

Les accidents du travail en milieu agricole

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

L'auteur traite tout d'abord les accidents du travail en milieu agricole des salariés avec le cas particulier des salariés agricoles d'Alsace Moselle puis le cas des accidents du travail en milieu agricole des exploitants agricoles non salariés qui est régi par la loi du 30 novembre 2001. Là encore, le cas particulier des exploitants non salariés agricoles d'Alsace Lorraine est abordé.

Mots-clés : Salariés, salariés agricoles d'Alsace Moselle, exploitants agricoles non salariés, exploitants agricoles non salariés d'Alsace Moselle, loi du 30.11.01.

SUMMARY

Work accidents in the agricultural world

The author first of all deals with work accidents in the agricultural world involving salaried workers, with the special case of agricultural workers in Alsace Moselle, then the case of work accidents in agriculture involving non-salaried farmers which is governed by the law of 30 November 2001. Again, the particular case of non-salaried farm workers in Alsace Lorraine is discussed.

Key-words: *Salaried workers, salaried farmers in Alsace Moselle, non-salaried farmers, non-salaried farmers in Alsace Moselle, law of 30.11.01.*

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17 Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

L'organisation de la protection sociale agricole se révèle assez complexe car elle se base historiquement sur l'ancienneté du mutualisme agricole et la généralisation progressive de la protection sociale agricole.

Ainsi des sociétés de secours mutuel pour les risques inhérents à l'agriculture existaient déjà bien avant la Révolution française et leur fonctionnement fut consacré par la Loi Viger promulguée le 04.07.1900.

La protection sociale agricole a vu, par contre, sa généralisation apparaître de façon progressive et avec un décalage tardif par rapport au régime général de la sécurité sociale.

Ce décalage s'observe en particulier dans la couverture des risques professionnels agricoles. Ainsi, les lois en matière d'accidents du travail ne se sont appliquées aux salariés agricoles qu'en 1922 alors qu'elles se sont vues appliquées aux autres salariés dès 1898.

Pour les exploitants agricoles non salariés, une couverture minimale du risque professionnel ne s'est vue obligatoire qu'en 1966. Le dynamisme du mutualisme agricole pour les exploitants agricoles salariés explique donc que la gestion de la protection sociale agricole en accidents du travail pour les exploitants non salariés se voit partagée entre la Mutualité sociale agricole, branche agricole de la Sécurité sociale et des assurances privées (dont la majorité est issue du mutualisme agricole).

Un autre facteur de complexité réside dans le particularisme régional accordé aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle puisque ces départements, annexés par l'Allemagne entre 1871 et 1918, voient la protection des accidents du travail et des maladies professionnelles régie par une loi dérivée de la législation sociale allemande du 05.03.1886 entrée en vigueur le 01.05.1889, maintenue en vigueur après les deux guerres mondiales par l'Article 7 de la Loi du 01.06.1924 et l'Ordonnance n° 45 - 2.250 du 04.10.1945 (article 17) reprise dans l'Article L. 111 - 2 du Code de la Sécurité Sociale.

1. LE CAS DES SALARIÉS

a. Le cas des salariés de métropole sauf en Alsace-Moselle

Le risque accidents du travail et maladies professionnelles inhérents à l'activité agricole est régi par la Loi du 25.10.1972. La gestion de ce risque accidents

du travail et maladies professionnelles relève exclusivement de la Mutualité sociale agricole.

D'une manière générale, on constate que les prestations pour un salarié agricole au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont identiques à celles des ressortissants du régime général. La grosse différence dans le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles réside en fait dans la procédure de contentieux au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

aa. Définitions

α. L'accident du travail

Suivant l'Article 1.146 du Code rural « est considéré comme accident du travail quel qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne visée à l'Article 1.144, salariée ou travaillant, à quelque titre ou quelque lieu que se soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ».

Il ressort de la lecture de cet article 1.146 que la définition de l'accident du travail en milieu agricole est identique à celle d'un accident du travail pour une personne dépendant du régime général de la Sécurité sociale.

Les conséquences sont donc identiques à ceux du chapitre consacrée à l'accident du travail pour les bénéficiaires du régime général de Sécurité sociale en particulier sur les éléments constitutifs d'un accident du travail : le fait accidentel, la lésion de l'organisme humain et le lien de causalité entre le travail et la lésion.

L'accident de travail de trajet présente également les mêmes caractéristiques que pour un ressortissant du régime général de la Sécurité sociale.

β. Les bénéficiaires du régime accidents du travail

Suivant ces articles 1.144 et 1.145 du Code rural sont considérés comme bénéficiaires du régime accidents du travail et maladies professionnelles :

- ✓ les salariés qui travaillent à quel titre ou en quelque lieu que se soit pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'exploitation d'entreprise dans les domaines suivants

exploitations de culture,
élevage, dressage, haras,
établissements de conchyliculture, pisciculture,
travaux forestiers,

salariés des artisans ruraux lorsqu'ils emploient moins de deux salariés.

Sont également bénéficiaires de ce régime accidents du travail et maladies professionnelle :

- ✓ les salariés de la mutualité sociale agricole du Crédit agricole, de Groupama, des Chambres d'agriculture, des coopératives agricoles,
- ✓ les apprentis, les stagiaires qui relèvent des ASA (Assurances Sociales Agricoles),
- ✓ les élèves de l'enseignement technique agricole et de formation professionnelle agricole,
- ✓ les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social sans caractère lucratif, créés au profit des professions agricoles.

γ. La présomption d'imputabilité

La présomption d'imputabilité s'applique pour les ressortissants du monde agricole de la même façon que pour un ressortissant du régime général de Sécurité sociale en application de l'Arrêt de la Cour de cassation, Chambres réunies du 07.04.1921 : « toute lésion qui se produit au cours d'un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de cet accident ».

Cette présomption d'imputabilité en faveur du salarié dispense la victime d'avoir à établir la preuve du lien de causalité entre le travail et l'accident.

Nous rappellerons simplement que cette présomption d'imputabilité n'est plus admise pour la démonstration d'une rechute et qu'il appartient alors à l'assuré de démontrer la preuve du lien de causalité de cette demande de rechute avec l'accident.

Du point de vue pratique, en cas de contentieux, un salarié du monde agricole pourra donc invoquer la jurisprudence même applicable au régime général de la Sécurité sociale pour la démonstration de la reconnaissance d'un accident du travail.

bb. Les prestations

Elles sont identiques à celles du régime général de la Sécurité sociale.

On distingue ainsi :

- ✓ les prestations en nature avec remboursement des soins à 100 %, prise en charge des soins de rééducation et de réadaptation voie de reclassement professionnel
- ✓ les prestations en espèces
- ✓ avec indemnité journalière dès le premier jour de l'accident du travail jusqu'à la date de consolidation.

A la consolidation, l'attribution d'une éventuelle rente d'accident du travail suit les règles de l'Article 453 du Code de la Sécurité sociale, le taux de cette rente devant s'inspirer du barème indicatif des accidents du travail.

La victime bénéficie du système du tiers payant et elle n'a donc pas à faire l'avance des frais.

cc. Le contentieux

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

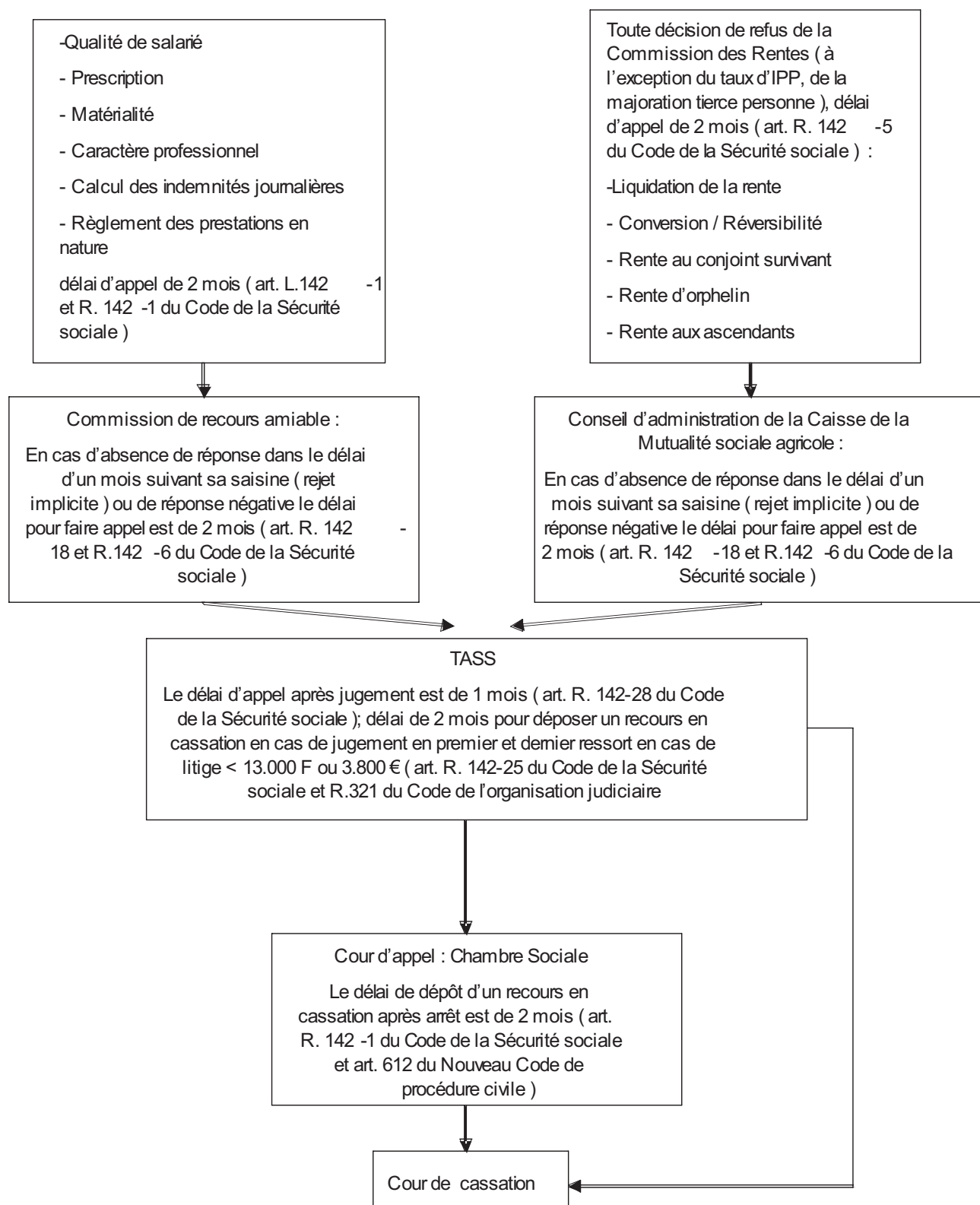
α1. Le contentieux d'ordre administratif (voir la figure ci-contre)

Il peut s'agir du refus de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la matérialité de cet accident.

Dans ce cas, la victime dispose de deux mois suivant les articles L. 142-1 et R. 142-1 du Code de la Sécurité Sociale pour faire appel auprès de la Commission de recours amiable.

En cas de réponse négative de cette Commission de recours amiable ou de rejet implicite (absence de réponse dans un délai d'un mois suivant sa saisine), la victime dispose d'un délai de 2 mois pour faire appel auprès du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale (articles R. 142-18 et R. 142-6 du Code de la Sécurité Sociale).

Le TASS juge en premier et en dernier ressort pour des litiges dont la somme est inférieure à 25.000 F ou 3.800 euros (articles R. 142-25 du Code de la Sécurité Sociale, R. 321-1 du Code de l'organisation judiciaire).



Contentieux administratif en accidents du travail des salariés agricoles de métropole hors Alsace Moselle

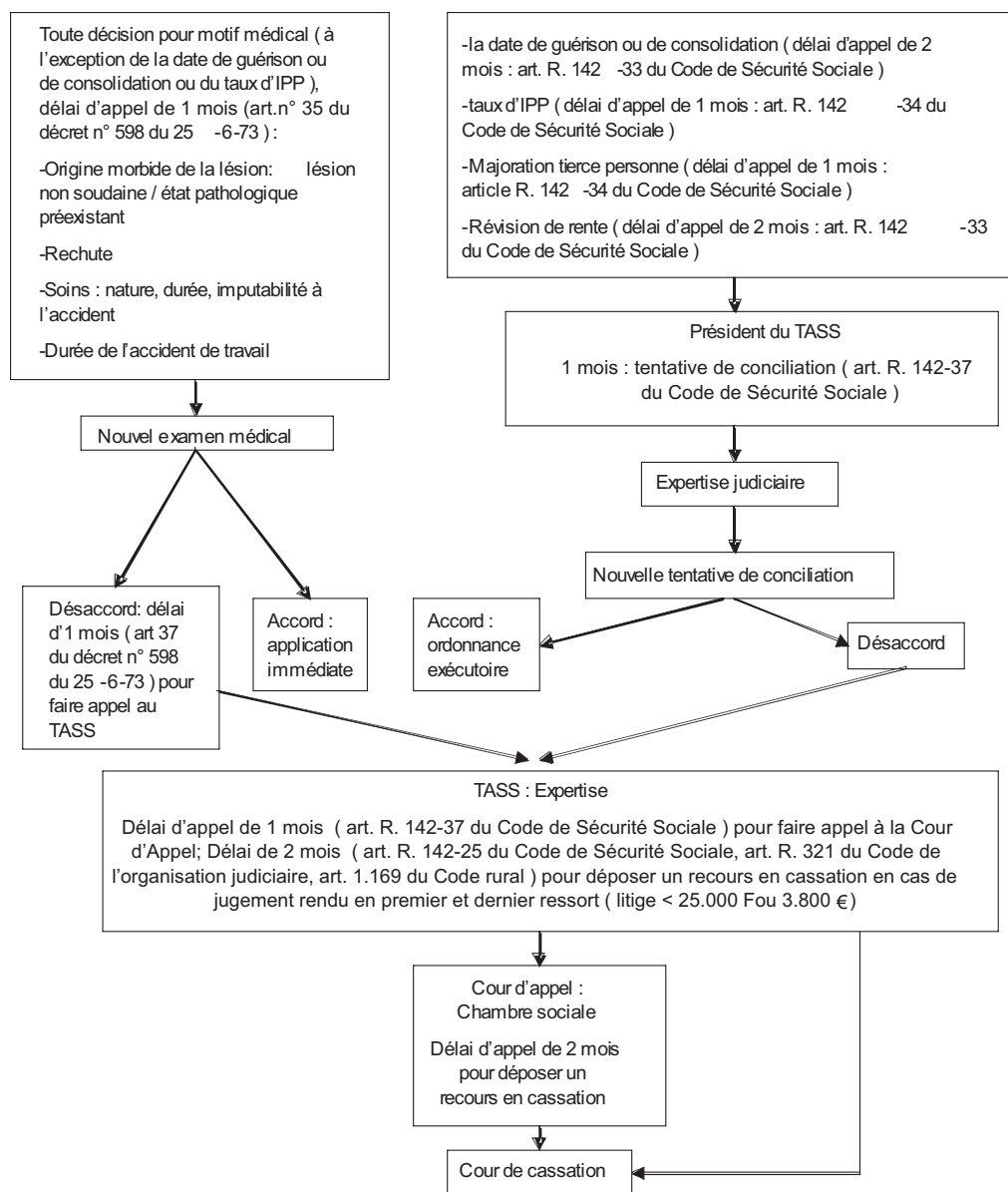
Dans les autres cas, la victime dispose d'un mois pour faire appel auprès de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel (article R. 142-28 du Code de la Sécurité Sociale).

Après l'arrêt de la Cour d'Appel, la victime dispose encore de deux mois pour déposer un recours auprès de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation (article R. 144-1 du Code de la Sécurité Sociale, article 612 du Nouveau Code de procédure civile).

Lorsque le TASS juge en premier et en dernier ressort, la victime peut également déposer un recours en cassation auprès de la Cour de Cassation.

Ce même type de recours pour des litiges administratifs concerne le refus de la reconnaissance de la qualité de salarié, un contentieux sur le calcul des indemnités journalières ou le règlement des prestations en nature.

a2. Refus de reconnaissance de l'accident du travail pour un motif d'ordre médical



Contentieux médical en accidents du travail des salariés agricoles de métropoles hors Alsace Moselle

En général ce refus se base sur une argumentation estimant que la lésion n'est pas soudaine ou qu'il existe un état pathologique préexistant.

La victime dispose d'un délai d'un mois (article 35 du décret N° 598 du 29 juin 1973) pour solliciter un nouvel examen médical. Le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse de la mutualité sociale agricole choisissent alors d'un commun accord, un expert auprès des tribunaux. Il s'agit du principe du nouvel examen médical. Le nouvel examen médical qui est prévu pour les contentieux du refus de reconnaissance de l'accident du travail pour un motif d'ordre médical est réalisé par un médecin expert inscrit sur la liste des experts de sécurité sociale et choisi d'un commun accord entre le médecin traitant et le médecin conseil. La procédure est régie par les articles R141-1 et R141-2 du code de la sécurité sociale. Ce nouvel examen médical s'apparente à l'expertise de sécurité sociale sauf qu'il peut être contesté par l'une des deux parties.

A défaut, cet expert est désigné par le président du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale. Cet expert donne un avis qui ne s'impose pas aux parties.

En cas de désaccord, les parties disposent d'un mois (article 37 du décret N° 598 du 29 juin 1973) pour entreprendre une phase contentieuse en saisissant le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale.

Le TASS demande alors une expertise médicale au titre des articles L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale, L. 141-2, R. 142-24 et R. 142-24-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Après ce jugement du TASS, les parties disposent encore d'un délai d'un mois (article R. 142-28 du Code de la Sécurité Sociale) pour saisir la Chambre Sociale de la Cour d'Appel.

Les juges de la Cour d'Appel peuvent alors également demander une nouvelle expertise au titre des mêmes articles cités pour l'expertise du TASS et également au titre de l'article R. 142-30 du Code de la Sécurité Sociale. Après l'arrêt de la Cour d'Appel, les parties disposent encore d'un délai de deux mois pour déposer un recours en cassation.

Le même type de procédure est entamé pour les autres contestations d'ordre médical en ce qui concerne les contentieux de rechute de soins médicaux (nature des soins, durée des soins, imputabilité à l'accident) ou la durée de l'arrêt de travail.

On constate au vu de cette procédure, qu'il n'y a pas pour les salariés agricoles d'arbitrage de type exper-

tise de Sécurité Sociale au titre de l'article L. 141 du Code de la Sécurité Sociale.

Cette procédure se distingue par une première étape amiable de conciliation par le biais du nouvel examen médical. Cette étape amiable de conciliation permet souvent d'éviter la phase contentieuse ultérieure.

Il est à noter ainsi que cette procédure contentieuse n'intervient que dans 2 % des affaires alors que ce pourcentage atteint 10 % dans le régime général de Sécurité Sociale.

β. Le contentieux de la faute inexcusable

La procédure de faute inexcusable est identique à celle entamée par un ressortissant du régime général de Sécurité Sociale (article L.452-1 du Code de la Sécurité Sociale).

γ. Le contentieux de la fixation du taux d'IPP

La victime dispose d'un mois (article R. 142 -34 du Code de la Sécurité Sociale) en cas de désaccord sur la fixation du taux d'IPP pour saisir le président du Tribunal des affaires de la Sécurité Sociale (TASS).

Le président du TASS au titre de l'article R. 142-37 du Code de la Sécurité Sociale dispose alors d'un délai d'un mois pour effectuer une tentative de conciliation.

En cas de désaccord persistant, le président du TASS demande une expertise judiciaire permettant d'aboutir à une nouvelle tentative de conciliation.

En cas alors d'accord des parties, une ordonnance exécutoire est signée (article R. 142-38 du Code de la Sécurité Sociale).

En cas de désaccord, le contentieux est alors porté devant le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale.

Après le jugement du TASS, comme dans le chapitre antérieur, les parties disposent d'un délai d'un mois au titre de l'article R. 142-28 du Code de la Sécurité Sociale pour faire appel auprès de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel, si l'objet du litige est inférieur à une somme de 25.000 F ou 3.800 euros.

Dans le cas inverse, le TASS juge en premier et en dernier ressort.

Le TASS juge également en premier et en dernier ressort si l'objet du litige est un taux d'IPP dont le taux

est inférieur à 10 %. (articles R.142-25 du Code de la Sécurité Sociale, R. 321 du Code de l'organisation judiciaire, 1.169 du Code rural).

Dans le cas du jugement en premier et en dernier ressort, la victime peut encore dans un délai de deux mois déposer un recours en cassation auprès de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation.

Lorsque la Chambre Sociale de la Cour d'Appel est saisie, les juges de la Cour d'Appel peuvent demander une expertise au titre des articles R. 141-1 du Code de la Sécurité, des articles L. 141-1, L. 141-2, R. 142-24, R. 142-24-1 du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 612 du Nouveau Code de procédure civile.

Cette procédure est également valable pour les contentieux concernant la date de guérison ou de consolidation, l'octroi d'une majoration tierce personne ou d'une révision de la rente. La seule différence résulte dans le délai offert aux parties pour solliciter en cas de contestation l'intervention du président du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale.

Dans le cas d'une contestation au sujet de la date de guérison ou de consolidation, le délai est de deux mois (article R. 142-33 du Code de la Sécurité Sociale), dans le cas d'une demande de révision, il s'agit également d'un délai de deux mois (article R. 142-33 du Code de la Sécurité Sociale, article 29.1 IV du décret N°598 du 29 juin 1973). A la lecture de cette procédure, on constate également l'importance de la première étape amiable de conciliation.

b. Le cas des salariés agricoles en Alsace Moselle

La loi N°72-965 du 25 octobre 1972 qui a instauré une assurance obligatoire des travailleurs de l'agriculture contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, par son article 19-2, confirme que la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les départements d'Alsace et de Moselle reste régie par le Code des Assurances Sociales du 19 juillet 1911 modifié. Ce régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles possède un caractère obligatoire (article 915 du Code des Assurances Sociales du 19 juillet 1911 qui stipule que « les exploitations agricoles sont assujetties à l'assurance contre les accidents »).

Dans chacun des 3 départements d'Alsace et de Moselle existe une Caisse ayant le monopole légal de

l'assurance accident agricole, c'est à dire une pour le Haut Rhin, une pour le Bas-Rhin, une pour la Moselle.

Les salariés du régime agricole ont droit à des prestations au titre de l'assurance accident du travail équivalentes à celles accordées aux salariés dépendant du régime général de Sécurité Sociale (articles 1.251, 1.252 du Code rural).

aa. Définitions

α. L'exploitation agricole

Outre les exploitations agricoles classiques, sont considérées également comme une exploitation agricole, les réparations courantes aux bâtiments servant à l'exploitation agricole, les travaux d'amélioration du sol et les autres travaux de construction exécutés dans l'intérêt de l'exploitation (article 916 du Code des Assurances sociales), l'horticulture, l'entretien des parcs, des jardins, les travaux des cimetières tant que ces derniers ne sont pas soumis à l'assurance accident des entreprises industrielles (article 915, alinéa 1 du Code des Assurances Sociales), les exploitations forestières (article 161 du Code des Assurances Sociales), les exploitations viticoles, de pêche, de pisciculture, de chasse et en général toutes les activités rattachées par les textes légaux et réglementaires au régime social agricole.

β. L'accident du travail

Cette assurance accidents du travail et maladies professionnelles concerne ainsi toutes les exploitations agricoles sus nommées implantées dans les départements de Moselle et d'Alsace.

Le risque concerne les accidents du travail à proprement dit et les accidents de trajet dont les définitions sont similaires à celles du régime général. L'article 21 de la Loi du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social a ainsi complété l'article 1.251 du Code rural et applique aux salariés ressortissant du régime local, la notion d'accident du trajet prévue aux articles L. 411-2, L. 454-1 et L. 455-2 du Code de la Sécurité Sociale.

γ. Les assurés salariés couverts par l'assurance accidents du travail

Les assurés salariés sont ceux relevant du régime des assurances sociales agricoles. (Ces assurés sont

désignés par l'article 1.144 du Code rural et l'article 1.257 du même Code rural).

Les élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricole qui bénéficient de quelques particularités. Pour les élèves étudiants des établissements relevant de l'Etat, les prestations et indemnités d'accidents de travail sont à la charge de l'Etat mais, par convention entre le ministère de l'agriculture et chaque caisse départementale d'assurance accidents, cette dernière caisse assure la gestion des accidents survenus aux élèves de l'enseignement public agricole. Pour les établissements privés de l'enseignement technique et des centres de la formation professionnelle, ils sont assujettis comme les autres salariés du régime des assurances sociales agricoles.

Les membres bénévoles des organismes sociaux (énumérés par le décret N°68-814 du 10 septembre 1968 pris en application de l'article 1.252 - 2 du Code rural) bénéficient aussi de particularités d'indemnisation.

bb. Prestations

a. Prestations en nature

La victime d'un accident du travail bénéficie de l'exonération du ticket modérateur et de l'avantage du tiers payant.

b. Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont constituées par les indemnités journalières pendant la période d'arrêt de travail, la rente versée à la victime après la consolidation des blessures, les rentes versées aux survivants en cas d'accident suivi de mort et d'une indemnité funéraire.

L'indemnisation de l'incapacité permanente consécutive à un accident du travail dans le régime général a été étendue au régime agricole par le décret N° 87-711 du 27 août 1987.

L'application au régime local a été confirmée par l'article 21 de la loi N°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social.

De la même manière que pour les ressortissants du régime général de la Sécurité Sociale, une indemnité en capital est donc attribuée en cas d'incapacité permanente inférieure à 10 %.

cc. Le contentieux

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

D'après l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale, les contestations d'ordre médical relatives à l'état de la victime et notamment la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle à l'exclusion des contestations régies par l'article L. 143-1 du Code de la Sécurité Sociale donnent lieu à une procédure d'expertise médicale. Cette procédure concerne donc les contentieux d'ordre médical concernant la reconnaissance de l'accident du travail. Nous rappelons que la loi du 23 janvier 1990 et le décret N° 92-460 du 19 mai 1992 inscrit dans le Code de la Sécurité Sociale sous la forme d'un article R.142-24-1 stipulent que le rapport d'expertise médicale ne s'impose plus à la juridiction compétente.

La victime après cette procédure d'expertise médicale peut donc faire appel auprès du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale.

Après jugement de ce Tribunal, on peut encore fait appel auprès de la Cour d'Appel. Après l'arrêt de cette Cour d'Appel, il est possible de déposer un pourvoi en cassation auprès de la Cour de Cassation.

b. Le contentieux de la faute inexcusable

La loi N° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social parue au Journal Officiel du 31 juillet 1987 par son article 17 étend aux salariés agricoles du régime local, les dispositions du régime général de Sécurité Sociale relatives à la réparations des accidents du travail en cas de faute inexcusable de l'employeur.

γ. Le contentieux de la fixation du taux d'IPP

La commission de fixation des prestations, issue du Comité directeur de la Caisse Départementale d'Assurance Accidents, formée de 3 membres (article 1.569 du Code des Assurances Sociales), fixe le pourcentage de l'invalidité permanente, après étude du rapport du médecin traitant, du médecin conseil de la Caisse.

La victime peut contester la fixation du taux d'IPP devant la section agricole du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

La victime peut ensuite faire appel devant la Cour Nationale de l'Incapacité de la tarification de l'Assu-

rance des Accidents du Travail. On peut ensuite encore se pourvoir en cassation devant la Cour de Cassation.

c. Le cas des salariés des départements d'Outre Mer

Les salariés des départements d'Outre Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique et Guyane) relèvent du régime général de Sécurité Sociale depuis 1946 (article L. 751.1. du Code de la Sécurité Sociale).

2. LE CAS DES EXPLOITANTS AGRICOLES NON SALARIÉS

a. Cas des exploitants agricoles non salariés de Métropole en dehors des départements d'Alsace et de Moselle

Ce chapitre connaît actuellement de profonds bouleversements car il était basé jusqu'à un passé fort récent sur la loi du 22 décembre 1966 inscrite au Code Rural sous la forme des articles 1.234-1 à 1.234-18 qui instituait pour les personnes non salariées de profession agricole, un régime d'assurance obligeant les exploitants à se prémunir contre les risques d'accident du travail et de maladie professionnelle mais également contre les accidents de la vie privée.

Le régime d'assurance obligatoire était entré en vigueur le 1^{er} septembre 1969. La loi du 25 octobre 1972 N° 72-965 parue au Journal Officiel du 27 octobre 1972 a institué une assurance complémentaire facultative contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des personnes non salariées de l'agriculture.

C'est pourquoi, nous rappellerons l'ancien système qui de toute façon reste encore en application pour les contentieux en cours.

aa. L'ancien système d'indemnisation avant la loi du 30 – 11 – 2001

a. L'assurance obligatoire contre les risques d'accidents du travail, de maladie professionnelle et les accidents de la vie privée instituée par la loi du 22 décembre 1966

✓ Cette loi pose comme principes :

- son caractère obligatoire,
- la liberté de choix de l'assureur,
- des garanties minimales incitant donc à la souscription de l'assurance complémentaire facultative, établie par la loi du 25 octobre 1972.
- ✓ En ce qui concerne l'assurance obligatoire, il n'existe pas de présomption légale d'imputabilité en faveur de l'exploitant en cas de lésion d'origine inconnue.

a1. Définitions

a1.1. Les personnes soumises à l'obligation d'assurance

Les personnes concernées sont les exploitants agricoles non salariés qui consacrent leur activité à la mise en valeur économique de l'exploitation et assujettis à l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA).

Il s'agit donc :

- ✓ des chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles,
- ✓ des aides familiaux : ascendants, descendants, frère, soeur et alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprises ou de son conjoint, âgés de plus de 16 ans, vivant sur l'exploitation ou l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non salariés,
- ✓ des associés d'exploitation : personnes non salariées, âgées de 18 ans révolus et de moins de 35 ans, qui, descendants, frères, soeurs ou alliés au même degré du chef d'exploitation ou de son conjoint, ont pour activité principale la participation de la mise en valeur de l'exploitation,
- ✓ des retraités et allocataires de vieillesse agricole ayant pris leur retraite avant le 1^{er} février 1986,
- ✓ des conjoints, les concubins,
- ✓ des enfants mineurs de moins de 16 ans à charge et assimilés,
- ✓ des membres non salariés des sociétés d'exploitation ou d'entreprises agricoles.

a1.2. Les risques couverts

- ✓ Il s'agit en premier lieu de tous les accidents sans distinction entre accidents du travail et accidents de la vie privée.

L'accident se définit alors par l'action soudaine et violente d'une cause extérieure provoquant une lésion sur l'organisme humain (Chambre sociale de la Cour de Cassation du 23 octobre 1958).

Outre les accidents du travail, il peut donc s'agir d'accidents de circulation, de chasse, d'accidents sportifs, de rixes, de bagarres. Tous les accidents sont pris en charge que ce soit en France ou à l'étranger. Sont néanmoins exclus les accidents résultant de la faute intentionnelle de la victime et les accidents survenus pendant l'exercice d'une profession autre qu'une profession agricole non salariée.

- ✓ Le deuxième risque couvert concerne les maladies professionnelles en agriculture énumérées par les articles L. 461-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

α2. Les prestations

α2.1. Les prestations en nature

La victime doit faire l'avance des frais mais elle est honorée du ticket modérateur.

Tous les frais sont remboursés même après la date de consolidation de lors que ces frais sont en relation avec l'accident initial.

Ces prestations en nature concernent comme d'habitude les frais médicaux, chirurgicaux d'hospitalisation, pharmaceutiques, les frais de réadaptation fonctionnelle et de rééducation, les frais de transport de la victime, les frais de fourniture, et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie.

α2.2. Les pensions d'invalidité

Lorsque l'assuré est reconnu totalement inapte à l'exercice de la profession agricole par référence à l'activité agricole précédemment et effectivement exercée, il bénéficie d'une pension d'incapacité pour invalidité totale.

La pension est accordée à titre viager. Cette pension viagère est donc définitive, garantie à l'exploitant jusqu'à la fin de ses jours en ce qui concerne l'assurance obligatoire.

Elle peut être suspendue si l'état de la victime s'est améliorée de façon telle que cette victime ne présente plus une attitude totale à l'exercice de la profession

agricole. Le montant de cette pension est égal au quart du salaire minimum légal servant d'assiette pour le calcul des rentes d'accident du travail, accordé aux salariés et au moins égal au montant de la pension AMEXA.

Cette pension est donc égale au 1^{er} janvier 1996 pour un montant annuel à 22.890 F 56. Cette pension est majorée lorsque le pensionné est obligé d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. La pension est alors majorée de 40 %.

Lorsque l'exploitant agricole non salarié ayant la qualité de chef d'exploitation, le conjoint co-exploitant et l'association d'exploitation en EARL (exploitation agricole à responsabilité limitée) présentent une indemnité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail et bénéficient d'une pension d'invalidité pour incapacité partielle. Cette pension est alors égale au 3/5^e du montant annuel de la pension pour incapacité totale sans être inférieure à l'AVTS (Allocation aux vieux travailleurs salariés).

Cette AVTS est égale à 16.943 F pour son montant annuel, au 1^{er} janvier 1996.

α3. Le contentieux

L'article 1.234-17 du Code Rural stipule que le contentieux relève des juridictions de droit commun. Le contentieux relatif au remboursement des prestations en nature (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, frais pharmaceutiques, frais de fourniture, de renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie, frais de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle, frais de transport de la victime) sont jugés par le Tribunal d'Instance (décret N° 69-119 du 1^{er} février 1969, article 17) Le Tribunal d'Instance statue en premier et dernier ressort pour les sommes inférieures à 25.000 F ou 3.800 euros. Tous les autres contentieux sont jugés quelque soit le montant de la demande par le Tribunal de Grande Instance (article 18 du décret N° 69-119 du 1^{er} février 1969).

β. L'assurance complémentaire facultative établie par la loi du 25 octobre 1972

β1. Les risques couverts

Cette assurance garantit aux personnes couvertes par l'assurance obligatoire AAEXA des prestations non

prévues par cette assurance et concernant les accidents de travail et de trajet, les maladies professionnelles.

Sont donc exclus :

- ✓ les accident de la vie privée
- ✓ les conséquences de la faute intentionnelle de la victime
- ✓ les accidents contractés au cours de l'exercice d'une profession autre qu'une profession agricole non salariée
- ✓ les accidents survenus en dehors du cadre de l'activité agricole de la victime.

β2. Les prestations

β2.1. Les prestations en nature

Il s'agit des frais funéraires.

Le remboursement des frais funéraires est garanti dans la limite des frais exposés sans que leur montant puisse excéder un 24^e du plafond de rémunération retenu pour l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale, soit 6.770 F le 1^{er} juillet 1996.

β2.2. Les prestations en espèces

- ✓ Les indemnités journalières

La victime touche 60 % du salaire journalier de base, les 28 premiers jours de l'arrêt de travail. Le salaire journalier de base est égale au 300^e du gain annuel déclaré au contrat. L'indemnité journalière ne peut excéder 0,834 % du maximum de la rémunération annuelle retenue pour l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale.

La victime touche ensuite 80 % du salaire journalier de base à partir du 29^e jour d'arrêt de travail. Les indemnités journalières sont dues jusqu'au jour du décès où jusqu'à la consolidation de la blessure.

- ✓ Les rentes
- Les rentes d'incapacité permanente

Il s'agit de rentes viagères révisables en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de la victime.

En cas d'incapacité inférieure à 10 %, la victime se voit attribuer un capital et non une rente (article 1.234-19 du Code rural, décret N°86-1.156 du 27 octobre

1986 paru au Journal Officiel du 30 octobre 1986). Le barème fixant le montant de cette indemnité en capital est fixé par l'article D. 434-1 du Code de la Sécurité Sociale.

- En cas de décès de la victime, le conjoint survivant, les descendants, les ascendants bénéficient d'une rente, attribuée suivant l'article L.454 du Code de la Sécurité Sociale.

β3. Le contentieux

Le contentieux relève des juridictions du droit commun.

Le contentieux relatif aux frais funéraires et aux indemnités journalières est réglé par le Tribunal d'Instance quelque soit le montant de cette demande (décret N° 73-778 du 24 juillet 1973, article 1). Il n'est pas possible de faire appel des jugements du Tribunal d'Instance. Le contentieux concernant la fixation de la rente en cas d'incapacité permanente ou de décès est réglé par le Tribunal de Grande Instance (article 5 du décret N° 73-778 du 24 juillet 1973).

En cas de contentieux concernant la liquidation d'une rente, une phase de conciliation préalable doit obligatoirement se dérouler devant le Président du Tribunal de Grande Instance. En cas d'accord entre les parties, le montant de la rente est définitivement fixé par ordonnance du président. En cas de désaccord entre les parties, le Président du Tribunal de Grande Instance rédige une ordonnance de renvoi.

Un appel est possible contre les décisions du Tribunal de Grande Instance. Le délai d'appel est de 15 jours.

bb. Le nouveau système d'indemnisation après la loi du 30 – 11 – 2001

a. Les principes

α1. Le caractère obligatoire de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle des exploitants agricoles

La loi n°2001-1128 du 30.11.01 parue au journal officiel du 01.12.01 a remplacé le dispositif d'assurance obligatoire antérieur par un régime de Sécurité Sociale. La loi du 30.11.01 parue au Journal Officiel du 1^{er}.12.01 et entrée en vigueur le 1^{er}.04.02, vise à

créer une véritable branche accident du travail et maladie professionnelle au sein du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Sont ainsi obligatoirement assurés, les chefs d'exploitation et leurs aides familiaux non salariés et associés d'exploitation, les conjoints qui participent à la mise en valeur de l'exploitation, les enfants de 14 ans à 16 ans, qui participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation.

La loi transforme l'assurance accident des exploitants agricoles (AAEXA) en une quatrième branche obligatoire du régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles : la couverture ATEXA.

L'assurance accident du travail et maladie professionnelle des exploitants agricoles (ATEXA) devient le 01.04.02 la quatrième branche de la protection sociale obligatoire des exploitants agricoles.

Ces nouveaux régimes interviennent pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La protection des accidents de la vie privée est transférée à l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA).

Sont pris en charge par l'AMEXA, les accidents suivants survenus aux personnes qui peuvent relever de l'ATEXA :

- ✓ les accidents de la vie privée
- ✓ les accidents ayant fait l'objet d'un refus définitif de prise en charge au titre de l'ATEXA
- ✓ les accidents survenus aux personnes exclues de l'ATEXA.

Une pension d'invalidité AMEXA peut être servie à l'assuré atteint d'une maladie non professionnelle et/ou victime d'un accident de la vie privée entraînant une incapacité des deux tiers ou une inaptitude totale.

Sont exclus de l'ATEXA :

- ✓ les retraités participants aux travaux, pour tenir compte des règles de non cumul emploi – retraite. Ces retraités sont pris en charge en AMEXA non seulement pour les accidents de la vie privée stricto sensu, mais aussi pour les accidents survenus dans le cadre de la mise en valeur de l'exploitation dès lors qu'ils ont conservé une parcelle de subsistance ou qu'ils participent occasionnellement à l'activité de l'exploitation familiale.

Par contre les retraités agricoles qui conservent leur qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole continuent à être couverts pour les accidents du travail et les maladies professionnelles par la nouvelle ATEXA.

- ✓ les conjoints de bénéficiant pas d'un statut social reconnu dans le régime agricole (conjoint participant aux travaux et conjoint collaborateur), les concubins et les partenaires liés par un pacs
- ✓ les enfants de moins de 14 ans, dans le cadre de leur participation occasionnelle aux travaux de l'exploitation.

α2. Le principe du libre choix par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole de l'assureur ATEXA

Une particularité réside dans la pluralité des gestionnaires de ce régime. Le principe du libre choix par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole de l'assureur ATEXA de base obligatoire est maintenu dans la réforme mais il est soumis à certaines conditions.

En effet, les caisses de la mutualité agricole mais aussi les sociétés civiles du code des assurances ou du code de la mutualité sont autorisées à garantir les risques accidents du travail ou maladies professionnelles. L'organisme assureur doit être autorisé et les assureurs doivent se regrouper au sein d'un groupement.

Les agriculteurs ont pour s'affilier donc le choix entre des assureurs participants à la gestion administrative du régime, devant satisfaire des conditions d'habilitation et d'adhésion à un groupement d'assureurs constitué depuis la parution de la loi, sous forme d'association loi 1901 dénommée association des assureurs de l'AAEXA (Assurance contre les Accidents du travail de la vie privée et des maladies professionnelles des EXploitants Agricoles), c'est-à-dire l'AAA et la Caisse de Mutualité Sociale Agricole de leur département. La loi n°2001-1128 du 30.11.01 subordonne la participation à la gestion du régime des assureurs autres que la MSA à une habilitation par le ministre chargé de l'agriculture et à la constitution d'un groupement créé entre eux (article L.752-14 du code rural). Ce groupement effectue toutes les opérations relatives au fonctionnement du régime notamment celle relative au recouvrement des cotisations et aux versements des prestations (article L.752-14 du code rural), assure la représentation de ses adhérents et des ressortissants du régime vis-à-vis de l'état et des organismes de MSA. Le groupement crée des bureaux départementaux ou

interdépartementaux chargés pour le compte des organismes assureurs de la gestion du régime pour l'ensemble des assureurs relevant de leur circonscription territoriale (article 6 du décret n°2002-429 du 29.03.02).

Le rôle des assureurs privés est limité à une participation indirecte à la gestion du régime par l'intermédiaire de l'association des assureurs (AAEXA). Il convient de noter que à peu près 70 % des contrats restent encore souscrits auprès de cette association des assureurs (AAEXA) et 30 % auprès de la mutualité sociale agricole. Par le biais de cette loi, les tarifs d'assurance en accident du travail sont également encadrés.

Si l'exploitant agricole omet de préciser son choix d'affiliation, il sera affilié d'office par l'inspecteur du travail avec une répartition entre organismes assureurs effectuée au niveau local en fonction du nombre d'affiliés respectifs au 31 mai 2002. Ces affiliations d'office sont réparties proportionnellement aux effectifs recueillis dans le département par chacun des organismes assureurs.

α3. Les rôles respectifs de la Mutualité sociale agricole et du Groupement d'assureurs

Le dispositif ainsi mis en place assure une répartition des missions entre le rôle pivot, joué exclusivement par la mutualité sociale agricole et le rôle de gestionnaire que peut tenir tant une caisse de mutualité sociale agricole que le Groupement d'assureurs intervenant au titre des assureurs autorisés. Le rôle pivot de la mutualité sociale agricole consiste essentiellement au niveau local à certifier l'affiliation, à notifier la catégorie de risque, à contrôler l'obligation d'assurance, à exploiter aux fins de prévention les déclarations d'accidents du travail, de maladies professionnelles, à assurer le contrôle médical, la gestion complète des fonds mis en place (fond de réserve, fond de prévention) ainsi que le secrétariat de la commission des rentes et à mener des actions de prévention. Au niveau central, ce rôle consiste notamment à effectuer les prévisions budgétaires de la branche AT/MP des non salariés agricoles, à faire des propositions en vue de la détermination des cotisations par catégorie de risque, à gérer le fond des rentes, à exploiter les données agrégées et à promouvoir la prévention.

Le rôle des assureurs gestionnaires vise à appeler les cotisations, à se prononcer sur la prise en charge

de l'AT/MP et à assurer la réparation des victimes notamment en versant les prestations.

Les organismes assureurs autres que les caisses de mutualité sociale agricole délèguent à un groupement, l'association des assureurs de l'AAEXA (AAA), constitué par eux, toutes les opérations relatives au fonctionnement de cette branche.

α4. Définitions

L'accident du travail suit les définitions suivantes de l'article L.752-2 du code rural :

« est considéré comme accident du travail, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail sur le lieu de l'exploitation, de l'entreprise, de l'établissement ou du chantier ou dans les conditions prévues à l'article L.325-1 à toutes personnes visées à l'article L.752-1 du code rural ».

La loi définit ainsi comme accident du travail, l'accident survenu sur le lieu de l'exploitation ou de l'entreprise, de l'établissement ou du chantier et par le fait ou l'occasion du travail.

L'accident se caractérise par deux éléments constitutifs :

- ✓ le fait accidentel
- ✓ le préjudice, c'est-à-dire une lésion de l'organisme humain.

L'accident est caractérisé pour les salariés par la jurisprudence de la cour de cassation comme le résultat d'une action soudaine. La circulaire n°2002-048 du 05.08.02 de la caisse centrale de la MSA a décidé de retenir la même interprétation pour les personnes non salariées des professions agricoles.

La circulaire n°2002-048 du 05.08.02 de la caisse centrale de la MSA définit l'accident survenu « par le fait du travail » comme un accident provoqué par le travail même que l'assuré est en train d'exécuter, ou comme l'accident dont la cause directe et immédiate est le travail.

L'accident survenu « à l'occasion du travail » se définit comme l'accident survenu alors que la victime était en train d'exercer son activité professionnelle même si l'accident n'a pas été directement causé par le travail en lui-même.

Il appartient à l'organisme assureur saisi d'une déclaration d'accident d'apporter la preuve de son caractère

non professionnel (article L.752-24 du code rural). La loi a ainsi introduit une présomption d'imputabilité en faveur de l'assuré. Le principe de la présomption en faveur de l'assuré a pour corollaire l'administration de la preuve contraire par l'organisme de prise en charge auprès duquel elle est invoquée.

Comme pour les salariés, il convient d'admettre que la présomption d'imputabilité ne couvre que les lésions qui se manifestent immédiatement après l'accident ou dans un temps voisin. Les lésions qui apparaissent tardivement ne bénéficient pas de la présomption.

Le fait que la victime a été admise au bénéfice de la majoration tierce personne pendant au moins 10 ans, entraîne que le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour l'organisme de prise en charge d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droits.

L'article L.442-4 du code de la sécurité sociale n'a pas été repris pour les non salariés agricoles et donc la perte du bénéfice de la présomption en cas de refus d'autopsie n'est pas opposable dans la couverture ATEXA. La preuve contraire doit être rapportée par la caisse en démontrant que les lésions sont le fait de l'état pathologique antérieur de la victime.

L'état pathologique antérieur de la victime ne détruit la présomption d'imputabilité que si une double condition est remplie :

- ✓ L'état antérieur doit avoir à jouer un rôle exclusif dans le déterminisme des lésions.
- ✓ Le travail de l'assuré doit n'avoir joué aucun rôle dans le déterminisme des lésions.

Dès lors qu'un doute subsiste sur le point de savoir ait pu ou non aggraver l'état de la victime, la preuve contraire n'est pas rapportée.

Le seul fait que la victime soit reconnue atteinte d'un état pathologique pré existant ne suffit pas à renverser la présomption d'imputabilité. Il est nécessaire que cet état soit la cause exclusive de l'accident pour lequel l'activité professionnelle n'a joué aucun rôle.

L'exploitant agricole et les membres non salariés de l'exploitation sont couverts par l'assurance accident du travail des exploitants agricoles dès lors qu'ils

y sont affiliés, pour les actes d'entraide qui répondent aux conditions de l'entraide définies par la loi et la jurisprudence. En effet, l'article L.752.2 du code rural dispose qu'est considéré comme accident du travail, l'accident survenu dans les conditions prévues à l'article L.325.1 du code rural qui vise l'entraide entre agriculteurs.

L'accident de trajet est défini ainsi par l'article L.752-2 du code rural qui énonce que « est également considéré comme accident du travail, tout accident dont l'assuré apporte la preuve qu'il est survenu pendant le trajet d'aller-retour entre son domicile, son lieu de travail et tous lieux où il est susceptible de se rendre dans l'exercice de son activité ».

La loi fait expressément peser la charge de la preuve de l'accident de trajet sur la victime ou ses ayants droits comme c'est le cas pour les salariés agricoles.

L'assuré ou ses ayants droits doivent donc établir :

- ✓ la réalité du fait accidentel au temps et au lieu du trajet considéré,
- ✓ la réalité d'une lésion qui en est la conséquence.

α5. Les nouvelles prestations

Si l'assuré est également victime par la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité de travail d'au moins 30% pour les chefs d'exploitation ou de 100% pour les aides familiaux ou les conjoints collaborateurs, une rente accident du travail peut être attribuée, mais les règles du cumul s'appliqueront (Article D 752-26 du Code rural, décret n° 2005-576 du 27.05.05 paru au journal officiel n°123 du 28.05.05 page 9411).

Il est à noter que le chef d'exploitation répond à une définition relativement précise. Il doit travailler sur une superficie supérieure à la moitié de la surface minimale d'installation (SMI). Si cette superficie n'est pas calculable il doit effectuer un nombre d'heure supérieur à 1200 heures par an ce qui est le cas par exemple pour les élagueurs ou les éleveurs spécialisés qui ne disposent pas de superficie d'installation étudiable.

Les cotisants solidaires ne sont pas considérés comme de véritables chefs d'exploitation. Ils se définissent par des cotisants travaillant sur des superficies supérieures au 1/5^e de la surface minimale d'installation et inférieures à la moitié de la surface d'installation. Si cette superficie n'est pas étudiable se sont des

cotisants dont le nombre total d'heures est inférieur à 1200 heures par an. Ces cotisants solidaires ne bénéficient pas du taux minimal de 30% pour bénéficier d'une rente accident du travail. Ils sont apparentés aux autres personnes non salariées de l'exploitation et à ce titre ne bénéficient d'une rente accident du travail qu'en cas d'incapacité permanente totale c'est-à-dire un taux d'IPP de 100%. C'est pourquoi il leur est conseillé de souscrire une assurance complémentaire privée qui couvre ce risque accident du travail. Le taux minimal de 30% nécessaire pour bénéficier d'une rente s'applique à tous les chefs d'exploitations victimes d'un accident professionnel ou d'une maladie professionnelle depuis le 01.04.02 pour lesquels la commission des rentes a reconnu un taux minimal de 30%. Il convient de noter qu'avant ce décret n°2005-576 du 27.05.05, le taux minimal d'IPP nécessaire pour bénéficier d'une rente n'était pas de 30% mais de 50%.

De nouvelles prestations sont accordées (indemnités journalières, frais d'obsèques et rentes pour les ayant-droits en cas de décès des exploitants agricoles).

Il est créé des indemnités journalières allouées pendant la période d'incapacité temporaire du travail au seul chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le versement débute à l'expiration du 8^e jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le mode de calcul est déterminé en application des règles du régime général de sécurité sociale. Au moment de la consolidation de la lésion, un taux d'IPP est évalué par le médecin conseil de la MSA. Le chef d'exploitation a le droit à une rente accident du travail lorsque son taux d'incapacité permanente est au moins égal à 30% (Article D 752-26 du Code rural, décret n° 2005-576 du 27.05.05 paru au journal officiel n°123 du 28.05.05 page 9411). Les autres personnes non salariées de l'exploitation, bénéficient d'une rente accident du travail en cas d'incapacité permanente totale soit un taux d'IPP de 100%. On constate donc là une des limites de la nouvelle loi qui n'indemnise pas après consolidation toutes les maladies professionnelles mais uniquement celles dont le taux d'IPP est supérieur à 50% pour les chefs d'exploitation.

Le calcul de la rente accident du travail est similaire à celui du régime général avec la détermination d'un taux utile réduit de moitié pour la fraction égale à 50% et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50%.

β. La procédure déclarative

La déclaration d'accident du travail incombe au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, pour lui-même et les membres de sa famille qui y sont rattachés. En cas de force majeure ou de défaillance du chef d'exploitation, la déclaration est effectuée par la victime elle-même, les ayants droits du chef d'exploitation ou de la victime, l'établissement de soins dans lequel la victime est hébergée, son médecin traitant ou toute autorité administrative.

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dispose d'un délai de huit jours pour effectuer la déclaration d'accident de travail ou de trajet à la CMSA ou au groupement lorsque lui-même ou l'une des personnes mentionnées à l'article L.752-1 du code rural est victime d'un accident (article 26 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Dès qu'il a connaissance de l'accident, l'organisme gestionnaire peut pour ses propres assurés s'il l'estime nécessaire (article 32 du décret n°2002-200 du 14.02.02) effectuer une enquête facultative :

- ✓ envoyer un questionnaire portant sur les causes de l'accident
- ✓ diligenter une enquête administrative permettant d'établir les circonstances de l'accident. Cette enquête est effectuée par un agent assermenté de la MSA si l'assuré relève de la MSA ou par un agent du groupement si l'assuré relève du groupement. Il a notamment pour but d'établir les circonstances de l'accident.

L'enquête administrative est obligatoire en cas d'accident mortel ou lorsque d'après les certificats médicaux adressés par le patient indiquant l'état de la victime et les conséquences éventuelles de l'accident ou d'après un certificat médical produit par les ayants droits, la lésion paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale (article 32 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Dès réception d'une déclaration d'accident de travail ou de trajet, l'organisme gestionnaire dispose d'un délai de 30 jours pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident. Si l'organisme gestionnaire n'a pas notifié sa décision dans ce délai, le caractère professionnel de l'accident est acquis à l'égard de la victime (article 30 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, l'organisme de prise en charge dispose d'un délai complémentaire pour instruire la déclara-

tion d'accident du travail. L'organisme gestionnaire est tenu d'informer la victime ou ses ayants droits avant l'expiration d'un délai de 30 jours par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le recours au délai complémentaire doit intervenir avant l'expiration du délai initial d'instruction et court à compter de la date de la notification aux parties (article 35, 1^{er} alinéa, du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Le délai complémentaire dont dispose l'organisme de prise en charge est de deux mois. Le point de départ du délai complémentaire est la date d'envoi de la notification qui informe les parties du recours au délai complémentaire (article 668 du nouveau code de procédure civile).

La date d'envoi met fin au délai normal d'instruction et constitue le point de départ du délai complémentaire.

L'absence de décision de l'organisme de prise en charge, à l'issue du délai initial de 30 jours ou du délai complémentaire de 2 mois entraîne la reconnaissance implicite à l'égard de la victime du caractère professionnel de l'accident.

γ. L'évolution de l'accident du travail

Selon la circulaire n°2004-48 du 05.08.02 de la caisse centrale de la MSA, la rechute se définit comme tout fait nouveau d'ordre médical, conséquence de la lésion initiale évoluant pour son propre compte, survenu postérieurement à la guérison ou à la consolidation de la victime sans l'intervention d'un événement extérieur. La rechute s'apprécie par rapport à l'état séquellaire de la victime au moment de la guérison ou consolidation ou de la révision si celle-ci est intervenue entre temps.

Il incombe à la victime de prouver que la rechute est la conséquence de la lésion initiale.

En ce qui concerne les exploitants agricoles non salariés, le contentieux de la prise en charge en accident de travail ou en maladie professionnelle est régi par l'article R142-1 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'assuré peut faire appel auprès de la commission de recours amiable et par l'article R142-6 du code de la sécurité sociale qui signale ensuite que le contentieux peut être poursuivi auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

L'évolution naturelle de l'accident du travail vers la guérison ou la consolidation suit les mêmes règles

et la même procédure que pour les assujettis à la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.

L'évolution naturelle de l'accident du travail peut se faire vers la consolidation ou la guérison.

✓ La consolidation.

La consolidation désigne le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent ou sinon définitif tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier à un certain degré l'incapacité permanente consécutive à l'accident ou la maladie.

L'incapacité permanente s'entend d'une atteinte partielle ou totale à la capacité de travail de la victime, exprimée par un taux représentant une diminution de cette capacité de travail.

Le taux d'incapacité permanente se substitue à la pension d'invalidité des exploitants agricoles non salariés qui existait dans la loi n° 66-950 du 22.12.66.

✓ La guérison.

Elle se définit comme la disparition des lésions traumatiques ou morbides occasionnées par l'accident ou la maladie professionnelle.

Elle ne laisse subsister aucune incapacité permanente qui serait la conséquence de l'accident ou de la maladie, sous réserve des rechutes possibles. L'état de la victime est considéré comme stabilisé et revenu à l'état antérieur à l'accident ou à la maladie. La guérison peut comporter un état séquellaire résiduel tel qu'il ne peut faire l'objet d'une fixation d'un taux d'IPP même minime.

La guérison ou la consolidation de la victime met fin sauf cas particuliers (soins post-consolidation et soins en lien avec l'accident du travail) aux versements des prestations en nature et aux versements des indemnités journalières.

La victime est tenue de restituer la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle permettant la dispense d'avance des frais. La fixation de la date de guérison ou de consolidation de l'état de la victime résulte d'un certificat médical final du médecin traitant. Le praticien établit un certificat final descriptif et indique en cas de consolidation les conséquences définitives de la lésion.

L'organisme assureur, MSA ou groupement, peut faire procéder par un médecin conseil de la MSA à des

examens de contrôle de l'état de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Ces examens ont lieu le cas échéant :

- ✓ à intervalle de 3 mois au cours des deux premières années
- ✓ à intervalle d'un an après l'expiration du délai de deux ans.

b. Les prestations

b1. Les prestations en nature

Les dispositions applicables en matière de prestations en nature dans le cadre de l'assurance accidents du travail des exploitants agricoles sont prévues par les articles L.752-3, L.752-4 du code rural et 2,3 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les prestations accordées au bénéficiaire de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles comprennent la couverture :

- ✓ des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation
- ✓ des frais de fourniture, de réparation, de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie
- ✓ des frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle et de reclassement professionnel
- ✓ des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et d'une façon générale des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle.

D'une façon générale tous les frais nécessités par le traitement doivent être pris en charge c'est-à-dire tous les frais tendant à restituer à la victime ses capacités de travail ou à éviter une aggravation de son état.

La fin de cette prise en charge intervient à la date de guérison ou de consolidation. Les soins post-consolidation et les soins prescrits postérieurement à la date de consolidation sont pris en charge dès lors qu'ils sont en relation directe avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle (circulaire ministérielle DSS/AT n°41 du 04.05.95 et n°178 du 31.03.00, circulaire

CCMSA : caisse centrale de la mutualité sociale agricole n°2000-62 du 17.10.2000).

b2. Les prestations en espèces

b2.1. Les indemnités journalières

L'indemnité journalière est attribuée au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à l'expiration d'un délai de carence suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période qui précède, soit la guérison, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de la rechute prévu aux articles L.443-1 et L.443-2 du code de la sécurité sociale (article L.752-5 du code rural).

Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'incapacité médicalement justifiée de travailler (article 4 du décret n°2002-200 du 14.02.02). L'indemnité journalière est versée à la victime à partir du 8ème jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables, les dimanches et jours fériés (article 4 du décret n°2002-200 du 14.02.02). Ainsi pendant les six premiers jours d'arrêt de travail les indemnités journalières ne sont pas dues.

L'alinéa 2 de l'article 5 du décret n°2002-200 du 14.02.02 précise que l'indemnité journalière est égale à 60% du gain forfaitaire journalier les 28 premiers jours d'arrêt de travail et à 80% à partir du 29ème jour d'arrêt de travail. Ainsi l'indemnité journalière à 60% est donc servie pendant 21 jours à l'issue du délai de carence de 7 jours et l'indemnité journalière à 80% à partir du 29ème jour d'arrêt de travail.

Le gain forfaitaire journalier servant de base aux calculs des indemnités journalières est égal à 1/360 du montant du gain forfaitaire annuel en vigueur mentionné à l'article L.752-5 du code rural.

Cette indemnité journalière a donc un caractère forfaitaire.

L'arrêté du 22.02.02 fixe le gain forfaitaire annuel prévu à l'article L.752-5 du code rural à 10.671,43 € pour la période du 01.04.02 au 31.12.02. Le gain forfaitaire journalier est donc pour l'année 2002 égal à 10.671,43 € / 360 = 29,64 €. Le montant de l'indemnité journalière à 60 % est de 29,64 € x 60 / 100 = 17,78 €. Le montant de l'indemnité à 80% est égal à 29,64 € x 80/100 = 23,71 €.

Les indemnités journalières sont soumises à la CSG et la CRDS quelle que soit leur durée de versement.

Dans le cadre de la rechute il convient d'opérer de la manière suivante :

- ✓ Lorsque lors des arrêts antérieurs, le délai de carence de 7 jours a été consommé, l'indemnité journalière est versée dès le 1^{er} jour d'arrêt occasionné par la rechute.
- ✓ Lorsque lors des arrêts antérieurs le délai de carence n'a pas été consommé en tout ou en partie, il convient de cumuler les jours d'arrêt des arrêts antérieurs même s'ils ne sont pas consécutifs. Dans ce cas, le point de départ de l'indemnité journalière de rechute est reculé d'autant de manière à ce que les sept jours de délai de carence soient consommés totalement.

b2.2. Le taux d'incapacité permanente

Le taux d'incapacité permanente est déterminé par l'organisme assureur et sur avis conforme d'une commission des rentes des non salariés agricoles. Le médecin conseil de la caisse de MSA dont relève la victime établit un rapport médical et évalue le taux d'IPP (article 9 du décret n°2002-200 du 14.02.02), que l'assuré relève de la MSA ou du groupement d'assureurs. Le degré d'incapacité permanente est évalué comme pour les salariés au moment de la consolidation de la lésion.

L'article L.752-6 du code rural précise que le taux d'incapacité est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et ses qualifications professionnelles, compte tenu du barème indicatif d'invalidité mentionné à l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale. Il s'agit pour les accidents du travail du barème indicatif d'invalidité prévu par le décret 1135 du 23.12.82 et pour les maladies professionnelles de celui prévu par le décret 99-323 du 27.04.99 (article 9 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et article 29 du décret du 29.06.73).

L'application du barème indicatif d'invalidité pour les accidents du travail ainsi que du barème pour les maladies professionnelles comporte la détermination de deux éléments :

- ✓ Un coefficient médical ou fonctionnel.
- ✓ Un coefficient professionnel.

Comme il est indiqué dans le préambule aux dits barèmes il est fait application de la formule dite de Balthazar en cas de lésions multiples issues d'un même accident.

De même en cas d'accident successifs ou d'état morbide pré existant, la détermination du taux d'IPP lorsque la situation s'y prête, le médecin conseil peut recourir à la formule dite de Gabrielli.

Si le taux notifié à la victime est un taux global, le médecin conseil n'en doit pas moins dans son rapport médical faire la ventilation entre le coefficient professionnel et le coefficient médical.

Sur la base du taux d'incapacité proposé par le médecin conseil, la commission des rentes arrête, concernant le taux d'incapacité permanente, les propositions motivées qui seront adressées à la victime (article 11 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Comme pour les salariés agricoles, la commission fait porter son appréciation sur le coefficient professionnel de l'accident. S'il lui apparaît que le taux déterminé par le médecin conseil ne prend pas assez en considération le coefficient professionnel, elle peut le majorer. Toutefois, dans tous les cas, le taux proposé par la commission des rentes des non salariés agricoles ne peut pas être inférieur à celui proposé par le médecin conseil de la MSA.

La commission des rentes de non salariés agricoles qui statue sur les rentes de la victime est instituée dans chaque circonscription de la MSA (article 10 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Elle se compose de quatre membres dont deux membres représentant les 1^{er} et 3^e collèges de la caisse de MSA et de deux membres assujettis au régime de protection sociale des non salariés agricoles représentant le groupement d'assureurs.

En cas d'empêchement, quatre membres suppléants choisis sur les mêmes règles que les membres titulaires sont appelés à siéger au sein de la commission.

La présidence de la commission est confiée alternativement à un représentant de la MSA et à un représentant du groupement.

La convention signée entre la CCMSA et le groupement d'assureurs prévoit que le secrétariat de la commission des rentes soit confié à la MSA.

En revanche, la MSA ou le groupement d'assureurs constitue et présente chacun pour leurs assurés les dossiers à la commission.

La procédure de notification du taux d'IPP et les délais de recours sont fixés par les articles 11 et 13 du décret n°2002-200 du 14.02.02. Les règles sont sensiblement identiques à celles des salariés agricoles. Lorsque la commission des rentes a arrêté un taux d'incapacité permanente, la MSA ou le groupement, chacun pour leurs assurés, notifie immédiatement à la victime les propositions relatives aux taux et lui communique le cas échéant pour information le montant de la rente correspondante. A cette notification est indexé un formulaire qui invite la victime à obtenir l'envoi à elle-même ou médecin désigné à cet effet d'une copie du rapport médical d'IPP établi par le médecin conseil. Le délai dont dispose la victime pour envoyer ledit formulaire est de 10 jours suivant la réception de la notification de la proposition du taux d'IPP. La victime dispose, pour faire connaître auprès de l'organisme dont elle relève, son accord ou ses observations :

- ✓ soit d'un délai d'un mois suivant la réception de la notification de proposition du taux d'IPP,
- ✓ soit si la victime a demandé dans les conditions fixées ci-dessus l'envoi d'une copie du rapport médical d'un délai de deux mois suivant la réception de la proposition du taux.

Si un accord se réalise dans le délai de contestation de la proposition initiale du taux d'IPP, la caisse de MSA ou le groupement d'assureurs, chacun pour leurs assurés, procèdent à la liquidation de la rente.

La victime peut saisir le président du TASS aux fins de conciliation dans le délai d'un mois à compter de la réception de la confirmation du taux d'IPP.

Si la victime ne conteste pas la proposition du taux d'IPP par la MSA ou le groupement dans le délai imparti et ne fait pas connaître son accord ou ses observations dans les délais impartis (1 mois ou 2 mois selon les cas), l'organisme gestionnaire confirme à l'issue de ce délai les propositions de taux d'IPP à la victime, qui peut les contester dans un délai d'un mois à compter de la réception de celles-ci devant le président du TASS.

Si la victime présente des observations sur le taux proposé, la commission des rentes examine ces dernières et peut :

- ✓ accepter le taux demandé par la victime (taux supérieur au taux initial)
- ✓ s'en tenir au taux qu'elle avait initialement arrêté

✓ ou proposer un taux intermédiaire.

L'organisme gestionnaire notifie le taux d'IPP arrêté par la seconde proposition de la commission des rentes à la victime qui peut contester celle-ci devant le président du TASS dans un délai d'un mois à compter de la réception de la notification de la nouvelle proposition de la commission des rentes.

Le taux d'IPP de la victime peut être modifié en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'infirmité de l'assuré.

La commission des rentes des non salariés fixe le taux révisé selon la même procédure que le taux initial. Contrairement à ce qui est prévu pour la fixation du taux initial, la révision du taux ne donne pas lieu à la phase de proposition de taux qui existe sur le taux initial. Le taux et le montant de la rente sont arrêtés par la commission des rentes et notifiés à la victime ou ses ayants droits qui disposent d'un délai de deux mois pour saisir le président du TASS.

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou les membres non salariés de société, dont l'état de santé est consolidé, ont le droit à une rente AT lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 50% (article L.752-6 du code rural). Les autres personnes non salariées de l'exploitation relevant de l'assurance accident du travail des non salariés agricoles, à savoir le conjoint, l'aide familial, l'associé d'exploitation (articles L.722-10 et L.321-6 du code rural) et les enfants âgés de 14 ans à 20 ans, victime d'un accident du travail, bénéficient d'une rente AT en cas d'incapacité permanente totale c'est-à-dire en cas de taux d'IPP de 100% (loi n°2011-1128 du 30.11.01).

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus constituent le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux d'incapacité servant de base au calcul de la rente afférente au dernier accident (article L.752-6 du code rural). Cette possibilité s'applique à toutes les victimes qu'elles soient le chef d'exploitation le conjoint, l'aide familiale ou l'enfant.

La rente accident du travail est égale au gain forfaitaire annuel multiplié par un taux, appelé taux utile. Le gain forfaitaire annuel en vigueur est fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Pour l'année 2002 le gain forfaitaire annuel s'élève à 10.671,43 €. Le taux utile est déterminé à partir du taux d'incapacité permanente de la victime préalablement réduit de moitié pour la fraction égale à 50% et augmenté de moi-

tié pour la partie qui excède 50% (article 8 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

Si le taux d'incapacité est égal à 50% le taux utile est égal à $50\% / 2 = 25\%$.

Si le taux d'incapacité est supérieur à 50%, la fraction égale à 50% est diminuée de moitié tandis que la fraction supérieure à 50% est augmentée de moitié.

Exemple : taux d'IPP de 62%, le taux utile de la rente est égal à $50\% / 2 = 25\% + 12\% \times 1,5 = 25 + 18\% = 43\%$.

Si le taux d'IPP est égal à 100%, le taux de la rente est égal à $50\% / 2 = 25\% + 50\% \times 1,5 = 25 + 75\% = 100\%$.

Pour déterminer le montant proratisé de la rente, il y a lieu de considérer que la rente est due pour 12 mois de 30 jours soit à raison de $1/360$ du montant annuel de la rente. On arrive ainsi à un gain forfaitaire journalier pour l'année 2002 de $10.671,43\text{€} / 360 = 29\text{€} 64$.

A titre d'exemple pour un taux d'IPP de 50%, soit un taux utile de la rente de 25%, le montant annuel de la rente pour l'année 2002 est de 2.667, 86 € et pour un taux d'IPP de 100% soit un taux utile de la rente de 100%, le montant annuel de la rente est de 10.671,43 €.

La revalorisation de la rente est prévue au 1^{er} janvier de chaque année.

La rente bénéficie d'une majoration pour tierce personne dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie ordinaire. Le montant de la majoration s'élève à 40% du gain forfaitaire annuel retenu pour le calcul de la rente. La majoration ne peut être inférieure au montant minimal prévue au 3^e alinéa de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale.

Pour 2002 le montant minimal de la majoration pour tierce personne s'élève donc à 1995,79 €.

La rente AT est versée au titulaire mensuellement et à terme échu par l'organisme gestionnaire, la MSA ou le groupement (article 15 du décret n°2002-200 du 14.02.02). La rente de la victime est viagère (versée tout au long de la vie de l'assuré, elle est destinée à s'éteindre au décès du bénéficiaire). La rente viagère servie aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle est exonérée de la CSG et de la CRDS (article L.136-2 du code de la sécurité sociale et ordonnance n°50 du 24.01.96, article 14).

En cas de décès consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle du chef d'exploitation ou d'entreprise, une rente peut être accordée au conjoint survivant et aux enfants du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dans les conditions prévues aux articles L.434-8 à L.434-12 du code de la sécurité sociale (article L.752-7 du code rural).

Seuls peuvent bénéficier de cette rente, les conjoints survivants et les enfants, les ascendants sont exclus du bénéfice de cette rente. Le bénéfice de cette rente peut résulter, soit de l'action initiale en réparation en cas de décès immédiat, soit d'une demande des ayants droits en cas de décès tardif (articles L.752-9 du code rural, L.443-1 du code de la sécurité sociale). Le conjoint et les enfants doivent apporter la preuve que le décès est bien imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle (article 443-1 du code de la sécurité sociale).

Toutefois une présomption d'imputabilité joue à l'égard du conjoint et des enfants ayant assumé le rôle de tierce personne auprès d'une victime atteinte d'une incapacité permanente sous réserve que :

- ✓ à la date du décès cette victime a bénéficié de cette majoration pendant dix ans
- ✓ cette assistance était apportée de manière effective par l'ayant droit.

La demande de bénéfice de cette rente doit alors être assortie des justifications établissant que l'ayant droit a effectivement apporté à la victime l'assistance qualifiée « assistance tierce personne » pendant une durée d'au moins dix ans. A défaut pour la caisse de rapporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droits.

Les rentes du conjoint ou des enfants sont déterminées sur la base d'un gain forfaitaire annuel prévu par l'article L.752-7 du code rural et fixé par arrêté. Contrairement au régime des salariés il n'existe pas de fraction limitant le gain forfaitaire annuel sur lequel est calculé la rente et donnant lieu à réduction proportionnelle des rentes revenant au conjoint survivant et enfant de la victime. En effet, l'article L.434-14 du code de la sécurité sociale, selon lequel le total des rentes alloué à l'ensemble des ayants droits de la victime ne peut dépasser 85% du salaire annuel d'après lequel elles sont établies, n'est pas applicable dans le cadre de l'assurance accident du travail des exploitants agricoles.

Le conjoint survivant d'une victime, chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, décédé des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut bénéficier d'une rente si le mariage a été contracté :

- ✓ soit antérieurement à la date de l'accident du travail ou à celle de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle
- ✓ soit deux ans au moins avant la date du décès si le mariage a eu lieu après l'accident ou la 1^{ère} constatation médicale qui fait le lien avec l'activité (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02, article R.434-11 du code de la sécurité sociale).

Ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage. Le conjoint survivant bénéficie d'une rente viagère égale à 40% du gain forfaitaire annuel (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et article L.434-8 du code de la sécurité sociale).

Lorsqu'il y a eu séparation ou divorce, l'ex conjoint n'a droit à la rente que s'il a obtenu une pension alimentaire (article L.434-8 du code de la sécurité sociale). Le montant de la rente est alors ramené à celui la pension alimentaire, il ne peut dépasser 20% du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L.752-6 du code rural (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et R.434-11 du code de la sécurité social).

S'il existe plusieurs ex conjoints bénéficiant d'une pension alimentaire due par la victime, chacun a droit à la rente dans les conditions ci-dessus. Le complément de rente du conjoint survivant est égal à 20% du gain forfaitaire en vigueur à la date d'effet du complément de rente. Il est égal au 01.04.02 à 2.134,28 €.

Le conjoint survivant a droit à un complément de rente égal à 20% du gain forfaitaire annuel lorsqu'il atteint l'âge de 55 ans (article L.752-7 du code rural, article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02, article L.434-8 et R.434-11 du code de la sécurité sociale).

Si le conjoint avant 55 ans est atteint d'une incapacité de travail générale de 50% constatée depuis au moins trois mois, il bénéficie du même complément de rente (article R.434-11 du code de la sécurité sociale). Nous rappelons qu'est défini comme atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50%, le conjoint survivant qui se trouve hors d'état de se procurer dans une profession un gain supérieur à la moitié du SMIC. Si le conjoint survivant se remarie, il cesse d'avoir droit

à la rente (articles L.752-7 du code rural et L.434-9 du code de la sécurité sociale).

Il lui est alloué dans ce cas, une somme égale à trois fois le montant annuel de la rente selon le taux en vigueur à la date du mariage (article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02 et R.434-15 du code de la sécurité sociale).

Cette disposition s'applique aussi bien au conjoint survivant qu'à l'ex conjoint divorcé ou séparé de corps de la victime.

Si le conjoint survivant a des enfants il conserve le droit à la rente dont le rachat sera différé, aussi longtemps que l'un deux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin. En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, le conjoint survivant recouvre son droit à la rente (alinéa 3 de l'article L.434-9 du Code de la sécurité sociale).

Les enfants légitimes, naturels dont la filiation est légalement établie et les enfants adoptés peuvent bénéficier d'une rente en cas d'accident ou de maladie professionnelle suivi de mort de leur parent chef d'exploitation ou d'entreprise agricole (article L.752-7 du Code rural et L.434-10 du Code de la sécurité sociale).

Ces enfants bénéficient d'une rente égale à 25% du gain annuel forfaitaire pour chacun des deux premiers enfants et 20% pour chacun des enfants suivants (article L.752-7 du Code rural, article 16 du décret n°2002-200 du 14.02.02, article R.434-16 du code de la sécurité sociale).

Les orphelins de père et de mère au moment de l'accident ou postérieurement bénéficient d'un complément de rente de 10%.

Les enfants ont droit à une rente jusqu'à l'âge de 16 ans (article R.434-16 du Code de la sécurité sociale).

La rente du conjoint survivant est viagère (versée tout au long de la vie, elle est destinée à s'éteindre au décès du bénéficiaire), sauf si les conditions d'attribution viennent à ne plus être satisfaites.

La rente viagère servie aux ayants droits des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle est exonérée de la CSG et de la CRDS (article L.136-2 du Code de la sécurité sociale et ordonnance n°50 du 24.01.96, article 14).

c. Le contentieux

En ce qui concerne le contentieux du taux d'IPP des exploitants non salariés agricoles il est régi par l'ar-

ticle D.752-29 du code rural. L'article R142-41 du Code de la sécurité sociale stipule que le contentieux général des accidents du travail et des maladies professionnelles est pris en charge par la commission de recours amiable sauf les cas stipulés par l'article R142-50 du code de la sécurité sociale qui incluent le contentieux du taux d'IPP.

Dans ce dernier cas, le contentieux est assuré par le président du TASS qui peut rédiger une ordonnance de conciliation et en cas d'échec par le tribunal des affaires de sécurité sociale puis ensuite par la cour d'appel du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le contentieux des exploitants non salariés agricoles, en ce qui concerne le taux d'IPP en accident du travail et maladie professionnelle, est également réglementé par le décret du journal officiel n°2003-846 du 29.08.03 et par le complément à la circulaire n°2002-48 du 5-08-2002 relative à la mise en place de l'assurance accidents du travail, publié le 11-12-2003 du directeur délégué chargé des politiques sociales, de la direction de la protection sociale, sous-direction « statuts des personnes, recouvrement et prestations », service contentieux, émise par la MSA Caisse Centrale.

c1. Les recours pré contentieux

c1. 1. Contestations d'ordre administratif

Les différents auxquels donnent lieu l'application de la législation, de la réglementation relative au régime d'assurance contre les accidents agricoles et les maladies professionnelles des non salariés agricoles par les caisses de mutualité sociales agricoles sont soumis aux commissions de recours amiables instituées par l'article R.142-1, à l'exception des réclamations formées contre les décisions mentionnées à l'article R.142-50 (article R.142-41 nouveau du code de la sécurité sociale issu du décret n°2003-846 du 29.08.03).

Ainsi, hormis le contentieux spécial de la classifications des établissements relevant de l'ATEXA au regard de la catégorie du risque Accidents du Travail, le contentieux relatif à la date de guérison ou de consolidation de la blessure, à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou à la modification de cet état au taux d'IPP et le contentieux relatif aux recours contre tiers, les litiges résultant de l'application de l'ATEXA sont de la compétence de la commission de recours amiable.

La commission de recours amiable doit être saisie :

- ✓ dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation
- ✓ dans un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure concernant les décisions relatives au recouvrement des cotisations des majorations de retard.

Les articles R.142-42 à 142-48 nouveaux du code de la sécurité sociale issus du décret n°2003-846 du 29.08.03 instituent des commissions départementales ou interdépartementales qui constituent pour le groupement l'équivalent des commissions de recours amiables pour les caisses de MSA. Ces commissions sont constituées par le groupement et comprennent :

- ✓ deux représentants du groupement désignés par celui-ci
- ✓ deux représentants des affiliés à un organisme membre du groupement.

Ceux-ci sont désignés par les membres élus de la chambre départementale d'agriculture selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.

Par ailleurs, ils doivent appartenir au collège mentionné au premier alinéa de l'article R.511-6 du code rural et être affiliés à un organisme membre du groupement.

Les membres de la commission sont désignés pour un an renouvelable dans la limite de la durée de leur mandat de représentant au sein de la chambre d'agriculture pour les membres et représentant des affiliés à un organisme du groupement.

La commission désigne en son sein parmi ses membres titulaires,

- ✓ un président
- ✓ un vice-président.

Ceux-ci sont désignés pour une période d'un an. La présidence de la commission est assurée alternativement par un co-représentant du groupement et un représentant des affiliés à un organisme du groupement. Le vice président doit appartenir à la catégorie de représentant dont le président ne relève pas.

La commission ne peut valablement statuer que si l'un au moins des représentants de chaque fraction de la commission et si le président sont présents. Les représentants de chaque fraction de la commission participant pour vote doit être en nombre égal.

En cas de partage des voix au sein de la commission ou en cas d'absence ou d'empêchement, la voix du président, ou en cas d'empêchement ou d'absence, celle du vice-président est prépondérante. Les réclamations relatives à l'application de la réglementation ATEXA formées contre la décision prise par le groupement sont soumises aux commissions départementales ou interdépartementales à l'exception des réclamations formées contre les décisions relatives à la date de guérison ou de consolidation de la blessure, à l'appréciation de l'état d'IPP ou à la modification de cet état et au taux d'incapacité permanente de travail. Ces commissions donnent sur les affaires qui leur sont soumises leur avis à l'instance délibérante du groupement laquelle statue par décision motivée.

La commission compétente est celle de la circonscription dont relève l'assuré.

La réclamation formée contre la décision prise par la groupement institué par l'article L.752-14 du code rural est soumise à l'avis de la commission départementale ou interdépartementale qui doit être saisie dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision prise par le groupement à l'intéressé (article R.142-44 nouveau du code de la sécurité sociale).

A défaut de réponse de la commission dans un délai d'un mois à compter de la réception par le bureau départemental ou interdépartemental du groupement de la réclamation, celle-ci est réputée rejetée (article R.142-47 nouveau du code de la sécurité sociale).

La décision prise par la commission est communiquée au préfet de région dans les conditions définies par l'article R.152-2 du code de la sécurité sociale et peut faire l'objet d'une contestation devant le tribunal des affaires de sécurité sociale fixées ci-après.

c1.2. Contestations d'ordre médical : le nouvel examen médical

Lorsque le motif du refus porte sur une question d'ordre médical (imputabilité médicale de l'AT ou de la maladie, soins, arrêt de travail médicalement justifié, réadaptation fonctionnelle...), la voie de recours est le nouvel examen médical (articles 3,18 et 19 du décret n°2002-200 du 14.02.03, article 8 du décret n°2002-200 du 14.02.02, articles 35 à 37 du décret n°598 du 29.06.73).

Ces dispositions ne sont pas applicables aux contestations portant sur la fixation de la date de guérison ou

de consolidation, du taux d'IPP (y compris pour le taux de 25% pour le passage en système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles) initial ou révisé, de la majoration tierce personne, pour lesquelles une phase de conciliation devant le président du TASS est prévue (cf recours contentieux ci-dessous).

Les dispositions relatives au nouvel examen médical sont prévues par les articles 35 à 37 du décret n°73-598 du 29.06.73 en application de l'article 18 du décret n°2002-200 du 14.02.03. En cas de divergence d'appréciation médicale relative à l'état de la victime et préalablement à toute saisine du TASS, la victime peut demander un nouvel examen médical dans un délai d'un mois à compter du jour où la décision lui a été notifiée par l'organisme gestionnaire de la victime, MSA ou groupement. L'expiration de ce délai n'est opposable à la victime que si la décision porte mention du dit délai.

Le médecin chargé du nouvel examen est désigné d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil et doit être choisi parmi ceux qui figurent sur les listes des experts auprès des tribunaux. A défaut d'un tel accord, il est désigné par le président du TASS.

Les conclusions émises par le médecin expert peuvent faire l'objet d'une application immédiate d'un commun accord entre la victime et l'organisme gestionnaire.

Si les conclusions ne font pas l'objet d'un tel accord, la partie qui entend les contester dispose d'un délai d'un mois suivant la notification de celle-ci pour saisir le TASS.

Lorsque le médecin expert n'a pas notifié dans ces conclusions dans le mois suivant sa désignation, le TASS est saisi dans un délai d'un mois par la partie la plus diligente. Les honoraires et frais de déplacement du médecin expert sont supportés dans les mêmes conditions qu'en matière d'assurance sociale agricole. Ils sont à la charge du régime et réglés par l'organisme gestionnaire de la victime (article 18 du décret n°2002-200 du 14.02.02).

c2. Le recours contentieux

L'ensemble des différents auxquels donnent lieu l'application de la législation de la réglementation relative à l'ATEXA relève de la compétence des juridictions du contentieux général de la sécurité sociale dans

les conditions fixées par les dispositions des articles R.142-8 à R.142-31 du code de la sécurité sociale (article R.142-49 nouveau du code de la sécurité sociale).

Seule exception, le contentieux spécial de la classification des établissements relevant de l'ATEXA au regard de la catégorie du risque accidents du travail qui, en application de l'article L.752-19 du code rural, relève de la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, ainsi que le contentieux relatif au recours contre tiers qui relève des tribunaux civils de droits communs.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale peut être saisi dans un délai de deux mois suivant, soit la notification de la décision, soit le rejet implicite de la contestation de l'adhérent (article 142-6 du code de la sécurité sociale).

Certaines contestations d'ordre médical ne sont pas examinées par la commission de recours amiable des caisses de MSA ou les commissions départementales ou interdépartementales du groupement, mais relèvent directement de la compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale où le président procède à une tentative de conciliation. Il s'agit des contestations relatives à :

- ✓ La date de guérison de consolidation de la blessure et à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou la modification de cet état, en cas de révision du taux d'incapacité.
- ✓ La fixation du taux d'incapacité permanente arrêtée ou confirmée dans les conditions fixées par les articles 11 et 12 du décret n°2002-200 du 14.02.02 relatifs aux prestations de l'assurance des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ou par les 4^e et 5^e alinéas de l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale (articles R.142-50 et R.140-52 du code de la sécurité sociale).

c2.1. Le contentieux relatif à la date de guérison ou de consolidation de la blessure et à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou à la modification de cet état

Les contestations sont portées directement devant le président du TASS dont le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou la résidence de la victime. La victime saisit le président, soit par simple requête déposée au secrétariat du TASS, soit par lettre recomman-

dée dans un délai de deux mois à compter du jour où il lui a été notifié la décision relative à la date de guérison ou de consolidation, ou en cas de révision, la décision relative à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou de la modification de cet état (article R.142-33 du code de la sécurité sociale).

Le secrétariat du TASS convoque aux fins de conciliation dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle le tribunal a été saisi, la victime ou le cas échéant ses ayants droits et le représentant de la caisse de MSA ou du groupement.

Le président peut après avoir préalablement consulté les parties, commettre un expert qui doit adresser son rapport dans un délai de 15 jours. La procédure d'expertise applicable est celle de droit commun. Dès réception du rapport les parties sont convoquées à la plus proche audience de conciliation.

Si la tentative de conciliation aboutit à un accord celui-ci est homologué par une ordonnance non susceptible d'appel du président du TASS.

S'il y a désaccord, l'affaire est inscrite d'office à la première audience utile du TASS (articles R.142-37 à R.147.39 du code de la sécurité sociale).

c2.2. Le contentieux relatif au taux d'incapacité initiale

La victime qui refuse le taux d'incapacité permanente de travail proposé ou confirmé par son organisme assureur doit saisir aux fins de conciliation le président du TASS dont le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou de sa résidence à son choix dans un délai d'un mois à compter du jour où il lui ont été notifiés, soit les termes de l'accord réalisé sur le taux d'incapacité permanente de travail, soit la confirmation des propositions relatives à ce taux d'incapacité (article R.142-34 du code de la sécurité sociale).

Les règles fixant le mode de saisine du président, les convocations à l'audience de conciliation, la saisine d'office du TASS en cas d'échec de l'audience de conciliation sont identiques à celles prévues pour les contestations relatives à la date de guérison ou de consolidation.

b. le cas des exploitants non salariés agricoles d'Alsace - Moselle

La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les départements d'Alsace

et de Moselle reste régie par le Code des assurances sociales du 19 juillet 1911 modifié (Article 19 - II de la Loi n° 72 - 965 du 25.10.1972).

Ce régime revêt un caractère obligatoire pour les chefs d'exploitation et les membres de leur famille (Article 915 du Code des assurances sociales). Cette article stipule que « les exploitations agricoles sont assujetties à l'assurance contre les accidents ». L'exploitation agricole est définie plus haut dans le chapitre consacré aux salariés agricoles d'Alsace-Moselle.

aa. Définitions

a. Les personnes assurées

Toute personne même étrangère à la profession agricole qui travaille dans une exploitation agricole bénéficie de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Sont ainsi concernés l'exploitant, son conjoint, tous les membres de sa famille, les aides bénévoles et occasionnels.

β. Les risques couverts par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

Les risques couverts concernent non seulement les accidents du travail proprement dits, les maladies professionnelles mais également les activités domestiques pour les chefs d'exploitation et les conjoints dans la mesure où ils exercent principalement une activité agricole et en tirent leur principal revenu (article 926 du Code des assurances sociales).

Les chefs d'exploitation, leur conjoint et les membres de leur famille, titulaires de fonctions statutaires dans des organisations agricoles, un organisme de mutualité, de coopération, de crédit agricole ou de la chambre d'agriculture bénéficient également de cette assurance accidents du travail et maladies professionnelles pour ce type d'activité.

bb. Les prestations

a. Les prestations en nature

Les prestations en nature comprennent les frais médicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, orthopédiques ou de prothèses, de transport, de réadaptation fonctionnelle, de rééducation et de reclassement profes-

sionnel. Ces prestations visent à ce que la victime puisse récupérer sa capacité de travail initial.

Ces prestations sont remboursées à 100 % dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (Décret du 22.12.1952 n° 52 - 1. 370).

β. Les prestations en espèces

Les prestations en espèces correspondent aux indemnités journalières d'arrêt de travail et à la rente d'invalidité totale ou partielle.

β1. Les indemnités journalières

Pour bénéficier de ces indemnités journalières la victime doit être inapte totalement au travail, être chef d'exploitation, aide familial âgé de plus de 18 ans ou conjoint du chef d'exploitation ou de l'aide familial, relever de l'AMEXA (Assurance Maladie Obligatoire des Exploitants Agricoles) et ne pas avoir droit d'une façon quelconque à des prestations en espèces d'un autre régime de protection sociale.

Les indemnités journalières sont versées à compter du 22^e jour suivant la survenue de l'accident jusqu'à la fin de la 13^e semaine si la victime est toujours en état d'incapacité totale au travail à ce moment.

Si l'arrêt de travail est supérieur à 13 semaines la Caisse d'assurance accident verse alors une somme correspondant à l'indemnité journalière pour les 21 premiers jours.

Cette indemnité journalière se calcule sur la base d'un gain journalier égal à 1 / 300^e du salaire minimum servant de base de calcul des rentes des salariés. Du 22^e au 28^e jour, l'indemnité journalière est égale à 60 % de ce gain journalier. A partir du 29^e jour, cette indemnité journalière est égale à 80 % de ce gain journalier pour une durée s'étalant jusqu'à la fin de la 13^e semaine d'arrêt de travail. Il est à noter qu'à partir du 01.01.2003, le règlement intérieur édicté par l'Assemblée générale annuelle des délégués de la caisse, supprime cette franchise des 21 premiers jours.

β2. La rente d'accident du travail

Après une période de 13 semaines suivant la date de l'accident, une rente est versée à l'accidenté du travail pour la durée où cette incapacité de travail est supé-

rieure ou égale à 20 % (Article 558 du Code des assurances sociales et Décret n° 52 - 1.370 du 22.12.1952, article 2).

L'assemblée générale des délégués de la Caisse d'assurance accident agricole fixe la base du calcul de cette rente. Actuellement cette base suit un pourcentage croissant jusqu'au 01.07.2005 où elle représentera à cette date 80 % du salaire minimum annuel.

A titre d'exemple, au 01.07.1999 la base de calcul de cette rente est égale à 77.5 % du salaire minimum annuel c'est-à-dire 73.476 francs pour les chefs d'exploitation. Pour les autres victimes, cette base est inférieure de 10 %.

Le calcul des rentes se fait suivant les modalités du Code de la Sécurité sociale.

On constate ainsi une différence importante avec les rentes d'accident du travail du régime général de la Sécurité sociale. En effet, la rente dans le cas d'un exploitant non salarié agricole d'Alsace ou de Moselle, se définit en fait comme une indemnisation après la 13^e semaine d'arrêt de travail. Si après cette 13^e semaine d'arrêt de travail la victime est encore totalement inapte à son travail, elle touche alors une rente correspondant à un taux d'IPP de 100 %.

En cas, après cette 13^e semaine, d'une inaptitude partielle, cette rente sera fixée à un taux déterminé par le Médecin Conseil de la Caisse d'assurance accident par exemple de 60 % ou de 40 %.

Si initialement après la 13^e semaine, la victime disposait d'un taux de 100 % pour inaptitude totale au travail, ce taux ultérieurement peut ensuite être abaissé par le Médecin conseil de la Caisse d'assurance accident s'il pense que la victime peut partiellement exercer une activité professionnelle. Le terme de rente ici ne correspond donc pas à l'indemnisation d'une incapacité permanente partielle après consolidation d'un état morbide.

En cas d'accident du travail entraînant la mort de la victime on verse une rente de survivant ou d'orphelin, une rente d'ascendant sous certaines conditions ainsi qu'une indemnité funéraire (Article 586 du Code des assurances sociales modifié par la loi du 25.07.1952).

Le conjoint survivant bénéficie d'une rente :

- ✓ de 30 % jusqu'à l'âge de 55 ans,
- ✓ de 50 % à partir de 55 ans ou avant cette âge s'il est atteint d'une incapacité de travail générale

d'au moins 50 % à condition que cette incapacité de travail ait une durée minimale de 3 mois.

Une rente d'orphelin est versée lorsque la victime avait des enfants :

- ✓ cette rente est de 15 % pour chacun des deux premiers enfants,
- ✓ et 10 % pour chaque enfant survivant.

Le total des rentes versées ne peut pas dépasser 85 % du gain de base.

Le conjoint survivant lorsqu'il se remarie et s'il n'a pas d'enfant bénéficie d'une indemnité égale à trois fois la rente annuelle.

Le conjoint survivant peut continuer à bénéficier de la rente de conjoint survivant même en cas de mariage s'il a des enfants jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de seize ans ou de vingt ans s'il poursuit des études au-delà de la scolarité obligatoire.

Le conjoint survivant peut recouvrer son droit à une rente sous les mêmes conditions que celles prévues pour le régime général (loi n°74-1.027 du 4 décembre 1974).

cc. Le cas apparenté des accidents de la vie privée

Les accidents de la vie privée sont exclus des risques couverts par l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA).

Les caisses d'assurance accident agricole assurent une couverture du risque accident de la vie privée sans cotisation spéciale (loi n°66-950 du 22 décembre 1966, décret n°69-656 du 13 juin 1969).

Les personnes assurées sont les personnes ressortissant de l'AMEXA, c'est-à-dire le chef d'exploitation, son conjoint et les membres de sa famille non salariés à partir de seize ans.

Les agriculteurs retraités et n'exerçant plus d'activité professionnelle agricole sont exclus de cette couverture et donc pris en charge par l'assurance maladie.

Les prestations consistent essentiellement à des prestations en nature.

dd. Le contentieux

Le contentieux du taux d'incapacité de travail, c'est-à-dire quand la victime conteste un taux d'incapacité de travail par exemple quand il est ramené de 100% à 40% est régi par le contentieux de l'incapacité.

a. Les prestations en nature

Les prestations en nature sont identiques à celles couvertes par le risque d'accident du travail.

β. Les prestations en espèces

β1. Indemnités journalières

Aucune indemnité journalière n'est versée au titre des accidents de la vie privée.

β2. Pensions

- ✓ En cas d'incapacité totale à l'exercice de la profession agricole, une pension d'invalidité pour une aptitude totale est versée. Son montant est égal au quart du salaire minimum annuel servant de base aux rentes accordées aux salariés agricoles.
- ✓ En cas d'invalidité réduisant au moins des deux tiers la capacité de travail du chef d'exploitation, ce chef d'exploitation (article 1234-B du Code Rural) bénéficie d'une pension d'invalidité.

Le montant annuel de cette pension est égal aux trois cinquièmes du montant de la pension pour incapacité totale. Actuellement ce montant étant inférieur à l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), ce montant est élevé au montant de l'AVTS.

Lorsque la victime présente une incapacité totale ou partielle à l'exercice de la profession agricole consécutive à la fois à des séquelles d'un accident de la vie privée et d'une maladie, le versement de la pension d'invalidité se fait par l'organisme dont le risque prédomine dans l'état d'incapacité, c'est-à-dire la caisse d'assurance accident agricole si l'accident est responsable de la moitié ou plus de cet état ou l'assureur du risque maladie dans le cas inverse.

Lorsque l'état d'incapacité est imputable à l'accident du travail ou une maladie professionnelle associée à une maladie, les victimes bénéficient du cumul de la rente servie au titre d'accident du travail ou de la maladie professionnelle avec le versement d'un complément de pension d'invalidité.

c. Le cas des exploitants non salariés agricoles des départements d'outremer

aa. L'ancien système d'indemnisation avant la loi du 30 – 11 – 2001

Les exploitants non salariés de l'agriculture des départements d'outremer bénéficient du régime d'as-

surance obligatoire contre les accidents de la vie privée, les accidents du travail et les maladies professionnelles institué pour la métropole par la loi du 22 décembre 1966. Ce bénéfice pour les exploitants d'outremer existe par la loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 parue au Journal Officiel du 15 décembre 1983 inscrite au Code Rural par l'article 1.234-27 et par les décrets d'application n°86-369 et n°86-371 du 10 mars 1986 publiés au Journal Officiel du 14 mars 1986.

Les exploitants non salariés de l'agriculture des départements d'outremer bénéficient de l'assurance complémentaire facultative édictée par la loi n°72-965 du 25-10-1972 par le biais de la loi n°83-1.071 du 14 décembre 1983 inscrite dans l'article 1.234-29 du Code Rural qui étend les dispositions du Code Rural relatives à l'assurance complémentaire aux départements d'outremer. Le décret d'application correspondant, n°86-370 du 10 mars 1986 a été publié au Journal Officiel du 14 mars 1986.

bb. Le nouveau système d'indemnisation après la loi du 30 – 11 – 2001

L'article L.762-34 du code rural modifié par l'article 3 de la loi n°2001-1128 du 30.11.01 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles et de leur famille entrée en vigueur le 01.04.02 et le décret en Conseil d'Etat n°2003-617 du 3-7-2003, paru au Journal Officiel du 5-7-2003 rendent applicable les dispositions de l'assurance accident du travail des non salariés agricoles de la loi entrée en vigueur le 1-4-2002 aux personnes non salariées des professions agricoles exerçant leur activité dans les départements d'outre mer.

Les caisses générales de sécurité sociale exercent les fonctions dévolues aux MSA.

Les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales exercent les missions dévolues aux chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi, de la politique sociale agricole. ■

BIBLIOGRAPHIE

DANG-VU V. – L'indemnisation du préjudice corporel, Paris Editions L'harmattan, troisième édition, 2010.