



ACTES DU SEMINAIRE DU 25 MAI 2013

« L'Accidenté du Travail : itinéraire d'une reconnaissance contrariée. »



Lunch atop a Skyscraper, 1932, by Charles C Ebbets

EDITION 2014

PREAMBULE

Nous souhaitons tout d'abord remercier vivement toutes les personnes qui ont assisté à ce séminaire et en particulier chacun des intervenants extérieurs qui y ont participé, ont permis d'apporter un éclairage sur leurs pratiques professionnelles et ont permis d'échanger de manière fructueuse avec la salle.

Nous souhaitons également nous excuser à double titre :

1/ L'intégralité des interventions et des échanges ayant eu lieu lors de ce séminaire, en particulier lors des questions ouvertes, devait être enregistrée et devait permettre d'étoffer ces actes. Toutefois, à l'issue de cette journée, nous avons malheureusement constaté que cet enregistrement n'avait pas eu lieu.

2/ La sortie tardive de ces actes est liée à un problème structurel du CATRED. En effet, ces derniers mois, le CATRED a rencontré de sérieux problèmes de renouvellement de ses instances dirigeantes. Face à la menace d'une fermeture définitive, une solution garantissant sa pérennisation a été trouvée in extremis.

INTRODUCTION

Pierre ROGEL, Responsable du Développement au CATRED 4

CONSTATS ET ANALYSES

L'expérience du CATRED : Le droit à l'épreuve de la pratique

Stéphanie SEGUES, Juriste 8

Accident du Travail, à qui profite le système ?

Yveline FRILAY, Médecin généraliste, membre du SMG (Syndicat de la Médecine Générale), membre du comité de rédaction de la revue PRATIQUES ou les Cahiers de la Médecine Utopique 19

Le contentieux accident du travail (vu du côté du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité/TCI)

Monsieur Jacques MICHEL, Président du TCI de Paris 23

QUELLES AMELIORATIONS APPORTER POUR UN MEILLEUR ACCES AU DROIT DES ACCIDENTES DU TRAVAIL

Madame PIEKARSKI et Monsieur AZORIN, Médecins consultants au TCI de Paris 25

CONCLUSION

Laure CAMAJI, Maître de conférences en droit, ex-membre du CATRED 27

ANNEXE

Document sur les rentes « accident du travail »

Transmis par Monsieur Jean-Claude Chalumeau, Manager opérationnel au Département des Risques Professionnels de la CPAM de Paris 29

INTRODUCTION

Pierre ROGEL, Responsable du Développement au CATRED

Comme les années précédentes, ce Séminaire vise à prendre un peu de recul – et de hauteur – par rapport à l'impérieuse urgence du terrain, et ce afin de mieux faire connaître les pratiques et les outils juridiques mobilisables sur une thématique juridique spécifique, voire de promouvoir des actions, sinon collectives, plus concertées entre partenaires.

Cette année, d'une part en écho à la prise en charge exponentielle de litiges couvrant le champ de la législation relative aux risques professionnels (majoritairement des accidents du travail) émanant de salariés relevant tant du secteur privé que de la fonction publique, et, d'autre part, compte tenu de la richesse des compétences qu'ils induisent, le CATRED souhaitait ouvrir une réflexion commune et contradictoire sur la problématique de l'accès aux droits sociaux en matière d'accident du travail, en la limitant cependant aux seuls salariés du régime général de la Sécurité Sociale (et ce, même si l'interpellation de fonctionnaires d'Etat ou territoriaux se fait croissante – bien que répondant à des règles catégorielles bien spécifiques).

En effet, s'il est devenu proverbial de nous chanter que « *le travail c'est la santé* », on est alors en droit de se demander pourquoi la médecine du travail existe et pourquoi des accidents du travail surviennent. On le voit, au-delà des vicissitudes inopinées de toute profession, la santé au travail se mesure à l'aune des conditions d'exercice de ce travail. Or, par-delà les infractions réelles au Code du Travail, sources d'exploitation et/ou de fragilisation de travailleurs français ou étrangers employés irrégulièrement, et sans prétendre se baser sur quelque analyse sociologique définitive, il apparaît bien que la crise économique que nous traversons, qui se traduit à la fois par un rétrécissement du marché du travail et l'édification de politiques managériales accentuant la stratification concurrentielle des travailleurs, amplifie les situations à risques, que ceux-ci soient physiques ou psycho-

sociaux (ne parle-t-on pas d'ailleurs de « management par le stress » ?) – (cf : « *La « double peine » des sans-papiers victimes d'accidents du travail* », par Simon Leplâtre, in Le Monde, 22/05/2013 ; « *Médecins du travail : les contestations des entreprises sont de plus en plus fréquentes* », par Alexia Eychenne, in L'Express, 15/05/2013).

Dans ce contexte, qu'ils soient français ou étrangers, réguliers ou « sans-papiers », main d'œuvre non qualifiée ou peu qualifiée la plus exposée aux métiers dangereux dont la dangerosité est accentuée par la mécanisation de tâches répétitives exécutées à une fréquence effrénée ou agents du secteur tertiaire acculés par des logiques de réductions budgétaires, nombre de travailleurs peu à peu fragilisés voient leur trajectoire professionnelle soudainement interrompue. Alors que rien ne les y préparait, cet événement accidentel inaugure une nouvelle représentation d'eux-mêmes, qu'ils doivent, à l'épreuve d'une temporalité paradoxale, éprouver dans leur chair ou leur esprit tout en s'échinant à la faire reconnaître objectivement (éprouver n'est pas prouver) au terme d'un processus long et complexe qui convoque de nombreux domaines : médical, procédural, administratif, juridique, judiciaire – et donc autant d'aptitudes rarement conjuguées.

Esseulée face à une approche systémique tentaculaire et en quête d'un nouveau statut, la victime au/du travail ne saurait pourtant s'enfermer dans une posture simplement victimaire, en se tenant extérieure au processus de construction de ses droits. Nous verrons donc qu'elle doit être, coûte que coûte, partie prenante de la construction de son statut d'« accidentée du travail », car si, en théorie, le corpus juridique balise largement et clairement ce contentieux, la pratique révèle que rien ne va de soi.

En effet, ce chemin sinueux nécessite : engagement individuel, réactivité, mutualisation des compétences appropriées, persévérance et réalisme. Pour la victime, ce cheminement passera de manière concomitante par : un avis médical circonstancié et exhaustif, une écoute et une information sans cesse réactualisées de la part de

l'administration concernée, la rigueur d'un accompagnement socio-juridique individualisé au long cours, une représentation juridique réalisant la concrétion des compétences plurielles sollicitées et, *in fine*, une ultime censure, celle du Tribunal compétent au terme de l'instance judiciaire.

Voilà donc autant d'étapes, de rouages, de repères, d'interlocuteurs, de médiateurs, d'experts, de censeurs que toute victime côtoiera dans un rapport souvent unilatéral, parfois partenarial, régulièrement de défiance, voire d'opposition. En somme, à distance les uns des autres. C'est pourquoi, ce Séminaire vise également à permettre à tous les acteurs du processus concourant à la reconnaissance d'un accident du travail à mieux « s'envisager », au sens physiologique du terme, pour mieux appréhender et comprendre la place, le rôle et l'importance de chacun dans la dynamique de ce processus.

Dès lors, après avoir précisé que la parole de l'employeur ne sera pas portée en ce lieu (le Séminaire se consacrant principalement aux difficultés éprouvées par les victimes au/du travail), la poursuite de cette ambition me donne l'occasion de remercier chaleureusement tous les intervenants qui ont accepté de partager leurs compétences et leurs expériences respectives, afin de baliser le chemin à parcourir et, au terme de leur participation, d'ébaucher ensemble les fondations d'un itinéraire moins contrarié à l'endroit de tous ceux qui, un jour ou l'autre, seraient victimes de leur travail. Ainsi, j'adresse d'ores et déjà mes remerciements à : Madame PREVOST et Monsieur Jacques MICHEL, Présidents du TCI de Paris, Madame PIEKARSKI et Monsieur AZORIN, Médecins auprès du TCI de Paris, Monsieur Jean-Claude CHALUMEAUX, Manager opérationnel auprès du Département des Risques Professionnels de la CPAM de Paris, Madame Yveline FRILAY, Médecin Généraliste et membre du Syndicat de la Médecine Générale et, enfin, Mesdames Laure CAMAJI et Stéphanie SEGUES, respectivement Maître de Conférences en Droit et Juriste au CATRED.

Enfin, au carrefour de l'accès aux soins, de l'accès à la protection sociale et du droit du travail, l'itinéraire que suit et trace l'accidenté en quête d'une reconnaissance du caractère professionnel de son accident ne peut être une fin en soi. Il n'est ni une impasse, ni un objectif ultime, au terme desquels se dresserait le seul horizon du chômage ; chômage qui, comme l'écrivait le journaliste et écrivain pamphlétaire Yvan Audouard, « *a un seul avantage : les accidents du travail y sont rares* ». Non, cet itinéraire n'est pas une voie de garage ; au contraire, il doit être l'occasion d'un rebond pour permettre à l'accidenté du travail de reprendre le fil de sa trajectoire professionnelle, voire de bifurquer vers une autre voie.

C'est pourquoi, dans une période où, parce qu'il est en berne, le travail se paie chèrement, où de plus en plus de politiques sociales semblent être affidées à une logique dominante de réduction des dépenses publiques et à l'aube d'une nouvelle réforme des retraites qui s'inquiétera certainement de la durée de cotisations à remplir pour pouvoir y prétendre, il apparaît judicieux, aujourd'hui, de cartographier notre rapport au travail – et surtout les conditions de la sécurisation de ceux qui l'exerce –, en réfléchissant aux modalités de consolidation de l'accompagnement, de la prévention et de la prise en charge des Risques Professionnels (et en l'espèce des accidents du travail), pour ne pas nous condamner, au terme d'un ultime itinéraire accidenté, à attendre les vieux jours pour n'y plus faire de vieux os.

Voilà l'invitation que je vous lance en ce samedi 25 mai 2013. Et ce, en deux temps : tout d'abord, au fil de quatre interventions successives, puis, après une pause bien méritée, par la tenue d'une table-ronde qui sera l'occasion d'approfondissements et d'échanges visant à élaborer quelques préconisations. Alors, en route!

CONSTATS ET ANALYSES

L'expérience du CATRED : Le droit à l'épreuve de la pratique

Stéphanie SEGUES, Juriste

I/ Bref rappel des dispositions applicables en matière d'accident du travail

La législation relative aux risques professionnels (accident du travail et maladies professionnelles) est plutôt bien balisée par le Code de Sécurité Sociale (CSS) et est plutôt bien respectée par les Caisses, particulièrement lors de la phase déclarative de l'accident.

Le Code de Sécurité Sociale prévoit en effet que la victime d'un accident du travail doit le déclarer à son employeur dans la journée ou à défaut dans un délai de 48H (L 441-2) SAUF impossibilité absolue, cas de force majeure ou motifs légitimes.

L'employeur dispose ensuite de 48H pour le déclarer à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR).

A défaut (notamment lorsque le travailleur est sans papier et n'est pas déclaré), la victime ou ses représentants disposent d'un délai de 2 ans pour faire la déclaration à la CPAM (=jusqu'à l'expiration de la 2ème année qui suit l'accident). Passé ce délai, l'accident ne pourra plus être déclaré à la caisse ou du moins ne pourra pas être reconnu comme un accident du travail et donner lieu à une prise en charge de la Caisse à ce titre.

Une fois cette déclaration reçue par la Caisse (déclaration accompagnée désormais d'un certificat médical initial d'accident du travail), cette dernière dispose d'un délai de 30 jours pour dire si cet accident peut ou non être pris en charge par la législation relative aux risques professionnels.

Si avant l'échéance de ce délai, la Caisse n'a pas terminé son enquête et n'est pas en mesure de réserver une décision à la victime, elle doit l'informer par écrit qu'elle proroge le délai nécessaire à l'examen du dossier. La Caisse dispose alors de deux mois d'instruction supplémentaires.

Faute de décision dans ces délais, l'accident est réputé reconnu par la Caisse, laquelle doit alors prendre en charge les soins en lien avec cet accident et régler les indemnités journalières pendant toute la durée nécessaire (la prise en charge diffère de celle de la

maladie, elle est plus intéressante financièrement : 60% pendant les 28 1ers jours/ 80% à partir du 29ème jour).

Par conséquent, si en théorie l'ensemble de la procédure est plutôt bien encadrée par les textes, une rigueur s'impose aussi vis-à-vis de tous les acteurs concernés (victime, médecins, caisse, travailleurs sociaux, juristes) sans laquelle la reconnaissance de l'accident fera défaut tout comme les suites qui en résultent : la reconnaissance ou non des séquelles peut non seulement donner lieu à indemnisation de la caisse (capital ou rente) mais peut permettre à terme aux ressortissants étrangers d'obtenir la régularisation de leur situation administrative.

Pour autant :

- 1) Le seul respect des étapes déclaratives, médicales, administratives et judiciaires ainsi que leur régularisation successive suffisent-ils à caractériser le parcours d'accès au droit qui s'impose à tout accidenté ?
- 2) Si ces critères s'avèrent intangibles, le parcours strictement objectif de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ne demeure-t-il pas amputé voire inopérant en cas de passivité de la victime elle-même ?
- 3) Partant, au-delà de l'objectif final poursuivi, inauguré par toute déclaration d'accident du travail, l'implication nécessaire de la victime elle-même et de ses accompagnants (cf. infra : juristes, travailleurs sociaux, etc.) ou contradicteurs éventuels (la CPAM notamment) ne favorise-t-elle pas un réel accès au droit ?

Rapide statistique du nombre de sollicitations relatives à l'accident du travail et du nombre de dossiers « accident du travail » suivis au CATRED

Sur l'année 2012 :

- le CATRED a eu 277 sollicitations de la part de personnes physiques, reçues au sein de ses permanences et a reçu 92 sollicitations par courriel.

- 41 dossiers ont été traités au CATRED (hors Points d'Accès au Droit/ PAD).

- Dans les PAD :

13 dossiers ont été traités au PAD du 18^{ème} arrondissement de Paris

9 dossiers ont été traités au PAD du 15^{ème} arrondissement de Paris

Au total : 63 dossiers ont été suivis (et donc pris en charge) sur cette thématique.

II/ Etat des lieux des dossiers suivis au CATRED : un cadre juridique à l'épreuve des faits

A/ La déclaration de l'accident

1/ Accident non pris en charge au titre de la législation sur les risques professionnels

- L'accident du travail n'est pas reconnu par la Caisse, laquelle estime que la victime n'a que des allégations propres et unilatérales.

S'il est vrai que l'existence de cette présomption du caractère professionnel de l'accident ne saurait résulter des seules allégations de la victime non corroborées par des éléments objectifs (cass¹ soc. 26 mai 1994, Bull civ V p 121), cet argument est souvent utilisé par les CPAM pour considérer que l'accident n'est pas un accident du travail alors que des témoignages figurent au dossier et corroborent les dires de l'intéressé. En outre, il existe une présomption d'imputabilité, à savoir : toute lésion se produisant dans un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant d'un accident du travail (cass ch réunies 7 avril 1921).

Cette présomption implique que toute lésion survenue au temps et au lieu du travail doit être considérée comme résultant d'un accident du travail sauf s'il est rapporté la preuve que cette lésion a une origine totalement étrangère au travail (cass ch réunies 28 juin 1962).

S'agissant d'une présomption simple, susceptible de preuve contraire, la **charge de la preuve de la cause étrangère au travail pèse sur l'employeur ou la Caisse de Sécurité Sociale** (cass soc 8 juin 1995, bull civil V p 141).

- L'accident du travail n'est pas reconnu par la Caisse, laquelle estime que les lésions ne sont pas imputables à l'exercice professionnel (c'est davantage le cas en matière de maladie professionnelle et en matière d'accident du travail, c'est davantage le cas en matière de rechute d'accident du travail).

¹ Cour de Cassation

2/ Accident pris en charge au titre de la législation sur les risques professionnels sans toutefois que la Caisse ne verse les indemnités journalières dues à ce titre

L'accident est reconnu comme un accident du travail et les soins sont pris en charge au titre de la législation sur les risques professionnels mais la Caisse refuse de procéder au versement des indemnités journalières en raison de l'irrégularité du séjour de l'intéressé.

C'est le cas du dossier de Monsieur K. Dans un premier temps, son accident du travail n'a pas été reconnu par la Caisse. Suite à sa contestation, portée en mars 2006 auprès de la Commission de Recours Amiable de la CPAM, son accident a été pris en charge au titre de la législation sur les risques professionnels en avril 2006.

N'ayant reçu aucun versement d'indemnités journalières, l'intéressé adresse un courrier à la Caisse en août 2007.

Par courrier en date du 3 octobre 2007, la division des accidents du travail informe l'intéressé que son accident du travail du 25 octobre 2005 a été pris en charge le 27 avril 2006 mais que les personnes de nationalité étrangère ne peuvent bénéficier des prestations des assurances accident du travail que si elles sont en situation régulière sur le territoire français et en mesure de présenter un titre de séjour en cours de validité.

S'estimant à raison lésé, l'intéressé saisit de nouveau, comme l'y invitait la Caisse, la Commission de Recours Amiable de la CPAM, par courrier en date du 11 novembre 2007.

Par courrier en date du 7 décembre 2007, l'intéressé reçoit un courrier du service contrôle de la direction des affaires juridiques et réglementaires de la CPAM.

Dans ce courrier, il est indiqué que l'employeur de Monsieur K. a, sur la déclaration d'accident du travail, mentionné un numéro d'immatriculation qui n'appartenait pas à l'intéressé, ce que celui-ci n'a jamais contesté.

De ce fait, il est passible d'une amende au titre de l'article L 114-13 du Code de Sécurité Sociale. Toutefois, le service mentionne qu'en l'absence de paiement de prestations non justifiées, aucune poursuite ne sera engagée à son encontre.

Par la suite, les soins liés à l'accident du travail ont été pris en charge par la Caisse mais aucune indemnité journalière n'a jamais été versée. En outre, par courrier en date du 20

février 2008, l'imputabilité de la rechute à l'accident du travail du 25 octobre 2005, dont a été victime l'intéressé, a été reconnue par le service risques professionnels de la CPAM.

Pour écarter la prise en charge pécuniaire de l'accident du travail, la CPAM semble, dans son courrier en date du 3 octobre 2007, se prévaloir de l'article L 115-6 du code de sécurité sociale qui réserve le bénéfice de la législation de la sécurité sociale aux personnes justifiant de la régularité de leur séjour sur le territoire français.

Toutefois, cet article est inopérant en matière notamment d'accident du travail.

En effet, dans son article L 341-6-1, le code du travail offre aux étrangers embauchés sans titre de travail valable les garanties qui tendent à les assimiler à des travailleurs régulièrement embauchés.

En outre, l'article L 311-2 du Code de Sécurité Sociale précise que *« sont obligatoirement affiliés aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat »*.

Ainsi, toute personne exerçant une activité professionnelle est affiliée au régime de la sécurité sociale, peu importe qu'elle soit ou non en situation régulière.

A cela s'ajoute le fait que la jurisprudence prévoit que le salarié dont le travail est dissimulé n'en demeure pas moins protégé par la législation sur les accidents du travail (Cass. Soc, 28 novembre 1974, n° 74-10206) ainsi que le réaffirme le Ministère des Affaires Sociales en la matière.

Dans une circulaire datée du 17 février 1995, le Ministère a en effet précisé que l'irrégularité de la situation d'un ressortissant étranger au regard du séjour et du travail ne fait pas obstacle au versement des prestations liées à l'accident du travail (prestations en nature ou en espèces, capital, rente) mais que cela a simplement pour conséquence le remboursement intégral par l'employeur des prestations versées par la Caisse, qui doit entreprendre les poursuites en la matière. Ce que prévoit d'ailleurs l'article L 471-1 du Code de Sécurité Sociale.

Dans de tels dossiers, il apparaissait que le motif de l'irrégularité de séjour de l'intéressé n'était plus invoqué par les Caisses.

Toutefois, des constats récents viennent remettre en cause cette avancée: ce motif a été invoqué oralement par la CPAM de la Seine-Saint-Denis, laquelle a reconnu initialement l'accident du travail mais n'a pas procédé au versement des indemnités journalières dues au titre de la législation sur les risques professionnels estimant que, la personne étant titulaire de l'AME (car sans papier), elle ne pouvait pas exercer une activité professionnelle et donc ne pouvait pas être victime d'un accident du travail. Des recours sont en cours.

Il semblerait que la CPAM de Paris s'oriente vers ce même type de conclusion : l'accident du travail est reconnu comme tel mais ensuite les prestations en espèces ne sont pas réglées ; les Caisses demandent au préalable aux victimes de s'affilier au régime de la Sécurité Sociale.

3/ La fin de l'indemnisation de l'accident du travail (=Suites de la reconnaissance de l'accident)

Au bout de quelque temps ou lorsque les arrêts de travail ne sont plus prorogés par le médecin qui suit la victime, la Caisse va fixer une date de consolidation (état de la victime stabilisé) ou de guérison (retour à l'état antérieur précédant l'accident) de l'état de santé de la victime en lien avec l'accident.

Toutefois, de manière habituelle, les Caisses adressent ces décisions postérieurement à la date de consolidation ou de guérison fixée. Il en résulte des conséquences néfastes pour la victime: des demandes de remboursement des indemnités journalières servies par les caisses sont adressées à la victime ; cette dernière se retrouve soudainement sans ressource, la durée transitionnelle étant insuffisante pour se prévaloir d'autres droits (invalidité, retraite par exemple).

Pourtant, aux termes des dispositions prévues par la circulaire CNAMTS n° 1321/82 du 20 juillet 1982, relative au contrôle de l'incapacité de travail et à la notification de l'assuré de l'avis défavorable émis par le service médical au sujet des incapacités de travail, la notification par le service administratif de l'avis défavorable émis par le service médical au sujet des incapacités de travail ne peut porter que sur des périodes postérieures à la date de cette notification.

La notification adressée à l'assuré ne peut donc avoir d'effet que pour l'avenir.

Ce faisant, dans la mesure où les notifications des décisions de guérison ou de consolidation sont intervenues postérieurement au point de départ de la guérison ou de la consolidation effectives, elles ne peuvent engendrer de la part des Caisses une demande de remboursement d'un trop-perçu pour les indemnités journalières postérieurement versées à tort par les Caisses alors que ces dernières n'avaient pas encore rendu leur décision.

Cet argument a été utilisé par le CATRED dans plusieurs dossiers (recours). Les Caisses n'ont pas répondu aux courriers mais sont revenues sur leur décision visant à obtenir le remboursement des indemnités journalières.

4/ Recours contre une décision de guérison ou de consolidation avec ou sans séquelles : l'expertise médicale

Problèmes constatés :

- **La mauvaise mention des délais de recours en matière d'expertise médicale**
L'article L 141-1 du Code de Sécurité Sociale dispose que l'intéressé a un mois pour solliciter l'expertise à compter de la date de la décision contestée. Il ne dispose ainsi pas d'un mois pour former un recours à compter de la date de notification de la décision (ce qui est souvent mentionné à tort dans les décisions de la CPAM, via son service médical, lequel a pu ensuite indiquer que le recours intenté était entaché de forclusion lorsque l'intéressé sollicitait l'expertise dans le délai d'un mois à compter de la date de notification de la décision contestée...).
- **Une expertise est sollicitée par la victime auprès de la Caisse dans le délai précité.** Aucune suite n'y est pourtant donnée par la CPAM. Les causes sont variées : ceci peut être lié au dépôt sur place (au guichet du service médical) du recours par la victime sans que la caisse ne remette une preuve de dépôt ou tout simplement à l'absence de réponse du service médical de la Caisse. Dans le premier cas, il ne sera plus possible d'intervenir juridiquement, faute de preuve contraire.
- **Des conclusions d'expertise sont rendues. Toutefois, aucune décision n'est ensuite adressée à la victime par la Caisse.** La Caisse (tout comme la victime) est certes liée par l'avis médical rendu par l'expert. Toutefois, c'est à elle de notifier à la victime la décision de la CPAM qui en résulte pour que la victime puisse ensuite contester, si elle le souhaite, la décision qui lui est opposée.
- **Il arrive que la Caisse anticipe l'évaluation du taux d'incapacité permanente** (lequel donne lieu à un capital), cette décision étant concomitante à la décision de

consolidation. Ceci peut alors contraindre la victime de l'accident à former dans le même temps deux contestations : l'une sur la consolidation, l'autre sur le taux d'incapacité fixé. Ce qui bien évidemment ne facilite notamment pas la lecture du dossier par la victime et nécessite en outre la saisine de deux tribunaux différents (le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale/ TASS sur la contestation relative à date de la consolidation et le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité /TCI sur la contestation ayant trait au taux d'incapacité fixé).

III/ Préconisations

1/ Une nécessaire coordination des différents acteurs (victime/ médecins/ acteurs associatifs/ travailleurs sociaux/ syndicats/avocats) intervenant en lien avec la victime et une nécessaire connaissance de la procédure et des enjeux qui en découlent.

La procédure en matière d'accident du travail est carrée : elle est enfermée dans des délais stricts, lesquels ne posent en pratique pas de souci et sont respectés par les Caisses.

Toutefois, au préalable, la déclaration d'accident du travail est à remplir avec précision par l'employeur ou par la victime.

Il faut être rigoureux dans la collecte des différents faisceaux d'indices venant corroborer le fait qu'il s'agit bien d'un accident du travail. Si la police ou les pompiers se sont rendus sur les lieux, il faut récupérer et produire les procès-verbaux ou les rapports d'intervention ; si des témoins étaient présents lors de l'accident et peuvent attester du fait que la victime faisait bien partie des effectifs de l'entreprise, produire des témoignages précis par écrit avec la pièce d'identité du témoin, etc.

Il est aussi important de ne pas omettre de joindre à la déclaration d'accident du travail le certificat médical initial (il est très important que toutes les lésions constatées au départ par le médecin y figurent. Ceci nécessite donc aussi une connaissance suffisante de la procédure et de ses implications par les médecins traitants).

Avec la réforme (Décret du 29 juillet 2009), le délai de prescription de deux ans commence à courir lorsque la CPAM a le certificat médical initial (CMI) d'accident du travail -et non uniquement un arrêt de travail- ainsi que la déclaration d'accident du travail (DAT) (article R 411-1 du CSS).

De la même manière, les certificats médicaux de prolongation ou le certificat médical final doivent être établis correctement par les médecins. Ce qui n'est pas toujours le cas (l'impact de l'accident d'un point de vue psychologique doit aussi être envisagé. Des troubles anxieux, des névroses peuvent résulter de l'accident même si elles peuvent apparaître de prime abord comme étant secondaires).

Devant les tribunaux, l'accompagnement par un médecin au fait de ce type de procédure et d'un avocat pourra avoir un impact positif sur l'issue du contentieux (concernant l'accident du travail en tant que tel mais aussi le droit du travail= la faute inexcusable de l'employeur peut être reconnue et donner lieu à indemnisation, les conditions d'exercice de la profession ou de l'emploi exercé n'étant pas respectées).

L'accompagnement du médecin pourra se faire lors de l'examen médical pratiqué par le médecin du tribunal (nombre de victimes non accompagnées nous ont fait part d'un examen médical parcellaire ou lapidaire).

Quant à l'avocat, la mise en lumière des éléments de fait permettant de réviser la décision prise par la Caisse (en cas de rejet de l'accident : la procédure a lieu devant le TASS ; en cas de contestation du taux d'incapacité fixé par la Caisse ou du rejet par la Caisse des séquelles résultant de l'accident, la caisse estime, en ce cas, que la victime se trouve dans un état de santé identique à celui qu'elle avait antérieurement à l'accident : la procédure se fait devant le TCI).

2/ Une nécessaire implication de la victime dans la procédure pour récupérer un maximum d'éléments de preuve même s'il existe une présomption d'imputabilité. Parfois, il existe un décalage entre la perception d'être victime d'un accident du travail et la reconnaissance réelle dudit statut.

Pour certains, le seul fait qu'ils aient été victimes d'un accident sur leur lieu de travail ou dans le cadre de leur travail suffit à légitimer le caractère professionnel de cet accident par la Caisse.

Une éducation du travailleur ou de l'assuré apparaît alors nécessaire. A titre préventif, des séances d'information ne pourraient-elles pas être faites par les médecins du travail ou par l'inspection du travail ?

La victime se doit en effet d'être partie prenante de son dossier et doit s'investir dans son dossier pour acquérir à terme ses droits :

- Au préalable, pour que son accident puisse être reconnu, il lui faut regrouper un certain nombre d'éléments pour remplir la déclaration d'accident du travail (lorsqu'elle n'est pas faite par l'employeur) à laquelle doit être joint le certificat médical initial.
- Pour que les indemnités journalières puissent être versées par la CPAM, les bulletins d'hospitalisation ou les certificats médicaux-accident du travail de prolongation prescrivant des arrêts de travail doivent être fournis par le médecin tant que l'état de santé de la victime le requiert. Ils doivent continuer à être fournis même si la caisse considère que l'état de santé de la victime est consolidé ou guéri si la victime conteste la décision rendue par la Caisse.
- Pour la victime de nationalité étrangère, son implication dans toutes les étapes de la procédure a un impact final important puisque l'attribution d'une rente d'accident du travail au moins égale à 20% (si l'incapacité résultant de l'accident permet d'atteindre ce taux) entraîne de plein droit la délivrance d'un titre de séjour (une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » si la personne est sans-papier sauf pour les ressortissants algériens/ une carte de résident ou un certificat de résidence d'algérien si la personne est titulaire au minimum d'une autorisation provisoire de séjour: sur ce point, il est souvent nécessaire de rappeler aux préfectures que la délivrance de la carte de résident est de plein droit lorsque l'intéressé est en situation régulière). A titre illustratif, nous avons pu traiter le cas d'un sans papier, dont l'accident du travail (AT), particulièrement grave, a été reconnu suite à une procédure longue qui s'est achevée devant la Cour d'Appel. Au final, une rente AT de 79% lui a été attribuée au vu de la gravité de ses séquelles.
- Si une date de guérison ou de consolidation avec ou sans séquelles est rendue par la Caisse, il est nécessaire que la victime consulte son médecin qui sera le plus à même de dire si la décision prise par le médecin-conseil de la Caisse est justifiée au regard de son état de santé/conforme à cet état de santé (des séances d'information sur ces sujets techniques devraient aussi être faites auprès des médecins en formation ou en cours d'exercice).
Il en est de même en matière de séquelles puisque ces dernières pourront donner lieu à un taux d'incapacité, lequel conditionnera l'obtention d'un capital (en cas de

taux d'incapacité inférieur à 10%) ou d'une rente (si le taux d'incapacité est au moins égal à 10%).

- C'est aussi une étape nécessaire pour favoriser une réinsertion socio-professionnelle adaptée/conforme et proportionnée aux qualifications de l'accidenté et/ou à son projet professionnel en cours au moment de l'accident du travail. C'est également une étape décisive pour certains pour mettre un terme à leur ressenti et au fait qu'ils aient l'impression de ne plus pouvoir être à même de reprendre une quelconque activité professionnelle. Pour d'autres, c'est l'occasion de faire reconnaître leur ressenti et de passer à autre chose.

Accident du Travail, à qui profite le système ?

Yveline FRILAY, Médecin généraliste, membre du SMG (syndicat de la médecine générale), membre du comité de rédaction de la revue PRATIQUES ou les Cahiers de la Médecine Utopique

Il y a de plus en plus d'accidents du travail liés à la dégradation des conditions de travail et à l'augmentation des cadences.

Qu'est-ce qu'un accident du travail ?

Quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs chefs d'entreprise est un accident du travail.

Est aussi un 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 sécurité sociale de disposer de présomptions suffisantes, l'accident survenu sur le trajet « aller et/ou retour » entre:

-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 de travail;

-Le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas 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.

Conditions requises à l'instruction d'un dossier en accident du travail (AT)

La victime doit informer son employeur le plus rapidement possible.

L'employeur doit déclarer à la CPAM de la victime tout accident du travail dont il a connaissance et remplir la déclaration d'accident du travail.

Dans le cas contraire et comme précédemment évoqué, la déclaration peut être faite par la victime de l'accident dans un délai maximum de 2 ans. Le travail non déclaré n'est pas un obstacle.

Le médecin doit établir en triple exemplaire un certificat médical initial (CMI)².

Quand remplir ce CMI?

Ce CMI doit être établi à la demande du patient ou sur proposition du médecin qui pense que les symptômes présentés par le patient peuvent être consécutifs à un accident du travail.

L'important pour le médecin est d'établir un certificat médical initial prenant en compte la nature et l'intégralité des sièges des lésions faisant suite à cet accident, puisque c'est sur la base de ce certificat médical et de la déclaration d'accident du travail que la Caisse va dire si l'accident est bien ou non un accident du travail et va déterminer éventuellement par la suite si l'accident a engendré ou non des séquelles pour la victime.

Entre le CMI et le CMF : les tracasseries administratives

Il est nécessaire d'envoyer le certificat médical initial en recommandé et ce d'autant plus que la date de réception de ce certificat détermine le point de départ du délai d'instruction de l'accident du travail par la Caisse de sécurité sociale (refus ou acceptation).

Il est important pour la victime de conserver et de ne pas perdre les certificats initial, de prolongation et final qui lui seront délivrés par le médecin, lequel devra à son tour vérifier les dates de délivrance, la durée des arrêts prescrits (afin d'éviter les ruptures de versement des indemnités journalières) et le code d'identification administratif. Le médecin devra éviter d'employer des synonymes quand il reprendra, sur chacun d'eux, le siège et la nature des lésions.

Le certificat médical final et la date de consolidation

La date de consolidation est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire -si ce n'est pour éviter une aggravation,- et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif.

Le médecin doit s'appliquer à la rédaction du certificat médical final et décrire toutes les lésions, séquelles.

En matière de séquelles articulaires, le médecin doit noter les amplitudes articulaires, il ne

² Cerfa n° 11138*02

doit pas oublier les cicatrices ou les séquelles psychologiques.

La conclusion en cas de certificat médical final. Trois options sont possibles pour la victime de l'accident du travail:

- 1/ Elle est guérie avec retour à l'état antérieur
- 2/ Elle est apparemment guérie avec possibilité de rechute ultérieure
- 3/ Elle est consolidée avec séquelles

Le certificat médical final permet l'attribution d'un taux d'IPP si des séquelles sont constatées.

Le taux d'IPP est ensuite fixé par le médecin conseil de la CPAM.

Nous observons que des consolidations sont de plus en plus prématurées. Plusieurs facteurs sont en cause:

- Les normes établies en matière d'arrêt de travail
- La prime à la performance des médecins conseils
- La prime à la performance des médecins généralistes (CAPI)

Les médecins généralistes voient leurs arrêts de travail contrôlés et sont convoqués à la CPAM sous peine de sanctions financières.

La réalité : le médecin généraliste est démuni pour évaluer le taux d'IPP.

Il existe pourtant des outils :

- 1/ Les outils d'évaluation des taux d'IPP
- 2/ Le barème indicatif d'invalidité AT et Maladies professionnelles (UNCANSS), barème propre figurant en annexe du décret N°99-323 du 27 avril 1999
- 3/ Les termes médicaux : <http://biam2.org/dico.html/>
- 4/ Les documentations anatomiques: <http://www.biomedicale.univ-paris5.fr/anat/article42.html>.
- 5/ Les codes : <http://aredoc.com>

L'expertise : une fin en soi ?

Lorsque la victime d'un accident du travail conteste une décision de la CPAM la consolidant et/ou estimant que cette dernière n'a pas de séquelles liées à son accident du travail, la victime peut alors solliciter une expertise médicale.

Au contraire des médecins désignés par les tribunaux, les médecins experts désignés pour faire ces expertises médicales (même si la désignation se fait en principe d'un commun accord entre le médecin du patient et le médecin-conseil de la sécurité sociale) sont toujours les mêmes, sont rarement des experts de la pathologie du patient, ne sont jamais des experts psychiatres et ont un parti pris contre le patient. Ils concluent dans le même sens que la Sécurité Sociale et ne remettent donc jamais en cause les décisions rendues par cette dernière, ce qui conduit à interroger l'utilité d'un tel recours.

Conclusion

Chaque victime doit obtenir une réparation juste, intégrale et égale.

L'indemnité nécessaire pour compenser le préjudice subi par la victime d'un accident du travail doit être calculée sur la valeur du dommage au jour du jugement ou de l'arrêt.

Il serait nécessaire d'éditer un fascicule à l'usage des salariés pour expliquer de façon didactique les différentes étapes d'un accident du travail, tout comme le serait également un fascicule à l'attention des médecins avec des cas pratiques.

Une nécessaire coopération entre médecins, juristes et /ou avocats doit avoir lieu.

Le contentieux accident du travail (vu du côté du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité/TCI)

Monsieur Jacques MICHEL, Président du TCI de Paris

L'indemnisation des accidents du travail remonte à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle :

- Loi de 1899
- Loi de 1919
- Rapport de Lord Beveridge en 1940 sur l'organisation de la Sécurité Sociale en Angleterre
- 1946 : création de la Sécurité Sociale en France (Commission Laroque, Président de section au Conseil d'Etat), inspirée de l'économiste Beveridge

Pour les accidents du travail, l'indemnisation doit se faire selon un barème détaillé et pour les maladies professionnelles, selon la classification des maladies professionnelles reconnues.

Les maladies professionnelles peuvent toutefois être reconnues hors nomenclature si le taux d'incapacité permanente partielle atteint au moins 25% et si l'avis du CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles), sollicité par la CPAM dans cette hypothèse, rattache les séquelles à l'exercice professionnel.

En matière d'accident du travail, le TCI a environ 1800 affaires par an et en matière de maladie professionnelle, il a entre 750 et 850 affaires.

Les problèmes juridiques soumis au TCI sont sans difficulté et rares. Il s'agit surtout d'une appréciation médicale du taux d'incapacité permanente partielle.

Cependant, une difficulté peut surgir quant à la date de consolidation qui, en cas de contestation, et après expertise, doit être tranchée par le TASS.

Il peut également y avoir un problème au moment où l'affaire est instruite par le TCI, quant à l'imputabilité des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Ceci se produit lorsque le requérant réclame l'indemnisation d'une séquelle non mentionnée dans le rapport d'évaluation de l'incapacité permanente partielle, établi par le service médical de la Caisse.

Seul le TASS peut connaître de l'imputabilité et ensuite renvoyer l'affaire devant le TCI.

Si l'incidence professionnelle de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle reste du domaine de l'appréciation médicale, il n'en est pas de même du coefficient professionnel qui peut être alloué par le Tribunal en cas de licenciement pour inaptitude ou d'impossibilité de retrouver un emploi en cas d'intérim ou de CDD.

On doit mentionner l'important contentieux dit du « recours employeur », recours jurisprudentiel accordé à l'employeur dont l'accident du travail provoque une majoration des cotisations obligatoires.

L'incidence économique n'est pas négligeable.

Le recours de l'employeur tend à solliciter auprès du TCI une baisse de l'incapacité permanente partielle allouée au salarié (qui engendre une taxation moindre pour l'employeur), cette baisse n'ayant aucune incidence quant au taux initial d'incapacité permanente partielle accordé à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Quelles améliorations apporter pour un meilleur accès au droit des accidentés du travail ?

Madame PIEKARSKI et Monsieur AZORIN, Médecins consultants au TCI de Paris

En Accident du Travail ou Maladie professionnelle, le TCI statue sur un taux d'incapacité à la suite d'un recours de l'assuré qui demande une augmentation du taux ou à la suite d'un recours de l'employeur qui demande une baisse du taux d'incapacité.

On se situe à la date de consolidation initiale ou de la rechute selon le recours de la victime et uniquement à la date de consolidation initiale en ce qui concerne l'employeur.

Il s'agit d'un examen clinique du dossier médical pour le recours de la victime et d'un examen sur pièces (rapport médical du médecin conseil d'évaluation de l'IPP) pour le recours employeur.

La modification du taux, en recours employeur, n'influence pas le taux d'IPP accordé à la victime de l'accident.

En ce qui concerne le recours de l'assuré, il est important que le dossier soit le plus complet possible.

Il faut donc faire intervenir la loi Kouchner de 2002 qui oblige les médecins et services hospitaliers à transmettre aux patients qui en font une demande par écrit, les pièces de leur dossier médical, c'est-à-dire : les comptes rendus d'hospitalisation, de consultation, opératoires, les courriers médicaux, les comptes rendus de radiographies ou tout autre examen complémentaire.

Ces pièces médicales seront si possibles classées chronologiquement. Elles constituent la preuve du dommage corporel, des lésions initiales, des lésions évolutives, du traitement entrepris et permettent d'évaluer la gravité du préjudice.

Il ne sera pas discuté au TCI des problèmes d'imputabilité (à l'accident du travail) et ne seront prises en compte, pour la détermination du taux, que les lésions reconnues imputables par la caisse.

Les pathologies indépendantes du traumatisme ne seront pas évoquées. Par contre, il est important d'être renseigné sur toute pathologie antérieure ou interférente avec les

conséquences de l'accident du travail ; c'est l'état antérieur susceptible d'intervenir pour la détermination du taux –soit qu'il diminue le taux car responsable en partie du handicap, soit qu'il majore le taux car aggrave le handicap global ou est lui-même aggravé par le traumatisme-.

L'incidence professionnelle est prise en compte pour l'évaluation de l'incapacité et du taux médical ; elle est différente du coefficient professionnel qui s'ajoute ensuite au taux médical.

Ainsi, il est important de bien définir les lésions initiales et toute lésion évolutive car de ces lésions découlent des séquelles, ce qui suggère une bonne concordance de l'histoire clinique, une chronologie des faits claire et explicitée ; le travail du médecin consultant (du tribunal) est alors facilité.

Propos conclusifs

Laure CAMAJI, Maître de conférences en droit, ex-membre du CATRED

Il est rare de rassembler autour d'une même table la plupart des acteurs qui croisent le chemin de l'accidenté du travail. Au terme de ce séminaire de réflexion, le constat est sombre : le parcours du salarié victime d'un accident du travail est long, pénible et semé d'embûches.

On est frappé par les difficultés auxquelles peut être confronté l'accidenté du travail. Aux prises avec plusieurs acteurs et une procédure complexe (l'écartèlement du contentieux entre deux juridictions (TASS, TCI) ne facilite pas pour la victime la lecture de son dossier), le salarié peut voir la reconnaissance de son accident du travail contrariée par de multiples causes : un certificat médical initial mal rédigé ou incomplet, une information non donnée par la CPAM, une pluralité d'interlocuteurs au sein de la caisse, une consolidation réalisée trop tôt par le médecin-conseil, une expertise médicale menée sans assistance pour la victime, *etc.*

Insuffisamment informé, non accompagné, peu écouté, le salarié n'a que très peu de prise sur le processus de reconnaissance de l'accident du travail dont il est victime. Il en est notamment ainsi en ce qui concerne la discussion médicale. En effet, celle-ci détermine grandement la prise en charge. Or, quelle que soit l'étape considérée (certificat médical initial, expertise de la caisse, décision du TASS et du TCI), la discussion médicale semble échapper à la victime. Il suffit que le médecin rédigeant le certificat médical initial ne maîtrise pas les spécificités et les enjeux de la procédure de reconnaissance de l'accident du travail pour que la prise en charge soit défailante. De même, aucun accompagnement du salarié n'est organisé, ni en droit ni en fait, lors des expertises médicales menées par la Caisse et les tribunaux. Dans ce contexte, la protection des droits de la défense de la victime repose uniquement sur la connaissance et l'investissement de son médecin de ville, rempart bien fragile dans les faits.

Ces quelques remarques nous amènent à formuler des propositions :

L'information, l'accompagnement et l'écoute du salarié apparaissent très insuffisantes pour protéger efficacement les intérêts de ce dernier dans le processus de reconnaissance et de réparation de l'accident du travail. Dès lors, on ne peut que plaider pour le renforcement des obligations d'information et de conseil de la caisse, pour la systématisation du suivi des dossiers des assurés par un interlocuteur unique, pour une assistance véritable

de la victime lors des procédures judiciaires et des expertises médicales, et pour une formation des médecins de ville aux spécificités de l'accident du travail.

Par ailleurs, il paraît légitime que le caractère professionnel soit davantage pris en considération, tant dans les modalités de prise en charge que dans l'élaboration de la décision médicale elle-même. Par exemple, l'incapacité de travail pourrait être appréciée par rapport au projet professionnel du salarié, et il pourrait être davantage tenu compte des séquelles psychologiques.

Enfin, nous sommes conduits à questionner l'absence d'un acteur pourtant essentiel : les syndicats de salariés ne devraient-ils pas davantage s'impliquer dans la protection des droits et des intérêts des travailleurs tout au long du processus de reconnaissance et de réparation de l'accident du travail ?

Annexe

Document transmis par Monsieur Jean-Claude Chalumeau de la CPAM de Paris, intervenu sur les rentes « accident du travail »

DRP/CIRCUIT RENTES AT MP

**13 FEVRIER 2009 VERIFIE EN 07/2010
MAJ EN 04/2012**

SOMMAIRE

- 1. TERMINOLOGIE**
- 2. DESCRIPTION DE LA PROCEDURE**
- 3. ANNEXES**

1 TERMINOLOGIE

1.1 CONSOLIDATION

La consolidation est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins ou d'arrêt de travail, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire.

1.2 INCAPACITE PERMANENTE

- Le taux d'incapacité est évalué par le Service Médical.

L'appréciation de la capacité de travail tient compte :

- d'éléments médicaux: nature de l'infirmité, état général de la victime, âge, facultés physiques et mentales
- d'éléments professionnels : aptitudes et qualification professionnelle
- d'un barème indicatif d'invalidité.

Le taux d'incapacité permanente peut éventuellement être majoré par un taux professionnel selon la situation professionnelle de la victime à la date de consolidation.

Ce taux professionnel est déterminé par le service administratif de la CPAM.(disposition suspendue depuis 14/10/2010 décision des DR d'iDF)

1.3 MAJORATION TIERCE PERSONNE

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 80% et oblige la victime pour effectuer les actes ordinaires de la vie à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majorée. La majoration tierce personne est attribuée après avis du Service Médical.

1.4 TYPES D'INCAPACITES PERMANENTES

- Incapacité permanente de 0% : absence de séquelles indemnissables
- Incapacité permanente de 1 à 9% : indemnité en capital
- Incapacité permanente de 10 à 49% : rente versée trimestriellement
- Incapacité permanente de 50 à 100% : rente versée mensuellement

1.5 TAUX DE CALCUL DE LA RENTE

Lorsque l'incapacité permanente est au moins égale à 10%, la victime a droit à une rente calculée à partir du salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

Le taux d'incapacité est réduit de moitié pour la partie qui ne dépasse pas 50%, et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50%.

1.6 DETERMINATION DE LA PERIODE DE REFERENCE A PRENDRE EN COMPTE POUR LE CALCUL DE LA RENTE

	PERIODE DE REFERENCE A RETENIR
IPP intervenant après un arrêt de travail immédiatement consécutif à l'accident	12 mois civils qui précèdent l'arrêt de travail AT survenant le 31 janvier d'une année n : 1 ^{er} février n-1 au 31 janvier n
IPP intervenant après un arrêt de travail différé	12 mois civils qui précèdent l'arrêt de travail
IPP intervenant sans arrêt de travail	12 mois civils qui précèdent la date de consolidation
IPP apparaissant pour la 1^{ère} fois suite à une rechute	Deux périodes de référence sont à retenir : 1 12 mois civils qui précèdent l'arrêt de travail initial 2 12 mois civils qui précèdent, soit l'arrêt de travail entraîné par la rechute, soit la date de consolidation de la rechute (lorsque celle-ci n'a pas entraîné elle-même d'arrêt de travail)

1.7 SALAIRE DE CALCUL DE LA RENTE –

Le salaire annuel à prendre en compte est la rémunération effective totale reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les 12 mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

▫ **Salaire minimum**

Le salaire annuel, tel que déterminé aux paragraphes précédents, ne peut être inférieur à un minimum fixé par arrêté pour le calcul de la rente.

▫ **Le salaire utile**

Si le salaire annuel de la victime, tel qu'il a été déterminé selon les modalités décrites aux paragraphes précédents, est supérieur au salaire minimum, il n'est retenu que les proportions suivantes :

- jusqu'à deux fois le minimum : il est compté intégralement,
- de 2 à 8 fois le minimum : il est compté pour un tiers,
- au-delà de 8 fois le minimum : cette fraction est abandonnée.

1.8 LE POINT DE DEPART DE LA RENTE

Les arrérages des rentes courent au lendemain de la date de consolidation.
(AT ou MP)

1.9 COMPOSITION DU DOSSIER RENTE A LA LIQUIDATION INITIALE

- Déclaration AT / MP
- Certificat médical initial et final si consolidation par MT
- Décision de consolidation
- Éléments ayant servi de base au calcul de la rente
- Conclusions motivées du rapport d'incapacité permanente

Nb :

Les états antérieurs AT sont visibles sur Eurydice et les dossiers correspondants réclamés auprès des caisses.

1.10 REVISION MODIFICATION DE LA RENTE

La rente peut être modifiée ou révisée suite à :

- Une aggravation ou amélioration de l'état invoqué par la victime ou le service médical de la caisse, cette révision peut intervenir à tout moment au cours des deux années suivant la consolidation, puis en principe, à des intervalles d'un an minimum au-delà de ce délai.
- Une décision du Tribunal du contentieux de l'incapacité ; Le taux d'IP fixé par le tribunal se substitue au taux fixé par le Service Médical
- Un rachat : La rente allouée à la victime peut à sa demande être remplacée en partie par un capital, à raison d'un quart de sa rente.
- Une réversion : Sur demande de la victime, La rente peut être converti en partie en rente viagère à verser à son conjoint à son décès.

1.11 LE PAIEMENT

Le paiement des rentes est assuré, non par la chaîne paiement mandatement, mais par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France pour le compte de la caisse de Paris après l'ordonnancement de cette dernière.

L'ordonnancement est formalisé par un contrôle globalisé acté dans l'applicatif Eurydice et l'applicatif STIX.

STIX est un applicatif créé par la CRAMIF pour gérer principalement les réimputations.

Le paiement est effectué par groupes d'échéance.

1.12 GROUPES D'ECHEANCE

Quatre groupes d'échéance sont distingués :

- Concernant une incapacité permanente de 10 à 49% :

Le mois de naissance de la victime détermine le groupe.

- Groupe 1 : échéance en janvier, avril, juillet, octobre,
- Groupe 2 : échéance en février, mai, août, novembre,
- Groupe 3 : échéance en mars, juin, septembre, décembre.

La rente est versée trimestriellement à terme échu du 16 au 15.

- Concernant une incapacité permanente de 50 à 100% :

- Groupe 4 : échéance mensuelle

La rente est versée à terme échu du 1^{er} à la fin du mois.

1.13 CONTROLE D'EXISTENCE

Annuellement, la caisse procède au contrôle d'existence des bénéficiaires de rentes AT MP.

Une demande d'attestation de vie est adressée via ESOPE aux bénéficiaires de rente non certifiés au Registre National d'Identification de l'Assurance Maladie ou résidants à l'étranger.

En l'absence de ce document, la rente est suspendue automatiquement par Eurydice.

En cas de décès du bénéficiaires, la rente est due jusqu'au 15 du mois suivant le décès, pour les rentes versées trimestriellement et jusqu'à la fin du mois au cours duquel le décès intervient pour les rentes mensuelles.

1.14 RENTE D'AYANTS DROIT

Une rente est allouée aux ayants droit, conjoint, concubin ou pacsé, orphelins et ascendants, de victimes d'accident de travail ou maladie professionnelle mortels reconnus au titre de la législation Accident du Travail/Maladie Professionnelle.

La rente d'ayant droit est calculée dans la limite de 85 % du salaire de la victime à raison de :

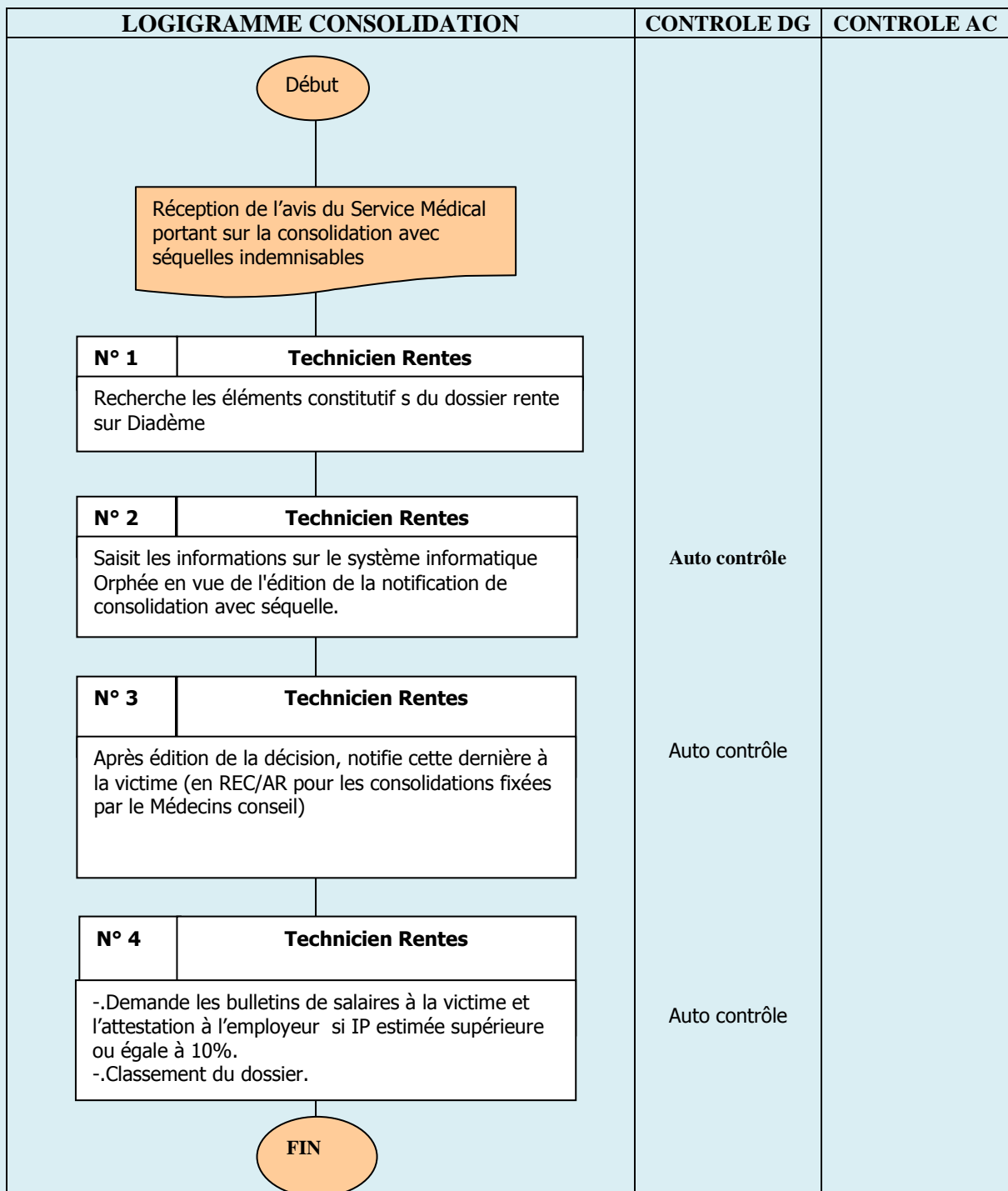
- 40 % pour le conjoint, concubin ou pacsé de moins de 55 ans, 60 % à compter de 55 ans,
- 25 % pour les deux premiers orphelins,
- 20 % pour le 3ème orphelin et suivant,
- 10 % pour les ascendants.

Les rentes sont versées aux orphelins jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire.

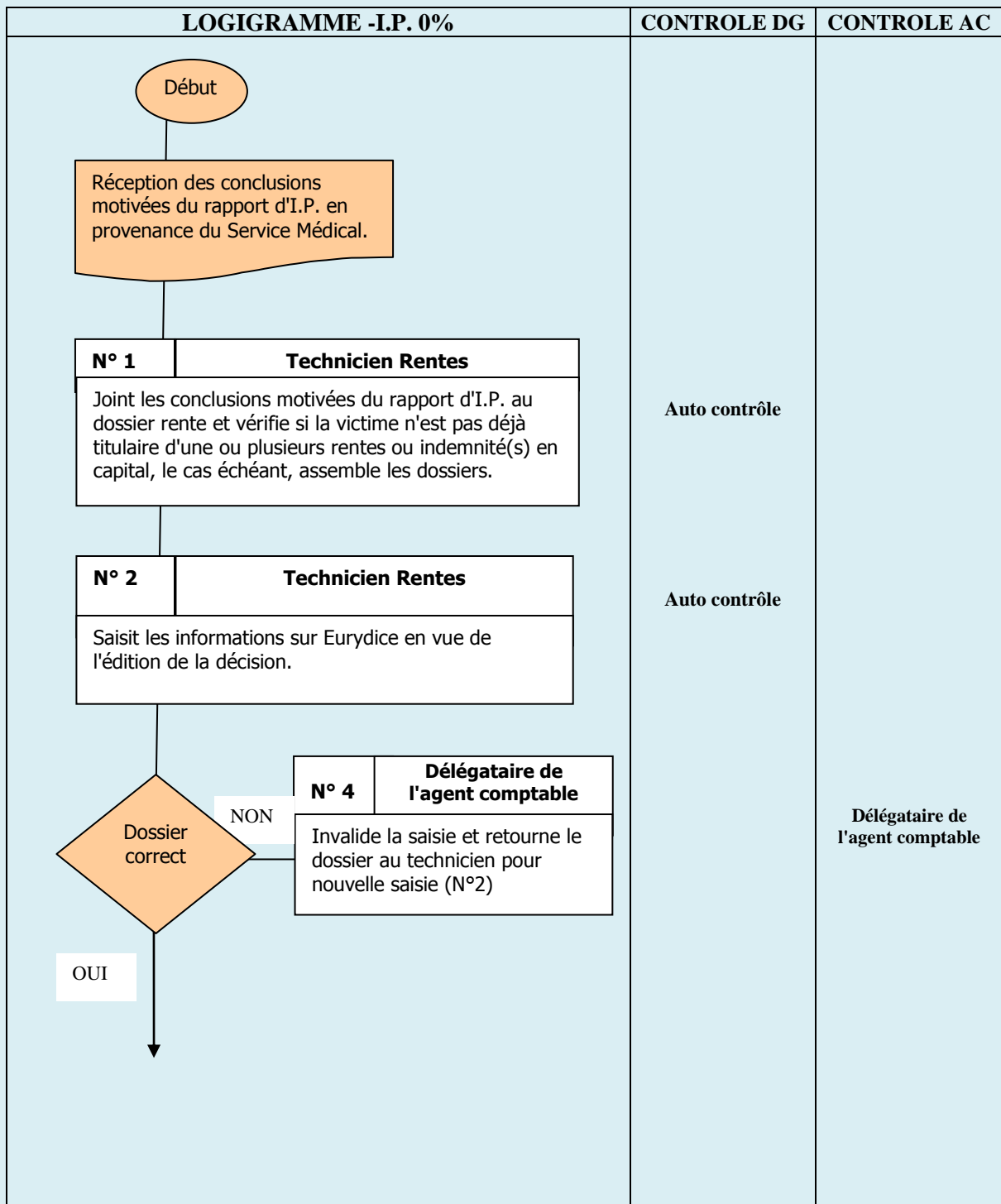
En dehors de ces taux, la procédure de liquidation et de contrôle est identique à celle retenue pour les rentes AT/MP victime.

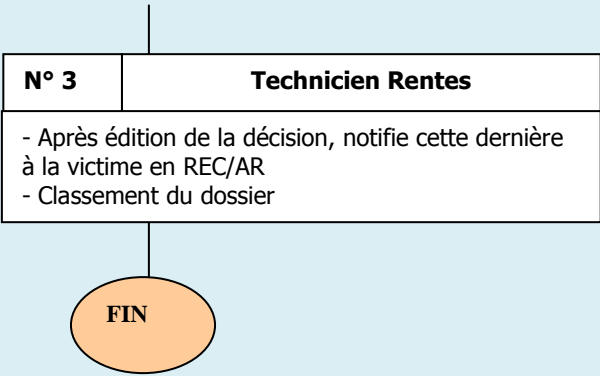
2 DESCRIPTION DE LA PROCEDURE

2.1 CONSOLIDATION

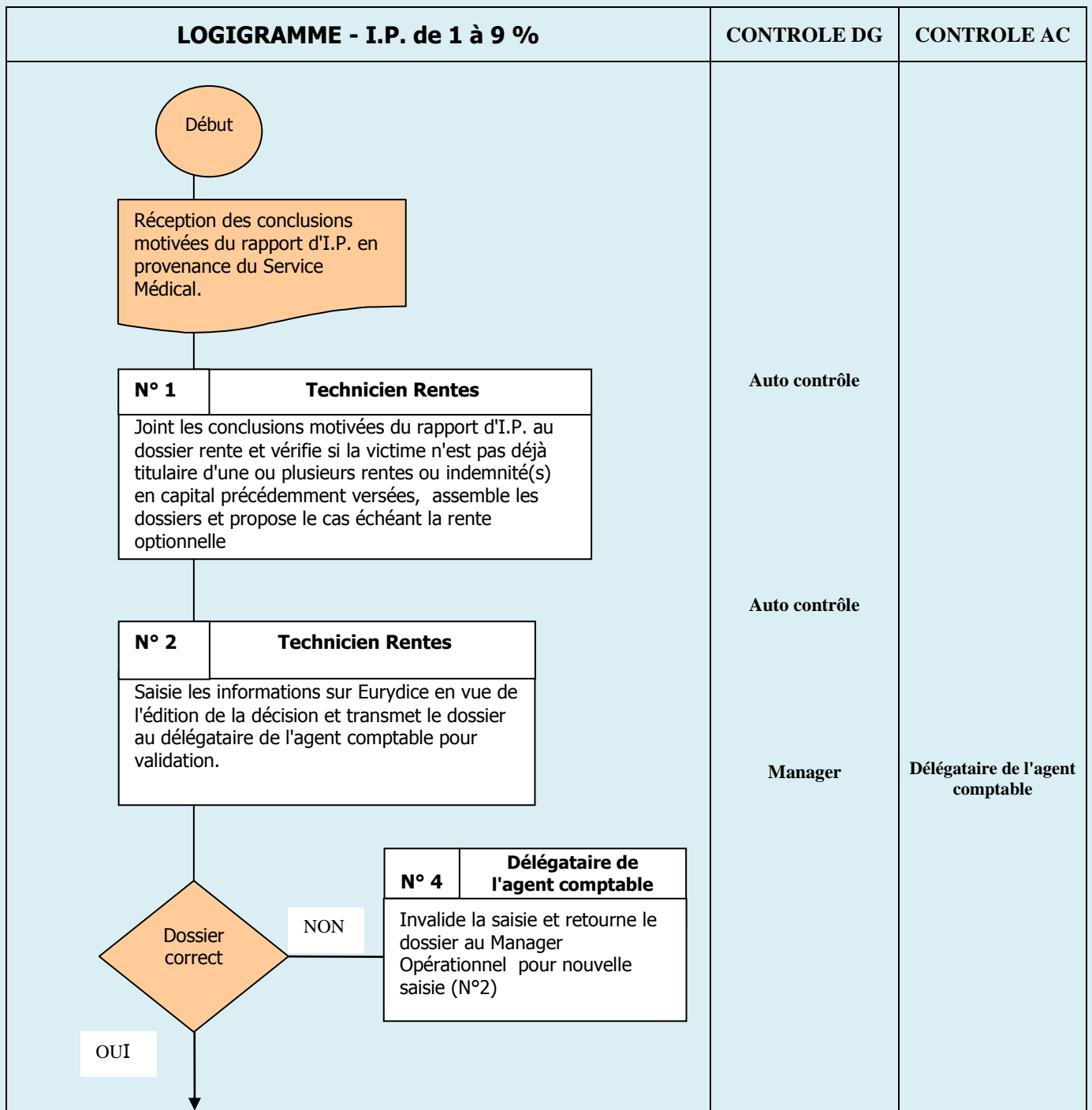


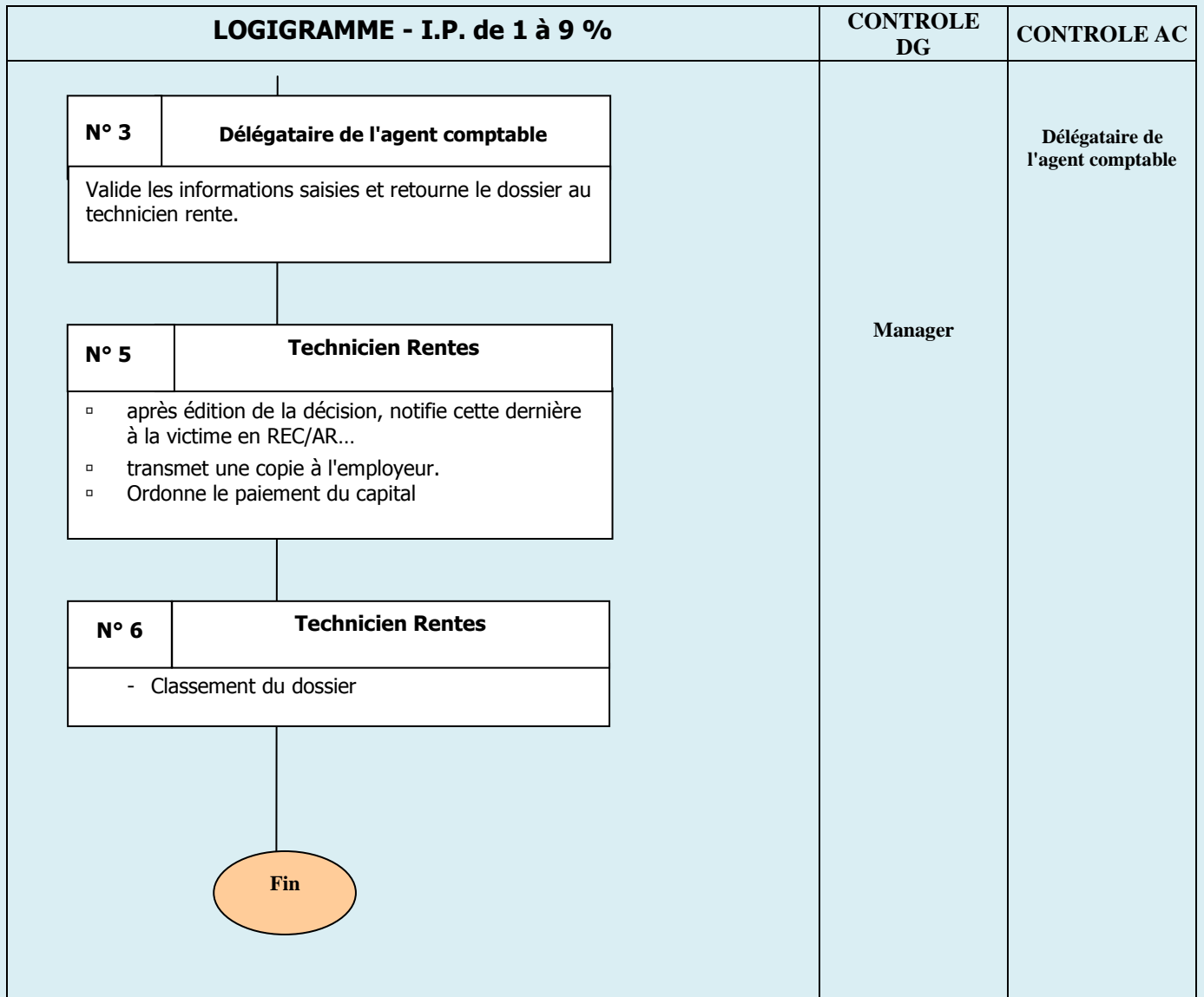
2.2 TAUX D'I.P. DE 0%



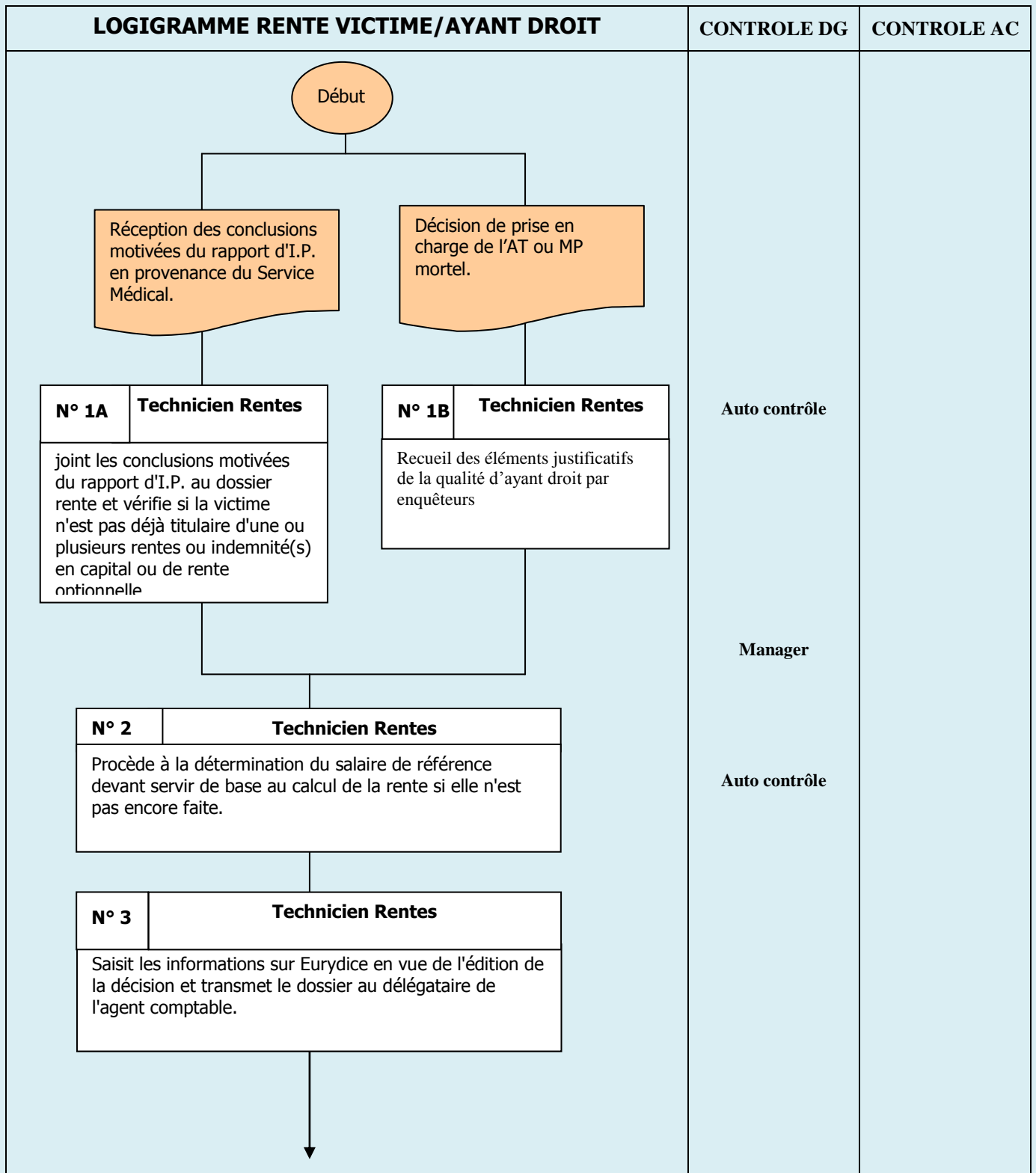
LOGIGRAMME -I.P. 0%	CONTROLE DG	CONTROLE AC
 <pre> graph TD Start(()) --- Process[N° 3 Technicien Rentes] Process --- End((FIN)) </pre> <p>N° 3 Technicien Rentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Après édition de la décision, notifie cette dernière à la victime en REC/AR - Classement du dossier <p>FIN</p>	<p>Manager</p>	

1.6 TAUX D'I.P. DE 1 à 9%

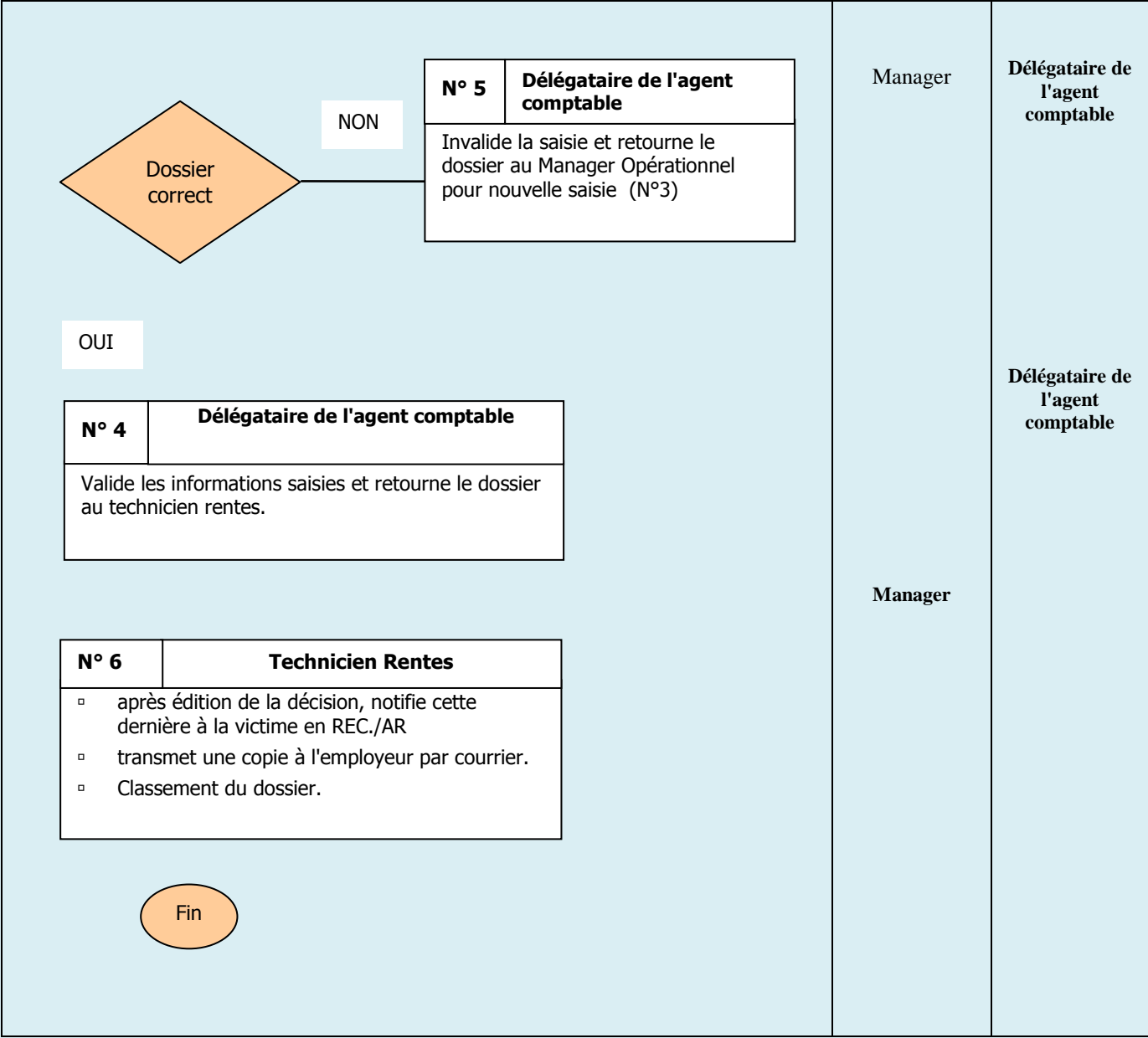




2.4 TAUX D'I.P. DE 10 % A 100 % RENTE VICTIME/AYANT DROIT

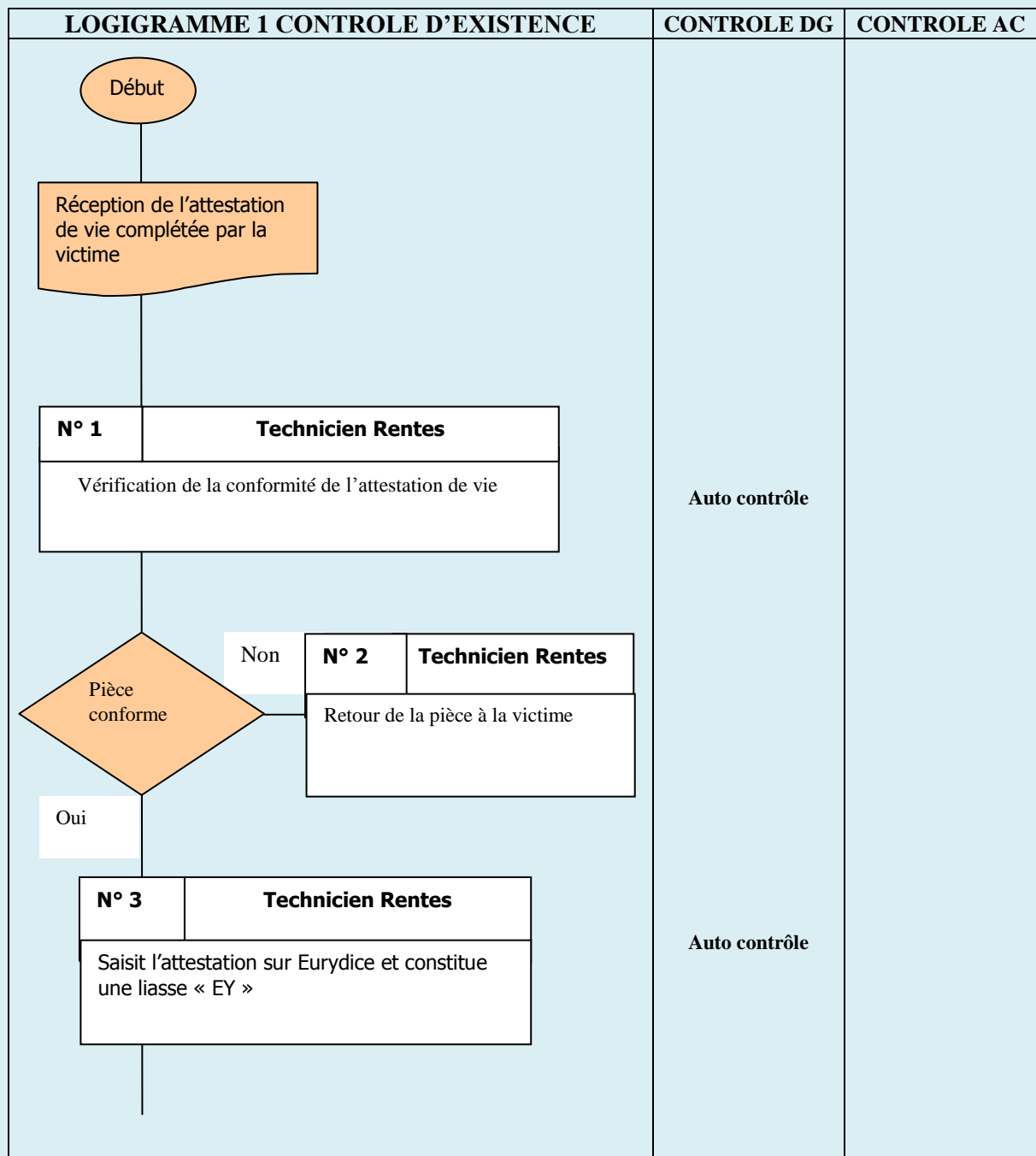


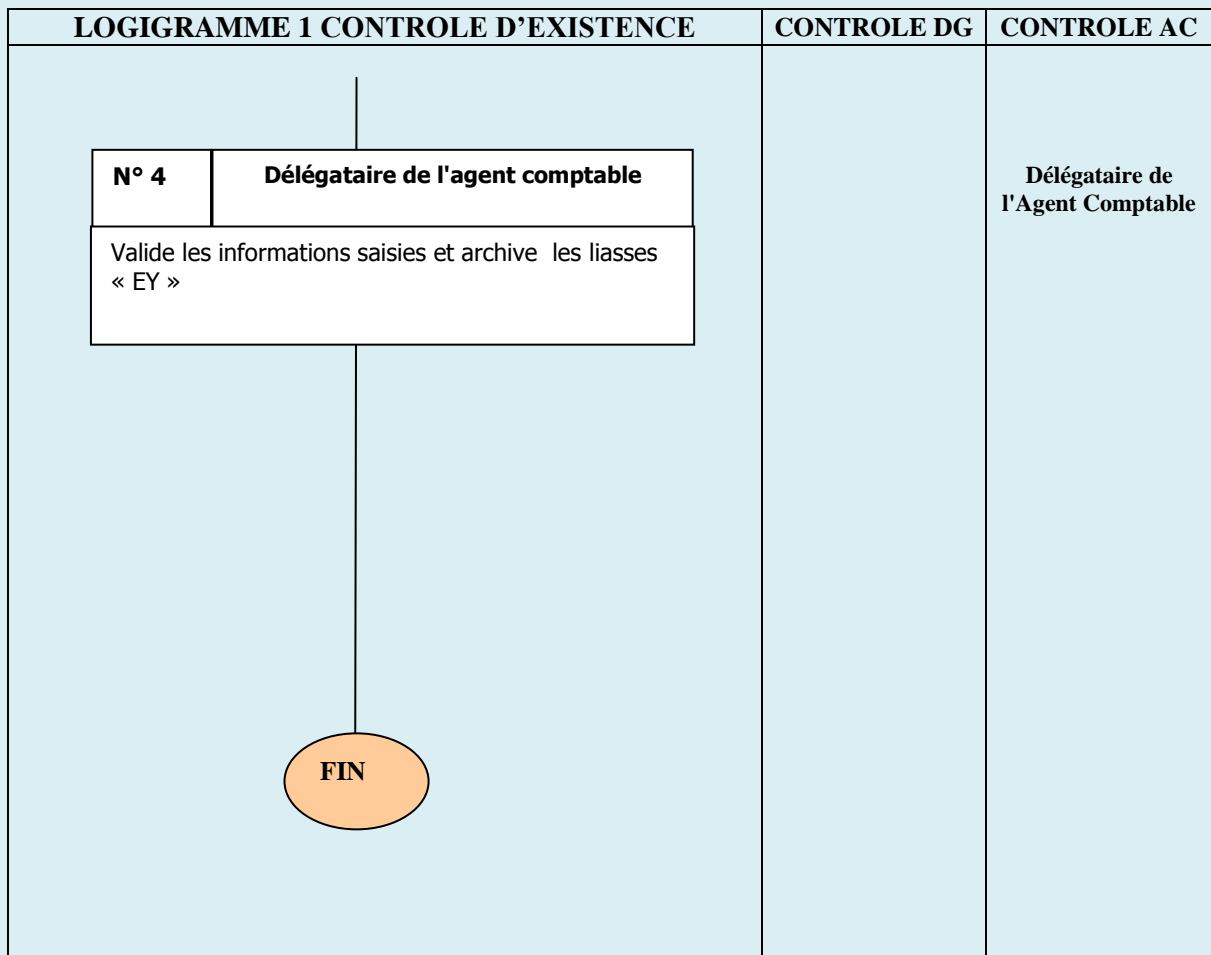
LOGIGRAMME I.P. DE 10 % A 100 % RENTE AYANT DROIT	CONTROLE DG	CONTROLE AC



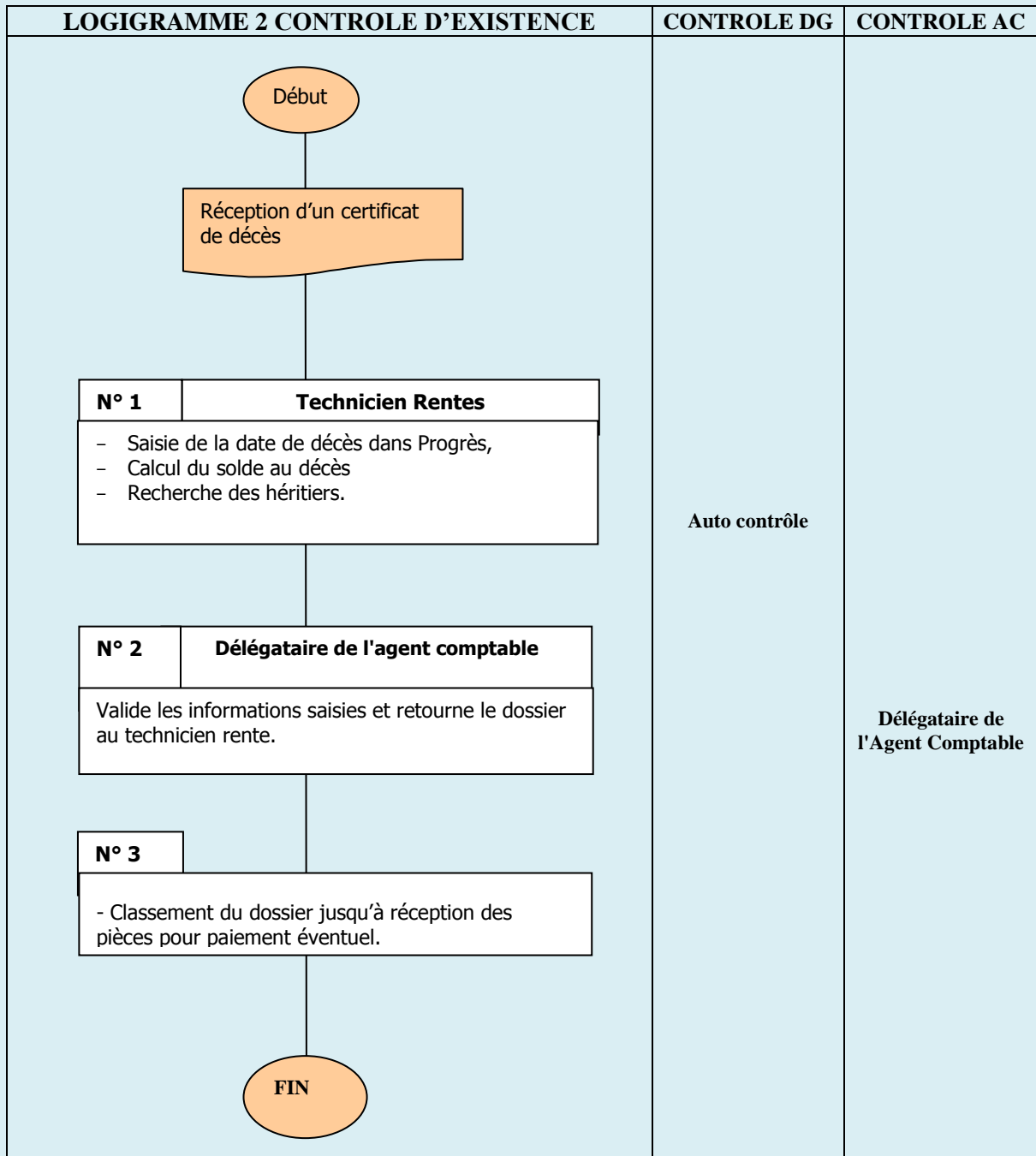
2.6 CONTROLE D'EXISTENCE

2.6.1 Attestation de vie





2.6.2 Certificat de décès- solde au décès



Cette brochure a reçu le soutien moral et/ou financier du CCFD-Terre Solidaire, de la DRJSCS Ile-de-France et de la Ville de Paris-DDCT

CATRED
Collectif des Accidentés du Travail, handicapés et Retraités pour l'Egalité des Droits
20 Boulevard Voltaire 75011 PARIS
Tél : 01 40 21 38 11/ télécopie : 01 40 21 01 67
Courriel : asso.catred@wanadoo.fr
Site : www.catred.org
ISBN : 2-9517551-8-X