de ceux du régime général avec donc une liste de tableaux propre au régime agricole .

Les prestations (prestations en nature, prestations en espèce) sont identiques à celles du régime général de la Sécurité Sociale .

Le contentieux des maladies professionnelles suit une procédure identique à celui du contentieux des accidents du travail décrit dans le chapitre des accidents du travail agricole chez les professions salariées de métropole hors Alsace-Moselle .

b. Cas des salariés agricoles d'Alsace-Moselle

Les personnes assurées contre le risque maladie professionnelle sont les mêmes que celles énumérées pour les personnes protégées du risque accident du travail en Alsace-Moselle dans les chapitres correspondants sus cités .

La définition de la maladie professionnelle est identique à celle énoncée par le régime général de Sécurité Sociale .

La procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle est identique à celle du régime général de Sécurité Sociale si ce n'est que la liste de tableaux est la même que celle des salariés agricoles de métropole hors Alsace-Moselle .

Tout le système de reconnaissance des maladies professionnelles est également identique à celui du régime général de Sécurité Sociale . Un décret du 28 février 1997 a permis l'application du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (fonctionnement décrit dans un arrêté du 3 novembre 1997) .

Les prestations en espèce et en nature sont identiques à celles assurées pour les salariés agricoles victimes d'un accident du travail en Alsace et en Moselle (cf chapitre sus cité) .

Le contentieux des maladies professionnelles des salariés agricoles d'Alsace-Moselle suit la même procédure que le contentieux des accidents du travail des salariés agricoles d'Alsace-Moselle .

c. Cas des salariés agricoles des départements d'outremer (DOM)

Les salariés agricoles des départements de la Réunion, de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane relèvent pour les maladies professionnelles depuis 1946 du régime général (article L.751-1 du Code de la Sécurité Sociale) .

2. Cas des exploitants agricoles non salariés victimes d'une maladie professionnelle

a. Les exploitants agricoles non salariés de métropole hors Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle

aa. Ancien régime d'indemnisation

L'assurance obligatoire instituée par la loi du 22 décembre 1966 inscrite dans le Code Rural sous les articles 1.234-1 , 1.234-18 couvre le risque des maladies professionnelles imputables à des travaux agricoles . L'assurance obligatoire couvre donc les dispositions prévues par les articles L.461-1 et suivants du Code de la

Sécurité Sociale . La reconnaissance doit donc obéir au système des tableaux des maladies professionnelles .

Les prestations sont identiques à celles offertes aux exploitants agricoles non salariés victimes d'un accident du travail (cf chapitre sus cité) . Il s'agit donc de la couverture des prestations en nature habituellement reconnues par la Sécurité Sociale ainsi que le paiement d'une pension d'inaptitude pour inaptitude totale ou partielle .

L'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 couvre également les maladies professionnelles contractées au cours de l'exercice d'une profession agricole non salariée .

Là encore, il s'agit des maladies professionnelles prévues par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 relative à l'assurance obligatoire des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (article 13 du décret n°73-779 du 24 juillet 1973) .

Ces prestations sont identiques à celles accordées pour un exploitant agricole non salarié victime d'un accident du travail (cf chapitre sus cité) .

Le contentieux se déroule également d'une façon identique .

bb. Nouveau régime d'indemnisation régi par la loi du 30-11-2001

La loi du 30.11.01 parue au Journal Officiel du 1^{er}.12.01 et entrée en vigueur le 1^{er}.04.02, vise à créer une véritable branche accident du travail et maladie professionnelle au sein du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Sont ainsi obligatoirement assurés, les chefs d'exploitation et leurs aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, les conjoints qui participent à la mise en valeur de l'exploitation, les enfants de 14 ans à 16 ans, qui participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation.

Une particularité réside dans la pluralité des gestionnaires de ce régime.

En effet, les caisses de la mutualité agricole mais aussi les sociétés civiles du code des assurances ou du code de la mutualité sont autorisées à garantir les risques accidents du travail ou maladies professionnelles.

Néanmoins, la MSA bénéficie d'un rôle de caisse pivot, en particulier les caisses de MSA, assurent le contrôle médical pour l'ensemble des ressortissants du régime.

Les prestations assurées, le contentieux sont identiques à ceux énumérés dans le chapitre accidents du travail des professions agricoles non salariées de métropole hors Alsace-Moselle . Il est créé des indemnités journalières allouées pendant la période d'incapacité temporaire du travail au seul chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le versement débute à l'expiration du 8^{ème} jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le mode de calcul est déterminé en application des règles du régime général de sécurité sociale. Au moment de la consolidation de la lésion, un taux d'IPP est évalué par le médecin conseil de la MSA. Le chef d'exploitation a le droit à une rente accident du travail lorsque son taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50%. Les autres personnes non salariées de l'exploitation, bénéficient d'une rente accident du travail en cas d'incapacité permanente totale soit un taux d'IPP de 100%. On constate donc là une des limites de la nouvelle loi qui n'indemnise pas après consolidation toutes les maladies professionnelles mais uniquement celles dont le taux d'IPP est supérieur à 50% pour les chefs d'exploitation.

Le calcul de la rente accident du travail est similaire à celui du régime général avec la détermination d'un taux utile réduit de moitié pour la fraction égale à 50% et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50%.

Le décret 2002-200 du 14.02.02 relatif aux prestations de l'assurance des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles sur l'article 25 renvoie bien au tableau des maladies professionnelles agricoles.

Les différents modes de reconnaissance des maladies professionnelles se superposent à ceux des salariés puisqu'on reconnaît les maladies professionnelles reconnues dans le cadre des tableaux des maladies professionnelles et les maladies professionnelles reconnues dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles (décret n°2002-200 du 14.02.02).

Toute maladie professionnelle doit être déclarée à l'organisme gestionnaire dans les quinze jours qui suivent la première constatation de l'origine professionnelle de la maladie, par les soins de la victime (article 26 du décret n°2002-200 du 14.02.02). Dès réception d'une déclaration de maladie professionnelle, l'organisme gestionnaire dispose d'un délai de trois mois pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie.

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, l'organisme de prise en charge dispose d'un délai complémentaire pour instruire la déclaration de maladie professionnelle. L'organisme gestionnaire est tenu d'informer la victime ou ses ayants droits avant l'expiration d'un délai de 3 mois par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le recours au délai complémentaire doit intervenir avant l'expiration du délai initial d'instruction et court à compter de la date de la notification aux parties (article 35, 1^{er} alinéa, du décret n°2002-200 du 14.02.02). Le point de départ du délai complémentaire est la date d'envoi de la notification qui informe les parties du recours au délai complémentaire (article 668 du nouveau code de procédure civile).

La date d'envoi met fin au délai normal d'instruction et constitue le point de départ du délai complémentaire.

L'absence de décision de l'organisme de prise en charge, à l'issue du délai initial de 3 mois ou du délai complémentaire de 3 mois entraîne la reconnaissance implicite à l'égard de la victime du caractère professionnel de la maladie (article 30 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Le décret n°2003-199 du 07.03.03 paru au journal officiel du 09.03.03 adapte aux non salariés agricoles les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) déjà mis en place pour les salariés du régime général en 1993 et aux salariés du régime agricole en 1994, du fait de l'application aux non salariés agricoles, des dispositions du titre VI du livre IV du code de la sécurité sociale concernant les maladies professionnelles. Les adaptations du décret concernent la composition, le fonctionnement, le ressort des CRRMP.

Le médecin conseil chargé de présenter cette demande devant le CRRMP est le médecin conseil national du régime agricole de protection sociale ou un médecin conseil désigné pour le représenter. Le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel se trouve la caisse de MSA ou le bureau départemental ou interdépartemental de l'association des assureurs AAEXA (AAA) dont relève la victime. L'avis du comité est rendu à l'organisme assureur dont relève la victime.

Le dossier soumis au CRRMP est constitué par l'organisme assureur dont relève la victime. Il comprend :

- une demande motivée de reconnaissance signée par la victime,
- un avis motivé d'un technicien conseil de prévention et d'un médecin du travail de la caisse de MSA territorialement compétente, portant notamment sur la réalité de l'exposition de la victime à un risque professionnel.
- Le cas échéant, les conclusions de l'enquête conduite par la caisse de MSA ou l'AAA,
- Le rapport établi par le service du contrôle médical de la caisse de MSA qui comporte le cas échéant le rapport d'évaluation du taux d'IPP de la victime

Le dossier est rapporté devant le comité par le médecin conseil qui a examiné la victime ou qui a statué sur son taux d'IPP ou par le médecin conseil qu'il a désigné pour le représenter.

La demande de reconnaissance de la maladie professionnelle doit être instruite dans sa globalité, tous modes de reconnaissance confondus (système des tableaux et système complémentaire) dans un délai maximal (initial et complémentaire) de 6 mois à condition que l'organisme gestionnaire ait recours au délai complémentaire. Dans le cas contraire le délai maximal est ramené à 3 mois.

Autrement dit la décision de refus de prise en charge à l'égard de la victime doit intervenir en une seule fois et sur les deux modes de reconnaissance, soit avant l'issue du délai initial de 3 mois, soit et sous réserve bien entendu que l'organisme de prise en charge ait bien eu recours au délai complémentaire à l'issue de ce dernier.

En ce qui concerne les exploitants agricoles non salariés, le contentieux de la prise en charge en accident de travail ou en maladie professionnelle est régi par l'article R142-1 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'assuré peut faire appel auprès de la commission de recours amiable et par l'article R142-6 du code de la sécurité sociale qui signale ensuite que le contentieux peut être poursuivi auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

En ce qui concerne le contentieux du taux d'IPP des exploitants non salariés agricoles il est régi par l'article D.752-29 du code rural. L'article R142-41 du code de la sécurité sociale stipule que le contentieux général des accidents du travail et des maladies professionnelles est pris en charge par la commission de recours amiable sauf les cas stipulés par l'article R142-50 du code de la sécurité sociale qui incluent le contentieux du taux d'IPP.

Dans ce dernier cas, le contentieux est assuré par le président du TASS qui peut rédiger une ordonnance de conciliation et en cas d'échec par le tribunal des affaires de sécurité sociale puis ensuite par la cour d'appel du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le contentieux des exploitants non salariés agricoles, en ce qui concerne le taux d'IPP en accident du travail et maladie professionnelle, est également réglementé par le décret du journal officiel n°2003-846 du 29.08.03.

Pour le système de reconnaissance complémentaire, la même procédure et le même délai sont applicables aux non-salariés agricoles (décret 2003-199 du 7 mars 2003 paru au Journal Officiel N°58 du 9 mars 2003 page 4.163).

Le CRRMP compétent est alors celui dont le celui dans le ressort duquel se trouve la Caisse de mutualité sociale agricole ou le bureau départemental ou inter-départemental du groupement mentionné à l'article L. 752-14 du Code rural dont relève la victime. Le médecin conseil régional mentionné au premier paragraphe de l'article D. 461-27 du Code de la sécurité sociale, lequel article fixe la composition du CRRMP, est remplacé par le Médecin conseil national du régime agricole de protection sociale ou le médecin conseil qu'il désigne pour le représenter

b. Cas des exploitants agricoles non salariés d'Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle

Les personnes assurées contre le risque maladie professionnelle sont les mêmes que celles énumérées dans le chapitre de la protection des exploitants non salariés agricoles d'Alsace-Moselle pour les accidents du travail .

Les risques couverts au titre des maladies professionnelles sont les mêmes que pour les salariés agricoles d'Alsace-Moselle victimes d'une maladie professionnelle .

Les prestations en nature et en espèce sont identiques à celles énumérées dans le chapitre des exploitants agricoles non salariés d'Alsace-Moselle victimes d'un accident du travail .

Le contentieux des exploitants agricoles non salariés suit la même procédure que le contentieux des accidents du travail des exploitants agricoles non salariés .

c. Cas des maladies professionnelles des exploitants agricoles non salariés des départements d'outremer

aa. L'ancien système d'indemnisation avant la loi du 30 – 11 – 2001

Le régime d'assurance obligatoire contre les maladies professionnelles édicté pour la métropole par la loi du 2 décembre 1966 a été étendu aux exploitants agricoles non salariés des départements d'outremer par la loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite au Code Rural sous la forme de l'article 1.234-27 .

Les décrets d'application n°86-369 et n°86-371 du 10 mars 1986 sont publiés au Journal Officiel du 14 mars 1986 .

L'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25 octobre 1972 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 a été étendue aux départements d'outremer pour les exploitants agricoles non salariés par cette même loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite sous la forme de l'article 1.234-29 dans le Code Rural . Le décret d'application n°86-370 du 10 mars 1986 a été publié au Journal Officiel du 14 mars 1986 .

bb. Le nouveau système d'indemnisation après la loi du 30 – 11 – 2001

L'article L.762-34 du code rural modifié par l'article 3 de la loi n°2001-1128 du 30.11.01 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles et de leur famille entrée en vigueur le 01.04.02 et le décret en Conseil d'Etat n°2003-617 du 3-7-2003, paru au Journal Officiel du 5-7-2003 rendent applicable les dispositions de l'assurance accident du travail de la loi entrée en vigueur le 1-4-2002 des non salariés agricoles aux personnes non salariées des professions agricoles exerçant leur activité dans les départements d'outre mer.

Les caisses générales de sécurité sociale exercent les fonctions dévolues aux MSA. Les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales exercent les missions dévolues aux chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricole.