



# LES BARÈMES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

## THE SCALES DISABILITY OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS AND DISEASES

Par **Lucien PRIVET\***

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

### RÉSUMÉ

Leur spécificité par rapport aux barèmes de droit commun et notamment au barème du Concours médical, est liée au caractère forfaitaire de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et au fait que le handicap est évalué dans le contexte de la capacité de travail qui en résulte. Un taux d'IPP de 100 % dans ce cas correspond à une incapacité totale de travail tandis que le taux d'IPP de 100 % dans le droit commun équivaut à la mort.  
**Mots-clés :** Barèmes, accident du travail, maladie professionnelle, barème en droit commun, incapacité permanente partielle.

### SUMMARY

*They are specific compared to the general law scales disability, especially the scale published by the periodical Concours Médical. This peculiarity is related to the flat-rate aspect of occupational accidents and diseases compensation and to the fact that disability is valued with respect to the work capacity generated. In this situation, a 100% PPD (permanent partial disability) rating equals a total work incapacity whereas a 100% PPD rating in general law is equal to death.*

**Keywords:** Scales, occupational accidents, occupational diseases, scales disability in general law, permanent partial disability.

\* Ancien conseiller en maladies professionnelles au Ministère du Travail, médecin référent pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Adresse : Traces - 10 rue du Maine, BP 65184, 57075 Metz Cedex 03.  
 Mail : tracesmetz@orange.fr  
 Blog : lprivetatmp

### LES BARÈMES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Ils interviennent dans le cadre de la réparation forfaitaire mise en place par la loi de 1998 sur les accidents du travail, le handicap étant évalué dans le contexte de la capacité de travail qui en résulte. C'est ce qui fait leur spécificité par rapport aux barèmes de droit commun, et notamment du barème du Concours médical, qui concernent l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent dans le cadre d'une indemnisation réparant un certain nombre d'autres préjudices, définis notamment dans le rapport DINTILHAC.

Pour illustrer cette différence, la perte de la main dominante dans le barème accidents du travail vaut 70 % tandis qu'elle vaut 40 à 50 % en droit commun. Un taux d'IPP de 100 % en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspond à une incapacité totale de travail tandis que le taux d'IPP de 100 % dans le droit commun équivaut à la mort.

Certains veulent remettre en cause ces barèmes sous le prétexte qu'ils ont mal « vieilli » et qu'ils sont inadaptés. Il y a eu une controverse récente sur l'existence d'un barème « parallèle » fabriqué par les médecins conseils sous le couvert de fournir une « aide à l'évaluation de l'incapacité permanente ». En fait, il s'agissait d'un barème parallèle tirant les taux d'IPP vers le bas.

Si certains affirment qu'il convient de réécrire ces barèmes, ils pensent en fait que les taux sont trop avantageux par rapport aux taux des barèmes de droit commun, en oubliant qu'il s'agit d'une réparation forfaitaire. La révision des barèmes accidents du travail et maladies professionnelles ne peut se concevoir que dans un dispositif de réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles rejoignant de fait l'indemnisation en droit commun.



Ayant une pratique importante de ces barèmes, dans le cadre de l'assistance de victimes devant les TCI, je vais m'attacher, après un bref historique, à défendre les points positifs de ces barèmes, sans passer sous silence leurs imperfections.

La loi sur les accidents du travail de 1898, complétée par la loi de 1919 sur les maladies professionnelles, consacre la réparation forfaitaire de la perte de gains en contrepartie de la responsabilité de l'employeur à partir du constat suivant : 50 % des accidents du travail sont dus au hasard ou à un cas de force majeure, 50 % sont du fait de l'employeur et 25 % du fait salarié.

Si le salarié est en incapacité totale de travailler, la compensation se fait à hauteur de  $\frac{3}{4}$  du salaire. Si le salarié peut continuer à travailler, mais avec réduction de son salaire, la compensation se fait à hauteur de la moitié de la perte de salaire.

Au départ donc est érigé le principe de la compensation d'une perte de gain quelques soient les séquelles. Mais rapidement va apparaître l'inadéquation du système :

- le salaire est conservé, mais les séquelles sont importantes, alors que les anciens combattants de la guerre 14/18 bénéficient de façon substantielle de la réparation de leur préjudice fonctionnel ;
- la baisse du salaire est importante, avec même perte de l'emploi, alors que les séquelles sont peu importantes ;
- le salarié perd son emploi, mais il est reclassé ultérieurement.

On va alors substituer rapidement à l'incapacité de travail une incapacité fonctionnelle, qui est un mélange en fait de la réparation du handicap et du préjudice économique, en s'appuyant au départ sur le barème des pensions militaires de 1919. Cette incapacité fonctionnelle est alors reliée fictivement de façon proportionnelle à une incapacité salariale.

La loi de 1938 définit alors une incapacité permanente totale à la hauteur de 75 % du salaire, tandis que l'incapacité permanente partielle (IPP) est reliée à une perte salariale (fictive ou non) sur base de la division par 2 pour la fraction en dessous de 50 % et de l'égalité pour la fraction supérieure à 50 %. Une IPP de 100 % correspond alors à 75% du salaire.

La loi de 1946, intégrant les accidents du travail et les maladies professionnelles dans le Code de la sécurité sociale, améliore la règle de correspondance salaire/IPP en décidant que la fraction supérieure sera dorénavant multipliée par 1,5. A un taux d'IPP de 100 % correspond 100 % du salaire.

Le premier barème accidents du travail date de 1939. Il est inspiré du barème des pensions militaires et définit la capacité fonctionnelle en rapport avec la capacité de travail d'un manœuvre moyen.

Le barème est révisé en 1982, mais il est en fait peu différent du barème de 1939. C'est à cette époque que se situe la divergence pour l'évaluation en droit com-

mun de l'incapacité fonctionnelle, avec la création d'un barème propre, dit barème du Concours médical. Le barème accidents du travail est complété en 1989 par le barème maladies professionnelles émanant du Haut comité médical et dans le cadre d'une lettre ministérielle. Son officialisation n'interviendra qu'en 1999.

Au chapitre préliminaire du barème accidents du travail sont définis un certain nombre de principes généraux, tandis que dans le préambule du barème maladies professionnelles, il est précisé dans quelle mesure ce 2<sup>e</sup> barème s'articule au 1<sup>er</sup> barème, dont il est en fait complémentaire. Les commentaires qui suivent sont en relation avec ce qui est énoncé dans le chapitre préliminaire du barème accidents du travail.

Il est précisé au départ que ce barème ne peut avoir qu'un caractère indicatif : « *Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens et le médecin chargé de l'évaluation, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, garde l'entièvre liberté de s'écarte des chiffres du barème* ». Mais il est ajouté : « *Il doit alors exposer clairement les raisons qui l'ont conduit* ». En fait c'est rarement le cas, surtout quand les taux divergent vers le bas.

Est alors précisé qu'il ne peut y avoir de confusion, comme c'est parfois le cas, avec les barèmes de droit commun : « *Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun* ». Concernant la détermination du taux d'IPP, le Code de la sécurité sociale précise à l'article L 434-2 : « *Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, de l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après des aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité* ». Les 4 premiers éléments d'appréciation sont d'ordre médical bien que la question de l'âge (reclassement professionnel) rejoigne plutôt le dernier élément qui est d'ordre médico-social. Le chapitre préliminaire du barème accidents du travail reprend ces 5 éléments en apportant des précisions.

Parmi ces 5 éléments, 2 retiennent spécialement notre attention : facultés physiques et mentales, aptitudes et qualification professionnelle. Concernant la question « *aptitudes et qualification professionnelle* », il convient de rappeler qu'au départ il s'agissait de la compensation d'une perte de gains, transformée par la suite en incapacité fonctionnelle tenant compte en fait de l'aptitude au travail.

S'il n'y a pas perte de gains, le taux d'IPP vient en plus. Par contre s'il y a perte de l'emploi avec difficulté de reclassement notamment chez les salariés vieillissants, le taux d'IPP ne compense plus. Il est donc légitime d'adoindre un coefficient pour déclassement professionnel venant s'ajouter au taux médical, en tenant compte de l'âge et des possibilités de reclassement.



Mais si le salarié est licencié et qu'il existe une impossibilité de reclassement, le taux médical d'IPP médical auquel s'ajoute le coefficient pour déclassement professionnel ne peut de toute façon pas compenser complètement la perte économique, sachant que ce taux professionnel est souvent attribué à des niveaux ridicules.

À titre d'exemple, Monsieur K. âgé de 58 ans et exerçant le métier de cariste a été licencié pour inaptitude à tous postes dans l'entreprise en raison des séquelles liées à une hernie discale opérée. La caisse attribue un taux d'IPP à 0 %. Le TCI (Tribunal du contentieux de l'incapacité) porte le taux à 16% dont 1 % pour le coefficient professionnel. En prenant comme base de calcul le salaire de référence minimum, la victime bénéficie de l'ordre de 7,5 euros par mois en réparation du préjudice économique proprement dit ».

Le taux est ramené à 10 % par la CNITAAT (Cour national de l'indemnisation et de la tarification de l'assurance des accidents du travail), qui a été saisie par la caisse, dont 3% pour le coefficient professionnel. La rente concernant la perte d'emploi s'élève alors à 23 euros mensuels.

La compensation de la perte économique est l'angle mort du système, alors qu'il a été conçu au départ pour compenser une perte de gains.

Concernant la question « *des facultés physiques ou mentales* », il est précisé : « *Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal* ».

Cette disposition, qui a le mérite de replacer le handicap dans une vision globale de la santé de l'individu, est nettement sous-utilisée, mais nous pouvons citer un exemple récent.

Monsieur C, 50 ans et ancien mineur de fond, est affecté de séquelles importantes suite à deux hernies discales lombaires ayant nécessité 3 interventions chirurgicales avec au final mise en place d'une arthrodèse. Les séquelles sont dominées par des douleurs importantes nécessitant la prise de morphiniques majeurs (antalgiques de palier 3 OMS) tandis qu'il est difficile d'évaluer les répercussions motrices propres en raison de l'existence d'une sclérose en plaques qui contribue fortement au handicap moteur.

Un taux d'IPP de 20 % est attribué par la caisse, mais le taux est porté par le TCI à 40 % sur la base d'un taux de 30 % pour le dos, majoré de 10 % pour tenir compte des facultés physiques et mentales.

Le chapitre préliminaire comporte un paragraphe concernant le « *mode de calcul du taux médical* » où domine le problème de l'état antérieur, régulièrement mis en avant dans la fixation du taux d'IPP dans le domaine du droit commun, pour le minimiser. Là aussi le barème accidents du travail a une vision plus globale.

Il préconise une prise en compte conséquente, que ce soit dans le cas où l'état pathologique antérieur a été révélé et a été aggravé par l'accident du travail ou la maladie professionnelle ou dans le cas où l'état pathologique était connu, mais a été aggravé par l'accident, en insistant notamment sur le fait que « *un équilibre physiologique précaire compatible avec une activité donnée, peut se trouver détruit par l'accident ou la maladie professionnelle* ».

Il précise en particulier : « *Dans certains où la lésion atteint le membre ou l'organe, homologue au membre ou à l'organe lésé ou détruit antérieurement, l'incapacité est en général supérieure à celle d'un sujet ayant un membre ou un organe opposé sain, sans état antérieur* ».

Sans préconiser ouvertement l'utilisation systématique de la formule de GABRIELLI, il estime que dans certains cas cela peut être un moyen commode de déterminer le taux d'IPP. Cette disposition n'est pratiquement jamais mise en œuvre par les médecins conseils. Pour notre part nous en faisons régulièrement état lorsque les 2 épaules sont atteintes et actuellement cette disposition est régulièrement reprise par les TCI et même par la CNITAAT.

La formule de GABRIELLI tient compte de la capacité restante, avec comme effet une majoration du taux d'IPP en divisant le taux de la 2<sup>e</sup> atteinte par la capacité restante après la 1<sup>re</sup> atteinte.

En fait, et notamment dans le cas des deux épaules atteintes, certains médecins conseils utilisent la règle de BALTHAZARD de façon abusive, aboutissant à une minoration du taux, puisque le taux de la 2<sup>e</sup> atteinte est multiplié par la capacité restante après la première atteinte.

Cette règle qui s'applique de façon constante dans la fonction publique lorsqu'il y a plusieurs taux successifs n'est légitime dans le cas des AT/MP que lorsqu'il s'agit d'infirmités multiples résultant d'un même accident, sachant que le barème précise : « *Cette façon de calculer l'incapacité globale résultant de lésions multiples ne garde bien entendu qu'un caractère indicatif. Le médecin chargé de l'évaluation peut toujours y apporter des modifications ou apporter un autre mode de calcul à condition de justifier son estimation* ».

Pour terminer, notre propos n'est pas d'entrer dans une analyse détaillée des barèmes, mais d'aborder rapidement la question de leurs imperfections.

A ceux qui prétendent que les barèmes AT/MP sont « vieillissants », « inadaptés », « imprécis », il convient de répondre que ces barèmes sont simples et faciles à manier, audibles par les justiciables.

Certes, ils présentent quelques imperfections (notamment concernant la douleur, la fonctionnalité de la main...) et quelques trous, notamment en matière de cancérologie (cancer de l'ethmoïde, cancer du larynx, cancer du rein...).

Mais après 20 ans d'utilisation de ces barèmes sans aucune grosse difficulté, dans plus de 1 000 dossiers



devant le TCI, j'estime que ces barèmes gardent toute leur valeur. ■

## BIBLIOGRAPHIE

Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, annexe I au Code de la Sécurité Sociale, application de l'article R-434-32 du Code de la Sécurité Sociale,

complété par le décret n°93-74 du 18 janvier 1993 (J.O. 20.01.1993).

Barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles, annexe II au Code de la Sécurité Sociale, annexe au décret n°99-323 du 27 avril 1999 (J.O. 02.07.1999).

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun dit Barème du Concours Médical. Barème officiel annexé au décret 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du code de la santé publique.

