

La mise en invalidité par la Sécurité sociale et son contentieux

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

L'invalidité devient une situation fréquente puisque chaque année 0,4 % de la population active est reconnu invalide.

L'auteur détaille les conditions administratives et médicales de la mise en invalidité, la procédure d'obtention du statut d'invalidé, les prestations accordées (calcul de la pension d'invalidité, majoration pour tierce personne), les avantages accordés aux invalides. Il s'appesantit sur le contentieux basé sur le Tribunal du contentieux de l'incapacité et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Mots-clés : Invalidité, Majoration pour tierce personne, Tribunal du contentieux de l'incapacité, Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

SUMMARY

Declaration of Disability by Social Security and Its Legal Department

Disability is becoming a frequent situation since 0.4% of the active population is declared disabled every year.

The author details the administrative and medical conditions for a declaration of disability, the procedure for obtaining disabled status, the allowances granted (calculation of the disabled pension, increase for a third party), benefits granted to the disabled. He dwells on litigation based on the French Disability Litigation Tribunal, and the French National Court for Disability and Tariffs of Occupational Accident Insurance.

Keywords: *Disability, Increase for third party, Disability Litigation Tribunal, National Court for Disability and Tariffs of Occupational Accident Insurance.*

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 2, allée du Haras, 77185 Lognes, France.

I. GÉNÉRALITÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne les mises en invalidité pour 3^e catégorie, la 1^{re} place des causes est occupée par les maladies du système nerveux (sclérose en plaques, hémiplegie, paraplégie et tétraplégie représentant 43 % des effectifs) ; il en a été exclu les troubles psychiatriques. La 2^e cause en fréquence pour cette mise en invalidité de 3^e catégorie est représentée par les tumeurs (18,3 % en 2006), la 3^e cause est représentée par les maladies de l'appareil circulatoire (17,3 %) en 2006.

En 2006, 10 ans après que les patients aient été mis en affection de longue durée, 23,4 % des malades souffrant de sclérose en plaques bénéficient d'une pension d'invalidité, 21,9 % faisant l'objet d'un accident vasculaire cérébral invalidant bénéficient d'une pension d'invalidité, 17,1 % des polyarthrites rhumatoïdes évolutives graves sont mise en invalidité et occupant donc la 3^e place, la 4^e place est occupée par les artériopathies ischémiques (17 %) et la 5^e place par les maladies coronaires (15,1 %).

Le contentieux de 1985 à 1989 concernant l'invalidité s'élève au niveau national à 51.900 cas, 76 % des décisions initiales furent maintenues par le Tribunal du contentieux de l'incapacité.

II. LES CONDITIONS « MÉDICALES » NÉCESSAIRES POUR BÉNÉFICIER D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ

La définition officielle de l'invalidité (article L. 341-3 du Code de la Sécurité Sociale) est la suivante : « L'invalidité est la perte de capacité de travail ou de gain mettant le sujet hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité. L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. »

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

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

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

au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des salariés de la même catégorie, dans la profession exercée avant l'invalidité (articles L. 341-1 et L. 341-2 du Code de la Sécurité Sociale).

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

III. LES CONDITIONS « ADMINISTRATIVES » NÉCESSAIRES POUR BÉNÉFICIER D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ

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

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

- ✓ avoir moins de 60 ans ;
- ✓ présenter une invalidité réduisant au moins les 2/3 votre capacité de travail ou de gain ;
- ✓ être immatriculé à la Sécurité Sociale depuis au moins 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenu, soit l'interruption de travail, soit la constatation par le médecin de l'état d'invalidité résultant du l'usure prématurée de l'Organisme ;
- ✓ d'autre part :
 - soit avoir travaillé (travail effectif ou de période assimilée) au moins 800 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail ou la constatation médicale de l'usure prématurée dont 200 heures au cours du premier trimestre civil ou des 3 premiers mois de ces 12 mois),
 - soit justifier que les cotisations sur rémunérations perçues pendant les 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (ou la constatation de l'état d'invalidité) étaient au moins égales à celles dues sur 2.030 x le SMIC horaire soit 15448.30 € au 01.08.06 (dont 1015 fois le SMIC horaire les 6 premiers mois soit 7724.15 € le 01.08.06) dont au moins 1.015 x le SMIC horaire au cours des 6 premiers mois.

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

IV. LA PROCÉDURE DE MISE EN INVALIDITÉ

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

A. Demande à l'initiative de la Caisse

Lorsque l'attribution est prise à l'initiative de la Caisse, celle-ci fait connaître par lettre recommandée la date à partir de laquelle on ne peut plus prétendre aux indemnités journalières de l'assurance maladie en raison de la stabilisation de son état de santé ainsi que la décision de procéder à la liquidation d'une pension d'invalidité si la Caisse estime que cet état de santé réduit la capacité de gain d'au moins de 2/3 pour le patient.

B. Demande à l'initiative du patient

1. Les délais de dépôt de la demande

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

- ✓ soit la date de consolidation de la blessure lorsqu'on est atteint de lésions permanentes qui affectent la capacité du travail s'il s'agit d'un accident non professionnel ;
- ✓ soit la date de constatation médicale de l'invalidité, si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme constatée médicalement. Cette usure prématurée de l'organisme se définit comme un délabrement physique et fonctionnel tel qu'on le retrouve chez des personnes d'un âge beaucoup plus élevé. Cette dernière circonstance survient essentiellement lorsque la demande d'invalidité est faite par le patient.

- ✓ soit lorsqu'on a épuisé ses droits aux indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie (3 ans dans la plupart des cas) ;
- ✓ soit avant même le terme des 3 ans d'arrêt de travail, si l'état de santé est considéré comme stabilisé et non améliorable par un traitement actif ;
- ✓ soit en cas d'arrêts de travail répétés de courte durée (durée inférieure à 6 mois pour la même pathologie) et dont le total atteint le maximum de 360 jours sur une période de 3 ans.

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

Cette demande accompagnée d'un certificat médical du médecin traitant doit être envoyée à la Caisse primaire d'assurance maladie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (voir encadré 1).

2. La décision de la Caisse

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

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

La demande d'invalidité peut-être refusée :

- ✓ quand le médecin conseil estime que l'affection n'est pas stabilisée (affection encore évolutive le plus souvent chez un patient en arrêt de travail avant la fin des 3 années maximum

Encadré 1

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

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Directeur de la

Objet : demande d'octroi de pension
d'invalidité

Caisse primaire d'assurance maladie de
.....

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

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

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

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

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

Signature

d'arrêt de travail) ou que l'incapacité n'atteint pas les 2/3 ou 66,6 % requis ;

- ✓ l'incapacité qui pourrait la justifier est antérieure à l'immatriculation et non aggravée depuis celle-ci, par exemple une affection de l'enfance, une maladie congénitale ;
- ✓ ou si l'incapacité est déjà indemnisée au titre d'un autre régime d'invalidité, d'un accident du travail, d'une pension militaire... sauf si l'état s'est aggravé sans pouvoir être indemnisé par d'autres législations ou qu'une pathologie nouvelle surajoutée entraîne, dans les deux cas, une incapacité des 2/3 toutes pathologies confondues.

En cas de refus, le demandeur peut s'orienter vers la M.D.P.H. en vue d'une allocation aux adultes handicapés, sous conditions de ressources.

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

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

Une mise en invalidité comporte en fait deux décisions :

- ✓ l'état du patient est stabilisé non évolutif : une contestation de la stabilisation peut aboutir à une expertise médicale ;

✓ si l'expert déclare l'assuré non stabilisé, les arrêts de travail peuvent se poursuivre dans la limite maximale de 3 ans d'indemnités journalières pour la même pathologie ;

✓ si l'expert déclare l'assuré stabilisé, la notion d'incapacité des 2/3 est maintenue et l'invalidité est confirmée ; l'assuré peut-il renoncer à son invalidité ? Non, un arrêt de la Cour de cassation s'y oppose (Chambre sociale du 05.01.1990) : « la pension d'invalidité en tant que prestation de Sécurité Sociale à un caractère d'ordre public, la Caisse de Sécurité Sociale est tenue de la verser et l'assuré ne peut en conséquence y renoncer ».

3. Les différentes catégories d'invalides

La décision de la Caisse portera sur la reconnaissance de non de l'état d'invalidité du patient et sur le classement dans l'une des 3 catégories d'invalidité qui déterminera le montant de la pension d'invalidité.

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

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

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

Catégorie 3 : incapacité absolue d'exercer une activité professionnelle et obligation d'avoir recours à

l'assistance d'une tierce personne. Cette assistance d'une tierce personne doit être considérée nécessaire pour être effectuée tous les actes ordinaires de la vie. Ces actes ordinaires ont été précisés de façon officieuse par la Cour Nationale de l'Incapacité et sont énumérés dans le tableau ci-contre :

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

S'il peut manger et boire :

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

Si l'invalidé est appareillé :

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

Cette catégorie n° 3 bénéficie d'une majoration pour tierce personne (MTP). La majoration pour tierce personne (MTP) est accordée aux personnes qui, avant 65 ans, sont reconnues comme « absolument incapables d'exercer une profession et, en outre, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » (définition de l'invalidé du 3^e groupe, art. L 341-4-3^e du code de la Sécurité Sociale).

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

Peuvent bénéficier de la MTP les titulaires d'une pension d'invalidité (3^e groupe) qui bénéficiaient

déjà de cette aide avant 60 ans et qu'ils continueront de percevoir après la transformation, à 60 ans, de leur pension d'invalidité en pension de vieillesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. CALCUL DE LA PENSION D'INVALIDITÉ

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

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

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

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

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

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

VI. L'ÉVOLUTION DU STATUT D'INVALIDE

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

Selon l'article L. 341-9 du Code de la Sécurité Sociale, la pension d'invalidité est toujours considérée à titre temporaire, la pension d'invalidité peut tou-

jours être révisée, suspendue ou supprimée en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de santé du patient.

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

Si la caisse modifie la catégorie du patient, elle le notifie par une décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Lorsque ces changements se traduisent par une réduction de la pension, ils s'appliquent à la première échéance mensuelle qui suit la décision de la caisse. Lorsqu'ils se traduisent par une augmentation de la pension, par exemple passage de la catégorie 1 à la catégorie 2, ils s'appliquent à la date de la constatation du nouvel état de santé. En cas de passage de la catégorie 2 à la catégorie 3 des invalides, ils s'appliquent au premier jour du mois qui suit la date de réception de la majoration ou à la date du contrôle médical de la Caisse.

B. En cas de reprise d'une activité professionnelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Au moment de la retraite

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

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

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

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

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

La pension vieillesse sera alors attribuée ultérieurement lorsque le patient fera la demande de la pension qui sera alors versée, ne pourra être inférieure à celle dont il aurait bénéficié à 60 ans, s'il ne s'était pas opposé à la substitution. Les personnes titulaires d'une pension d'invalidité, ayant pris effet avant le 31 mai 1983 pourront prétendre à l'âge de 60 ans à une retraite dont le montant sera au moins égal à celui de la pension d'invalidité dont elles bénéficient (article L.341-15, alinéa 3 du code de la sécurité sociale).

VII. LES AVANTAGES SOCIAUX ET FISCAUX ACCORDÉS AUX INVALIDES

A. Avantages sociaux

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

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

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

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

L'allocation de chômage dite « allocation unique dégressive » se cumule avec la pension d'invalidité de première catégorie - par contre, en cas de pension de deuxième ou de troisième catégorie, c'est une allocation différentielle entre le montant de l'allocation unique dégressive et la pension d'invalidité qui est versée (pou-

vant aboutir au non versement de l'allocation chômage).

B. Avantages fiscaux

1. Imposabilité des pensions

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

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

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

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

2. Abattement spécifique

Les contribuables handicapés dont le revenu global net n'excède pas un certain montant peuvent bénéficier d'un abattement sur ce même revenu. Sont considérés à ce titre, comme handicapés, les titulaires d'une rente pour accident du travail atteints d'une incapacité minimale de 40 %, les titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (délivrée par la M.D.P.H.). Le montant du revenu s'apprécie par foyer fiscal, et non par personne prise individuellement. Si l'handicapé est l'épouse, il convient donc de considérer les revenus de l'épouse mais additionnés de ceux de son mari et inversement.

Cet abattement était pour les revenus de 2007 de 2.202 € lorsque le revenu global net n'excédait pas 13.550 € et de 11.015 € lorsque le revenu global net

était compris entre 13.550 € et 21.860 €. Lorsque le revenu global net est supérieur à 21.860 €, le montant de l'abattement est nul.

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

3. Coefficient familial majoré

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

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

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

Lorsqu'une même personne ouvre droit à plusieurs demi parts supplémentaires en raison de sa situation personnelle, elle ne pourra prétendre qu'à une seule demi part (exemple : une personne titulaire à la fois d'une rente pour accident du travail et d'une carte d'invalidité n'ouvrira droit qu'à une seule unique part supplémentaire).

En revanche quand plusieurs personnes au foyer remplissent chacune des conditions pour ouvrir droit

à une demi part supplémentaire, ces demi parts se cumulent (par exemple, deux conjoints titulaires d'un taux d'IPP d'au moins 40 % d'accident du travail).

4. Impôts locaux

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

VIII. PROCÉDURE CONTENTIEUSE

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

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

A. Le contentieux en cas de refus « administratif »

Le litige porte sur les conditions d'ouverture du droit en pension, ceci est peu fréquent et peut concerner par exemple des problèmes d'immatriculation à la Sécurité Sociale ou des justifications de travail au cours des 12 mois précédents.

L'assuré doit saisir la Commission de Recours Amiable. En cas de réponse défavorable, il saisira alors le TASS, puis ensuite éventuellement la Cour de Cassation.

B. Le contentieux en cas de refus « médical »

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

Le médecin conseil lors de l'élaboration du rapport d'invalidité apprécie si le ou les affections à l'origine

de la demande sont encore ou non évolutives, c'est à dire susceptibles d'amélioration éventuelle spontanée ou sous l'amélioration d'un traitement actif : si l'affection est encore évolutive, il peut conclure à une affection « non stabilisée » et refuser l'invalidité.

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

2. Cas du refus du médecin conseil pour affection stabilisée

Il s'agit du cas le plus fréquent.

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

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

a. Le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité

A la différence du TASS, le recours amiable devant la Commission de recours amiable n'est pas indispensable. Le demandeur ne peut faire appel à un examen par la Commission de recours amiable (article R.143-1 du Code de sécurité sociale inscrit par le décret du 03.07.03) que pour les réclamations portant sur l'incapacité permanente du travail. Lorsque le demandeur reçoit la décision de rejet de la CRA (Commission de recours amiable) il bénéficie alors d'un délai de deux mois pour saisir le TCI.

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

— Domaine de compétence

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

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

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

— Composition

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

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

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

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

Les tribunaux du contentieux de l'incapacité comprennent trois membres, ils se composent d'un président, magistrat honoraire de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, d'un assesseur représentant les travailleurs salariés et d'un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants. Auparavant, les tribunaux du contentieux de l'incapacité comprenaient 5 membres, un président, deux assesseurs représentant les travailleurs salariés et deux assesseurs repré-

sentant les employeurs ou travailleurs indépendants mais ce système trop lourd à gérer a été simplifié (Nouvel article L.143-2, alinéa 2 du code de la sécurité sociale institué par l'ordonnance 2005-656 du 08.06.08).

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

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

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

Les assesseurs doivent être de nationalité française, âgés d'au moins 23 ans et avoir la capacité d'être juré de la Cour d'Assises (articles 255 à 257 du Code de

procédure pénale) et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le Code de la Sécurité Sociale. Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membres du Conseil d'administration des organismes de Sécurité Sociale ou de mutualité sociale agricole (alinéa 3 de l'article L.144-1 du Code de la sécurité sociale inscrit par l'ordonnance n° 2005-656 du 08.06.05).

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

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

— Procédure

La procédure est gratuite.

La procédure se caractérise par le principe d'autonomie. En effet, le Code de l'organisation judiciaire (COJ, article L.450-1) renvoie au Code de la sécurité sociale qui fixe la réglementation concernant tant la compétence que l'organisation et le fonctionnement des juridictions de Sécurité sociale notamment celles qui gouvernent le déroulement de l'instance juridique.

Ce principe d'autonomie se remarque également au niveau des dépenses du contentieux technique qui n'émerge pas entièrement au budget du ministère de la justice mais relève en partie des organismes de Sécurité sociale. Le déroulement de l'instance du contentieux technique suit les dispositions du Nouveau code de procédure civile comme le signale l'article R.143-6 du Code de la sécurité sociale, et en particulier les articles 1 à 749 du Nouveau code de procédure civile.

En particulier « le juge doit en toute circonstance faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction » (alinéa 1 de l'article 16 du Nouveau code de procédure civile), ceci implique que chaque partie puisse prendre connaissance et discuter de toutes pièces ou observations présentées au juge en vue d'influencer sa décision.

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

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

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

Cette déclaration devant le TCI doit comporter également l'objet de la demande, un exposé sommaire des motifs de la demande, une copie de la décision de la Caisse qui est contestée, le nom, le prénom, la profession, l'adresse du requérant, la nationalité, la date et lieu de naissance du demandeur, et le cas échéant le nom, l'adresse du médecin que la victime désigne pour recevoir des documents médicaux (article R. 143-7 du Code de la Sécurité Sociale) (voir encadré 2).

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

Dans un délai de 10 jours après réception de la déclaration du requérant, le secrétariat du TCI en adresse copie à la Caisse intéressée, qui est tenue de transmettre

Encadré 2

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

nom, prénom, profession, adresse du requérant Monsieur ou madame le secrétaire du Tribunal du contentieux et de l'incapacité

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame,

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

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

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

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

A..... le.....

Signature :

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

L'article R. 143 - 5 du Code de la sécurité sociale stipule que « le président du tribunal de Contentieux de l'incapacité prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire et en particulier fixe le nombre d'ordonnances, le nombre de jours, la nature des audiences et la répartition des assesseurs à ses audiences ».

Selon ses instructions, le tribunal peut donc se réunir au siège de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ou des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricoles ou en tout lieu et en particulier au chef - lieu de chacun des départements compris dans son ressort si le nombre des affaires le justifie.

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

Comme devant le TASS, lorsque le TCI ne peut se réunir au complet, l'audience est reportée à une date ultérieure sauf accord des parties pour que le président statue seul. Si à l'audience suivante le TCI n'est toujours pas au complet, le président peut statuer seul après avoir recueilli le cas échéant l'avis de l'assesseur présent (article L143-2-3 du code de la sécurité sociale, inscrit par l'article 4 de l'ordonnance du 08.06.05).

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

Elles peuvent se faire assister ou représenter par :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les honoraires dus aux médecins experts à l'occasion des consultations effectuées à la demande des juridictions du contentieux technique de la Sécurité Sociale sont fixés par l'Arrêté du 3 juillet 2003 paru

au Journal Officiel n° 154 du 5 juillet 2003 page 11.415.

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

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

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

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

lorsqu'ils remettent un rapport écrit.

1,5 C pour les praticiens généralistes ;

1,5 CS pour les praticiens spécialistes ;

1,5 CNPSY pour les neuropsychiatres ;

lorsqu'ils présentent leur rapport à l'audience.

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

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

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

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

Les assesseurs des tribunaux des affaires de Sécurité Sociale, des tribunaux du contentieux de l'incapacité

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

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

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

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

Les jurés qui justifient d'une perte du revenu tiré de leur activité professionnelle, ont droit, en outre, à une indemnité supplémentaire calculée suivant la formule suivante : $I = S \times D$, dans laquelle :

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

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

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

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

L'indemnité pour perte de gain des assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants est fixée forfaitairement à six fois le montant brut honoraire du salaire minimum interprofessionnel de croissance par audience (voir schéma 1).

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

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

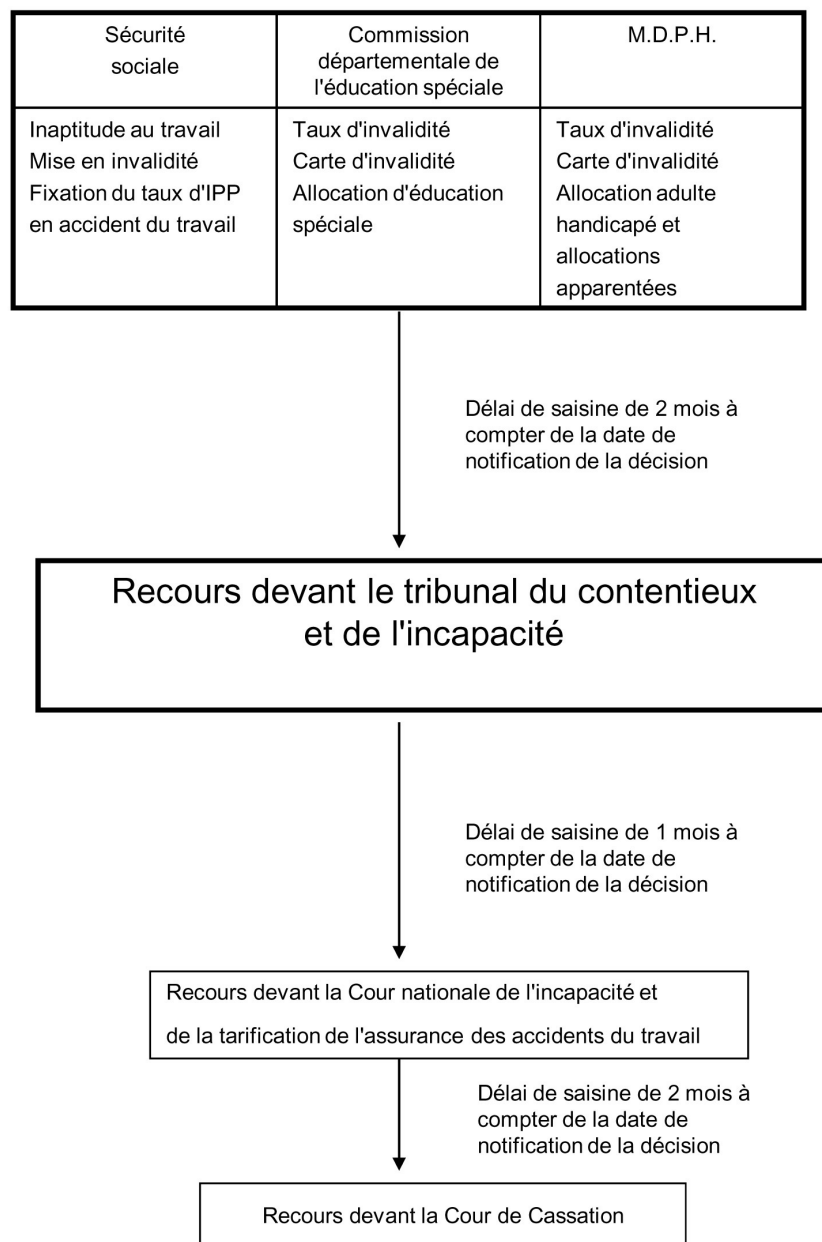


Schéma général du contentieux technique de la Sécurité Sociale.

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

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

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

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

— Voies de recours

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

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

L'appel a un effet suspensif.

— Commentaires

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

Les modifications récentes de la composition et du fonctionnement du Tribunal du contentieux de l'incapacité présentent l'avantage de les rendre conformes aux arrêts récents et aux remarques de la Cour de cassation et de la Cour européenne des droits de l'homme. Par contre, on peut remarquer certains inconvénients pour les victimes par rapport aux modes de fonctionnement antérieurs.

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

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

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

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

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

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

Les frais d'honoraires des médecins assistant les parties sont à leur charge. Toutefois les parties tirent de l'article 700 du nouveau code de procédure civile la faculté de solliciter la prise en charge des frais exposés pour le procès.

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

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

La Cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) est le juge d'appel des matières dévolues aux tribunaux du contentieux de l'incapacité, mentionnées au 1^{er}, 2^e et 3^e alinéas de l'article L.143-1 du Code de la Sécu-

rité sociale (article L.143-3 du code de la sécurité sociale).

Il convient de signaler que le pourcentage de recours à l'appel devant la CNITAAT est faible (taux d'appel de 10 % suivant le rapport de l'inspection générale des affaires sociales 2001, page 219) avec un taux de réformation se situant entre 14 et 20 % (même rapport).

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

— Domaine de compétence

La Cour nationale de l'incapacité de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) est le juge d'appel des matières dévolues aux tribunaux du contentieux de l'incapacité, mentionnées au 1^{er}, 2^e et 3^e alinéas de l'article L.143-1 du code de la sécurité sociale (article L.143-3 du code de la sécurité sociale).

Il convient de signaler que le pourcentage de recours à l'appel devant la CNITAAT est faible (taux d'appel de 10 % suivant le rapport de l'inspection générale des affaires sociales 2001, page 219) avec un taux de réformation se situant entre 14 et 20 % (même rapport).

— Composition

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

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

La CNITAAT comprend 4 sections (article L.143-6 du code de la sécurité sociale). Ces sections constituent des unités juridictionnelles dont le nombre et les

attributions sont fixés par décret en conseil d'état (article R.143-15 du code de la sécurité sociale, le décret des 3.07.03 et 19.12.05).

La CNITAAT comprend 4 sections :

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

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

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

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

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

Le président de la CNITAAT est responsable du fonctionnement de celle-ci. Il exerce une autorité sur le secrétaire général et les secrétaires généraux adjoints. Il prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire (article R.143-18 du code de la sécurité sociale).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ Section tarification de l'assurance des accidents du travail ;
- ✓ Section de la législation agricole ;
- ✓ Section de l'invalidité, de l'incapacité dans le cadre de l'assurance vieillesse, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- ✓ Section des litiges relatifs aux handicapés fondés sur une décision prise par les commissions visées par les articles L.242-2 du code de l'action sociale et des familles et L.323-11 du code du travail.

Chaque section se compose de son président et deux assesseurs représentant l'un, les travailleurs salariés, l'autre, les employeurs ou travailleurs indépendants. Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire. Les assesseurs de la CNIT doivent être de nationalité française, âgés d'au moins 23 ans, avoir la capacité d'être juré de Cour d'Assise et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le présent Code de la Sécurité Sociale (article L. 143-7 du Code de la Sécurité Sociale). Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membres des conseils d'administration des organismes de Sécurité Sociale ou de mutualité sociale agricole. Les conditions de récusation sont identiques à celles des assesseurs du TCI (article L. 143-8 du Code de la Sécurité Sociale).

Les 4 sections s'occupent respectivement :

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

- ✓ des contestations mentionnées aux alinéas 1, 2 de l'article L. 143-1 du Code de la Sécurité Sociale concernant les régimes autres qu'agricole :
 - * alinéa 1 : degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie non régie par le livre IV du Code de la Sécurité Sociale (le livre IV du Code de la Sécurité Sociale correspond aux dispositions concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles), état d'incapacité au travail ;
 - * alinéa 2 : état d'incapacité permanente de travail et notamment le taux de cette incapacité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- ✓ des contestations en matière de législation sociale agricole (tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, degré d'invalidité ou d'incapacité au travail lorsqu'elle n'est pas due à un accident du travail ou une maladie professionnelle, état d'IPP en cas d'accidents du travail ou de maladie professionnelle dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, contestation prévue au dernier alinéa du paragraphe 1 de l'article L. 323-11 du Code du travail (recours contre les décisions de la COTOREP) et à l'article L. 242-8 du Code de l'action sociale et des familles (recours contre les décisions de la Commission d'éducation spéciale) pour les ressortissants du régime agricole ;
- ✓ des contestations prévues au dernier alinéa du paragraphe 1 de l'article L. 323-11 du Code du travail (recours contre les décisions de la COTOREP) et à l'article L. 242-8 du Code de l'action sociale et des familles (recours contre les décisions de la Commission d'éducation spéciale) pour les ressortissants des régimes autres qu'agricoles.

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

Le secrétaire général de la CNIT est assisté de 2 secrétaires généraux adjoints dont l'un pour la section compétente pour la législation agricole. Le secrétaire

général est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la Sécurité Sociale et de l'Agriculture. Les secrétaires généraux adjoints sont nommés par arrêté du Ministre intéressé (article R. 143-37 du Code de la Sécurité Sociale).

Le siège de la CNIT est fixé à Amiens.

— Procédure

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

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

Cet appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé avec demande d'avis de réception au secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité qui a rendu le jugement (article R. 143-24 du Code de la Sécurité Sociale inséré par les Décret N° 86-658 du 18 mars 1986 article 21 paru au Journal Officiel du 20 mars 1986, décret N° 87-801 du 29 septembre 1987 article 2 paru au Journal Officiel du 1er octobre 1987, décret N° 99-449 du 2 juin 1999 articles 16, 19 parus au Journal Officiel du 4 juin 1999, décret N° 2003-614 du 3 juillet 2003 article 4 II paru au Journal Officiel du 5 juillet 2003).

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

Exemple de lettre de saisine de la Cour Nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des Accidents du travail (voir encadré 3).

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

Encadré 3

Nom, prénom, profession, adresse de l'appelant	Monsieur ou Madame le Secrétaire du TCI de (adresse du TCI)
Numéro d'affiliation à la Sécurité sociale	
Recommandée avec AR	
Monsieur ou Madame le Secrétaire du TCI de (adresse du TCI)	
Par lettre du.....(cf copie ci-jointe), le Tribunal du Contentieux et de l'incapacité vient de me notifier le jugement (cf copie ci-jointe) concernant le litige suivant :m'opposant à(nom et adresse de la partie adverse).	
Je conteste cette décision pour les motifs suivants :	
.....	
Par la présente lettre, et conformément à l'Article R. 143-24 du Code de la Sécurité sociale, j'ai l'honneur de former un appel à l'encontre de ce jugement.	
A l'appui de mon appel, je vous fais parvenir un mémoire ainsi que toutes pièces utiles.	
Je sollicite la réformation du jugement.	
Je serai représenté (en cas de représentation) devant la Cour Nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des Accidents du travail par ... (nom, qualité et adresse)	
Le médecin que je désigne pour recevoir des documents médicaux est le Docteur..... exerçant à..... N° de téléphone.....	
Je vous remercie de bien vouloir m'accuser réception de la présente lettre et de la transmettre à la Cour Nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des Accidents du travail.	
Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.	
A..... le	
Signature :	
(nom, qualité et signature)	

jugement, de la déclaration de l'appelant et de la lettre avisant la partie adverse.

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

Modèle de lettre accompagnant l'envoi d'un mémoire par la victime à la CNIT (voir encadré 4).

Le secrétaire général de la CNIT assure la communication des mémoires aux parties ou le cas échéant au médecin qu'elles ont désigné lorsqu'il s'agit de

documents médicaux et les avisent qu'elles peuvent présenter des observations en réplique des pièces nouvelles dans un délai de 20 jours courant de la réception de cette communication. Les pièces produites par les parties sont établies en triple exemplaire.

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

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

Encadré 4

Nom – Prénom Adresse de l'accidenté	Date
	CNITAAT « Les jardins de la Somme » 5 Port d'Aval BP 2617 88.026 AMIENS Cedex 1
<u>RECOMMANDEE AVEC A.R.</u>	
<u>Réf :</u>	
<u>Mle :</u>	
Monsieur,	
Je vous prie de trouver ci-joint, trois exemplaires d'un mémoire qui reprend mes observations.	
Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.	
Nom, Prénom et signature de l'accidenté	

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

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

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

Le président de la section à laquelle a été confiée l'affaire peut ordonner, même d'office, toute mesure

d'instruction et notamment désigner à titre de consultation un ou plusieurs médecins experts chargés d'examiner le dossier médical soumis à la CNIT.

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

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

- ✓ un avocat ou un avoué ;
- ✓ leur conjoint ou un ascendant ou un descendant en ligne directe ;
- ✓ suivant le cas un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;
- ✓ un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale ;

- ✓ un délégué des associations des mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Lorsqu'il le juge utile, le président de la section chargé de la mise en état prononce la clôture de l'instruction et informe les parties de la date de l'audience et de la possibilité qu'elles ont d'y présenter des observations orales (article R. 143-29 du Code de la Sécurité Sociale). Cette ordonnance de clôture est faite 15 jours au moins avant la date de l'audience. A l'audience, le président de la section qui a procédé à l'instruction fait son rapport, les parties présentes ou représentées sont entendues (article R. 143-29-1 du Code de la Sécurité Sociale). Lorsqu'un assesseur est empêché il est remplacé par son suppléant.

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

La cour nationale statue par un délibéré secret.

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

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

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

— Voies de recours

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

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

Le pourvoi en cassation est examiné par la 2^e chambre civile de la Cour de cassation.

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

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

— Commentaires

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

Maintenant, le plaignant pourra défendre en personne ses arguments devant la CNIT. Il peut également être représenté par un avocat ou un avoué.

Le roulement des assesseurs est obligatoire à la CNIT, ce qui n'est pas le cas au TCI. ■

IX. BIBLIOGRAPHIE

- DANG-VU V. – *L'indemnisation du préjudice corporel*, Paris Editions L'harmattan, troisième édition, 2010.
- KATZ A. – *Lamy Protection Sociale*. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.
- LEGRAND P., AUBIJOUX J., DEVEAU A., HOURTOULLE J.L. – *Handicap et dépendance : l'évaluation*. 1 vol., 448 p. Paris : Editions Berger-Levrault, 1^{re} édition, 2002.
- PIERCHON M. – Le contentieux technique de la Sécurité Sociale, manuel à l'usage des assesseurs. Numéro spécial de la revue *La Commission*, juin 2004.
- PIERCHON M. – *Les contentieux de la Sécurité Sociale*. Montpellier. Editions Resoc, 2006.
- ROUAUD J.P. – Le contentieux de la Sécurité Sociale en matière de maladie, d'invalidité et d'inaptitude ou de pathologie professionnelle. *Revue du Rhumatisme* 1998; 65 (11 bis) : 300S-302S.