

Mai / May 2010 - N° 3 - Volume 53

ISSN : 0999-9809

JOURNAL DE MEDECINE LEGALE DROIT MEDICAL VICTIMOLOGIE DOMMAGE CORPOREL

Expertise - Déontologie - Urgences

JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

Fondateur : † Pr. Louis Roche / Lyon



Éditions
ALEXANDRE
LACASSAGNE



ISBN 978-2-7472-1736-1



9 782747 217361



Diffusion
E S K A

Publication bimestrielle

Journal de médecine légale droit médical

Journal of Forensic Medicine

Une revue des Éditions ESKA – Éditions ALEXANDRE LACASSAGNE

Fondateur / Founder : Pr Louis ROCHE †

SÉRIE BIMESTRIELLE • N° 3 • MAI 2010

Rédaction – Édition – Diffusion : Éditions ESKA, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS

Directeur de publication : Serge KEBABTCHIEFF

Commission paritaire : n° 0412 T 81816 – ISSN 0999-9809 – ISBN 978-2-7472-1736-1

© 2010, Editions ESKA

Organe officiel de la Société de Médecine légale et de Criminologie de France (1957-2009)

Official Organ of the French Society of Forensic Medicine and Criminology

45, rue des Saints-Pères – 75006 PARIS

Comité de publication

Publication Committee

Pr Michel BÉNÉZECH

Coordinateur de la partie
PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE
ET CRIMINOLOGIE

Pr Philippe DE MAZANCOURT

Coordinateur de la partie GÉNÉTIQUE

Pr Valéry HÉDOUIN

Coordinateur de la partie
MÉDECINE LÉGALE CLINIQUE

**Pr Geoffroy LORIN DE
LA GRANDMAISON**

Coordinateur de la partie
THANATOLOGIE

Pr Daniel MALICIER

RÉDACTEUR EN CHEF
CHARGÉ DE L'INTERNATIONAL

Comité scientifique

Scientific Committee

P. ADALIAN (Marseille), J.-P. BEAUTHIER (Belgique), A. BLANC (Toulouse), D. BOTTER (Hollande), J. BRUZAK (Talence), T. CASPER (Montpellier), E. CUNHA (Portugal), P.-A. DELPLA (Toulouse), P. FORNES (Paris), S. GROMB (Bordeaux), V. HÉDOUIN (Lille), C. HERVÉ (Paris), G. LEONETTI (Marseille), B. LUDÉS (Strasbourg), C. MANAOUIL (Amiens), E. MARGUERITTE (Montpellier), L. MARTRILLE (Montpellier), G. MOUTEL (Paris), F. PARAF (Limoges), C. ROUGÉ-MAILLART (Angers), O. SAUTEL (Saint-Christol-les-Alés), A. SCHMITT (Talence), F. SPORKERT (Suisse), N. TELMON (Toulouse), A. TRACQUI (Strasbourg), A. ZERILLI (Brest).

• Les sommaires du **Journal de Médecine Légale Droit Médical** sont reproduits dans les « CURRENT CONTENTS » (Clinical Practice and Scientific and Technical Proceedings) dans MEDEXPRESS, et EMBASE.

The contents of the Journal of Forensic Medicine are reproduced in the "CURRENT CONTENTS" (Clinical Practice and Scientific and Technical Proceedings) in MEDEXPRESS and EMBASE / Excerpta.

• Les articles publiés dans le **Journal de Médecine Légale Droit Médical** n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

The Journal of Forensic Medicine does not assume responsibility for the articles which are published under the sole responsibility of the authors.

Secrétariat de Rédaction et de Fabrication

Éditions AGPA

Marise URBANO
4, rue Camélinat
42000 SAINT-ÉTIENNE
Tél. : 04 77 43 26 70
Fax : 04 77 41 85 04

Abonnements et Ventes



**Éditions
ESKA**

12, rue du Quatre-Septembre
75002 PARIS
Tél. : 01 42 86 56 00
Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>

Tarifs

Voir p. 106



SOMMAIRE — CONTENTS

Journal de Médecine Légale Droit Médical
Journal of Forensic Medicine

2010 – VOL. 53 – N° 3 – MAI / MAY

Editorial

La pathologie médico-légale de la nuit, p. 107
M. Bénézech, S. Chapenoire
Night Time Forensic Pathology

Articles originaux / Original Articles

- | | |
|--|-----|
| Relation transférentielle et intimité sexuelle dans la cure psychothérapique : à propos d'une affaire jugée deux fois en cour d'assises. M. Bénézech | 111 |
| <i>Transferential Relationship and Sexual Intimacy During Psychotherapy: A Case Tried Twice at the Court of Assizes</i> | |
| La mise en invalidité par la Sécurité sociale et son contentieux. V. Dang Vu | 121 |
| <i>Declaration of Disability by Social Security and Its Legal Department</i> | |

Bulletin d'abonnement 2010 / *Subscription form 2010*, 106

Recommandations aux auteurs / *Instructions to Authors*, **couv. 3**

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2010

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	Normal	Institution	Normal	Institution	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N ^{os}) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	246 €	307 €	295 €	356 €	152 €
<u>Nouvelle revue</u> : Médecine Sexuelle (4 N ^{os})	56 €	81 €	66 €	87 €	—
Journal d'Économie Médicale (8 N ^{os})	191 €	236 €	228 €	277 €	117 €
Journal International de Bioéthique (4 N ^{os}) <i>International Journal of Bioethics</i>	138 €	172 €	166 €	199 €	—

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Zip cod Ville / Town

Pays / Country

Je désire m'abonner à la revue de / I wish to subscribe to

« Journal de Médecine Légale Droit Médical » (bilingue) ☐

« Médecine Sexuelle » ☐

« Journal d'Économie Médicale » ☐

« Journal International de Bioéthique » (bilingue) ☐

Nombre d'abonnements
Number of subscriptions

Ci-joint la somme de / Please find enclosed the sum of €
à l'ordre des Éditions ESKA / made payable to Éditions ESKA

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE

Éditorial

La pathologie médico-légale de la nuit

M. BÉNÉZECH¹, S. CHAPENOIRE²

« La nuit fait les crimes, et le jour les juges »
Michelet

1. INTRODUCTION

Le nocturne peut se ranger symboliquement en deux catégories opposées. D'une part, une image positive et rassurante en tant que dispensatrice de repos, de calme, de chaleur, de trêve, de protection, d'intimité familiale, de rêverie, d'autre part une image négative en tant que règne des ténèbres, de l'inconnu, de l'absence, de la tristesse, du danger, de la mort. Le psychiatre et philosophe allemand Karl Jaspers oppose la loi du jour, claire, ordonnée, efficace, et le monde de la nuit qui transgresse l'ordre diurne mais permet à la personne d'accéder à sa profondeur intérieure. Avant d'aller plus loin, il nous paraît indispensable de dire quelques mots supplémentaires sur le nocturne, ses ambiances, son univers.

2. CONTEXTE NATUREL ET SOCIAL

C'est traditionnellement celui de « l'inconscience » nocturne opposée à la « conscience » diurne. C'est l'obscurité, la perte d'information du réel, la diminution des perceptions visuelles, l'altération de la vision des couleurs, l'exacerbation des fantasmes liés à la peur du noir, à la rêverie, au mystère, au sexe. C'est le silence, le refuge, l'isolement, la tranquillité, le sommeil reposant. Dehors, c'est la présence des étoiles, de l'astre de nuit et de toutes les légendes qui y restent attachées. Le monde du nocturne, c'est aussi l'alcool et la drogue, la fête, les bars à hôtesse, les clubs, les discothèques, les cabarets à spectacle, les asiles de nuit, les espaces dangereux, les rencontres à risque, l'économie souterraine, les noctambules, ces travailleurs de la

1. 266, rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France.

2. 23, rue Pierre de Ladime, 33800 Bordeaux, France.

nuit, seuls ou en équipe, qui dorment le jour (employés, professionnels de santé, gardiens, policiers, pompiers, prostituées, etc.), mais aussi les habitués de la nuit, les insomniaques, les noctambules, les poètes, les rêveurs, les viveurs, les noceurs, les délinquants. C'est encore l'imaginaire fantasmagorique de la pleine lune, des loups-garous, des vampires, des zombis, des fantômes, des monstres, des lieux infernaux. La nuit c'est le sentiment d'anonymat, de discrétion, d'irresponsabilité, de dissolution du surmoi dans l'alcool faisant disparaître les censures morales diurnes : « La nuit tous les chats sont gris ». C'est la nuit complice et permissive qui rassure certains anxieux, autorise l'irrationnel, le courage, l'audace, la déviance, la jouissance, la perversion, le laisser aller, l'abolition des contraintes et usages sociaux (« Docteur Jekyll et Mister Hyde »). Enfin, sur le plan chronobiologique, le nocturne c'est l'action de l'épiphysse et la variation des rythmes internes à l'organisme (mélatonine et cortisol plasmatiques, noradrénaline hypothalamique) avec l'euphorie de trois heures du matin suivie de la pénible désillusion de l'aube.

3. CRIMINALITÉ NOCTURNE

Le monde à part de la nuit est bien entendu favorable à certaines formes de délinquance dont les auteurs espèrent profiter (« pas vu, pas pris ») et ce d'autant qu'il y a moins de policiers en service quoiqu'ils soient généralement plus motivés et plus déterminés. Les incidents, les vols simples, les vols avec circonstances aggravantes (de nuit, avec arme, en réunion), les cambriolages avec parfois car et home jacking qui témoignent de la préméditation et de la détermination de leurs auteurs, les violences après boire, les règlements de compte, les agressions conjugales ou entre proches qui peuvent aller jusqu'à la mort, les violences urbaines par dégradation de biens, hostilité contre l'autorité, émeute (« nuit bleue »), les faux appels pour attaquer pompiers ou SOS médecins puis la police quand finalement elle intervient, toutes ces infractions contre biens et personnes étant souvent en relation avec l'abus d'alcool. Par contre, on observe la nuit une diminution des infractions routières, les flux des personnes et des véhicules étant moins importants et plus localisés, mais celles-ci sont souvent plus graves (obscurité, vitesse excessive, fatigue, alcoolisation, drogue, non respect de la signalisation, refus d'obtempérer, fuite et poursuite). On

observe de même une diminution de la délinquance astucieuse (filouterie, escroquerie).

Les crimes de la pleine lune (« full moon, full jail ») intéressent toujours policiers et médias. Les diverses études criminologiques sur le sujet ont des résultats contradictoires et celles qui concluent positivement ne tiennent pas suffisamment compte de deux facteurs sans relation avec la force de gravitation lunaire : la croyance générale en l'influence de l'astre nocturne (prophétie qui se réalise elle-même), le degré plus élevé de luminosité qui incite à sortir, à rester plus longtemps dehors et à boire davantage. Pour les astrophysiciens et neurophysiologistes, la marée gravitationnelle de notre cerveau entouré de liquide (« tempête dans un verre d'eau ») n'a très vraisemblablement aucune action criminogène sur notre activité mentale. D'autres comportements antisociaux ou dangereux sont corrélés préférentiellement au nocturne. Il s'agit des agressions sexuelles, de la délinquance liée aux différents modes de prostitution, des incendies volontaires par jeu (poubelle, voiture), vengeance ou intérêt (habitation, entreprise commerciale) ou des incendies involontaires par accident, négligence, inattention (cigarette allumée qui met le feu au domicile après l'endormissement du fumeur).

4. FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Le suicide dépressif fait partie de la pathologie médico-légale du nocturne. Il s'agit souvent soit d'une découverte le soir du corps comateux ou sans vie par un proche rentrant du travail, soit du terrible réveil suicidaire des petites heures du matin après une dernière rumination mélancolique ou une brusque impulsion. Les complications psychiatriques de l'abus d'alcool et de l'usage illicite de substances psychotropes sont elles aussi très classiques. L'ivresse alcoolique de type normal ou, chez les personnes qui ont le « vin mauvais », de type pathologique (excito-motrice, hallucinatoire, délirante, crépusculaire, dépressive, convulsive) s'accompagne de manifestations dangereuses pour soi-même (rarement) ou pour autrui (disputes, coups de couteau, homicides entre clochards) suivies d'un sommeil et d'une amnésie lacunaire quasi-totale (black-out). Le maximum symptomatique de la violence onirique induite par l'excès ou la suppression brutale de l'alcool est atteint au cours du célèbre *delirium tremens*.

(« très gros » ironisent les policiers). De façon générale, tous les états confusionnels s'aggravent la nuit, celle-ci favorisant par ailleurs les attaques de panique (crises d'angoisse).

Les troubles comportementaux liés aux psychoses délirantes (schizophrénie) sont fréquents, ces patients angoissés et hallucinés se rendant spontanément au commissariat ou nécessitant l'intervention sur place des forces de l'ordre : c'est la « crise de démence » à domicile ou sur la voie publique. Exceptionnellement, on peut être confronté à un trouble du sommeil provoquant un accès d'automatisme moteur complexe à l'origine d'accidents corporels (défenestration du syndrome d'Elpénor) ou de violences diverses pouvant être létales. Le « somnambulisme meurtrier » était connu des anciens aliénistes et faisait déjà l'objet au Moyen Âge de dispositions permettant de reconnaître irresponsable son involontaire auteur. La règle et sa justification étaient enfermées dans la maxime *dormiens furioso aequiparatur* dont les lois romaines et canoniques avaient fourni les bases légales. A notre époque, les épisodes d'agressions homicides et sexuelles survenant à l'occasion du sommeil pathologique (somnambulisme du sommeil lent profond, parasomnie du sommeil paradoxal, épilepsie frontale nocturne fami-

liale) nécessitent pour être reconnus sur le plan médico-légal des explorations cliniques et paracliniques en laboratoire du sommeil.

5. CONCLUSION

Pour lutter contre la délinquance nocturne, la seule répression ne suffit pas. La sécurité des personnes et des biens passe par la connaissance concrète et approfondie du terrain (lieux dangereux, quartiers sensibles) et des réseaux criminels, l'identification des auteurs de trouble, la présence des forces de police (brigades anticriminalité) et de gendarmerie, les programmes locaux et les pôles de prévention (lutte contre l'alcoolisme, le trafic de stupéfiants, les violences familiales, le chômage des jeunes, l'absentéisme scolaire), le rappel à l'ordre des contrevenants, l'adaptation de l'environnement urbain (éclairage, accès aux immeubles, aux parties communes, aux caves, aux parkings). La recherche de renseignements par les diverses autorités et l'étroite collaboration entre ces dernières sont donc indispensables à la mise en place de ces objectifs de prévention et de répression. ■

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

sous la direction de Philippe MERVIEL

L'assistance médicale à la procréation (AMP) regroupe différentes méthodes thérapeutiques (stimulation de l'ovulation, insémination, fécondation in-vitro...) visant à permettre à un couple infertile d'obtenir une grossesse. Si les inséminations sont pratiquées depuis plus de 200 ans, c'est dans les trente dernières années que la fécondation in-vitro (FIV) a connu son développement. Ainsi, Louise Brown, premier enfant issu de cette technique, est née en Angleterre en Juillet 1978. Il fallut ensuite attendre six ans pour obtenir la naissance d'un enfant après transfert d'embryons congelés, et huit ans de plus après microinjection intra-cytoplasmique des spermatozoïdes (ICSI). Au début des années 90 apparut le diagnostic pré-implantatoire (DPI) visant à permettre la naissance d'enfants dépourvus de maladies particulièrement graves ou léthales ; et en 2000 le premier enfant né après maturation in-vitro (MIV) des ovocytes, laissant entrevoir une conception assistée sans stimulation ovarienne. Enfin, plus près de nous, une grossesse a été obtenue après greffe de fragments d'ovaire chez une femme prématurément ménopausée.

- Que nous réserve encore l'avenir des conceptions médicalement assistées... ?
- Comment empêcher les dérives de ces techniques, incompatibles avec la loi et l'éthique humaine... ?

C'est pour mieux expliquer toutes ces étapes scientifiques essentielles dans la prise en charge de l'infertilité du couple, et répondre aux nombreuses questions qui se posent encore, que plusieurs spécialistes français se sont réunis pour participer à cet ouvrage, que j'ai eu le plaisir d'initier et de coordonner.

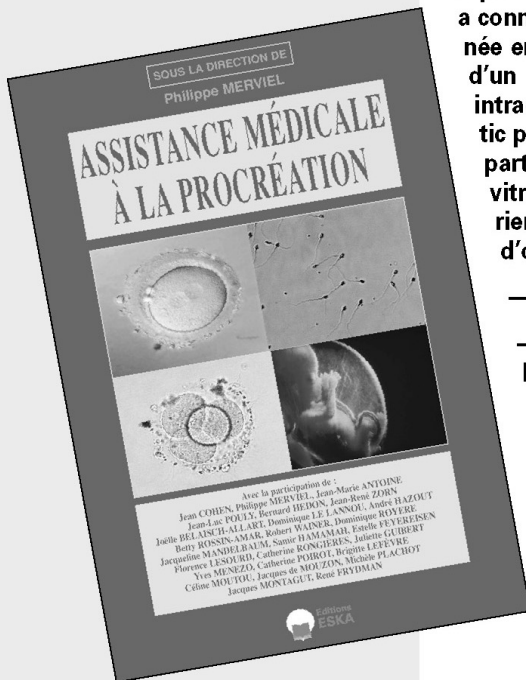
Je souhaite dédier ce livre au professeur Jacques Salat-Baroux qui fut mon maître et l'un des plus grands spécialistes de la médecine de la reproduction.

Professeur Philippe MERVIEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et chef de clinique-assistant à l'Hôpital Tenon, actuellement professeur des universités – praticien hospitalier au CHU d'Amiens.

Avec la participation de :

Jean COHEN, Philippe MERVIEL, Jean-Marie ANTOINE, Jean-Luc POULY, Bernard HEDON
Jean-René ZORN, Joëlle BELAISCH-ALLART, Dominique LE LANNOU, André HAZOUT
Betty ROSSIN-AMAR, Robert WAINER, Dominique ROYERE, Jacqueline MANDELBAUM
Samir HAMAMAH, Estelle FEYEREISEN, Florence LESOURD, Catherine RONGIÈRES
Juliette GUIBERT, Yves MENEZO, Catherine POIROT, Brigitte LEFÈVRE
Céline MOUTOU, Jacques de MOUZON, Michèle PLACHOT, Jacques MONTAGUT
René FRYDMAN



12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS
Tél. : 01 42 86 55 73 - Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>

ISBN 2.7472.0785.4
17 x 24 cm - 336 pages

Prix : 90,00 €
+ 3,51 € de frais de port

BON DE COMMANDE à retourner aux Éditions ESKA

12, rue du Quatre-Septembre 75002 PARIS - Tél. : 01 42 86 55 73 - Fax : 01 42 60 45 35

Je désire recevoir exemplaire(s) de « **ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION** »
au prix de 90,00 € + 3,51 € de frais de port, soit 93,51 € x = €

NOM Prénom.....

Adresse

Code postal Ville

Je joins mon règlement par : ☐ Chèque bancaire à l'ordre des Editions ESKA
☐ Virement postal aux Editions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z

n° 0785-4

Relation transférentielle et intimité sexuelle dans la cure psychothérapique : à propos d'une affaire jugée deux fois en cour d'assises

M. BÉNÉZECH^{1*}

« J'ai mis mon cœur à connaître la sagesse et à connaître la folie et la sottise et j'ai connu que cela aussi est recherche de vent. Car dans l'abondance de Sagesse est abondance de chagrin et ajoute-t-on à la science, on ajoute à la douleur. »

Qôhéleth (I, 16-18)

RÉSUMÉ

La loi protège la dignité et la vie privée de la personne, ainsi que l'intégrité du corps humain. Le respect de ces principes juridiques fondamentaux est particulièrement important en pratique médicale et dans la relation clinique entre un psychothérapeute et son patient. Les règles éthiques et techniques professionnelles qui encadrent la cure psychothérapique excluent tout passage à l'acte sexuel ou tout geste à connotation sexuelle.

Il est rapporté une affaire dans laquelle un psychiatre d'exercice libéral fut accusé des crimes de viols sur plusieurs de ses patientes. D'abord condamné à douze ans de réclusion criminelle par une première cour d'assises, ce praticien fut ensuite acquitté en appel. Bien qu'ayant toujours nié avoir eu des relations intimes avec les plaignantes, il fut sanctionné disciplinairement par l'Ordre des médecins mais la seconde cour d'assises a estimé que la « contrainte » n'était pas juridiquement établie en l'absence de violence physique ou de menace.

Cette affaire pose le problème du consentement d'une patiente à une relation sexuelle avec son psychiatre au cours d'une cure psychothérapique. En dépit du jugement définitif d'acquiescement, on peut se demander si les pratiques dévoyées d'un thérapeute sur des personnes psychologiquement dépendantes et vulnérables, avec perversion volontaire du processus transférentiel, ne constituent pas une véritable « contrainte morale » caractéristique du crime de viol ? Quoi qu'il en soit, les personnels médicaux ne doivent jamais exploiter la faiblesse des patients en abusant de leur autorité et des circonstances.

Mots-clés : Hypnose, Intimité sexuelle, Psychothérapie, Transe, Transfert, Viol.

1. 266, rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France.

* Expert honoraire près la Cour d'Appel de Bordeaux.

SUMMARY

Transferential Relationship and Sexual Intimacy During Psychotherapy: A Case Tried Twice at the Court of Assizes

The law protects the dignity and privacy of the individual, as well as the integrity of the human body. The respect of these fundamental legal principles is especially important in medical practice and in the clinical relations between the psychotherapist and his patient. The professional ethical and technical rules that govern psychotherapy exclude any sexual acts or gestures of a sexual connotation.

This article discusses an affair in which a freelance psychiatrist was accused of rape by several of his female patients. Sentenced in a first trial to 12 years imprisonment by a first court of assizes, the practitioner was subsequently acquitted on appeal. Although always denying ever having any sexual relations with any of the plaintiffs, he received disciplinary sanctions from the Medical Association. However, the second assizes deemed that there were no grounds to establish that he had used "constraint", since there had not been any physical violence or threats.

This affair raises the issue of the consent of a female patient to having sexual relations with her psychotherapist during the course of treatment. Despite the final acquittal, there is the question of whether the devious practices of a therapist on individuals who are psychologically dependant and vulnerable, with intentional perversion of the process of transference, does not constitute a true "moral constraint" that is characteristic of rape. In any case, medical professionals should never exploit the weaknesses of their patients by abusing their own authority and the circumstances.

Keywords: Hypnosis, Psychotherapy, Rape, Sexual intimacy, Trance, Transference.

1. INTRODUCTION

Le respect de la dignité et de l'intimité de la personne est à l'heure actuelle un impératif dans les rapports interhumains, tout particulièrement entre soignants et soignés en raison de la nécessité des contacts physiques diagnostiques et thérapeutiques. Ce principe essentiel est affirmé dès le Serment d'Hippocrate : « Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves ». Rappelons à notre époque les termes de l'article 16 du Code civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». L'article 16-3 du même code applique ce principe au plan somatique : « Il ne peut

être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne... Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement... ».

L'article L. 1110-2 du Code de la santé publique (CSP) dispose à son tour : « La personne malade a droit au respect de sa dignité ». Le Code de déontologie médicale n'est pas en reste. Son article 2 précise que le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, « exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». L'article 3 impose le respect des principes de moralité, repris dans le Serment médical : « ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs ». Enfin, l'article 51 interdit de s'immiscer sans raison professionnelle « dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients ».

Les contacts corporels nécessaires au cours de la relation médicale doivent donc respecter la pudeur des

usagers examinés et le banal examen gynécologique obéit à des considérations éthiques et techniques incontournables : déshabillage et habillage par la femme elle-même si possible, protection des membres inférieurs et de l'abdomen par des champs, limitation au strict minimum des intervenants, accompagnement des gestes de l'opérateur par des commentaires pour éviter de laisser suspecter que ce dernier se livre à des attouchements suspects et répréhensibles. De même, le toucher vaginal sous anesthésie générale au début d'une intervention est exclu, sauf s'il est justifié par des raisons médicales liées à l'intervention, après que la patiente ait été préalablement informée et qu'elle ait donné son accord [8].

2. L'INTERDIT DE RELATION SEXUELLE

La prohibition des relations sexuelles soignants-soignés est un impératif supplémentaire de la pratique clinique, bien que ce problème ne soit évoqué qu'indirectement dans notre Code de déontologie médicale (voir ci-dessus les articles 2, 3 et 51). L'autorisation implicite, ou mieux explicite, donnée au médecin de procéder à des explorations intimes est encadrée par l'interdiction absolue de toute relation sexuelle, même si elle est permise ou demandée par la patiente. L'article 22 du Code de déontologie des médecins du Québec, du 7 novembre 2002, est tout à fait clair à ce sujet : « Le médecin doit s'abstenir d'abuser de la relation professionnelle établie avec la personne à qui il fournit des services. Plus particulièrement, le médecin doit s'abstenir, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel ».

La pratique des professionnels de santé qui exercent l'activité de psychothérapeute nécessite de la part du soignant une vigilance particulière dans ses relations forcément asymétriques avec ses patients. Les thérapies « expressives » de longue durée visent à permettre et à organiser une relation dite transférentielle, le patient revivant, actualisant et projetant sur le thérapeute de façon inconsciente donc involontaire les désirs, émotions et conflits non résolus de son enfance dans son lien avec ses représentations parentales. Cette relation apparemment unilatérale, ainsi installée, est envahie d'intenses signifiants affectifs et émotionnels

et s'accompagne d'un champ modifié de conscience. La compétence technique du soignant et son respect des conditions de la cure vont permettre l'évolution de ce transfert (cela fait partie du cadre thérapeutique), l'analyse de la problématique infantile pathologique du patient et son désengagement progressif de la dépendance qui le relit à son thérapeute.

Les règles déontologiques et de bonnes pratiques relationnelles, bien connues des psychothérapeutes compétents, peuvent être schématisées comme suit : position de neutralité, taire ses sentiments personnels, ne pas fournir de détails sur son existence propre, respect strict de l'abstinence qui implique de ne pas avoir de relation avec son patient en dehors du cadre thérapeutique, expression orale libre mais interdiction de tout passage à l'acte pour le soigné comme pour le soignant : « Tout dire, ne rien faire ». Les règles techniques, qui s'imposent au thérapeute en cours de traitement, régissent les relations personnelles, les paroles employées, le respect des barrières de la vie privée et intime entre le praticien et ses clients. Elles permettent de contrôler les conséquences sur l'état psychologique des patients des liens affectifs intenses qui résultent du transfert pendant la cure psychothérapique.

Déjà, l'usage médical ou extra médical dévoyé de l'hypnose était depuis longtemps à l'origine d'affaires pénales, l'hypnotiseur pouvant profiter de la situation transférentielle pour voler, violer et même tuer plus facilement l'hypnotisé sous l'influence de la suggestion et du sommeil hypnotique [1]. Nous en avons rapporté une observation originale dans laquelle un célèbre guérisseur, « magnétiseur-psychothérapeute-radiesthésiste », fut condamné en cours d'assises à cinq ans d'emprisonnement pour viol sur sa patiente hypnotisée [2,3]. Ce même problème d'agression sexuelle, par des professionnels de santé sur les usagers, est périodiquement évoqué à l'occasion de procès intentés par des femmes à des médecins accusés de les avoir « violées », mais aussi à propos d'abus sexuels divers sur des malades en kinésithérapie, anesthésie, gynécologie ou psychiatrie. L'utilisation accrue des techniques à expression corporelle facilite ces dérapages professionnels.

L'incidence de ces écarts de conduite semble en nette augmentation, probablement en raison d'une moindre tolérance de la collectivité, des victimes et du corps médical [7]. Beaucoup plus rarement, ces affaires concernent des comportements sexuels répréhensibles perpétrés par des soignantes sur des hommes handicapés mentaux [9]. Il faut encore signa-

ler les psychothérapeutes femmes qui passent à l'acte, tantôt dans une dimension homosexuelle, tantôt vis-à-vis de patients de l'autre sexe. Si la littérature française est remarquablement silencieuse sur la question des contacts sexuels entre thérapeutes et patients ou anciens patients, il n'en est pas de même des études anglo-saxonnes qui comptent plusieurs dizaines de publications [4,6,12 à titre d'exemple]. L'affaire du psychologue canadien George Clifford Matheson (48 ans), condamné à deux ans de prison en 1997 et désigné comme « sexual predator who brainwashed his victims » [10], et celle de l'américain Daniel Lerom (49 ans) dont la licence professionnelle a été suspendue en 2010 pour « sexual misconduct with a patient » [13] témoignent de l'importance du problème. Nous nous limiterons ici à la présentation d'une affaire rentrée dans le domaine public et à quelques commentaires la concernant.

Rappelons les termes de l'article 222-23 du Code pénal : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle ».

3. UN PSYCHIATRE CONDMNÉ PUIS ACQUITTÉ POUR VIOLS

3.1. Résumé de l'affaire

Le docteur X, psychiatre d'exercice libéral, dans la quarantaine, est mis en examen pour viols. L'information judiciaire met en évidence les faits suivants que nous résumons :

- ✓ Quatre patientes (que nous désignerons par plaignantes A, B, C, D) de ce praticien déposent plainte et/ou se constituent partie civile pour viols, faits qui se sont déroulés le plus souvent dans les locaux professionnels du thérapeute sur une période de temps allant de quelques mois à quelques années. La prise en charge de ces accusatrices consistait en entretiens psychothérapeutiques en face-à-face et occasionnellement en séances d'hypnose et de relaxation selon les plaignantes. En cours de procédure, deux associations de lutte contre les violences sexuelles se constituent à leur tour partie civile ;
- ✓ L'Ordre des médecins a déjà sanctionné disciplinairement ce même praticien par la radiation du Tableau (Conseil régional) puis, en appel de cette décision, par une mesure d'interdiction d'exercer la médecine pour une durée de trois ans (Conseil national). Pendant cette période, l'intéressé a continué d'exercer une activité de psychothérapeute. Les instances ordinales reconnaissent les manquements déontologiques graves du docteur X, qui a entretenu, en relation médicale, des contacts intimes avec deux de ses malades, ne respectant pas leur dignité, qu'il a profité de son ascendant pour les entraîner par des promesses dans des entreprises aventureuses afin d'établir un lien de dépendance et qu'il a violé le secret professionnel à l'égard des mêmes personnes. L'Ordre ne se prononce pas sur l'existence d'un consentement ou non des plaignantes aux relations sexuelles, cette question relevant du domaine judiciaire ;
- ✓ L'enquête de gendarmerie révèle qu'il existe de forts indices selon lesquels ce psychiatre a entretenu des relations sexuelles avec plusieurs de ses patientes mais qu'il n'est pas possible de déterminer avec certitude si ces rapports ont été imposés par le moyen d'une « contrainte » psychique pouvant caractériser l'infraction de viol au sens du Code pénal. Le dossier est classé sans suite ;
- ✓ L'enquête est ensuite reprise par un magistrat instructeur sur les faits de viols, viols sur personne vulnérable et omission de porter secours ;
- ✓ Outre les quatre plaignantes, d'autres femmes, sans déposer plainte, témoignent de faits similaires ou d'un comportement anormal du docteur X pendant ou après l'exercice de ses fonctions. Elles évoquent toutes soit la fascination, soit la manipulation mentale, soit des propositions d'aide extérieure ou de collaboration ;
- ✓ L'ancienne épouse du docteur X confirme que, pendant leur vie commune, son mari avait eu de nombreuses maîtresses auxquelles il faisait des promesses qu'il ne pouvait pas tenir ;
- ✓ Les expertises psychiatriques et médico-psychologiques des plaignantes et témoins vic-

times concluent à leur vulnérabilité psychique et à la crédibilité de leurs déclarations. Leur intelligence est normale et aucune ne souffre d'un état psychopathologique « aliénant » ou de tendances à l'affabulation ;

- ✓ Les rapports psychiatriques et psychologiques concernant le docteur X permettent d'exclure que ce dernier, qui nie toute difficulté sexuelle, soit atteint de troubles névrotiques ou psychotiques. Si les faits étaient établis, ils témoigneraient d'aspirations narcissiques et omnipotentes, de domination, d'appétit de puissance, de volonté d'emprise, de pratiques anormales sous forme de relations professionnelles non admises déontologiquement ;
- ✓ Une expertise médico-légale portant sur les particularités cutanées intimes du psychiatre confirme les détails anatomiques décrits par les plaignantes ;
- ✓ Une expertise psychiatrique confiée à deux experts nationaux constate des pratiques professionnelles inhabituelles, exclues par les règles techniques des cures psychothérapiques, avec recours occasionnel à l'hypnose Eriksonnienne, ainsi qu'un état de dépendance transférentielle des patientes susceptible d'altérer de façon importante leur volonté et leur capacité de discernement ;
- ✓ Les experts psychiatres et psychologues notent tous que les relations sexuelles sont niées formellement et de façon constante par le praticien qui s'estime victime d'un complot par dépit, vengeur et pervers, ourdi par la plaignante A qui présenterait selon lui un état délirant chronique de type « érotomaniaque » et qu'il aurait éconduite en refusant ses avances amoureuses et sexuelles.

Renvoyé en cours d'assises, le docteur X est condamné à 12 ans de réclusion criminelle, le jury ayant acquis au cours des débats l'intime conviction qu'il est coupable de viols par contrainte psychique ou par surprise sur ses quatre accusatrices. En appel, les jurés de la seconde cours d'assises ont jugé qu'en dépit de la souffrance psychologique des plaignantes, les éléments constitutifs du crime de viol, les conditions au plan pénal n'étaient pas réunis. Le psychiatre est finalement acquitté.

3.2. Les dires et l'état mental des accusatrices

— *Plaignante A.*

Madame A, remariée, un enfant, entreprend une psychothérapie avec le docteur X pour « dépression de la quarantaine » suite à un surmenage et des difficultés conjugales. Ce praticien lui raconte des « contes arabes », lui parle abondamment de sa propre personne et lui révèle qu'il vient d'acheter un journal satirique. Tout cela impressionne et intimide fortement la patiente qui ressent pour lui une admiration intense. Le praticien pratique ensuite deux séances d'hypnose sans endormissement, lui demandant de se mettre en état de détente sophrologique. Elle ressent alors une violente émotion, un bouleversement, « quelque chose d'immense », comme si elle était « saoule ». Un jour, après lui avoir déclaré qu'elle est guérie, le thérapeute lui propose des activités extérieures communes. Alors qu'elle vient de payer la consultation, il la prend dans ses bras, lui baisse son pantalon et pratique sur elle un coït furtif. Elle se sent « sur un nuage », incapable de réagir, d'opposer de résistance, dans une espèce de trouble, mais sans aucune attirance sexuelle pour le docteur X. Ne pouvant échapper à cette situation en raison de « l'emprise » qu'il exerce sur elle, « complètement soumise », Madame A reste, sans désir, caresse ni plaisir sexuel, trois ans sa maîtresse avant d'avoir le courage de rompre, de constituer activement un comité de défense et de déposer plainte.

Souffrant d'une problématique névrotique classique avec troubles anxio-dépressifs, Madame A ne présente pas de particulière impressionnabilité mais un état de vulnérabilité inhabituelle de son équilibre psychique et affectif, une fragilité du moi, de sa propre image, une faille narcissique. Quelle que soit l'intensité de sa revendication contre son ancien thérapeute, ses déclarations concernant les faits doivent être considérées comme crédibles sur le plan psychiatrique. La conséquence des agressions sexuelles s'est manifestée par l'apparition d'un effondrement dépressif avec ruminations mentales, dévalorisation, phobies sociales, cauchemars récurrents et perte de libido. Aucun signe de trouble psychotique, érotomaniaque ou autre, de vengeance pathologique ou de fonctionnement mental pervers n'est mis en évidence.

— *Plaignante B.*

Suite à des difficultés familiales avec un de ses fils, Madame B, dans la quarantaine, deux fois divorcée, trois enfants, consulte pendant six mois le docteur X pour lequel elle ressent une profonde admiration et une forte dépendance. Après lui avoir déclaré qu'elle n'a pas besoin d'une psychanalyse, il lui propose une « thérapie en acte », à savoir une association dans la maison d'édition qu'il vient d'acquérir. Ayant le même rêve, Madame B se sent « l'élue » de cet homme « merveilleux, exceptionnel, passionnant », qui s'intéresse à elle qui n' imagine pas de ne plus le voir. Après l'avoir invitée à deux reprises au restaurant, le docteur X lui demande de monter à son cabinet alors qu'elle se trouve bouleversée, dans une impression « quasiment mystique ». Il lui lit une histoire puis la possède pour la première fois sur la moquette alors qu'elle est sous le charme, heureuse, se croyant sincèrement aimée. Vivant dans l'attente fébrile des entretiens, elle a d'autres relations intimes rapides avec son thérapeute, mais sans plaisir pour elle. Contactée un jour par Madame A, elle est mise en garde sur le comportement du psychiatre : « Bienvenue au club des maîtresses de X... ». Elle n'arrive à rompre cette relation de nature passionnelle que plusieurs mois après, ayant le sentiment d'avoir été manipulée, d'avoir perdu sa volonté propre et de s'être pliée à celle du praticien sans pouvoir lui résister.

La plaignante B ne présente aucune anomalie mentale du registre aliénant, ses difficultés relevant exclusivement du registre névrotique banal. Introvertie et anxieuse dans l'enfance, elle se décrit par la suite comme volontaire, travailleuse et d'un tempérament assez gai. Elle ne paraît pas particulièrement impressionnable. Son état de vulnérabilité au moment des faits est corrélé aux qualités inhérentes du transfert et ses déclarations doivent être considérées comme crédibles. Le retentissement des actes dénoncés consiste en un vécu douloureux accompagné de troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, d'un désinvestissement des plaisirs habituels, de cauchemars, de perte de confiance, d'un sentiment d'avoir été flouée.

— *Plaignante C.*

Souffrant d'une grave dépression réactionnelle faisant suite à un licenciement économique, Madame C, divorcée, un enfant, dans la trentaine, a beaucoup de difficulté à parler de ses relations avec son ancien psy-

chothérapeute. Alors qu'elle est déjà sous antidépresseur et anxiolytiques, le docteur X lui demande dès la première consultation de se dévêtir et de fermer les yeux pour tester son équilibre : « Il se rapprochait de moi... et j'ai senti son sexe en érection ». Les séances suivantes, il lui raconte des « contes » d'une voix douce, caressante, enveloppante mais, alors qu'elle s'apprête à partir, il lui lève sa jupe, baisse ses sous-vêtements et la soumet à une pénétration vaginale debout près de la porte de sortie. Ce comportement inattendu laisse la patiente surprise et passive. Lors d'un autre entretien, il l'amène dans une chambre contiguë et lui impose une nouvelle relation sexuelle, sans qu'elle puisse réagir. Madame C, qui contrairement aux plaignantes A, B et D, affirme ne ressentir aucun attachement sentimental ou amoureux pour le docteur X, continue cependant de le consulter pendant plusieurs mois en l'absence de tout nouveau contact intime : « J'avais besoin de lui ».

Très vulnérable au cours de sa sévère dépression ayant entraîné un amaigrissement important et deux hospitalisations en clinique, Madame C est une personne anxieuse, sensible, émotive, à la composante sub-dépressive chronique. Elle ne présente aucun signe en faveur d'une psychose. Ses déclarations sont parfaitement crédibles au sens psychiatrique du terme, mais il est difficile d'apprécier le retentissement des faits sur son état mental en raison de sa réticence à en parler. Il lui reste la souffrance psychique de s'être sentie abusée, manipulée par la force mentale de son psychiatre traitant.

— *Plaignante D.*

Cette personne, proche de la trentaine et aux antécédents dépressifs marqués, va consulter le docteur X après une séparation avec son concubin qui l'a particulièrement fragilisée. Elle se trouve seule, sans travail avec deux enfants à charge. Dès le deuxième entretien, sous prétexte d'examen neurologique, il la fait déshabiller. A la fin d'une séance, au cours de laquelle il aurait pratiqué l'hypnose sans endormissement avec récit de « contes métaphoriques », et alors qu'elle vient de régler la consultation, il l'entraîne dans son véhicule et pratique un rapport vaginal furtif, silencieux et sans tendresse qu'elle est incapable de refuser, restant interdite, figée, tétanisée sous le regard « pervers » du thérapeute. Ces faits se reproduisent plusieurs fois à l'intérieur du cabinet médical, jusqu'au jour où le praticien lui signifie brusquement la fin de la thérapie. Restée très dépendante de cette relation, se sen-

tant abandonnée, Madame D revient voir ce spécialiste quelques mois plus tard et elle devient sa maîtresse pendant deux ans. Il la soumet à des séances d'hypnose, lui raconte des histoires et anecdotes diverses et termine les entretiens par une relation sexuelle rapide où seul le slip de la patiente est ôté. Elle arrive enfin à aller consulter un autre psychiatre, ce qui lui permet après plusieurs années de se restructurer et de prendre conscience du préjudice subi, d'autant qu'elle apprend l'existence d'autres patientes victimes des mêmes faits.

Madame D présente des difficultés névrotiques anciennes compliquées d'épisodes dépressifs rémittents. D'un naturel timide, tendu et angoissé, elle est particulièrement impressionnable et vulnérable en raison de l'intensité de sa demande thérapeutique, de la sévérité de sa dépression et de sa solitude. La relation avec le docteur X n'a pu qu'aggraver sa fragilité et son état mental. On peut accorder une crédibilité générale à ses dires, quoique sa mauvaise mémorisation des faits et son affectivité tourmentée ne permettent pas d'accorder un crédit total à chaque souvenir pris isolément. La plaignante ne présente aucune tendance fabulatoire, mythomaniacale, aucun processus délirant. Elle reste envahie au quotidien par des réminiscences angoissées des événements vécus, sa vulnérabilité psychique s'étant accrue.

3.3. Le renforcement de la dépendance au thérapeute

Les expertises mentales et les dépositions de l'ensemble des accusatrices et témoins du docteur X permettent d'objectiver la dynamique des passages à l'acte en quatre points.

— *La fragilité psychique des victimes.*

La plupart des femmes plaignantes et témoins souffrent de problématiques névrotiques plus ou moins sévères et anciennes et/ou de manifestations dépressives qui les rendent particulièrement vulnérables dans le contexte et le cadre d'un besoin et d'une demande de soins auprès d'un psychothérapeute. Deux d'entre elles pourraient auparavant avoir subi des abus sexuels perpétrés par des proches parents. Plusieurs de ces victimes, qui évoquent une enfance difficile, sont issues d'un milieu familial problématique et pathogène décrit comme conflictuel, précaire, hostile ou indifférent au plan affectif et relationnel. Certaines prenaient un trai-

tement psychotrope (anxiolytique, antidépresseur, neuroleptique) qui augmentait leur passivité. Par contre, en opposition avec une fragilité anxio-dépressive initiale et/ou liée à l'état mental au moment de la cure, une prédisposition psychopathologique à la manipulation transférentielle *a priori* ne semble pas devoir être retenue pour deux ou trois patientes.

— *Les pratiques dévoyées du thérapeute.*

En dépit de son acquittement en appel pour crimes de viol, il paraît évident que les méthodes professionnelles du docteur X, dans la présente affaire, relèvent davantage d'une entreprise de séduction narcissique que d'un véritable processus thérapeutique qui obéit à une codification technique et déontologique rigoureuse, impliquant en particulier le « non-agir » absolu dans la réalité extérieure du patient en traitement sous forme de relations personnelles de forte intensité. L'observation de cette exigence éthique qu'est le respect de la « bonne distance » de neutralité bienveillante, exclut a fortiori toute relation sexuelle ou amoureuse psychiatre-patient dans le cadre temporel et spatial de la cure. Il en est de même de tout autre passage à l'acte dans la réalité : promesses de travail, collaborations extérieures, associations, engagements dans la vie des patients, participation à des cérémonies de la vie personnelle, etc. Ces transgressions à la « Règle d'Ericsson », de non-intervention, constituent une faute déontologique et technique majeure dans ces situations thérapeutiques. Elles exposent les patients à être « agis » et non à pouvoir penser et agir librement, empêchant ainsi le dépassement thérapeutique, l'apaisement et l'estompage de la situation passagère de transfert. L'ensemble de ces situations anormales provoque une dénaturation totale et durable des processus relationnels et transférentiels devenus pathologiques, compromettant ainsi la bonne résolution transférentielle qui doit se dérouler naturellement sous l'effet du travail thérapeutique.

— *La perversion du processus transférentiel.*

Quelle que soit la nature et l'intensité de la prédisposition ou non à la vulnérabilité des patientes accusatrices ou témoins, il n'en reste pas moins qu'elles ont rapidement développé un sentiment transférentiel de dépendance affective totale non consciente, de soumission absolue, d'abandon et même d'aliénation de leur libre arbitre à leur praticien. Elles décrivent toutes

avoir été victimes à leur insu d'une instrumentalisation, d'un état d'anesthésie de la conscience, d'une altération du discernement, de la vigilance, d'un émoussement de la capacité à analyser de façon lucide et critique la situation, d'une impossibilité de contester ou de s'opposer physiquement aux propositions et aux actes sexuels qu'elles subissaient en réalité contre leur consentement, leur désir, leur volonté libre.

Cette incapacité à critiquer et à refuser a persisté bien après les premiers gestes illicites et les aurait contraintes à subir de nouveau, voire à solliciter, ces liens inhabituels et pervers, cette relation d'emprise irrésistible que le praticien exerçait par l'argument d'autorité sur elles sans qu'elles aient bénéficié d'une information médicale préalable sur les possibles modifications de conscience par l'utilisation de ces méthodes : contes métaphoriques, suggestions diverses, hypnose Ericksonienne. Ce n'est que plus tardivement, avec le recul, qu'elles réalisent progressivement qu'elles ont été manipulées, sous influence, entraînées dans une situation morbide vers un besoin addictif, développant alors des sentiments d'horreur, d'humiliation profonde, d'indignation et finalement de dépression, avant de trouver la force de se révolter et de se plaindre à l'Ordre des médecins puis à la justice, seule compétente en matière de qualification criminelle.

Remarquons que, pour trois ou quatre victimes, ce phénomène d'aliénation à la volonté et au désir du thérapeute s'origine dans un processus de fascination intellectuelle, de rencontre admirative avec un homme considéré comme remarquable, qui comprend, devine, sait, raconte, protège, soigne, s'implique dans la réalité. Il y a là réactivation du vieux fonds irrationnel qui sommeille en chacun de nous, pensée magique qui veut que le thérapeute supprime les maux par son pouvoir occulte qui déborde la science. Ce crédit, cette foi, cette croyance dans le maître, dans la puissance du thaumaturge placent le patient dans une situation de confiance, de crédulité, de passivité et de dépendance. L'idéalisation du psychiatre, courante en pratique psychothérapique, s'est accompagnée chez ces patientes d'une libération des pulsions érotisées, de mouvements affectifs de type sentimental, amoureux ou même franchement passionnel. On peut lire entre autres : « ... des sentiments forts qu'elle éprouvait pour lui... mouvements transférentiels intenses... la femme élue de ce maître tant admiré... état de ravissement... comme ivre... elle s'est trouvée élue, éblouie... fascinée et embarquée... envoûtée... complétude immédiate et ineffable... elle se serait naturellement mise nue... elle décrit plusieurs caractéristiques qui évoquent un état

amoureux... une espèce d'exaltation excessive... » Notons ici que l'amour de transfert n'est pas l'Amour.

Contrairement aux règles de base, le docteur X a entre-tenu et aggravé le lien de soumission, parfois masochiste, d'intense besoin et de dépendance émotionnelle des patientes, dynamique particulièrement importante dans les cures psychothérapiques. Il a favorisé le développement de relations affectives et comportementales anormalement puissantes et non contrôlées entre ses clientes et lui-même, du fait de ses pratiques suggestives nocives et injustifiées. Abusant du processus de régression thérapeutique, le praticien a imposé des contacts intimes et transformé plusieurs de ses patientes en collaboratrices professionnelles ou d'engagements sociaux, aggravant pendant la prise en charge la confusion des places et des statuts de chacun.

— *Les ruptures relationnelles et les actes sexuels.*

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que les victimes font souvent état, soit avant (plaignantes A et B) soit après (plaignante D, une victime témoin) les premières relations sexuelles, d'une interruption inattendue et unilatérale de la prise en charge par le thérapeute. Selon les cas, les motifs allégués sont la normalité de la patiente, l'inutilité d'une psychothérapie, la guérison apparente. Ces ruptures menaçantes du lien thérapeutique entraînent le plus souvent un désarroi des patientes avec sentiment d'abandon, de solitude, de perte de protection, d'accroissement de la vulnérabilité et de la dépendance. Dans le contexte général de l'affaire, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une manœuvre volontairement concertée pour favoriser les contacts intimes futurs ou prendre de la distance vis-à-vis des clientes déjà sexuellement possédées.

Une autre observation s'impose. Plusieurs plaignantes signalent des difficultés ou des pratiques sexuelles particulières chez le docteur X. D'abord, les actes en eux-mêmes sont anormalement rapides, souvent physiquement difficiles, « lamentables », le thérapeute devant utiliser diverses manœuvres pour obtenir érection ou éjaculation, les érections étant observées comme pauvres ou absentes : « Il fallait qu'il s'aide... il bandait mou, ce n'était pas terrible... il devait terminer seul... ». Les qualificatifs de « fiasco » sexuel, « piètre amant », « d'impuissant » ou « pas loin d'être impuissant » sont utilisés à plusieurs reprises. Ensuite, il est signalé que l'acte sexuel paraît le dégoûter profondément, qu'il le pratique avec mépris furtivement, brusquement, sans préliminaire,

sans tendresse, sans caresse, sans attention ou délicatesse pour ses partenaires qui ne ressentent pour lui ni désir, ni attrait physique, ni plaisir sexuels. Enfin, il semble qu'une certaine recherche du risque par le psychiatre pourrait stimuler son excitation libidinale : rideau du cabinet restant ouvert, possibilité d'être surpris par un tiers, personne dans la salle contiguë, situations précaires, actes sexuels en voiture dans des lieux publics. Ajoutons que le praticien raconte sans « réserve ni limite » ses aventures sexuelles et les détails intimes de ses clientes à l'une de ses victimes, violant ainsi le secret professionnel.

Deux modes de passages à l'acte semblent devoir être identifiés d'après les dépositions des victimes. Le plus courant est celui d'une « dynamique de séduction-manipulation » dont nous avons précédemment décrit les processus et qui, dans certains cas, peut amener la patiente à ne plus voir finalement dans son thérapeute que son amant. Le second, moins fréquent, est celui de l'« effet de surprise » initiale dans un contexte de sidération mentale et de passivité de la victime soumise à l'omnipotence du praticien (première relation sexuelle de la plaignante C). Ces deux modes d'emprise sexuelle par « transfert dévoyé » ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et se trouvent souvent associés au début des relations intimes.

3.4. L'acquittement du psychiatre

Le docteur X a toujours nié toute relation sexuelle avec ses clientes (accusatrices et victimes témoins) ainsi que tout processus de transfert en cours d'entretiens. Il s'affirme psychiatre biologiste et comportementaliste et se considère comme un libertaire, un individualiste anarchiste. Le premier jury l'a sévèrement condamné pour viols, le second l'a acquitté en appel. Ces jugements contradictoires posent une fois de plus le problème du consentement de la femme en matière d'agression sexuelle alléguée. Certaines « victimes » ont-elles donné d'abord un libre consentement aux contacts intimes puis, ayant réfléchi par la suite, dénoncé pour divers motifs comme imposées ces mêmes relations. Dans la présente affaire, malgré les dénégations constantes du praticien, il ne fait guère de doute que ce dernier a, de façon répétitive, gravement manqué à la déontologie professionnelle en trahissant la confiance de ses patientes, en exploitant sexuellement leur sincérité, leur fragilité, leur désarroi, leur baisse de vigilance et leur inhibition. S'il n'a pas usé de violence physique ou de menace, n'a-t-il pas exercé une forte « contrainte psychologique », constitutive du

viol, basée sur des pratiques déviantes, contraires aux règles fondamentales de la psychothérapie ? Le second jury a répondu par la négative.

Essayons d'analyser le pourquoi de ce verdict d'acquittement. Les raisons ne manquent pas : refus obstiné de l'accusé de reconnaître les actes sexuels ainsi que l'influence du transfert dont il nie l'existence même ; clientes adultes exemptes de troubles mentaux aliénants qui leur auraient totalement ôté leur faculté de libre arbitre ; attirance et admiration des victimes pour le thérapeute ; absence d'opposition catégorique de ces mêmes personnes alors qu'aucune menace ou violence physique n'est utilisée à leur égard ; actes sexuels en série avec des patientes qui quelquefois considèrent finalement leur médecin comme leur amant ; reprise des relations sexuelles après une interruption dans quelques cas ; dénonciation tardive des faits suite à une concertation entre les victimes ; longueur considérable (15 ans) de la procédure judiciaire. Deux éléments semblent avoir joué un rôle majeur dans l'acquittement. D'abord la répétition dans le temps des actes sexuels chez certaines plaignantes, ce qui paraît surprenant pour une qualification de « viol » : comment peut-on violer quelqu'un de libre pendant des mois, voire des années ? Dans de telles conditions, les accusations sont-elles crédibles ? Ensuite, la « théorie du complot », la plaignante A, par ses démarches relationnelles actives, ayant joué un rôle important dans la coordination entre les patientes à l'origine de l'affaire.

Sans contester l'autorité de la chose jugée et sans entrer dans une controverse juridique savante, hors de propos ici, on peut cependant se demander si le fait d'abuser de son autorité et de son prestige de praticien en psychiatrie, vis-à-vis de personnes fragilisées et dépendantes dont la capacité de résistance est diminuée (Crim. 8 juin 1994 ; Bull. crim. n° 226), ne constitue pas une véritable contrainte psychique à court et long terme. La dépendance affective caractérise en effet juridiquement la contrainte morale, élément de l'incrimination du crime de viol. Il a été jugé par ailleurs que l'état de grande vulnérabilité, dans lequel se trouve placée une femme face à son médecin dans le cadre d'une consultation médicale, constitue l'élément de contrainte, voire de surprise (Crim. 25 octobre 1994).

4. RÉFLEXIONS ET CONCLUSION

La pratique médicale expose à des tentations sexuelles auxquelles quelques professionnels de santé

cèdent par facilité, amoralité, narcissisme dominateur ou perversion. Si l'exercice général de la médecine justifie éventuellement des contacts avec des organes sexuels ou à connotation sexuelle, contacts à visée strictement exploratoire ou thérapeutique (c'est l'exception médicale), la pratique psychiatrique n'autorise en aucune façon des actes sexuels au cours de la relation de soin. La situation homme psychothérapeute-patiente habituelle se prête particulièrement bien à ce risque d'écart du fait de la relation interpersonnelle étroite, des processus transférentiels et de leurs spécificités qui projettent sur le praticien des pulsions érotisées puissantes remontant à la petite enfance. La nature du consentement ou non de la femme sous influence différentielle ce qui relève d'une simple, quoique grave, faute déontologique ou d'une agression sexuelle caractérisée. Lorsqu'une authentique relation amoureuse émerge entre soignant et soigné, il est souhaitable que le soigné soit pris en charge par un autre soignant. Le respect par le professionnel de santé de la « bonne distance » est une condition essentielle du respect de la personne soignée.

La doctrine française concernant la possibilité du viol sous hypnose, ou état similaire de sidération psychologique, est très réservée lorsque l'agression est exécutée sans violence, sans preuve de non-consentement (morsure, griffure, déchirure des vêtements). Les auteurs médico-légaux classiques considèrent que les pratiques de suggestivité, d'hypnose, d'états seconds, de magie et sorcellerie, à la faveur desquelles un viol aurait été commis, doivent être envisagées de trois manières : soit comme des troubles psychiatriques où la valeur du consentement peut être sérieusement discutée, soit comme des manifestations de mythomanie, de perversité, soit comme un comportement de chantage vis-à-vis de l'opérateur [11]. Pour d'autres auteurs, le problème se résume principalement à « l'hystérie » de la supposée victime [5]. Tout ceci débouche finalement sur la formation éthique et professionnelle des thérapeutes à ces questions relationnelles. En aucune façon les personnels de santé ne peuvent exploiter la faiblesse des

personnes vulnérables en abusant de leur autorité et des circonstances. ■

RÉFÉRENCES

- [1] BÉNÉZECH M. – Conséquences médico-légales de la pratique hypnotique. *Archives Belges de Médecine Sociale, Hygiène, Médecine du Travail et Médecine Légale* 1976 ; 3 : 166-70.
- [2] BÉNÉZECH M. – Viol sous emprise hypnotique : un guérisseur condamné. *Ann Méd Psychol* 1992 ; 150 : 726-29.
- [3] BÉNÉZECH M. – Case report : rape under hypnosis. *Journal of Forensic Psychiatry* 1993 ; 4(3) : 551-53.
- [4] BUTLER S. – *Sexual contact between therapists and patients*. Unpublished doctoral dissertation. California School of Professional Psychology, 1975.
- [5] CECCALDI PF, DURIGON M. – *Médecine légale à l'usage judiciaire*. Paris, Cujas, 1979.
- [6] DANIELIAN J. – Comments on « Sexual contact between psychologists and their former therapy patients : psychoanalytic perspectives and professional implications » by Natalie Shavit and Steven Bucky. *The American Journal of Psychoanalysis* 2004 ; 64(3) : 249-51.
- [7] HOERNI B. – Pratique médicale et sexualité. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, décembre 2000.
- [8] HOERNI B, BÉNÉZECH M. – *La relation humaine en médecine*. Paris, Glyphe, 2010.
- [9] LAURY GV. – Abus sexuels du personnel soignant féminin sur des hommes hospitalisés en psychiatrie. *Méd Hyg* 1991 ; 49 : 1997-2000.
- [10] OAKES G. – *Psychologist jailed 2 years for sex with his patients*. The Toronto Star, May 13, 1997.
- [11] PIÉDELIEVRE R, FOURNIER E. – *Médecine légale*. Tome 1. Paris, Baillière et fils, 1963.
- [12] SHAVIT N. – Sexual contact between psychologists and patients. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2005 ; 11(1-2) : 205-39.
- [13] <http://www.foxnews.com/us/2010/02/17/florida-psychologist-accused-having-sex-patient/>

La mise en invalidité par la Sécurité sociale et son contentieux

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

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

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

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

SUMMARY

Declaration of Disability by Social Security and Its Legal Department

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

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

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

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

I. GÉNÉRALITÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. LA PROCÉDURE DE MISE EN INVALIDITÉ

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

A. Demande à l'initiative de la Caisse

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

B. Demande à l'initiative du patient

1. Les délais de dépôt de la demande

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

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

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

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

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

2. La décision de la Caisse

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

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

La demande d'invalidité peut-être refusée :

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

Encadré 1

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

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

Monsieur le Directeur de la

Objet : demande d'octroi de pension
d'invalidité

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

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

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

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

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

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

Signature

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

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

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

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

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

Une mise en invalidité comporte en fait deux décisions :

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

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

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

3. Les différentes catégories d'invalides

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

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

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

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

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

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

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

S'il peut manger et boire :

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

Si l'invalidé est appareillé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. CALCUL DE LA PENSION D'INVALIDITÉ

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

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

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

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

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

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

VI. L'ÉVOLUTION DU STATUT D'INVALIDE

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

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

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

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

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

B. En cas de reprise d'une activité professionnelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Au moment de la retraite

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

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

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

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

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

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

VII. LES AVANTAGES SOCIAUX ET FISCAUX ACCORDÉS AUX INVALIDES

A. Avantages sociaux

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

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

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

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

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

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

B. Avantages fiscaux

1. Imposabilité des pensions

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

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

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

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

2. Abattement spécifique

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

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

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

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

3. Coefficient familial majoré

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

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

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

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

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

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

4. Impôts locaux

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

VIII. PROCÉDURE CONTENTIEUSE

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

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

A. Le contentieux en cas de refus « administratif »

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

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

B. Le contentieux en cas de refus « médical »

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

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

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

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

2. Cas du refus du médecin conseil pour affection stabilisée

Il s'agit du cas le plus fréquent.

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

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

a. Le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité

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

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

— Domaine de compétence

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

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

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

— Composition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— Procédure

La procédure est gratuite.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Encadré 2

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

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

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame,

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

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

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

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

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

Signature :

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

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

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

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

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

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

Elles peuvent se faire assister ou représenter par :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

lorsqu'ils remettent un rapport écrit.

1,5 C pour les praticiens généralistes ;

1,5 CS pour les praticiens spécialistes ;

1,5 CNPSY pour les neuropsychiatres ;

lorsqu'ils présentent leur rapport à l'audience.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

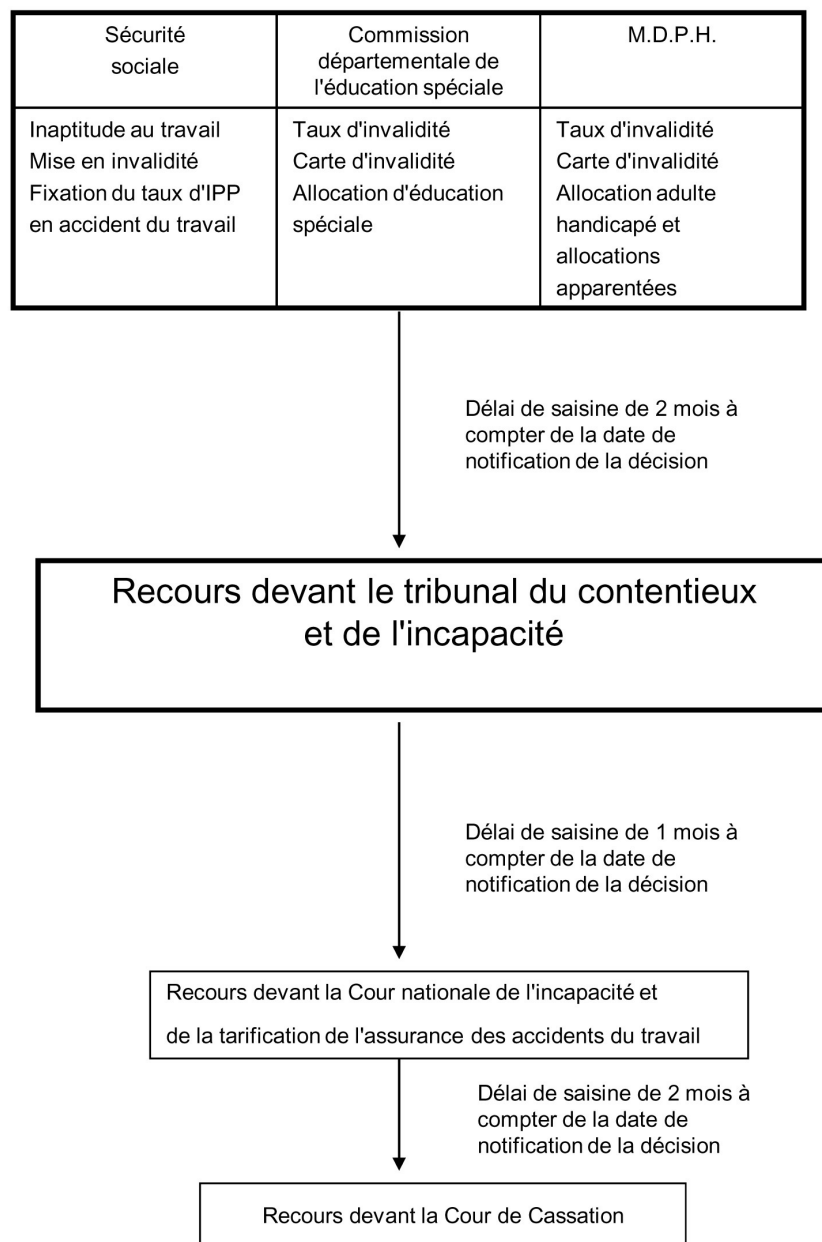


Schéma général du contentieux technique de la Sécurité Sociale.

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

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

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

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

— Voies de recours

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

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

L'appel a un effet suspensif.

— Commentaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— Domaine de compétence

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

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

— Composition

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

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

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

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

La CNITAAT comprend 4 sections :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les 4 sections s'occupent respectivement :

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

- ✓ des contestations mentionnées aux alinéas 1, 2 de l'article L. 143-1 du Code de la Sécurité Sociale concernant les régimes autres qu'agricole :

- * alinéa 1 : degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie non régie par le livre IV du Code de la Sécurité Sociale (le livre IV du Code de la Sécurité Sociale correspond aux dispositions concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles), état d'incapacité au travail ;

- * alinéa 2 : état d'incapacité permanente de travail et notamment le taux de cette incapacité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

- ✓ des contestations en matière de législation sociale agricole (tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, degré d'invalidité ou d'incapacité au travail lorsqu'elle n'est pas due à un accident du travail ou une maladie professionnelle, état d'IPP en cas d'accidents du travail ou de maladie professionnelle dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, contestation prévue au dernier alinéa du paragraphe 1 de l'article L. 323-11 du Code du travail (recours contre les décisions de la COTOREP) et à l'article L. 242-8 du Code de l'action sociale et des familles (recours contre les décisions de la Commission d'éducation spéciale) pour les ressortissants du régime agricole ;

- ✓ des contestations prévues au dernier alinéa du paragraphe 1 de l'article L. 323-11 du Code du travail (recours contre les décisions de la COTOREP) et à l'article L. 242-8 du Code de l'action sociale et des familles (recours contre les décisions de la Commission d'éducation spéciale) pour les ressortissants des régimes autres qu'agricoles.

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

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

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

Le siège de la CNIT est fixé à Amiens.

— Procédure

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

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

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

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

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

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

Encadré 3

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

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

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

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

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

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

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

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

Encadré 4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La cour nationale statue par un délibéré secret.

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

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

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

— Voies de recours

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

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

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

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

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

— Commentaires

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

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

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

IX. BIBLIOGRAPHIE

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

*Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction
par tous procédés réservés pour tous pays.*

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2010 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1736-1

Printed in France



Recommandations aux auteurs / *Instructions to Authors*

MANUSCRIT

Tout manuscrit, sollicité ou non, est soumis anonymement pour avis, au comité de lecture, qui peut refuser l'article ou proposer les modifications qui lui paraissent nécessaires. Les lecteurs, au nombre de deux, sont choisis au sein du comité de publication, mais en cas de nécessité, il peut être fait appel à des lecteurs extérieurs à ce comité. En cas de désaccord entre les deux lecteurs le rédacteur en chef tranchera éventuellement après avoir pris l'avis d'un troisième lecteur.

Le texte sera dactylographié en 3 exemplaires à double interligne, recto seulement, à raison de 25 lignes par page.

Nous recommandons les limites suivantes en fonction de la catégorie d'article :

- Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.
- 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

La première page comportera le titre et/ou le sous-titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms des auteurs, l'indication et l'adresse complète de l'organisme (laboratoire, hôpital, université, etc.) où a été réalisé le travail, ainsi que l'adresse complète de l'auteur à qui seront envoyés les épreuves à corriger, les tirés à part, et toute correspondance.

Des mots-clés, en français et en anglais, seront suggérés par les auteurs.

Le texte de l'article commencera en page deux. Il est fortement recommandé d'observer le plan classique : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion. Les sous-titres de même valeur seront signalés d'une façon identique. Les abréviations internationales connues peuvent être utilisées.

En ce qui concerne les termes peu courants, il faudra signaler leur signification entre parenthèses, la première fois qu'ils apparaîtront dans le texte. Les définitions peuvent être réunies dans un glossaire.

Les noms des auteurs cités dans le texte devront être suivis, entre parenthèses, d'un numéro de renvoi à la bibliographie.

Un bref résumé, ne dépassant pas 10 lignes, devra obligatoirement être joint au manuscrit. Le résumé en anglais sera fourni par l'auteur (avec la traduction du titre de l'article). À défaut, l'auteur devra accepter la traduction effectuée par la rédaction.

Il est indispensable qu'une version informatisée de l'article proposé soit adressée à l'e-mail suivant : agpaedit@wanadoo.fr

Merci de mentionner l'adresse e-mail de l'auteur principal.

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques seront classées par ordre alphabétique, et pour un même auteur, par ordre chronologique. Elles seront numérotées et comporteront :

- **Les références d'articles** dans l'ordre : le nom et les initiales des prénoms des auteurs, le titre exact dans la langue originale, le nom du journal suivant la nomenclature internationale de l'Index Medicus, l'année de parution, le tome, la première et la dernière page de l'article.

Exemple :

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Les références de livres** comportent dans l'ordre : les noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, l'identification de l'éditeur (nom et ville), l'année de parution, et éventuellement la ou les pages citées.

Il est fortement recommandé de limiter à 20 le nombre de références.

ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

- les tableaux seront numérotés en chiffres romains, les figures en chiffres arabes ; ils feront l'objet d'un renvoi dans le texte ;
- les graphiques et schémas seront fournis soit au format original, soit en réduction photographique. Ils devront être directement reproductibles et fournis sur papier blanc ou sur calque.

Toutes les illustrations doivent comporter une légende détaillée fournie sur une feuille séparée.

REMERCIEMENTS

Ils ne figurent pas dans le corps même de l'article, mais sont individualisés sur la dernière page de l'article, qui comprend également les indications de subventions éventuellement accordées aux auteurs.

ADRESSER TOUTE CORRESPONDANCE à la rédaction de la revue : Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

MANUSCRIPT

Every manuscript, whether solicited or not, is submitted to the reviewing committee for their opinion. They may decline the article or suggest alterations that they deem necessary. There are two reviewers, chosen from within the publication committee, but if needed, reviewers external to this committee may be called upon. In case of disagreement between the two reviewers, the editor in chief will have final decision after consulting a third reviewer.

Three copies of the text, typewritten with double spacing, one side only, 25 lines per page, should be sent.

We recommend the following lengths depending on the category of article:

- 20 pages maximum for original articles and literature reviews.*
- 10 pages maximum for technical notes and 5 pages maximum for clinical cases.*

The pages are to be numbered in the top right-hand corner.

The first page should bear the title and/or the subtitle, the first name initials, the names of the authors, the title and complete address of the place (laboratory, hospital, university, etc.) where the work was carried out, along with the author's complete address to which proofs for correction, abstracts and any correspondence will be sent.

Key-words, in French and English, should be suggested by the authors.

The text of the article should begin on page two. We strongly recommend following the conventional plan: introduction, material and methods, results, discussion, conclusion. Sub-titles of equal value should be indicated in an identical way. Known international abbreviations may be used.

For less familiar terms, the meaning should be given in brackets the first time they appear in the text. Definitions may be given in a glossary.

The names of the authors quoted in the text should be followed, between brackets, by a number referring to the bibliography.

A brief summary of no more than 10 lines must be enclosed with the manuscript. A summary in English should be provided by the author (along with the translation of the title of the article). Otherwise the author shall accept the translation provided by the editors.

It is essential that an electronic version of the article proposed be sent to the following email address: agpaedit@wanadoo.fr

Please include the email address of the main author.

BIBLIOGRAPHY

References should be arranged in alphabetical order, and for each author in chronological order. They should be numbered and appear as follows:

- **Article references** should include in order: name and first name initials of authors, exact title in original language, name of journal according to Index Medicus international rules, year of publication, volume, first and last pages of article.*

Example:

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

- **Book references** should include in order: name and first name initials of authors, title of book, identification of publisher (name and town), year of publication and, when appropriate, page(s) quoted.*

We strongly recommend limiting the references to 20.

ILLUSTRATIONS

Iconography shall be strictly limited.

Each document should be identified by a number:

- tables shall be numbered using Roman numerals and figures using Arabic numerals; all of them shall be quoted in the text;*
- graphs and diagrams shall be provided in their original format, or as photographic reductions. They should be directly reproducible and supplied on white paper or tracing paper.*

All illustrations must be accompanied by a detailed caption on a separate page.

ACKNOWLEDGEMENTS

They should not appear in the body of the article but individually on the last page of the article. Details of any grants awarded to the authors should also be mentioned here.

ALL CORRESPONDENCE SHOULD BE ADDRESSED TO The Editors, Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

L'EMBRYON, LE FŒTUS, L'ENFANT

Assistance Médicale à la Procréation (AMP)
et lois de bioéthique

Une réflexion transdisciplinaire médicale,
juridique, éthique et patrimoniale

Sous la direction de
Pierre JOUANNET et Catherine PALEY-VINCENT



De l'embryon au fœtus et à l'enfant : En cinquante ans, la médicalisation de la procréation a bouleversé nos comportements millénaires et suscité un débat qui occupe aujourd'hui tout le champ de la société. L'embryon est-il un patient ? Faut-il autoriser la recherche et jusqu'où l'encourager ? L'accès aux origines doit-il rester tabou ? Peut-on autoriser les mères porteuses ? La filiation d'un enfant né d'une assistance médicale à la procréation a-t-elle la même valeur que les autres ?... Les médecins ne peuvent pas répondre seuls à la société, écouter seuls ses craintes et ses espoirs pour l'accompagner sur le chemin de nouveaux bouleversements annoncés. Ces interrogations exigent une réflexion résolument publique et pluridisciplinaire. Qu'il s'agisse du statut biologique, médical ou juridique de l'embryon et du fœtus, ce nouveau devenir d'enfant nous questionne tous, que l'on soit juriste, médecin, sociologue, philosophe ou simplement parent.

Chaque point de vue compte pour adapter, revoir et prévoir de nouveaux modèles par rapport à l'enfant, la famille, la société. Tel est le sens du débat original qui a été mené sous les auspices de l'Académie Nationale de médecine et de l'Institut du droit de la Famille et du Patrimoine : donner au public les clés pour comprendre et au législateur une synthèse pour trancher. A chacun de « réviser » sa loi de bioéthique.

Pierre Jouannet, membre de l'Académie Nationale de Médecine, est médecin à l'hôpital Cochin et professeur à l'Université Paris Descartes.

Catherine Paley-Vincent est avocat au barreau de Paris dont elle préside le Comité d'éthique. Elle est associée fondateur du Cabinet Ginestier, Magellan, Paley-Vincent.



12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS
Tél. : 01 42 86 55 73 - Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>

ISBN 978.2.7472.1494.0
16 x 24 cm - 344 pages

Prix : 29 €
+ 3,51 € de frais de port

BON DE COMMANDE à retourner aux Editions ESKA

12, rue du Quatre-Septembre 75002 PARIS - Tél. : 01 42 86 55 73 - Fax : 01 42 60 45 35

Je désire recevoir exemplaire(s) de « **L'EMBRYON, LE FŒTUS, L'ENFANT** » au prix de 29,00 € + 3,51 € de frais de port, soit 32,51 € x = €

NOM Prénom

Adresse

Code postal Ville

Je joins mon règlement par : ☐ Chèque bancaire à l'ordre des Editions ESKA
☐ Virement postal aux Editions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z