

SOMMAIRE — CONTENTS

Journal de Médecine Légale Droit Médical
Journal of Forensic Medicine

2010 – VOL. 53 – N° 8

Articles originaux / Original Articles

Mort subite par hydatidose cardiaque. A. Aissaoui, N. Haj Salem, A. Chadly.....	407
<i>Sudden death from cardiac hydatidosis</i>	
La dissection aortique fatale chez le sujet jeune : à propos de quatre observations. M. Allouche, M. Shimi, O. Bekir, F. Gloulou, M. Mlika, M. Ben Khelil, A. Banasr, M. Zhioua, M. Hamdoun, S. Haouet.....	411
<i>Fatal aortic dissection in a young person: four observations</i>	

Dommage Corporel / Bodily Damage

Les accidents du travail : Définitions, reconnaissance, rechute, aggravation et soins post-consolidation. V. Dang Vu	417
<i>Work accidents: Definitions, recognition, relapse, aggravation and post-consolidation care</i>	
Les accidents du travail en milieu agricole. V. Dang Vu	462
<i>Work accidents in the agricultural world</i>	

Bulletin d'abonnement 2011 / *Subscription form 2011, 406*

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

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2011

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N°s) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	253 €	314 €	304 €	367 €	157 €
Journal d'Économie Médicale (8 N°s)	197 €	243 €	235 €	285 €	121 €
Journal International de Bioéthique (4 N°s) <i>International Journal of Bioethics</i>	142 €	177 €	171 €	208 €	—

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) | <input type="checkbox"/> |
| « Journal d'Économie Médicale » | <input type="checkbox"/> |
| « Journal International de Bioéthique » (bilingue) | <input type="checkbox"/> |

Nombre d'abonnements Ci-joint la somme de / Please find enclosed the sum of €

Number of subscriptions 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

Mort subite par hydatidose cardiaque

A. AISSAOUI¹, N. HAJ SALEM¹, A. CHADLY¹

RÉSUMÉ

L'hydatidose est une affection parasitaire endémique dans les régions d'élevage ovin affectant principalement le foie et le poumon. Les localisations cardiaques ne constituent que 0.5 à 2 % de l'ensemble des localisations en zone d'endémie. Les manifestations cliniques de l'hydatidose cardiaque sont atypiques. Dans la majorité des cas, le kyste est découvert à l'occasion de complications ou lors de l'autopsie. Les cas rapportés de mort subite en présence d'un kyste hydatique cardiaque sont extrêmement rares. Le kyste hydatique rompu, infecté ou fissuré est impliqué directement dans la genèse du décès. Toutefois, un kyste macroscopiquement intact peut être aussi impliqué dans le mécanisme du décès par les troubles du rythme cardiaque et de la conduction qu'il occasionne ou par une fissuration passée inaperçue lors de l'examen macroscopique.

Nous nous proposons dans ce travail d'analyser le mécanisme du décès au cours de l'hydatidose cardiaque à travers l'étude de deux cas de découverte autopsique.

Mots-clés : Kyste hydatique, Mort subite, Echinococcose cardiaque, Embolie pulmonaire, Choc anaphylactique.

SUMMARY

Sudden death from cardiac hydatidosis

Hydatidosis is an endemic parasite disease in regions where sheep are bred; it affects mainly the liver and the lungs. Cardiac cases make up only 0.5 to 2% of all the cases in the endemic area. The clinical signs of cardiac hydatidosis are atypical. In most cases, the cyst is discovered when there are complications or during the autopsy. Reported cases of sudden death when there is a cardiac hydatic cyst are extremely rare. The burst, infected or fissured hydatic cyst is directly involved in the genesis of the death. However, a macroscopically intact cyst can also be involved in the death mechanism through disturbance of the cardiac rhythm and the conduction it causes or by fissuring that went unnoticed during the macroscopic examination.

In this study we propose to analyse the death mechanism in cardiac hydatidosis through the study of two cases of discovery at autopsy.

Key-words: Hydatic cyst, Sudden death, Cardiac echinococcosis, Pulmonary embolism, Anaphylactic shock

1. Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, Faculté de Médecine, Monastir, Tunisie.
Correspondance : Dr Abir Aissaoui, Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie.
E-mail : aissaoui_abir@yahoo.fr.

INTRODUCTION

L'hydatidose est une affection parasitaire endémique dans les régions d'élevage ovin, provoquée par le développement chez l'homme de la forme larvaire d'un ténia de 3 à 6 mm de long, *Echinococcus granulosus*. Ce parasite vit à l'état adulte dans le tube digestif de certains carnivores, essentiellement le chien, hôte définitif, qui se contamine en ingérant les viscères infestés des herbivores [1]. L'homme est un hôte intermédiaire accidentel. Il s'infeste par l'ingestion des aliments souillés par les déjections du chien [7]. L'embryon libéré sous l'action des sucs digestifs, traverse la muqueuse intestinale et gagne la circulation portale. Il est le plus souvent arrêté au niveau du foie et des poumons où il se transforme en un kyste hydatique. De ce fait, les localisations hépatiques et pulmonaires demeurent les plus fréquentes et représentent respectivement 60 à 70 % et 20 à 30 % de l'ensemble des localisations [2].

Le kyste hydatique intracardiaque représente une localisation rare de l'hydatidose et ne constitue que 0,5 à 2 % de l'ensemble des localisations en zone d'endémie [11]. Le développement sous-endocardique du kyste et sa longue latence rendent son identification clinique difficile. Le diagnostic précoce du kyste hydatique du cœur non compliqué est cliniquement difficile du fait de l'absence, de la pauvreté ou de l'atypie des signes fonctionnels. Dans la majorité des cas, le kyste est découvert à l'occasion de complications ou lors de l'autopsie. Les cas rapportés de mort subite en présence d'un kyste hydatique cardiaque sont extrêmement rares [5,11].

Nous nous proposons dans ce travail d'analyser le mécanisme du décès au cours de l'hydatidose cardiaque à travers l'étude de deux cas de découverte autopsique.

CAS RAPPORTÉS

Cas n° 1

Un patient âgé de 22 ans sans antécédents pathologiques notables a consulté aux urgences pour douleur épigastrique, toux, céphalées et vomissements devenus rapidement intenses. Le patient était apyrétique avec une tension artérielle à 110/70, une auscultation cardio-pulmonaire normale et un abdomen souple. Un traitement symptomatique était prescrit et le retour du patient à son domicile était autorisé par l'équipe médicale. Le lendemain, le patient était asthénique avec une dyspnée de repos suivie rapidement du décès lors du transport à l'hôpital. Une autopsie médico-légale a été ordonnée par les autorités judiciaires devant le caractère suspect de la mort.

A l'examen extérieur, le corps était de corpulence moyenne, ne montrant pas de lésions traumatiques. A l'autopsie, une importante congestion multiviscérale était notée. Le cœur pesait 380g, avec, au niveau du ventricule droit, un kyste de 3cm de diamètre, rompu, dont la membrane blanchâtre était ratatinée et contenant une petite quantité de liquide clair. Des fragments de cette membrane ainsi que de petites vésicules obstruaient la branche gauche de l'artère pulmonaire et s'étendaient à ces ramifications distales. Les poumons étaient congestifs et oedémateux sans aucune localisation macroscopique du kyste à ce niveau. L'examen macroscopique des autres organes n'a pas objectivé de kystes notamment au niveau du foie. L'examen histologique a confirmé la nature hydatique du kyste.

Cas n° 2

Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, découverte décédée dans son lit. L'interrogatoire de l'entourage a permis de rapporter la notion d'une intervention chirurgicale pour kyste hydatique du poumon. L'examen extérieur du corps n'a trouvé aucune anomalie macroscopique visible. A l'autopsie, les poumons étaient congestifs, d'aspect homogène et présentant de multiples adénopathies hilaires. Le cœur pesait 350g et était le siège d'une masse kystique non rompue, mesurant 5 cm de grand axe, siégeant au niveau de la paroi postérieure du ventricule droit, débordant sur le septum et arrivant au contact de l'arcade des cavités ventriculaires droite et gauche (photo n° 1). L'aspect à la

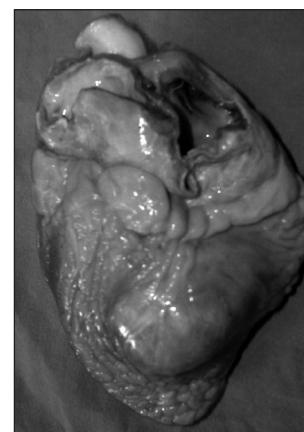


Photo 1 : Kyste hydatique non rompu du cœur droit.

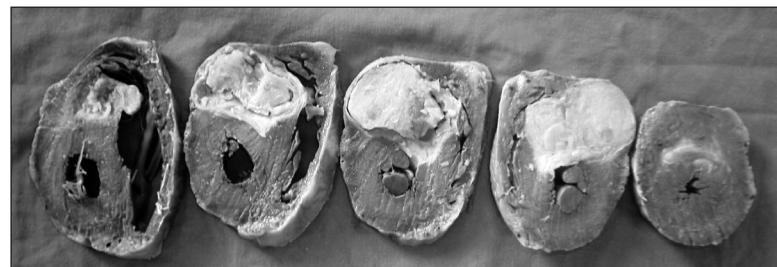


Photo 2 : Coupes transversales du cœur.

coupe était pseudo-tumoral (photo n° 2). L'examen macroscopique des autres organes n'a pas objectivé d'autres kystes. L'examen anatomo-pathologique a confirmé la nature hydatique de la masse kystique trouvée à l'autopsie. La lumière renfermait plusieurs fragments de membrane cuticulaire par places calcifiée. Le kyste était multiloculaire comportant de nombreuses logettes intra-myocardiques.

DISCUSSION

La localisation cardiaque du kyste hydatique est rare. Elle représente moins de 2 % de l'ensemble des localisations. Elle est isolée dans plus de la moitié des cas [1]. Elle peut être plurifocale comme dans le cas n° 2 que nous avons rapporté. Elle survient lorsque l'embryon, qui se dissémine par voie hématogène, parvient à franchir les barrières hépatique et pulmonaire. Cet embryon gagne le myocarde par les artères coronaires. L'atteinte du ventricule gauche est plus fréquente en raison de sa plus grande vascularisation et de son épaisseur [2]. Dans les deux cas que nous avons rapportés, les deux kystes siégeaient au niveau du ventricule droit.

La croissance du kyste est lente et le sujet peut rester asymptomatique pendant plusieurs années. Le diagnostic précoce du kyste hydatique du cœur non compliqué est cliniquement difficile du fait de l'absence, de la pauvreté ou de l'atypie des signes fonctionnels. Dans les deux cas que nous avons rapportés, le kyste était de découverte autopsique. Seuls 10 % des kystes hydatiques du cœur sont symptomatiques [11]. Il n'existe pas de tableau clinique caractéristique du kyste hydatique du cœur et la symptomatologie est variable suivant le stade évolutif du kyste (kyste isolé, kyste fermé ou kyste rompu et compliqué), son siège par rapport aux orifices valvulaires et au tissu de conduction et sa localisation dans le cœur droit ou gauche [10].

Des signes cliniques non spécifiques à type de douleur thoracique, de palpitations ou de toux ont été parfois rapportés chez des patients porteurs de kyste hydatique surtout lorsque celui-ci est volumineux [13]. Dans le cas n°1, le tableau clinique présenté par le patient n'a pas permis d'évoquer le diagnostic de l'hydatidose cardiaque. Le diagnostic peut être orienté, surtout en pays d'endémie, par l'analyse attentive d'une déformation radiologique des contours de la silhouette cardiaque et/ou des troubles électriques de la repolarisation de type ischémique [14]. Il convient de noter que la sérologie hydatique n'est positive que dans la moitié des cas de kystes hydatiques du cœur contre 90 % des kystes hydatiques du foie. Cette moindre sensibilité des sérologies est également connue pour les localisations pulmonaires de l'hydatidose [13].

La mort subite peut être la complication inaugurelle de l'hydatidose cardiaque comme dans les deux cas que nous avons rapportés. Plusieurs complications létales peuvent survenir lors de l'évolution du kyste par compression des artères coronaires épicardiques, des voies de conduction ou des valves. La compression des artères coronaires peut perturber la perfusion du myocarde et se manifester par des douleurs thoraciques et des signes électriques typiques d'ischémie myocardique [14]. Dans les deux cas que nous avons rapportés, l'examen histologique du myocarde n'a pas objectivé de zones d'ischémie récente ou ancienne.

La surinfection, la fissuration et la rupture sont des complications possibles de l'hydatidose viscérale. La rupture, parfois inaugurale, est une urgence médico-chirurgicale souvent fatale [4]. Vu le régime de basse pression qui règne dans les cavités droites, les kystes hydatiques du ventricule droit ont un développement sous-endocardique, ce qui explique la possibilité de rupture intracavitaire, contrairement aux kystes hydatiques du cœur gauche qui ont un développement plutôt sous-épicardique expliquant ainsi la possibilité d'ouverture dans la cavité péricardique. La rupture est parfois favorisée par un traumatisme thoracique [8].

Cette rupture libère dans la circulation le liquide hydatique, les vésicules filles ou les débris de membrane. Elle peut entraîner un choc anaphylactique expliqué par le caractère antigénique du liquide hydatique, une tamponnade, des embolies pulmonaires et systémiques massives ou une obstruction des cavités cardiaques. L'évolution de la rupture intracardiaque du kyste hydatique dépend du contenu libéré de la cavité. Quand la rupture est manifeste, elle permet le passage des vésicules filles vers la circulation systémique ou pulmonaire [5]. Dans le cas n° 1, la rupture était compliquée d'une embolie pulmonaire hydatique avec migration du contenu du kyste dans la branche gauche de l'artère pulmonaire et arrivant jusqu'à ces ramifications distales. L'origine de cette embolie pulmonaire est purement mécanique. Il n'y avait aucun caillot ou thrombus associé. Une hypertension artérielle pulmonaire a été rapportée comme étant une réponse chronique à une embolisation préalable de la circulation pulmonaire par le contenu du kyste hydatique [9].

D'autres complications létales sont occasionnées par l'echinococcose cardiaque tels que des troubles du rythme et de la conduction dont le bloc auriculo-ventriculaire complet, l'hémi-bloc antérieur et la tachycardie ventriculaire paroxystique. Ces troubles électriques sont la conséquence de la compression par le kyste du tissu de conduction et du myocarde avoisinants [4]. Pakis et al [12] ont rapporté trois cas de mort subite en présence d'un kyste hydatique du cœur macroscopiquement intact. Le décès résultait d'après les auteurs de troubles du rythme cardiaque. Ce mécanisme est très probable dans le cas n° 2 compte tenu de la localisation du kyste et de l'absence de signes de rupture quoique la survenue d'un choc anaphylactique ne puisse être éliminée. Ce dernier peut survenir en présence d'un kyste macroscopiquement intact à travers des fissurations microscopiques [3]. L'examen histologique du larynx ainsi que le dosage des IgE spécifiques et des tryptases sériques sont d'un grand apport dans l'authentification de la survenue d'un choc anaphylactique à l'origine du décès [6]. ■

RÉFÉRENCES

- [1] AYDIN N. E., EGE E., SELÇUK M. A., ERGUAN R. – Echinococcal hydatid cyst at the right ventricle outlet with leakage to the pulmonary artery outflow causing follicular airway disease and sudden death. *Am J Forensic Med. Pathol.* 2001;22(2):165-8.
- [2] BELLIL S., LIMAIEM F., BELLIL K., CHELLY I., MEKNI A., HAOUET S., KCHIR N., ZITOUNA M. – Épidémiologie des kystes hydatiques extra-pulmonaires : 265 cas en Tunisie. *Médecine et maladies infectieuses* 2009;39:341-3.
- [3] BUYUK Y., TURAN A. A., UZUN I., AYBAR Y., CİN O., KURNAZ G. – Non-ruptured hydatid cyst can lead to death by spread of cyst content into bloodstream: an autopsy case. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2005;17:671-3.
- [4] BYARD RW. – An analysis of possible mechanisms of unexpected death occurring in hydatid disease (echinococcosis). *J Forensic Sci.* 2009;54(4):919-22.
- [5] CHADLY A., KRIMI S., MGHIRBI T. – Cardiac hydatid cyst rupture as cause of death. *Am J Forensic Med Pathol* 2004;25(3):262-4.
- [6] DA BRO U., MORESCHI C. – Post-mortem diagnosis of anaphylaxis: A difficult task in forensic medicine. *Forensic Science International* (2010) article in press.
- [7] ERDOGMUS B., YAZICI B., AKCAN Y., OZDERE B. A., KORKMAZ U., ALCELIK A. – Latent fatality due to hydatid cyst rupture after a severe cough episode. *Tohoku J. Exp. Med.* 2005;205:293-6.
- [8] ILIC S., PAREZANOVIC V., DJUKIC M., KALANGOS A. – Ruptured hydatid cyst of the interventricular septum with acute embolic pulmonary artery complications. *Pediatr Cardiol* 2008;29:855-857.
- [9] JAAFARI A., NEDIA F., BOUKHRIS B., EHLEM B., MOEZ T., HABIB B. M. – Embolie pulmonaire hydatique fatale. À propos de deux observations. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2009;58:125-8.
- [10] JERBI S., ROMDHANI N., TARMIZ A., KORTAS C., MLIKA S., KHELIL N., BELGHITH M., LIMAYEM F., ENNABLUI K. – Kyste hydatique emboligène du cœur droit. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2008;57:62-5.
- [11] MALAMOU-MITSI V., PAPPA L., VOUGIOUKLAKIS T., PESCHOS D., KAZAKOS N., GREKAS G., SIDERIS D., AGNANTIS N. J. – Sudden death due to an unrecognized cardiac hydatid cyst. *J. Forensic Sci.* 2002;47(5):1062-4.
- [12] PAKIS I., AKYILDIZ E. U., KARAYEL F., TURAN A. A., SENEL B., OZBAY M., CETIN G. – Sudden death due to an unrecognized cardiac hydatid cyst: three medicolegal autopsy cases. *J. Forensic Sci.* 2006;51(2):400-2.
- [13] REKIK S., KRICHENE S., SAHNOUN M., TRABELSI I., KHARRAT I., CHARFEDDINE H., TRIKI F., HENTATI M., KAMMOUN S. Unusual cause of syncope in a 17 year-old young woman: Left ventricular hydatid cyst. *International Journal of Cardiology* 2009;136:221-3.
- [14] SARKIS A., ASHOUSH R., ALAWI A., HADDAD A., JEBARA V., CHECRALLAH E. – Kyste hydatique du cœur simulant une ischémie coronarienne. *Ann Cardiol Angiol* 2001;50:206-10.

La dissection aortique fatale chez le sujet jeune : à propos de quatre observations

**M. ALLOUCHE¹, M. SHIMI¹, O. BEKIR¹, F. GLOULOU¹, M. MLIKA², M. BEN KHELIL¹,
A. BANASR¹, M. ZHIOUAI¹, M. HAMDOUN¹, S. HAOUET²**

RÉSUMÉ

La dissection aiguë de l'aorte représente une cause rare de mort subite d'origine cardiaque chez le sujet jeune. Elle survient essentiellement chez des victimes atteintes d'affections dystrophiques héréditaires ou congénitales. Nous rapportons 4 observations de dissection aortique fatale, de découverte autopsique, survenue chez des sujets jeunes âgés entre 17 et 22 ans et dont l'autopsie a été effectuée au service de médecine légale de Tunis. Dans trois cas, les victimes sont atteintes d'un syndrome de Marfan et le 4^e cas a concerné un jeune porteur d'une coarctation de l'aorte associée à une bicuspidie aortique.

Nous discutons à travers ces cas les aspects particuliers de la dissection aortique chez les sujets jeunes, les différentes étiologies et les mesures de prévention nécessaires.

Mots-clés : dissection aortique, sujet jeune, Syndrome de Marfan, coarctation, prévention.

1. Service de Médecine Légale, Hôpital Charles Nicolle, 138, Boulevard 9 avril 1938, 1006 Tunis, Tunisie.

2. Service d'anatomie pathologique, Hôpital la Rabta, Rue Jbal Lkhdhar, 1007 Tunis, Tunisie.

Correspondance : Dr Mohamed Allouche, Médecin assistant.

Adresse : 47, rue Ammar Elhajji El Menzah 9B, 1013 Tunis, Tunisie, e-mail : mohammad.allouche@yahoo.fr

SUMMARY***Fatal aortic dissection in a young person: four observations***

Acute dissection of the aorta represents a rare cause of sudden death of cardiac origin in a young person. It essentially occurs in victims suffering from hereditary or congenital dystrophic disorders. We report on 4 observations of fatal aortic dissection, discovered at autopsy, occurring in young patients aged between 17 and 22 years of age with autopsies carried out in the department of forensic medicine in Tunis. In three cases, the victims had Marfan's syndrome and the 4th case involved a young man who had coarctation of the aorta associated with a bicuspid aortic valve.

Thanks to these cases we discuss the particular aspects of aortic dissection in young people, the various etiologies and the necessary preventive measures.

Key-words: aortic dissection, young patient, Marfan syndrome, coarctation, prevention.

1. INTRODUCTION

La dissection aiguë de l'aorte est rarement diagnostiquée chez les sujets jeunes. Elle survient sur des aortes fragilisées par des affections dystrophiques héréditaires tel le syndrome de Marfan, des affections congénitales tel la coarctation de l'aorte, la bicuspidie aortique ou dans les suites d'un traumatisme.

Nous rapportons 4 observations de dissection aortique, non traumatique, de découverte autopsique survenue chez des sujets jeunes âgés entre 17 et 22 ans et dont l'autopsie a été effectuée au service de médecine légale de Tunis entre janvier 2005 et janvier 2010. Nous discutons à travers ces cas les aspects particuliers de la dissection aortique chez le sujet jeune, les différentes étiologies ainsi que les mesures de prévention nécessaires.

II. OBSERVATIONS : (TABLEAU)**II.1. Cas 1**

Un jeune homme âgé de 20 ans, sans antécédents pathologiques, est décédé subitement au cours d'un match de tennis. A l'examen externe, on a trouvé un cadavre de grande taille, d'aspect longiligne, avec des extrémités longues et fines, un rétrognathisme et un aspect en hallux valgus des gros orteils.

A l'autopsie, on a mis en évidence un hémopéri-
carde partiellement coagulé compressif estimé à 340 grammes, un cœur pesant 260 grammes avec des valves souples et d'aspect normal, des artères coro-
naires libres et une dissection de l'aorte thoracique
ascendante type I selon la classification de De Bakey
avec un diamètre aortique dans les limites de la nor-
male.

L'examen histologique de la paroi aortique a mon-
tré la présence de lésions focales de médianécrose kys-
tique.

II.2. Cas 2

Un jeune homme âgé de 22 ans, aux antécédents d'une faiblesse et d'une fatigabilité des membres infé-
rieurs non explorée, est décédé subitement dans un lieu public alors qu'il prenait un café. A l'examen externe, on a trouvé un cadavre d'aspect longiligne avec des membres élancés et minces notamment les membres inférieurs.

A l'autopsie, on a mis en évidence un hémopéri-
toine de faible abondance (100 ml), un important héma-
tome rétropéritonéal engainant tous les gros vaisseaux
rétropéritonéaux et une dissection de l'aorte abdomi-
nale sous-rénale s'étendant aux artères iliaques primi-
tives communes (type III selon la classification de De
Bakey). Le cœur pesant 320 grammes ne présentait pas
d'anomalies macroscopiques et l'aorte n'était pas dilatée
dans son ensemble. L'examen histologique n'a pas
été pratiqué.

II.3. Cas 3

Un jeune homme de 19 ans, aux antécédents de forte myopie et exploré jusqu'à l'âge de 1 an pour troubles de la croissance, est décédé subitement après avoir effectué un effort de déplacement récurrent d'une charge lourde (sur le lieu de son travail). A l'examen externe, on a trouvé un cadavre longiligne avec des membres effilés, une déformation thoracique en entonnoir et un hallux valgus bilatéral avec l'absence de lésions traumatiques externes. A l'autopsie, on a mis en évidence un hémopéricarde partiellement coagulé évalué à 350 grammes, un cœur pesant 340 grammes, des valves souples et des coronaires libres avec une dissection aortique type II selon la classification de De Dakey. La brèche intimale est située au niveau de la face postérieure de l'aorte ascendante à 3 cm au dessus de l'anneau valvulaire, faisant 1,4 cm de long et une dilatation de la portion intrapéricardique de l'aorte avec un diamètre aortique à 63 mm.

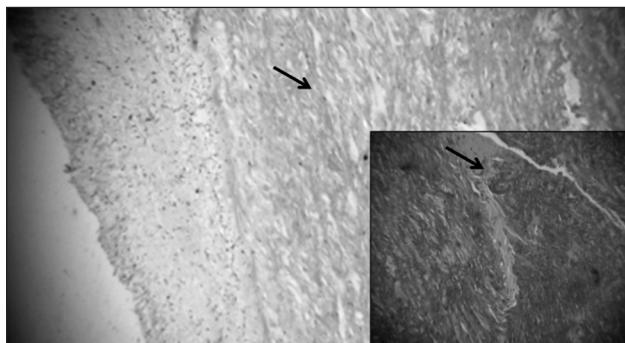


Figure 1 : Paroi artérielle avec fragmentation des fibres élastiques au niveau de la média (HE x 100). En carrouche: Fibres élastiques fragmentées (HE x 400).



Figure 2 : Anévrysme sous adventiel. I: Intima, M: Média, A : Anévrysme.

L'examen histologique de la paroi aortique a montré une média siège de forte fragmentation des lames élastiques (figure 1) avec formation de plages dépourvues d'élastine qui ressemblent à des zones kystiques avec un hématome disséquant au niveau sous adventiel (figure 2).

II.4. Cas 4

Un jeune homme âgé de 17 ans, sans antécédents médicaux connus, est décédé subitement à son domicile. A l'examen externe on a trouvé une cyanose de la face et sous unguéale. A l'autopsie on a noté la présence d'un hémopéricarde partiellement coagulé compressif, un cœur pesant 350 grammes, une dissection aortique type II selon la classification de De Bakey et une coarctation pure de l'aorte (figure 3) associée à une bicuspidie aortique (figure 4). L'examen histologique n'a pas été réalisé.

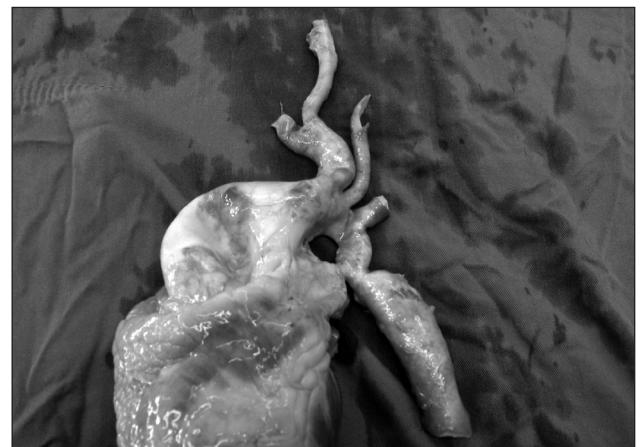


Figure 3 : Coarctation pure de l'aorte (cas n° 4).



Figure 4 : Bicuspidie aortique (cas n° 4).

III. DISCUSSION

La dissection aiguë de l'aorte représente moins de 4 % des cas des morts subites d'origine cardiaques chez la population jeune [1-3]. Sa survenue chez un sujet jeune fait évoquer en premier lieu une pathologie sous-jacente notamment une affection dystrophique héréditaire tel le syndrome de Marfan (SM) ou des affections congénitales tel la coarctation de l'aorte ou la bicuspidie aortique [1, 4-6].

Selon Januzzi et al. [5], qui ont étudiés les caractéristiques des dissections aortiques survenues chez des sujets âgés de moins de 40 ans (données du registre international des dissections aortiques), le SM représente le premier facteur de risque, retrouvé dans 50 % des cas, suivi de l'hypertension artérielle (34% des cas) et de la bicuspidie aortique (9% des cas).

Le SM est une maladie monogénique des tissus conjonctifs résultant d'une anomalie de la fibrilline, molécule de la matrice extra-cellulaire. Sa transmission est autosomique dominante et le gène muté est situé sur le bras long du chromosome 15 [4, 5, 7-10]. Les critères diagnostiques sont essentiellement cliniques car le diagnostic génétique est difficile vu l'absence de zone préférentielle de mutation et la grande taille de son gène [9-10].

Les signes cliniques peuvent se trouver dans différents systèmes (cardio-vasculaire, musculo-squeletique, pulmonaire, ophtalmologique, neurologique, rhumatologique et cutané) [9-10].

La gravité de ce syndrome tient à l'atteinte aortique. En effet, les anomalies structurales et fonctionnelles des éléments élastiques de la média aortique prédisposant à la dissection et à la rupture de la paroi de l'aorte [5, 11] avec une incidence évaluée entre 17 et 44% [6]. La partie initiale de l'aorte ascendante (sinus de Valsalva), zone la plus riche en fibres d'élastine, est le plus souvent touchée [8].

Dans les trois premières observations, que nous rapportons, le SM est fortement suspecté devant la présence de certains critères: l'âge jeune, l'absence de facteur de risque notamment l'hypertension artérielle, la forte myopie (cas n° 3), l'arachnodactylie, la dissection aortique, la dilatation de l'aorte ascendante (cas n° 3) et les lésions de médianécrose kystique à l'examen histologique (cas n° 1 et 3).

Le diagnostic du SM est parfois difficile selon sa présentation clinique et surtout en postmortem. En

effet, certains signes sont difficiles à mettre en évidence après la mort comme l'hyperlaxité ligamentaire masquée par la rigidité cadavérique, ou la luxation du cristallin qui nécessite le prélèvement du globe oculaire [4]. De plus, les lésions histologiques ne sont pas spécifiques du SM et peuvent être observées dans d'autres pathologies comme l'hypertension, la bicuspidie aortique, les formes sporadiques de dissections aortiques ainsi que sur des aortes normales soumises à des contraintes hémodynamiques [4, 6-8].

Nous n'avons pas relevé d'antécédents familiaux de cette pathologie dans les trois cas et cela pourrait être expliqué par le fait que la mutation responsable de la maladie est apparue pour la première fois chez nos patients. Cette mutation « *de novo* » est responsable de 25% des cas de syndrome de Marfan décrits [7, 9, 10].

La prévalence des décès par dissection de l'aorte chez les patients atteints de SM établie à partir d'études nécropsiques a été estimée entre 38 et 44% et touche des patients jeunes âgés de moins de 35 ans avec une nette prédominance masculine (61-74%) [6, 8, 10, 12]. Nos trois cas concordent avec ces données de littérature notamment le jeune âge et la prédominance masculine.

La 4^e observation concerne une dissection aortique sur coarctation de l'aorte. Celle-ci est définie comme étant la sténose de l'isthme aortique en regard du canal artériel et représente 5 à 10 % des cardiopathies congénitales [13]. Il en existe deux types, la forme « *pure* » et classique du nourrisson et de l'enfant (90 %) et la coarctation à révélation néonatale (10 %). La forme pure est associée dans 30 à 50 % des cas à un bicuspidie aortique [14].

Les morts subites sur coarctation de l'aorte sont dues essentiellement à une insuffisance cardiaque (26 % des cas) et à une rupture aortique (22 % des cas). Celle-ci survient préférentiellement chez des sujets jeunes (âge moyen de 25 ans) [15].

Un cas similaire à notre observation a été récemment publié par Lynch et al. [13] mais sans bicuspidie aortique qui constitue aussi un facteur de risque de dissection aortique et retrouvée dans 6,14 % des cas de dissection. Elle multiplie, ainsi le risque de 9 fois par rapport à la population générale et survient plus fréquemment chez des sujets jeunes [6].

Ces observations illustrent le risque de survenue de complications fatales, en l'occurrence une dissection aortique, chez des sujets jeunes portants des patholo-

gies prédisposantes, ainsi un effort de prévention est obligatoire et permet de doubler l'espérance de vie [10]. La prévention passe, essentiellement, par une enquête familiale systématique afin de dépister les parents atteints d'une dilatation aortique, la mesure du diamètre aortique afin d'envisager l'intervention chirurgicale à temps, l'éducation du patient pour éviter les efforts isométriques et les sports qui comportent des accélérations et des décélérations brutales et enfin débuter un traitement préventif par β -bloquant avant qu'une complication ne survienne [8, 9].

Quant aux analyses génétiques, si elles peuvent être faites sur la victime et les membres de la famille, sont d'un grand apport et permettent aussi d'envisager des mesures de prévention efficaces [10].

IV. CONCLUSION

La dissection de l'aorte constitue une étiologie rare de mort subite chez les sujets jeunes. Cependant sa survenue sur des terrains particuliers, notamment le Syndrome de Marfan, impose des mesures de prévention pour éviter le risque des décès prématurés. ■

RÉFÉRENCES

- [1] BASSO C., FRESCURA C., CORRADO D., MURIAGO M., ANGELINI A., DALIENTO L., THIENE G. – Congenital heart disease and sudden death in the young, *Hum Pathology* 1995 ; 26 : 1065-72.
- [2] DI GIOIA CRT., AUTORE C., ROMEO D.M., CIALLELLA C., AROMATARO M.R., LOPEZ A., et al. – Sudden cardiac death in younger adults: autopsy diagnosis as a tool for preventive medicine, *Human Pathology* 2006; 37: 794-801.
- [3] VIRMANI R., BURKE A.P., FARB A. – Sudden cardiac death, *Cardiovascular Pathology* 2001; 10: 275– 282.
- [4] CANAS F., LORIN De LA GRANDMAISON G., PARAIRE F., – Dissection aortique : une cause rare de mort subite chez le jeune : A propos d'un cas, *J. Méd Lég Droit Méd.* 2001 ; 44 : 411-414.
- [5] JANUZZI J.L., ISSELBACHER E.M., FATTORI R. – International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Characterizing the young patient with aortic dissection: results from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD), *J Am Coll Cardiol.* 2004; 43: 665–69.
- [6] LARSON E.W., EDWARDS W.D. – Risk factors for aortic dissection: a necropsy study of 161 cases, *Am J Cardiol.* 1984 ; 53 : 849-855.

Tableau : Résumé des 4 observations.

	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°3	Cas n°4
Âge (ans)	20	22	19	17
Sexe	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
Antécédents pathologiques	-	faiblesse et fatigabilité des membres inférieurs	forte myopie, troubles de la croissance	-
Pathologie sous jacente	Syndrome de Marfan	Syndrome de Marfan	Syndrome de Marfan	Coarctation de l'aorte, bicuspidie aortique
Type de dissection (De Bakey)	I	III	II	II
Examen histologique	Médionécrose kystique	Non pratiqué	Fragmentation des lames élastiques, zones kystiques	Non pratiqué

- [7] BASSO C., CALABRESE F., CORRADO D., THIENE G. – Post-mortem diagnosis in sudden cardiac death victims: macroscopic, microscopic and molecular findings, *Cardiovascular Research* 2001; 50: 290–300.
- [8] JANUZZI J.L., MARAYATI F., MEHTA R.H. – Comparison of aortic dissection in patients with and without Marfan's syndrome (results from the International Registry of Aortic Dissection), *Am J Cardiol.* 2004; 94: 400-402.
- [9] JONDEAU G., DELORME G., GUITI C. – Syndrome de Marfan, *Rev Prat.* 2002 ; 52: 1089-93.
- [10] KLINTSCHAR M., BILKENROTH U., ARSLAN-KIRCHNER M., SCHMIDTKE J., STILLER D. – Marfan syndrome: clinical consequences resulting from a medicolegal autopsy of a case of sudden death due to aortic rupture, *Int J. Legal Med.* 2009; 123: 55–58.
- [11] GOLLEDGE J., EAGLE KA. – Acute aortic dissection, *The lancet* 2008; 372: 55-66.
- [12] ROBERTS W.C., HONIG H.S. – The spectrum of cardiovascular disease in the Marfan syndrome: A clinico-pathologic study of 18 necropsy patients and comparison to 151 previously reported necropsy patients, *Am Heart J.* 1982; 104: 115-135.
- [13] LYNCH M.J., WOODFORD N.W.F., DODD M.J. – Sudden death due to aortic rupture complicating undiagnosed coarctation of the aorta in a teenager – A case report and review of the literature, *J. For Legal Med.* 2008; 15: 443–446.
- [14] HEITZ F. – Cardiopathies congénitales. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 8-0680, 1998, 14 p.
- [15] CAMPBELL M. – Natural history of coarctation of the aorta, *Br Heart J.* 1970 ; 32(5): 633–40.

Les accidents du travail : Définitions, reconnaissance, rechute, aggravation et soins post-consolidation

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

Outre la définition de l'accident du travail, l'auteur précise les notions de présomption d'imputabilité, de mort subite au travail, de dépression reconnue en accident du travail, d'accident de mission, d'accident de trajet et de faute inexcusable. Il traite ensuite des principaux schémas évolutifs de l'accident du travail à savoir la guérison, la consolidation, la rechute, l'aggravation, les soins post-consolidation.

Mots-clés : accident du travail, mort subite au travail, accident de mission, accident de trajet, faute inexcusable de l'employeur, guérison, consolidation, rechute, aggravation, soins post-consolidation.

SUMMARY

Work accidents: Definitions, recognition, relapse, aggravation and post-consolidation care

Besides the definition of a work accident, the author specifies the notions of presumption of imputability, sudden death at work, depression recognised as a work accident, accidents during a mission, accidents on the way to/from work, and inexcusable fault. He then deals with the main steps in the evolution of a work accident, ie healing, consolidation, relapse, aggravation, post-consolidation care.

Key-words: *work accident, sudden death at work, mission accident, accident on the way to/from work, employer's inexcusable fault, healing, consolidation, relapse, aggravation, post-consolidation care.*

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

A. DÉFINITIONS

Un accident est un évènement soudain et non progressif occasionnant un préjudice corporel en résultant situé dans le temps.

1. L'accident du travail

La loi du 27.01.93 permet à la victime d'un accident du travail se produisant sur une voie ouverte à la circulation publique (à l'exclusion des chantiers, des parkings d'entreprises) et impliquant un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur ou un préposé de disposer d'un recours contre l'employeur et son assurance.

Ceci se fait conformément à la loi du 15.07.85 dite loi Badinter (article 455-1-1 du Code de la sécurité sociale).

a. La définition du Code de la Sécurité Sociale

L'accident du travail se définit suivant l'article L.411-1 du code de la Sécurité Sociale comme un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail quelle qu'en soit la cause à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chef d'entreprise.

Cette définition générale de l'accident du travail s'est vue précisée par la jurisprudence.

b. La définition classique de la jurisprudence

La Cour de Cassation dans un premier temps a défini l'accident du travail comme légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain (Chambre sociale de la Cour de cassation, 20.03.1952, Chambre sociale de la Cour de cassation, 04.07.1952, Bulletin juridique de l'union des caisses nationales de sécurité sociale n° 52-45, N° 53-16).

c. La définition récente de la jurisprudence

L'attitude de la Cour de cassation a évolué puisqu'elle a abandonné les critères de violence et d'extériorité pour définir l'accident du travail comme tout

fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail, qui est à l'origine d'une lésion corporelle (Chambre sociale de la Cour de cassation le 24.04.1969, n° 68-10 090, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambres civiles, cinquième partie, n°262).

L'accident du travail se voit ainsi caractérisé par trois critères : la soudaineté de la lésion, l'apparition d'une lésion corporelle survenue par le fait ou l'occasion du travail.

aa. La soudaineté de la lésion

La soudaineté de la lésion traduit l'intervention d'un facteur traumatisant lié au travail. Elle se traduit par une date, voire une heure précise. Plutôt que de lésion soudaine, on devrait parler d'action soudaine.

Elle permet de distinguer l'accident, de la maladie. En effet la maladie se définit, suivant la jurisprudence, par une évolution lente ou progressive à laquelle on ne saurait assigner une origine et une date certaine (Chambre sociale de la Cour de cassation, 21.01.1971, n°69-11.655, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambres civiles, cinquième partie, page 36).

A titre d'exemple une lombalgie, conséquence immédiate et soudaine de l'action d'un salarié consistant à se baisser pour ramasser des ciseaux, même si ce geste n'a fait que déclencher un épisode aigu d'un état persistant, est considéré comme un accident du travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 15.11.1990, n°89-10. 028).

bb. La lésion corporelle

Le deuxième critère, les lésions corporelles, peut en fait correspondre à une atteinte physique, une atteinte psychologique ou même une atteinte d'appareils de prothèse ou d'orthopédie.

L'atteinte physique n'est pas forcément consécutive à un fait de nature exceptionnel, elle peut être la conséquence d'un effort dans l'accomplissement normal du travail (par exemple, douleurs dorsales brusques et intenses après le soulèvement d'un tube métallique : Chambre sociale de la Cour de cassation, 17.02.1988, n° 86-10. 447, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambre civile, cinquième partie, page 73 ; douleurs dorsales subies par un chauffeur routier en chargeant son véhicule : Chambre sociale de la Cour de cassation, 30.03.1995, n° 93-12.655, Bulletin des arrêts

de la Cour de cassation, chambre civile, cinquième partie, page 84.

Les atteintes psychologiques peuvent consister en un état de stress post-traumatique dans les suites d'agressions, par exemple, attaques à mains armées d'établissements financiers ou bancaires (Circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés DGR n° 82-1.329, 02.08.1982, Bulletin juridique de l'union des caisses nationales de sécurité sociale, 82-36), à des conséquences d'un harcèlement moral (suicide, malaise à la suite d'une altercation).

Un choc psychique soudain tel que le traumatisme psychologique subi par les agents des établissements bancaires menacés par une attaque dès lors que les troubles apparaissent dans un temps voisin des faits, peut être considéré comme un accident du travail.

La détérioration des appareils de prothèse et d'orthopédie se voit assimilée à une lésion, elle permet ainsi d'avoir droit à une prise en charge en tant qu'accident du travail. Ceci s'appuie sur l'article L.432-5 du Code de la Sécurité Sociale selon lequel « la victime à le droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessaires en raison de son infirmité, à la réparation ou au remplacement de ce que l'accident a rendu inutilisable... » (Lettre ministérielle n° 89-210 du 16.11.1989, Lettre ministérielle n° 89-225 du 16.11.1989).

cc. La survenue de l'accident par le fait ou à l'occasion du travail

La survenue de l'accident par le fait ou à l'occasion du travail constitue le troisième critère nécessaire à la reconnaissance d'un accident du travail.

La survenue par le fait du travail se définit par le fait que le travail constitue la cause directe et immédiate de l'accident.

La survenue à l'occasion du travail se caractérise par un lien de causalité plus difficile à établir.

La jurisprudence a établi deux facteurs nécessaires pour retenir la survenue à l'occasion du travail : l'existence d'un lien de subordination au moment de l'accident et la survenue de l'accident au temps et lieu du travail.

L'accident dont a été victime un salarié lorsqu'il se trouve sous l'autorité de l'employeur constitue ainsi un accident du travail.

Un accident « lié au travail » signifie que l'accident était alors soumis à l'autorité patronale ce qui permet d'inclure le salarié en mission. La question est de savoir si au moment de l'accident, l'intéressé était soumis ou non aux instructions de l'employeur (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 30 novembre 1995, Liaisons Sociales, 1996, N° 7394).

Néanmoins, lorsque le salarié, même s'il est présent sur le lieu de travail et pendant le temps de travail, s'il s'est soustrait à l'autorité de son employeur, ne peut alléguer un accident du travail pour un accident survenu alors. On aboutit ainsi au cas des rixes, des jeux, des plaisanteries voire du meurtre d'un salarié perpétré au temps et au lieu de travail.

Là encore on aboutit à des cas limites résolus par la jurisprudence, par exemple les rixes survenues au temps et au lieu du travail dès lors que la victime ne s'est pas soustraite à l'autorité de l'employeur et que la violence subie n'était pas étrangère à l'activité professionnelle, peuvent bénéficier de la reconnaissance d'un accident pour une rixe.

La reconnaissance de l'accident du travail exige que le salarié se trouve sur les lieux et au temps du travail.

Le lieu de travail se définit par la jurisprudence par tout endroit où s'exerce l'autorité de l'employeur, c'est-à-dire les locaux où s'effectuent le travail des salariés (par exemple bureau, atelier, chantier...), mais aussi les dépendances de l'entreprise (la cour intérieure de l'entreprise, le parc de stationnement de l'entreprise, les voies d'accès à l'entreprise, la cantine, les restaurants à l'occasion de repas d'affaires...).

Le temps de travail pendant lequel survient l'accident se définissait classiquement comme le temps normal du travail. En fait la jurisprudence là encore a élargi cette notion de temps de travail aux accidents survenus après la cessation du travail dans certaines circonstances (par exemple réception du paiement de salaire, toilette des salariés, pendant le temps de transport lorsque le salarié est obligé d'utiliser le véhicule de l'entreprise, lorsque le temps de trajet est compris dans l'horaire de travail est rémunéré, les pauses pendant les heures consacrées au repas du personnel lorsque ce repas a lieu à l'intérieur de l'exploitation et avec l'assentiment du chef d'entreprise, les pauses justifiées

par les nécessités de la vie courante : manger, boire, fumer à l'intérieur de l'entreprise).

A contrario l'accident survenant alors que le salarié a quitté son travail sans autorisation pendant l'horaire normal, ne peut être qualifié d'accident du travail.

Il convient cependant de citer deux arrêts rendus le 19 juillet 2001. Le premier n° 99-20.536, la Chambre Sociale de la Cour de Cassation retient que le salarié retrouvé inanimé, victime d'une hémorragie cérébrale, dans la salle de bains de sa chambre d'hôtel, après avoir diné, effectuant dans la journée une mission en Chine a bien été victime d'un accident de travail. Le deuxième n° 99-20.603 concerne un employé en mission à Paris, décédé dans sa chambre d'hôtel où il demeurait après sa journée de travail. La Cour de Cassation estime que le salarié, effectuant une mission, a droit à la protection prévue par l'article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur, peu important que l'accident survienne à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf la possibilité pour l'employeur ou la Caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un but personnel (preuve évidemment difficile à apporter, dans ce contexte !). Au sujet de ce revirement, on se rapportera à la chronique de Bernadette Pierchon, docteur en droit : « Salarié en mission et accident du travail » (Cahiers Sociaux de l'Hérault Judiciaire et Commercial n°34 du 27 septembre 2001 pages 2-3 in l'Hérault Judiciaire et Commercial édition Montpellier-Sète-Lodève, n° 2335 du 27 septembre 2001).

d. Les dernières modifications apportées à la définition de l'accident du travail

Classiquement l'accident du travail se caractérisait par un évènement soudain, intervenu au temps et au lieu du travail, occasionnant une lésion corporelle.

Le caractère soudain de l'évènement nécessitait donc qu'il soit localisé dans le temps et dans l'espace.

Un arrêt du 2 avril 2003 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation N°00-21.768 : Bull. civ. V, n° 132, a modifié cette définition.

La Cour de Cassation définit maintenant un accident du travail comme « un évènement ou une série d'évènements survenus à des dates certaines ou à l'occasion du travail dont il est résulté une lésion

corporelle, quelque soit la date d'apparition de celle-ci ».

Cette nouvelle définition permet donc de prendre en compte des traumatismes résultant d'actions répétées, identifiées, mais dont aucune n'a eu isolément de caractère déterminant ainsi que les évènements qui ne sont pas soudains.

Tout évènement entraînant une lésion corporelle apparente au terme d'une évolution, dès lors que les circonstances qui l'ont produite ont une date certaine, s'il entraîne des lésions corporelles, sera alors considéré comme un accident du travail, même si cet évènement n'est pas soudain.

L'arrêt du 2 avril 2003 de la Cour de Cassation admet ainsi le caractère accidentel d'une sclérose en plaques consécutive à une vaccination contre l'hépatite B imposée par l'activité professionnelle du salarié. Pour la cour de cassation les injections successives de vaccins constituent autant d'évènements à date certaine ayant provoqué la maladie contractée par le salarié. La nécessité de la soudaineté d'un évènement occasionnant une lésion disparaît donc au profit d'un autre critère, celui de l'imputabilité certaine d'une lésion, un évènement précis s'étant produit au travail.

Un autre cas particulier reconnu comme accident du travail est celui de la contamination par le VIH, virus du SIDA qui peut arriver accidentellement par contact avec du matériel souillé au temps et au lieu du travail. L'Administration a considéré que ce mode de contamination correspondait à la notion d'accident du travail. (Décret n°93-74 du 18.01.93 paru au journal officiel du 20.01.93).

Un choc psychique, non soudain, peut donc être considéré comme accident du travail. De même des accidents psychiques du travail occasionnés par un harcèlement moral (insultes, reproches infondés, déniement systématique, « mise au placard »), si le patient en apporte la preuve par des témoignages, peuvent être considérés comme des accidents du travail.

Cette définition a été précisée par l'arrêt du 01.07.03 de la 2^e chambre civile de la cour de cassation n° 02-30576, qui décrit le cas d'un salarié informé par son supérieur hiérarchique qu'il ne donne pas satisfaction et qu'il est rétrogradé. Deux jours plus tard il fait constater par son médecin traitant une dépression nerveuse. L'expert médical mandaté par la Cour d'appel établit un lien de causalité entre l'entretien professionnel et le traumatisme psychique qu'il a provoqué chez le salarié et la dépression nerveuse qui s'en est suivie. Dans

ce cas précis, la Cour de cassation abandonne à nouveau la nécessité de la soudaineté d'un fait générateur de l'accident pour constituer un accident du travail. Elle considère l'entretien avec le supérieur hiérarchique de la victime comme un évènement certain à l'origine de la dépression nerveuse dont est atteint le salarié. Elle confirme ainsi l'arrêt du 02.04.03 de la chambre sociale de la Cour de cassation citée ci-dessus. Par contre dans ce cas précis de l'arrêt du 01.07.03 la cour de cassation étend la notion de lésion corporelle au traumatisme psychique. Jusqu'ici les troubles psychologiques n'étaient pris en compte que dans des situations où ces troubles s'étaient manifestés par des altérations physiques, par exemple malaises, troubles cardiaques, décès.

On peut donc en conclure que toute altération de l'état psychologique d'un salarié lié au travail peut constituer un accident du travail, mais il faut que ces troubles psychologiques puissent être rattachés à un évènement précis survenu au travail ou à l'occasion du travail. De même les traumatismes psychiques occasionnés par une rétrogradation ou une annonce de licenciement pourront être considérés comme un accident du travail. Mais il conviendra de prouver que les lésions psychiques dont se plaint le patient se rattachent exclusivement à un évènement précis datable, s'étant produit au travail. On considérera qu'il y a accident du travail que si le patient allait bien avant l'évènement. Si l'évènement n'a fait qu'aggraver un état psychique déjà mauvais, on ne pourra pas alors normalement considérer qu'il s'agisse d'un accident du travail.

La notion de « lésion corporelle » est à comprendre dans son acceptation la plus large aux vues de cette jurisprudence puisqu'il peut s'agir d'une atteinte aussi bien physique que psychique.

C'est le critère de soudaineté, qui se traduit par la certitude de la date de l'évènement qui permet d'opérer la distinction entre l'accident du travail et la maladie professionnelle définie comme le résultat d'une série d'événements à évolution lente à laquelle on ne peut assigner une origine et une date certaine.

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation (civ. 2^e, 22.02.07, D.2007.791-792, note Fabre LPA, n°70, 2007.16, note Lerouge ; Lardy-Pélissier, accident du travail pendant une période de suspension de contrat de travail RDT 2007.306) est allée plus loin en reconnaissant le caractère d'accident du travail à des troubles survenus en dehors d'une situation de subordination du salarié pendant la suspension du

contrat de travail dès lors que le lien entre le travail et l'altération des facultés mentales était établie.

La subordination à l'employeur n'est donc plus considérée comme nécessaire à la qualification d'accident du travail. Il s'agissait d'une tentative de suicide d'un salarié survenue lors d'un arrêt de maladie consécutif à des troubles anxiodepressifs causés par la dégradation continue des relations du travail et du comportement de l'employeur.

e. La présomption d'imputabilité

L'article L.411 – 1 du Code de la Sécurité Sociale établit une présomption d'imputabilité de l'accident du travail qui postule en principe que tout accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail quelque en soit la cause est considéré comme un accident du travail. Cette notion est beaucoup plus favorable que la notion du droit commun dictée par l'article 1315 du Code civil où la victime a à prouver non seulement la matérialité de la lésion mais également l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et le travail.

La jurisprudence établie par la Cour de cassation a précisée ces notions en estimant que toute lésion survenue au temps et lieu du travail devait se voir considérée comme trouvant sa cause dans le travail, sauf s'il est prouvé que cette lésion présente une origine totalement étrangère au travail (Chambre sociale de la Cour de cassation, 08.03.1989, n° 87-17.755, 1989 ; Chambre sociale de la Cour de cassation, 08.06.1995, n° 93-17.804 , Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, cinquième partie, page 141, 1995 ; Chambre sociale de la Cour de cassation, 07.12.1995, n° 94-11.271, 1995 ; Chambre sociale de la Cour de cassation, 14.12.1995, n° 93 – 14.133, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, cinquième partie, page 248, 1995).

Ainsi, non seulement la Caisse d'assurance maladie doit prouver que la cause de la lésion subie par la victime reste inconnue, que l'accident n'est pas lié à un fait en rapport à l'activité professionnelle, mais encore la caisse doit démontrer que l'accident avait une cause entièrement étrangère au travail (Chambre sociale de la Cour de cassation, 06.06.1996, n° 94-18.602, 1996).

Bien entendu lorsque la lésion intervient dans un temps simultané ou voisin du fait accidentel, la présomption de l'accident du travail s'applique. Il en est de même lorsque la victime présente des lésions appa-

rues tardivement dès lors qu'il existe une continuité des soins prouvée (arrêt n°85-11100 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 07.07.1986, n°1784p, CPAM de l'Ain c/ Terrier et A, Bull. civ. V n°431).

Inversement lorsqu'une lésion survient tardivement avec une absence de soins depuis l'événement ou le fait génératrice, les bénéfices de la présomption ou de l'imputabilité ne s'exercent plus et il revient à la victime d'établir le lien entre le fait accidentel et la lésion pour prouver l'accident du travail.

L'état antérieur préexistant révélé ou aggravé à cause de conditions de travail ne renverse pas la présomption d'imputabilité.

Cette présomption d'imputabilité est cependant détruite lorsque l'état préexistant est considéré comme une action lente, antérieure à la manifestation du préjudice qui évolue pour son propre compte. La preuve du caractère inéluctable du développement de l'affection considérée comme état pathologique préexistant fait tomber la présomption d'origine accidentelle.

Lorsqu'un accident du travail entraîne des lésions résultant exclusivement d'une affection pathologique préexistante indépendante il est donc nécessaire pour détruire la présomption d'imputabilité non seulement de prouver qu'il s'agit d'une pathologie entièrement étrangère au travail mais que cet état antérieur évolue pour son propre compte.

La présomption d'imputabilité est rejetée lorsque les lésions sont indépendantes du travail (cass. II Civ, 10.04.08, n°06-12885). A titre d'exemple, citons le cas d'une rupture d'anévrysme ayant une origine totalement étrangère au travail (cass. II Civ. 27.01.04, n°02-30454) ou d'une pathologie préexistante ayant évolué indépendamment du travail (cass. II Civ. 06.04.04 n°02-31182). La preuve certaine que le travail n'a joué aucun rôle dans la survenance du fait accidentel doit être rapportée. (cass. Soc. 05.02.76, bull. V n°78 : autopsie établissant que la cause du décès est totalement étrangère à l'activité professionnelle).

La nécessité pour que la présomption d'imputabilité d'un accident du travail en cas de découverte d'un état pathologique préexistant ne peut être détruite que s'il est prouvé que cet état préexistant n'évoluait que pour son propre compte et de façon inéluctable est illustré par les jurisprudences suivantes.

La présomption d'imputabilité d'un accident du travail ne peut pas être écartée si la cause exacte d'un

malaise est inconnue même si les conditions de travail étaient normales et que selon l'expert médical il n'y avait pas de relation certaine de causalité entre le travail et le décès (cass. II Civ. 11.10.06 n°04-30878).

A plus forte raison lorsque l'expert ne parvient pas à établir l'existence d'un état pathologique préexistant les conséquences d'une chute consécutive à un malaise survenu au temps et au lieu du travail sont prises en charge au titre de la législation des accidents du travail (cass. II Civ. 20.09.05 n°0430154).

La présomption d'imputabilité est également renversée si l'altération de l'état de santé se révèle tardivement après l'accident (soc. 16.07.53, bull. civ. V, 946 ; soc 13.02.47, bull. civ. V, n° 66).

Lorsqu'il existe un état pathologique préexistant, dit état antérieur, l'apparition d'une lésion au temps et au lieu du travail est couverte par la présomption d'imputabilité et donc considérée comme accident du travail sauf si les expertises médicales font valoir un lien entre la lésion et l'état antérieur sans rapport avec le travail. Ceci entraîne des conséquences médico-légales, en particulier pour les accidents du travail mortels en particulier après des malaises. La jurisprudence considère que la cause n'est pas totalement étrangère au travail lorsque les conditions de travail ont joué un rôle dans la survenance de l'accident. Un état pathologique préexistant révélé soudainement au temps et au lieu du travail constitue en principe un accident présumé imputable au travail (exemple du malaise cardiaque, d'une hernie discale, d'une hémorragie cérébrale) si le travail a joué un rôle dans l'apparition de la lésion. A titre d'exemple, n'est pas considérée comme une cause totalement étrangère au travail, la rupture d'anévrysme subie par une salariée subissant un stress d'origine professionnelle (cass II civ. 05.06.08, n°07-14150) ou l'arrêt cardiaque d'un salarié effectuant des efforts physiques dans le cadre de son travail même s'il souffrait d'une pathologie préexistante et même s'il avait ressenti des douleurs avant sa prise de fonction. (cass. II. Civ. 02.10.08 n°07-19036).

Lorsque l'accident a précipité l'évolution d'un état pathologique antérieur, il doit être considéré comme accident du travail dans la mesure où le lien de causalité entre la lésion et l'accident reste suffisant.

Citons à titre d'exemple une arthrose préexistante aggravée par les efforts exigés du salarié dans l'accomplissement de son travail (cass. Soc. 09.11.88, n°87-14002).

Lorsque l'accident révèle une pathologie préexistante restée jusque là ignorée, l'indemnisation intervient entièrement au titre des accidents du travail. (Arrêt du 15.03.73 de la Chambre sociale de la Cour de Cassation n°72-10937, directeur de la Caisse régionale mutuelle agricole de l'Ariège et a.c/Tougne : bull. civ. V, n°162).

L'aggravation due entièrement à l'accident du travail d'un état pathologique antérieur n'occasionnant auparavant aucune incapacité doit être indemnisée en sa totalité au titre de l'accident du travail. (bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres Civiles, 4^e partie, Chambre Sociale n°758 arrêt du 30.11.67, bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambre Civile n°2, 4^e partie, Chambre Sociale n°370, arrêt du 06.05.65).

Si l'état antérieur aurait abouti de façon inexorable à une atteinte de l'organisme progressive et irréversible, l'aggravation provoquée par l'accident du travail de cet état antérieur n'est pris en compte que dans la limite réellement imputable à l'accident (arrêt du 20.07.82 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, n°81-14509 Richer c/ Langevin et a. bull Civ. V, n°487).

La victime atteinte d'un état antérieur doit être indemnisée pour son IPP dans la mesure de l'aggravation de son état imputable à l'accident à l'exclusion des conséquences de l'évolution normale de son état pathologique congénital (arrêt du 27.11.70 de l'Assemblée plénière de la Cour de Cassation n°69-10040, bull. civ. Ass. Plén., n°6).

L'aggravation d'un état pathologique antérieur par l'accident du travail n'occasionnant auparavant aucune incapacité doit donc être indemnisée totalement.

Lorsque l'accident entraîne l'aggravation d'un état pathologique préexistant, la totalité de l'incapacité de travail résultant de cette aggravation de l'état pathologique préexistant doit être pris en charge au titre de la législation accident du travail (arrêt du 05.03.64 de la Cour de Cassation).

Il en est différemment d'une aggravation qui peut être imputée pour partie à l'accident du travail et pour partie à l'évolution normale d'un état pathologique antérieur. (Arrêt du 30.11.1967, de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°66-14143, bull. Civ. IV, n°758).

Lorsque l'accident révèle un état antérieur resté jusque ici ignoré et n'entraînant pas d'invalidité, si cet état

antérieur se trouve être la seule cause certaine de la dégradation subite de l'état physique, ou en tout cas la cause principale, l'indemnisation est prise en charge au titre des accidents du travail (arrêt du 15.03.73 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°72-10937, directeur de la caisse régionale Mutuelle Agricole Ariège et a. c/ Tougne : bull. civ. V, n°162).

La présomption d'imputabilité est écartée lorsque :

- ✓ l'employeur ou la CPAM établit que la lésion ou l'accident ont une cause étrangère au travail.
- ✓ La victime s'est soustraite à l'autorité du chef d'entreprise lors de l'accident.
- ✓ Les ayants droits refusent sans motif justifié une autopsie en cas d'accident mortel.

La victime d'un accident du travail doit, dans la journée où l'accident s'est produit et au plus tard dans les 24h, informer l'employeur ou l'un de ses préposés sauf cas d'impossibilité ou de motif légitime.

Le non respect de ce délai n'est pas sanctionné mais il rend plus difficile la reconnaissance de la matérialité de l'accident.

La prescription du droit de réparation en accident du travail est de deux ans.

La délivrance des feuilles d'accident du travail par les entreprises est une obligation légale. En cas de refus de l'employeur d'établir la déclaration d'accident du travail la victime peut faire elle-même sa déclaration auprès de l'organisme gestionnaire.

Avec la feuille d'accident délivrée par l'employeur ou son préposé, il est fortement conseillé à la victime de l'AT de consulter un médecin. Ce médecin doit établir un certificat médical.

L'employeur doit déclarer l'accident dans les 48h à l'organisme gestionnaire sauf pour des AT bénins inscrits sur les registres de l'infirmerie. Ces registres d'infirmerie reste propriétés des Caisses qui les conservent après l'année où ils ont été utilisés durant l'année.

La victime d'un accident du travail doit faire constater son état de santé par un médecin de son choix. La victime présente la feuille de l'accident remise par l'employeur ce qui lui permet de ne pas régler les frais correspondant à la consultation médicale.

Le médecin établit ensuite un certificat médical initial dans lequel il décrit les blessures et leurs conséquences. Le certificat est composé de trois volets iden-

tiques. Le médecin adresse le volet 1 et 2 de ce certificat médical à la Caisse primaire d'assurance maladie, la victime conserve le volet n°3.

Si un arrêt de travail est prescrit, la mention de cet arrêt et sa durée sont portés sur les trois volets précités. En outre, l'employeur remplit le volet 4 du certificat médical initial intitulé « certificat d'arrêt de travail ». Ce volet est envoyé par la victime à son employeur pour justifier son absence. Si nécessaire le médecin peut prolonger les soins ou l'arrêt de travail. Il remplit un certificat de prolongation. A la fin des soins ou de l'arrêt de travail, le médecin établit un certificat final décrivant les séquelles éventuelles en cas de consolidation ou la guérison.

Le délai de prescription est le délai après lequel l'origine professionnelle de l'atteinte n'est plus reconnue par la caisse. Pour les AT, ce délai est de deux ans après la date de l'accident du travail.

f. Cas de la mort subite au travail

aa. La procédure de reconnaissance

La Caisse primaire n'a connaissance d'un cas d'accident du travail avec mort subite que de plusieurs façons :

- ✓ soit par la réception d'une déclaration réglementaire d'accident du travail établi par l'employeur (article L.441-2 du code de la sécurité sociale) que ce dernier est tenu d'adresser à l'organisme de sécurité sociale dans un délai de 48 h en application des articles L.441-2 et R.441-3 du code de la sécurité sociale sous peine de recevoir une amende prévue pour les contraventions de 4^e classe soit au maximum 750 € (article R.471-3 du code de la sécurité sociale).
- ✓ Soit par la réception d'un certificat médical descriptif établi par le praticien ayant constaté les lésions (article L.441-6 du code de la sécurité sociale).
- ✓ Soit par les représentants de la victime qui peuvent le déclarer dans les deux ans qui suivent l'accident.

Après la déclaration, la Caisse dispose d'un délai de 30 jours pour donner son avis sur la prise en charge de l'accident au titre de la législation des accidents du travail (article R.441-10 du Code de la Sécurité sociale). La Caisse peut estimer nécessaire de proroger le délai

pour une nouvelle période de deux mois au titre de l'article R.441-14 du Code de la sécurité sociale pour enquête ou examen complémentaire si elle le juge nécessaire.

Du point de vue procédural, il convient de rappeler qu'une enquête légale est rendue obligatoire par les articles L.442-1 et L.442-2 du Code de la Sécurité sociale à faire procéder par la Caisse de Sécurité sociale pour statuer sur le caractère professionnel d'un accident mortel (Arrêt du 03.06.99 et du 20.12.01 de la Chambre sociale de la Cour de cassation).

L'enquête légale effectuée par la Caisse selon l'article L.442-1 du Code de la sécurité sociale est organisée sur les lieux du travail. Une réunion contradictoire des parties est organisée avec l'audition de l'employeur, des témoins, des ayant droit. L'interrogatoire des collègues du travail est capital pour recueillir les renseignements sur les conditions du travail sur les minutes qui ont précédé le décès. Un procès verbal est ensuite rédigé.

Le service médical recherche ensuite la cause du décès, donne son avis sur la relation avec le travail ou avec une cause entièrement étrangère au travail :

- ✓ Il étudie les circonstances de survenue du décès d'après l'enquête légale.
- ✓ Il recherche l'existence éventuelle d'un état antérieur dans le dossier médical et administratif du défunt.
- ✓ Aux vues du rapport d'expertise, il se prononce la relation des lésions avec le travail.

Le médecin conseil donne son avis sur l'opportunité d'une procédure d'exhumation et d'autopsie proposée par le service accidents du travail. L'autopsie n'est pas nécessaire si le médecin conseil de l'organisme gestionnaire du risque accident du travail est d'accord pour reconnaître l'imputabilité du décès à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle.

bb. L'autopsie

Lorsqu'il existe un doute sur l'imputabilité du décès et que la Caisse tente de renverser la présomption d'imputabilité, une autopsie doit être déclenchée (article 442-4 du Code de la sécurité sociale).

La charge d'apporter la preuve qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail incombe à l'employeur lorsque les ayants droits bénéficient de la présomption d'im-

putabilité et que la Caisse a admis le caractère professionnel de l'accident sans faire procéder à l'autopsie (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 30.11.95 affaire Rochais-Bonnet c/ CPAM de Nantes). L'employeur peut lui aussi demander l'autopsie auprès du juge compétent (Chambre sociale de la Cour de cassation du 12.02.98 RJS 1998 n°520).

Des dispositions particulières s'appliquent en matière de pneumoconiose en cas de décès de la victime avant la déclaration de maladie professionnelle au titre des tableaux 25, 30, 30 bis, 44, 44 bis, 91 et 94, l'article D.431-16 du Code de la sécurité sociale détermine les modalités particulières de l'autopsie outre celles énoncées précédemment :

- ✓ L'autopsie sera réalisée par un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconiose.
- ✓ Les poumons seront prélevés en totalité et adressés à l'institut de médecine du travail, un service d'anatomopathologique qualifié par ces travaux concernant les pneumoconioses ou un centre d'études des pneumoconioses en vu d'un examen anatomopathologique et histologique. Toutefois l'autopsie n'est pas nécessaire lorsque la victime avait été reconnue atteinte d'une pneumoconiose et lorsque le dossier permet au médecin conseil de donner son avis sur la relation de cause à effet entre le décès et la maladie professionnelle (article D.461-18- 2^e alinéa du Code de la sécurité sociale).

D'une manière générale, lors de l'ouverture du dossier accident du travail par la CPAM, le défunt est depuis longtemps inhumé voir incinéré ou encore le corps a été rapatrié dans le pays d'origine. Confronté à des déclarations tardives, tant par les familles que par les employeurs et alors qu'à aucun moment leur bonne foi ne peut être valablement mise en doute dans ces cas particuliers, les caisses se voient opposer la présomption légale d'imputation d'origine professionnelle même si les causes du décès sont mal connues et au seul motif que ce dernier décès est survenu au temps et au lieu du travail et qu'il appartient à la caisse de rapporter la preuve que le travail n'a joué aucun rôle dans le processus ayant entraîné le décès.

Lorsqu'il existe un doute sur l'imputabilité du décès une autopsie peut être déclenchée pour apporter la vérité médico-légale, elle permettra de connaître la nature des lésions, la cause du décès, son lien éventuel avec

le travail ou avec une cause entièrement étrangère aux circonstances professionnelles.

Pour couper court aux différentes contestations possibles par l'employeur ou la Caisse primaire d'assurance maladie une autopsie médico-légale devrait être systématiquement demandée et d'autant plus efficace qu'elle est faite rapidement.

L'autopsie permettra souvent de révéler la cause de la mort subite de préciser les éventuelles intoxications (alcool, produits stupéfiants) qui ont pu contribuer à la genèse de l'accident mais également de mettre en évidence un éventuel état antérieur (athérosclérose coronaire par exemple). Une procédure d'autopsie peut être demandée soit par le procureur de la république soit par la caisse primaire d'assurance maladie auprès du tribunal d'instance. Cette dernière procédure d'autopsie est le plus souvent pratiquée après exhumation.

La Conseil de l'Europe recommande d'ailleurs la réalisation d'autopsie médico-légale dans le cadre d'accidents du travail (recommandation européenne n° R (99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du conseil de l'Europe du 02.02.1999.

a. La procédure d'autopsie à l'initiative de la Caisse

La première procédure d'autopsie est la procédure entraînée à l'initiative de la Caisse. L'article L.442-4 du Code de la sécurité sociale stipule que « la Caisse doit, si les ayants droits de la victime le sollicitent ou avec leur accord si elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité demande au Tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident s'est produit de faire procéder à l'autopsie dans les conditions prévues aux articles 232 et suivants du nouveau code de procédure civile ». L'article L.442-4 du Code de la Sécurité sociale prévoit que l'autopsie peut être réclamée par la Caisse ou par les ayants droits. Il ne fait pas allusion à l'employeur qui peut néanmoins avoir intérêt à prouver que le décès de la victime n'était pas du à un accident du travail, ceci afin qu'il n'en soit pas tenu compte pour la fixation de son taux de cotisation accidents du travail. La Cour de Cassation a précisé que « le recours à l'autopsie de la victime ne constitue pour les Caisses de Sécurité sociale qu'une simple faculté dont elle n'use que si elles la jugent utile ».

Les ayants droit doivent être informés des implications d'un refus de l'autopsie.

La procédure d'autopsie ne peut être engagée qu'avec l'accord écrit des ayants droit. Cette information doit se faire conformément aux directives de la circulaire DGR n°2264-ENSM n°1235 du 22.09.1998.

Le silence opposé par les ayants droits à une demande d'autopsie faite par la Caisse équivaut à un refus de leur part (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 27.10.81, Sommaires de sécurité sociale 0182 page 2147 n°131). L'accord tardif des ayants droits à une autopsie équivaut à un refus (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 10.10.1979, dame M...c/ CPCAMRP).

Le juge d'instance pourvoit en particulier à toutes les formalités et surveille l'exécution de la mission confiée à l'expert. L'expert doit être désigné et l'examen réalisé conformément au Code de procédure civile, la Caisse n'intervenant que pour envoyer à l'expert l'intégralité du dossier. Si le médecin expert se récuse, le juge doit pourvoir à son remplacement. La Caisse primaire transmet le rapport d'autopsie dès réception au médecin conseil pour avis.

L'expertise de l'autopsie doit être personnelle, impartiale, la mission est définie par le juge et l'expert doit se récuser selon les motifs habituels et réaliser sa mission dans les délais indiqués par le juge.

Si les ayants droits consentent, la Caisse saisit le juge d'instance pour requête aux fins d'autopsie et prend toutes les dispositions propres à son exécution. Néanmoins, il convient de signaler que tout retard dans la demande peut déboucher sur l'impossibilité de procéder à l'autopsie :

- ✓ soit que le corps ne soit plus disponible du fait de son incinération, de l'embaumement, du don du corps à la médecine, du don d'organe,
- ✓ soit que cette procédure est refusée par le juge qui estime la demande trop tardive et le faisceau de preuves suffisant,
- ✓ soit que le corps soit dégradé dans un délai trop long entre le décès et la demande.

L'autopsie de Sécurité sociale n'aura pas lieu si les ayants droits de la victime s'y opposent.

Si les ayants droits refusent la procédure d'autopsie, il y a renversement du fardeau de la preuve. La présomption d'imputabilité d'accident du travail disparaît. Dans ce cas, néanmoins, les ayants droits doivent apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès (Article L.442-4 du Code de la sécurité sociale ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 13 janvier 1988, N°86 -13.169, 1988 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 21 novembre 1996, N° 95 - 13.761 et 95 -14.267, 1996, arrêt du 03.04.03 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation n°01-21054, n°426 FS-P+B, Ruelle c/ Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF : bull. Civ. II n°99). En effet, les ayants droits de la victime perdent le bénéfice de la présomption d'imputabilité lorsqu'ils refusent l'autopsie du corps de la victime quand elle est demandée par la Caisse.

Une demande d'autopsie tardive de la Caisse ne fait pas perdre le bénéfice de la présomption d'imputabilité de l'accident de travail aux ayants droits de la victime s'ils refusent cette autopsie. Les juges du Fonds apprécient souverainement le caractère tardif de la demande d'autopsie (arrêt du 03.04.03 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation, n°01-21054, n°426 FS-P + B, Ruelle c/ Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF : bull. civ II, n°99).

Ainsi l'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 23.04.1980 décrit le cas d'une personne découverte morte le 19.12.75 au temps et au lieu de son travail sans preuve établie que la mort subite soit en rapport avec le travail. La veuve ayant refusé qu'il soit procédé à l'autopsie, la Caisse primaire a rejeté la demande de prise en charge de ce décès au titre professionnel en faisant valoir que la veuve n'avait pas apporté la preuve qu'il lui incombaît d'un lien de causalité entre le travail et le décès. La Cour d'appel avait considéré que la personne était décédée brusquement d'une mort naturelle alors qu'elle effectuait son travail. La mort dont il n'avait pas été établi qu'elle était due à une cause étrangère à son travail devait dès lors être prise en charge au titre professionnel. La Cour de cassation avait cassé et annulé l'arrêt rendu le 31.10.75 par la Cour d'appel et donc du point de vue pratique, le décès n'a pas été pris en charge au titre professionnel.

De même, nous décrirons le cas d'une personne ayant eu un malaise mortel (infarctus du myocarde) sur son lieu de travail à la gare SNCF d'Amiens (cass. civ. 2^e, 03.04.03, bulletin 2003, II, n°99, n°01.21054). La demande d'autopsie par la CPAM avait été effectuée 36 jours après le décès du salarié soit au-delà du délai de 30 jours imparti à la CPAM pour prendre sa décision. L'accident aurait du être réputé lié au travail mais un des ayants droits avait refusé la demande d'autopsie faite par la CPAM. La

Cour de Cassation a considéré que le délai de 36 jours n'était néanmoins pas tardif et que ce refus de l'ayant droit faisait perdre la présomption d'imputabilité au travail et qu'il revenait donc à l'ayant droit de prouver le lien de causalité entre le décès et le travail.

La preuve du rapport entre le décès et le travail n'étant pas rapportée, la demande de prise en charge au titre accident du travail a été rejetée.

Néanmoins la Chambre sociale de la Cour de cassation (cass.soc.15.06.00, n°98-14537) avait admis qu'une demande d'autopsie tardive de la caisse demandée 5 mois après le décès ne faisait pas perdre le bénéfice de la présomption d'imputabilité de l'accident du travail à l'ayant droit si ce dernier refusait l'autopsie.

Aucune disposition légale n'oblige la Caisse de faire connaître aux ayants droits le risque auquel ils s'exposent en refusant l'autopsie. Un refus d'autopsie entraîne donc la perte de la présomption d'imputabilité même si la Caisse n'a pas informé les ayants droits des conséquences de ce refus. Toutefois, le ministre recommande à la Caisse de procéder à cette information sous la forme écrite ou orale en insistant sur la gratuité pour les ayants droits de cette procédure et d'autre part de la nécessité pour eux d'être présents lors de cette autopsie (lettre ministérielle du 20.06.88 : BO/SSP 88/28 page 15).

Un refus administratif est notifié avec les voies de recours prévues dans le cadre du contentieux général.

Parfois le médecin légiste pratique l'autopsie plusieurs semaines voire plusieurs mois après le décès alors que le corps de la victime avait été transporté à l'institut médico-légal le jour du décès. L'autopsie après l'exhumation ne remplace jamais l'autopsie précoce. La destruction du cadavre peut aller de quelques mois à quelques années, elle est fonction de l'âge du sujet à son décès mais aussi des soins de conservation prodigués au corps du défunt, de l'état du cercueil, de la nature du caveau, de l'infiltration du terrain. Selon le degrés de conservation du corps, on peut retrouver des traces d'hémorragie, des calcifications, des tumeurs mais un infarctus récent ou une thrombose ne pourront pas être décelés du fait de la lyse importante alors qu'ils sont responsables de la majorité des morts subites.

Cette procédure d'autopsie après exhumation risque de ne pas éclairer la Sécurité sociale sur la cause précise de la mort ou n'apportera pas la preuve irréfutable que le travail n'a joué aucun rôle dans le processus ayant entraîné le décès.

La procédure d'autopsie réalisée dans le cadre de la législation accidents du travail et suivant l'article L.442-4 du Code de la Sécurité sociale après saisine du Tribunal d'instance du lieu où est survenu le décès, ne satisfait souvent personne :

- ✓ Pour les ayants droits, cette démarche est souvent incomprise et mal ressentie. Ils conçoivent difficilement qu'un service administratif de la sécurité sociale sollicite l'autopsie du corps alors que le parquet ne l'a pas estimé nécessaire et ils ressentent mal cette intervention dans un climat familial pénible conduisant à l'exhumation du corps.
- ✓ Pour le médecin légiste, la mission se trouve compliquée en raison des délais administratifs nécessaire pour l'instruction du dossier (souscription de la déclaration accident du travail, délai plus ou moins long pour obtenir le certificat médical du décès, demande d'accord de la famille, saisine du tribunal d'instance).

Parfois l'autopsie du corps est impossible en particulier quand le corps n'est plus disponible du fait :

- ✓ de l'embaumement ;
- ✓ du rapatriement du corps dans le pays d'origine de la victime à l'étranger en vue de son inhumation quand aucune hâte excessive ou fautive n'a été relevée (arrêt du 18.06.80, n°79-10794 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation : bull. civ. V n°539, arrêt du 02.03.83 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°81-12791, bull. civ. V n°124, arrêt du 14.01.84 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°82-13139, bull. civ V n°438, arrêt du 20.01.94 Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°91-17282, n°275 P, bull. civ n°18, arrêt du 21.03.96 société Focast Bretagne c/ Cezer Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°94-15338, n°1394 P, bull. civ. V n°111) ;
- ✓ du transport du corps (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 21.03.96) ;
- ✓ du don du corps de la victime à la à la science (Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.01.94 CPAM de l'Essonne c/ Mme Lebon) à la demande de la volonté du défunt dès lors qu'aucune hâte excessive ou fautive n'a été relevée ;
- ✓ du don d'organe ;

- ✓ du fait de la faute d'un tiers (par exemple au service des pompes funèbres) (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 18.06.80 affaire Michelin c/ CPAM de Clermont Ferrand) ;
- ✓ si l'autopsie se révèle impossible du fait d'une action par incinération des ayants droits d'une incinération conformément à la volonté du défunt effectuée dans les délais normaux, lorsqu'est exclu toute idée de fraude ou de dissimulation vis-à-vis de la Caisse, mais dans le but de respecter les volontés du défunt, la présomption d'imputabilité reste au profit des ayants droits refus (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.01.94 n° 91-17.282, n° 275 P, CPAM de l'Essonne c/Mme Lebon, Bull. civ. V, n° 18).

Ceci est illustré par l'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 29.09.79 qui stipule que « le fait que la veuve d'un salarié décédé sur le lieu du travail d'avoir fait procéder dans les délais normaux à l'incinération de son mari, selon la volonté exprimée par celui-ci, relève une attitude exclusive de toute idée de fraude ou de dissimulation vis-à-vis de la caisse et ne caractérise pas la volonté de s'opposer à l'autopsie que ladite Caisse n'avait demandée que plusieurs mois après le décès » et par l'arrêt de la Cour d'appel de Paris du 27.01.83 CPAMRP c/ D. Martin.

L'autopsie peut également rendre impossible du fait que le corps soit trop dégradé par un délai trop long entre le décès et la demande (jugement du TASS de Paris du 17.02.92 Barillon Sommaires de sécurité sociale 5/92 page 4717).

L'impossibilité de pratiquer l'autopsie dans les cas sus-cités ne fait pas alors tomber la présomption d'imputabilité.

Le juge peut également refuser de faire procéder à l'autopsie s'il estime la demande trop tardive et le faisceau de preuves suffisant.

La mission du médecin légiste est déterminée dans l'ordonnance du juge d'instance. La mission type est :

- ✓ rechercher les causes du décès
- ✓ dire s'il existe une relation de cause à effet entre l'accident et le décès
- ✓ donner tous les éléments utiles permettant de dire si le travail a joué un rôle dans la survenue du décès ou s'il est impossible d'affirmer le contraire
- ✓ faire toutes les constatations utiles

- ✓ et enfin faire des prélèvements complémentaires si nécessaire.

Dans le cadre de ce type d'autopsie, l'exhumation du corps peut avoir lieu. Elle se fait dans les communes dotées d'un régime de police d'état en présence du fonctionnaire de police délégué par le chef de circonscription. Pour les autres communes c'est le garde champêtre ou l'agent de police municipal délégué par le maire qui assiste à cette opération (article L.2213-14 du code général des collectivités territoriales). Le corps est alors transporté à la chambre mortuaire du centre hospitalier le plus proche où il est procédé à l'ouverture du cercueil. Toutes les analyses peuvent être faites mais les services administratifs des caisses ne sont pas toujours prêts à payer des radiographies et des analyses anatomopathologiques et toxicologiques et voudraient se contenter de l'autopsie. D'autres part, les prélèvements effectués ne sont pas mis sous scellés ni photographiés car la procédure est civile et non pas pénale. Le rapport d'autopsie doit être communiqué à toutes les parties par respect du principe du contradictoire. Ce rapport doit en particulier être communiqué à l'employeur, ceci est rappelé par un arrêt de la 2^e chambre civile de la cour de cassation du 22.02.05 (Cass. civ. 2^e.22.02.05, bulletin 2005, II, n°38 Gazette du palais, 29/30.06.05, note de JM Ageron). Dans les cadre de la procédure de reconnaissance de l'accident du travail la CPAM doit respecter le principe du contradictoire c'est-à-dire que toutes les pièces du dossier doivent être communiquées aux parties y compris l'entier rapport d'autopsie. Si le principe du contradictoire n'est pas respecté, la décision est inopposable à l'employeur, celui-ci ne se verra donc pas infliger une hausse de ses cotisations relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles (Cass. civ. 2^e, 21.06.05, Gazette du palais n°68 du 09.03.06, page 17, sommaire n°254). Pour le salarié ou ses ayants droits cela n'a pas de conséquence l'inopposabilité ne regardant que l'employeur et la CPAM. La CPAM en effet n'a pas le droit de revenir sur sa décision sous prétexte qu'elle est désormais inopposable à l'employeur.

Une fois en possession du rapport d'autopsie le médecin conseil de la Caisse primaire prendra sa décision. Il est à noter que, selon la Cour de cassation, lorsque le rapport évoque un doute ou des causes inconnues, la présomption d'imputabilité joue toujours en faveur des ayants droits et le caractère professionnel de l'accident doit être reconnu. L'avis du médecin conseil est transmis à la Caisse qui notifie sa décision. Cette notification doit prévoir les voies de recours qui

sont celles du contentieux général comme c'est la règle en matière d'imputabilité.

Tout comme en droit commun, les juridictions du contentieux de la Sécurité sociale ont le pouvoir d'apprécier la valeur probante qu'il convient d'attribuer aux conclusions d'autopsie. Ces conclusions n'engagent en rien le juge et ne s'imposent pas à lui (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 15.02.96 société Dumez EPS c/ CPAM de Valenciennes). Les juges gardent donc leur pouvoir souverain d'appréciation.

La Caisse souvent ne fait qu'attendre la conclusion médicale définitive du médecin légiste de l'autopsie quant aux causes du décès. Cette conclusion n'arrive toujours pas dans les délais stricts imposés aux caisses d'assurance maladie et parfois même la communication du rapport d'expertise n'a pas lieu avant plusieurs mois dans les cas difficiles. La généralisation du délai strict de gestion de 30 jours à l'ensemble des accidents du travail trouve alors ses limites.

Si l'autopsie est pratiquée les ayants droits peuvent obtenir par l'intermédiaire d'un médecin communication des pièces sur lesquelles l'expert a fondé son avis.

β. La procédure d'autopsie à l'initiative du Parquet

La deuxième procédure d'autopsie est celle requise par le parquet en cas d'obstacle médico-légal signalé sur le certificat de décès.

A la suite d'une enquête de police ou de gendarmerie sur un AT mortel, un obstacle médico-légal peut et devrait même être coché à notre avis systématiquement par le médecin légiste.

Devant toute mort subite dont la cause est inconnue un certificat médical portant la mention « décès posant un obstacle médico-légal » devrait être rédigé systématiquement par le médecin.

Cette mention déclenche la procédure judiciaire d'enquête sur la mort selon l'article 74 du nouveau CODE de procédure pénale qui stipule que « en cas de découverte d'un cadavre qu'il s'agisse ou non d'une mort violente mais si la cause est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé, informe immédiatement le procureur de la république, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations ».

Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister des personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès.

Le procureur de la République peut aussi requérir des informations pour rechercher des causes de la mort.

Parfois, le parquet refuse la procédure d'autopsie, certains substituts refusant cet examen au motif d'absence de crime ou de délit.

De ce fait le corps de la victime déposé à l'institut médico-légal est rendu à la famille quelques jours après le décès et le médecin légiste établit alors un certificat médical faisant état, soit de mort naturelle, soit de cause de décès impossible à déterminer.

Une autopsie peut alors être diligentée par le juge d'instruction saisi préalablement de l'affaire par le procureur de la République pour rechercher les causes de la mort (article 74 du Code de procédure pénale).

On dit alors que l'autopsie a lieu sur un « cadavre frais » ce qui n'est pas le cas pour l'autopsie de sécurité sociale faite souvent après exhumation.

Les frais d'autopsie sont dans cette hypothèse considérés comme des frais de justice, à la charge de l'Etat. Le médecin légiste doit communiquer au magistrat instructeur qui peut décider de communiquer les conclusions à la famille et à la caisse primaire d'assurance maladie.

cc. La procédure de l'expertise médicale selon l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale

La Caisse dispose d'un troisième mode d'investigation pour tenter de démontrer que l'activité professionnelle n'a aucune incidence dans la réalisation du dommage en caractérisant une origine purement organique à l'état pathologique antérieur à l'accident. Il s'agit de l'expertise médicale selon l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale.

Lorsqu'il s'écoule un délai trop important entre les dates de l'accident et du décès, la présomption d'imputabilité n'existe plus a priori. Après avis du médecin conseil, un refus d'imputabilité est notifié le cas échéant avec, comme recours possible, l'expertise sur pièces. La lettre ministérielle du 18.04.86 recommande de diligenter dans ce cas une expertise sur pièces. Cette expertise à toutes les caractéristiques de l'expertise suivant l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale quant à sa forme et ses conditions. Toutefois, ses conclu-

sions ne s'imposent pas aux parties car, s'agissant d'un simple avis médical, cette expertise effectuée sur pièces (sans examen de la victime par l'expert) est dépourvue de force irréfragable. Cependant, jointe aux autres pièces de la procédure, elle représente un avis supplémentaire pour étayer le dossier.

dd. Le contentieux de la reconnaissance au titre de l'accident du travail

Pour détruire la présomption d'imputabilité, la Caisse doit démontrer que les conditions de travail n'ont joué aucun rôle déclenchant et que la cause du décès est entièrement étrangère au travail, même s'il existe un état antérieur.

L'article R.441-13 du Code de la Sécurité sociale stipule clairement que les pièces du dossier constitué par les CPAM au titre de la législation professionnelle en particulier le rapport d'autopsie peuvent être communiquées sur demande à l'assuré, à ses ayants droits, à l'employeur et à leurs mandataires. Si les causes du décès de la victime sur son lieu de travail sont indéterminées, la présomption d'accident du travail dictée par l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale doit jouer suivant ainsi un arrêt de la chambre sociale de la Cour d'appel de Besançon datée du 23.04.96.

Les accidents mortels survenus au travail ne posent pas de difficulté s'il s'agit d'un traumatisme aigu dont la nature accidentelle est évidente (par exemple écrasement par une charge). Mais il existe déjà des subtilités qui peuvent être soulevées sur l'imputabilité, par exemple, lors de la chute d'un échafaudage, on peut s'interroger sur l'origine de la chute qui peut résulter d'un malaise.

Le problème majeur résulte des cas de malaises survenus au travail hors de circonstances aigues, exceptionnelles et pour lesquelles une pathologie est diagnostiquée, par exemple, pathologie cardiaque telle qu'un infarctus du myocarde, un cancer cérébral à l'origine d'une crise comitiale et qui font s'interroger sur l'imputabilité au travail.

A ce titre, il convient de savoir que lorsque la cause exacte d'un malaise est inconnue, que les conditions du travail du salarié étaient normales et que selon l'expert médical il n'y avait pas de relation certaine de causalité entre le travail et le décès, l'accident du travail est reconnu (arrêt n°04-30878 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation du 11.10.06, CPAM d'Arras c/Duhamel et A). De même, une chute consécutive à

un malaise survenu au temps et au lieu du travail lorsque l'expert ne parvient pas à établir l'existence d'un état pathologique préexistant est prise en charge comme accident du travail (arrêt du 20.09.05 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation n°04-30154, CPAM de la Dordogne c/ Zacharie).

Du point de vue administratif, la Caisse peut contester la matérialité de l'accident c'est-à-dire qu'il se soit produit au lieu et au temps du travail. ainsi la Cour de cassation (cass. civ. 2^e, 18.10.05, n° de pourvoi 04-30205) a confirmé un arrêt de la Cour d'appel du 18.10.05 qui a écarté le caractère professionnel de l'accident en considérant que la preuve entre la chute et le travail n'était pas rapportée. Une autre cause d'accident considérée comme totalement étrangère au travail est le cas d'un salarié qui s'est soustrait volontairement à l'autorité de l'employeur et sans son assentiment (cass. civ, 2^e, 03.04.03, bulletin 2003, II, n°100). La Cour de cassation avait alors estimé que « le salarié qui effectue un arrêt prolongé pour réparer son cyclomoteur n'est plus au moment de l'accident sous la subordination de son employeur. Il s'agit d'un acte étranger à l'exécution de son travail et la caisse n'a pas à prendre en charge l'accident au titre de la législation professionnelle ».

Si la mort du salarié est due à un meurtre commis au travail, la mort peut être considérée comme accident du travail. En effet, la chambre sociale de la Cour de cassation par un arrêt du 23.04.1970 (cass. soc, 23.04.70, bulletin n°275) considérant le cas d'un meurtre commis par un tiers à l'entreprise a considéré que la mort devait être considérée comme accident du travail puisque le salarié ne s'est pas soustrait à l'autorité de l'employeur et que la mort a eu lieu au temps et au lieu du travail dans l'exercice de l'activité professionnelle de l'employé même si l'auteur n'est pas identifié et quelque soit le mobile du meurtre.

Par contre lorsque la mort d'un salarié au temps et au lieu du travail est due à son activité politique, (arrêt de la chambre sociale de la cour de cassation du 01.07.99, n° 97-18990), on estime que les conditions de travail de la victime n'avaient joué aucun rôle dans la survenance de son décès et que la présomption d'imputabilité se trouvait détruite pas la preuve contraire ainsi rapportée. La mort du salarié ne pouvait donc être prise en charge au titre de la législation sur les accidents du travail.

Si la victime, ou ses représentants, ou l'employeur, conteste la décision de la caisse, la procédure suit le schéma suivant :

- ✓ commission de recours amiable
- ✓ tribunal des affaires de sécurité sociale
- ✓ Cour d'appel
- ✓ pourvoi devant la Cour de cassation.

Du point de vue médical, le sujet de contestation reste l'imputabilité du décès à l'accident du travail.

Lorsque la matérialité de l'accident fait défaut, par exemple dans les cas de mort subite au travail, le critère de soudaineté est appliqué non pas à l'accident lui-même mais aux lésions.

Ceci est corroboré par l'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 21.10.65 : « la brusque survenance d'une lésion physique au temps et au lieu du travail constitue par elle-même un accident présumé imputable au travail et cette présomption ne peut être écartée qu'au cas où il est établi que ladite lésion est due à une cause totalement étrangère au travail ». La CPAM doit rapporter la preuve pour écarter la présomption de l'imputabilité que le décès n'a qu'une cause totalement étrangère au travail (Cass. soc. 23.05.02, bulletin 2002, V, n°178). La présomption de l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale est donc une présomption simple qui ne peut être renversée que par la preuve contraire. La preuve contraire consiste pour la CPAM ou l'employeur à démontrer que l'accident est du à une cause totalement étrangère au travail (Cass. civ. 2^e, 31.05.06, n° de pourvoi 04-30606).

La présomption d'imputabilité s'applique pour les décès survenant au lieu et au temps du travail mais également dans un temps voisin. Elle est admise lorsque les premières manifestations de la lésion qui s'est révélée mortelle sont apparues au temps du travail. Ainsi l'arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation du 15.07.1987 décrit le cas d'une personne qui a ressenti un état de fatigue lors du retour d'une mission pour son employeur et qui est décédée d'un infarctus du myocarde la nuit suivante. La Cour de cassation a estimé que « les premières manifestations de la lésion qui devait se révéler mortelle sont apparues lorsque Monsieur X n'avait pas retrouvé sa pleine indépendance puisqu'il était sur le chemin du retour et n'avait pas interrompu sa mission pour un motif uniquement dicté par l'intérêt personnel et indépendant de l'emploi ». La cour de cassation a ainsi statué en faveur de la présomption d'imputabilité. La présomption d'imputabilité du caractère professionnel est quasi irréfragable même si la cause du décès est inconnue. Elle joue en faveur des ayants droits de la victime sauf si

la preuve est démontrée par la caisse que l'accident est dû à une cause totalement étrangère au travail. La Caisse doit donc réunir tous les éléments permettant de dire si le décès pourra être imputable ou non au travail et dû à une cause totalement étrangère au travail ou pas.

Cette présomption est écartée :

- ✓ si l'accident résulte d'une cause totalement étrangère au service, ainsi lorsque l'accident résulte d'un état pathologique préexistant évoluant en dehors de toute relation avec le travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 25 janvier 1990 N°85-15.580, 1990 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, le 17 octobre 1991, 89-20.858, 1991 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 21 mars 1996, N°94-16.497, 1996 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 18 juillet 1996, n°94-20.769, 1996 ; Chambre sociale de la Cour de Cassation, 3 décembre 1998, N°97-12.852, 1998) ;
- ✓ en cas de refus injustifié d'autopsie par les ayants droits (cf supra).

Ce raisonnement est illustré par différents arrêts de la Cour de cassation :

L'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.12.95 décrit ainsi le cas du décès d'une personne qui présentait comme état antérieur une cardiopathie congénitale qui a présenté une mort subite sans notion d'effort mais où les conditions de travail (chaleur, stress, fatigue) auraient joué un rôle déclenchant. La Cour de cassation a estimé que « attendu que c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation que la Cour d'appel a estimé que la Caisse ne démontrait pas que l'accident était due à une cause totalement étrangère au travail ; d'où il suit que le moyen n'est pas fondé ». Le malaise cardiaque a ainsi bénéficié de la présomption d'imputabilité.

L'arrêt suivant de la Cour de cassation du 22.02.96 va encore plus loin puisqu'il n'est pas noté de condition de travail qui aurait joué un facteur déclenchant. Cet arrêt décrit le cas de la mort subite d'une personne qui présentait comme état antérieur une athérosclérose coronaire évoluant à bas bruit avec des conditions de travail normales. Néanmoins il n'a pas été apporté de preuve que la cause du décès soit entièrement étrangère au travail, la Cour de cassation a estimé que « mais attendu qu'appréciant l'ensemble des éléments de preuve qui lui était soumis se référant aux conclusions circonstancielles de l'expertise ordonnée par elle, la cour d'appel a souverainement décidé que la pré-

somption d'imputabilité n'est pas détruite dès lors qu'il n'est pas démontré que le décès était du à une cause entièrement étrangère au travail d'où il suit que le moyen n'est pas fondé ».

Il en est de même lorsque le décès d'un salarié par infarctus avec un état pathologique préexistant de la victime peut avoir été considéré comme de nature à favoriser la lésion au temps et au lieu du travail mais cet état pathologique ne permet pas d'écartier la présomption d'imputabilité. Le décès du salarié par infarctus doit donc être pris en charge en accident du travail (arrêt du 13.02.80 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°79-10186 Enim c/ Molinelli : bull. Civ. V n°138).

Ainsi, dans le cas d'une mort subite au travail, si l'autopsie et une expertise médicale excluent que les circonstances du travail aient pu jouer un rôle dans la mort, la présomption d'imputabilité n'est pas détruite si la Caisse n'apporte pas la preuve que le décès avait une cause entièrement étrangère au travail (Chambre sociale de la Cour de cassation, 14.01.1999, n° 97-12.922, 1999).

Voici des exemples illustrant le cas de la mort d'un salarié due exclusivement à l'état antérieur de celui-ci et qui est sans relation avec le travail ce qui permet de nier la qualification d'accident du travail :

Un arrêt de la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation du 06.04.04 a décrit le cas d'un outilleur victime d'une rupture spontanée d'un anévrisme de l'aorte abdominale ce qui a provoqué un malaise suivi d'un décès sur le lieu du travail (cass. civ.2^e, 06.04.04, n° de pourvoi 02-31182, tps 07.2004, commentaire 233 de Monsieur Prétot).

La Cour de cassation a estimé que le décès résultait « d'un état pathologique antérieur évoluant pour son propre compte et sans aucune relation avec le travail ».

Un autre arrêt du 04.05.072 de la Chambre sociale de la Cour de cassation (cass. soc.04.05.72, bulletin n°318) décrit le cas d'un salarié victime d'un malaise qui avait provoqué une chute au temps et au lieu du travail. Lors du séjour à l'hôpital il a alors été diagnostiquée une tumeur cérébrale qui selon l'expertise était à l'origine du malaise sur le lieu du travail. Le salarié est décédé lors de l'intervention pour l'ablation de cette tumeur. La cour de cassation a estimé que l'état morbide préexistant était la cause exclusive du malaise puis du décès du salarié et que le décès du salarié relève bien d'une cause étrangère au travail. La mort du sala-

rié ne relève donc pas de la législation sur les accidents du travail.

La Cour de cassation rappelle d'autre part régulièrement que l'accident du travail relève de l'appréciation souveraine des juges du fond (cass. soc.11.05.95, bulletin 1995, V, n°155 et cass. civ ; 2^e 22.03.05, bulletin 2005, II n°75).

Les juges de cassation vérifient donc seulement des erreurs manifestes d'appréciation et l'application de la règle de droit et une cour d'appel estime dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation si un salarié rapporte la preuve qui lui incombe de ce qu'il a été victime d'une lésion au temps et au lieu du travail.

Nous n'aborderons pas ici le cas particulier des suicides au travail.

Il existe une situation où la preuve contraire peut être apportée, c'est celle du comportement personnel de la victime qui correspond à une faute intentionnelle. C'est le cas du suicide (Article L.467 du Code de la Sécurité sociale).

g. Le suicide

Dans la pratique l'analyse de la prise en charge éventuelle de chaque acte suicidaire est un cas particulier qui se base sur une nombreuse jurisprudence.

Pour la Caisse, lorsqu'il fait suite à un accident du travail, l'acte suicidaire est pris en charge dans le cadre de cet accident du travail lorsqu'il s'inscrit dans l'enchaînement continu des faits ayant leur origine dans l'accident du travail c'est-à-dire qu'en l'absence de rupture de la chaîne de causalité, la relation directe avec l'accident du travail est reconnue. (Arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 08.01.48 société Winterthur, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19.12.91 CPAM de Boulogne c/ Vasseur, arrêt n°45-58, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation n°258 du 12.01.95).

La relation directe avec l'accident du travail est reconnue même si cette relation n'est que partielle en raison de l'existence d'un éventuel état antérieur sous forme d'antécédent dépressif. (Arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel d'Amiens du 10.12.75).

De même la relation avec l'accident du travail est reconnue même si l'acte suicidaire est survenu que dans un temps assez éloigné mais cependant avant que ne soit prononcée la guérison ou la consolidation (Arrêt

de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Dijon du 07.03.62, Carbonisation Entreprise et Céramique c/ CRAM de Dijon).

La relation directe avec l'accident du travail est reconnue d'autant plus que la sévérité des conséquences de l'accident paraît susceptible d'expliquer le passage à l'acte : amputation d'un membre (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19.12.91 CPAM de Boulogne c/ Vasseur), traumatisme crânien (arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Limoges du 14.02.72, Sommaires de Sécurité sociale n°35 page 435), intensité des douleurs physiques et/ou morales endurées (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 08.01.48 société Winterthur, Commission régionale d'appel de Paris du 01.07.54, arrêt du 07.03.62 Carbonisation Entreprise et Céramique c/ CRAM de Dijon), sévérité du pronostic (arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Reims du 18.12.74, Sommaires de Sécurité sociale n°63, page 3).

L'acte suicidaire est reconnu dans les suites de l'accident du travail s'il n'a pas été un acte réfléchi et conscient mais la conséquence directe selon un processus médicalement reconnu des troubles neuropsychiques de l'accident.

Cet acte suicidaire peut également être reconnu en cas d'acte irréfléchi par la Cour de cassation (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 13.06.79, Houillères du Bassin de Lorraine c/ Portha, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 11.06.81, bulletin civile V – 532, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.04.88 CPAM de l'Essonne c/ Sahabou, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.02.87 CPAM du Lot et Garonne c/ Mme Gri.).

Dans les suites d'un accident du travail, lorsque l'acte suicidaire est survenu après la date de guérison ou de consolidation, l'acte suicidaire fait souvent l'objet d'un refus de prise en charge en accident du travail car le médecin conseil est appelé à statuer en fait sur une demande de rechute. La présomption d'imputabilité n'étant plus opérante, il appartient alors aux ayants droits de prouver la relation entre l'accident du travail et l'acte suicidaire ce qui est difficile (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 13.06.79, Houillères du Bassin de Lorraine c/ Portha, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 11.06.1981, bulletin civil V-132, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.04.88 CPAM de l'Essonne c/ Sahabou, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 26.11.70 Veuve Bassani c/ Houillères du

Bassin du Dauphiné, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 23.01.92, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 07.07.94).

L'acte suicidaire quand il n'a pas été précédé d'un accident du travail, lorsqu'il intervient en temps et au lieu du travail, est reconnu comme accident du travail lorsque c'est un geste de désespoir qui est le résultat d'une impulsion brutale qui s'est emparée de la victime après qu'il ait été l'objet de remontrances de son employeur (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 20.04.88, CPAM de l'Essonne c/ Sahabou, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.02.87 CPAM du Lot et Garonne c/ Mme Gri, arrêt de la Chambre sociale de la Cour d'appel de Riom du 22.02.2000).

Il est également reconnu comme accident du travail lorsqu'il est la conséquence d'une dépression nerveuse en raison d'un travail pénible pour lequel l'assuré n'avait pas été préparé (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 11.06.81, bulletin civil V-132).

L'acte suicidaire n'est pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il est survenu au cours d'un état dépressif en l'absence de tout risque professionnel (travail exécuté le même jour, arrêt de la Cour d'appel de Rennes du 08.05.74).

L'acte suicidaire n'est également pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il est survenu au cours d'un état dépressif chez un salarié soumis à un surmenage professionnel (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.02.87, CPAM Du Lot et Garonne c/ Chauvet). Bien évidemment, l'acte suicidaire n'est pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il est survenu en dehors du temps et du lieu du travail, en l'absence de tout accident du travail (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 04.05.72 veuve M...c/ CPAM de la Manche, veuve M... CPAM de la Sarthe).

L'acte suicidaire n'est également pas reconnu comme accident du travail lorsqu'il s'agit d'un acte volontaire et réfléchi totalement étranger au travail exécuté ce jour là (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 23.09.82 Berneude c/ Tarn et Garonne Mines).

La Cour de cassation refuse de qualifier de suicide comme accident du travail lorsque l'acte est volontaire et réfléchi, même si le geste est réalisé au temps et au lieu du travail, (soc. 13.06.079, bull. civ.V, n°320, Chambre sociale de la Cour de cassation, 23.09.1982,

bull. civ. V, n°525), le considérant alors comme un acte intentionnel.

Pour être qualifié d'accident du travail, le suicide résultant de troubles psychologiques liés au travail doit être le résultat d'une impulsion brutale « dans un moment d'aberration exclusif de tout élément intentionnel » (Soc. 20.04.88, Bull. civ. n°241).

La Cour de cassation distingue ainsi le suicide conscient au suicide inconscient. Le suicide conscient serait le résultat d'une résolution réfléchie d'un individu jouissant de son libre arbitre en état de comprendre la portée de l'acte qu'il commettra. Le suicide inconscient, au contraire, serait le résultat d'une impulsion irraisonnée d'un individu qui n'a plus la pleine possession des ses facultés mentales, dont la volonté de résistance est annihilée au point qu'il se saisis pas la portée morale ni les conséquences de son acte. Les suicides survenant dans les suites de « remontrances de l'employeur dans un moment de désespoir » (soc. 20.04.88, bull. civ. V, n° 241), les suicides, conséquence directe du trouble neuropsychique ou « d'une dépression grave réactionnelle et progressive », dus à un accident (soc.13.06.79, bull. civ. V, n°535 ; soc. 23.09.82, bull. civ. V, n°524 : soc. 19.12.91, RJS, 2/92, n°98), le suicide dans les suites d'un harcèlement moral au travail, de la dégradation des conditions de travail, ferait partie de ce type de suicide inconscient.

Le travail peut ne constituer que le co-facteur d'un état antérieur dépressif ou être l'élément qui a déclenché le geste suicidaire. Ainsi la Cour de cassation a refusé la qualification d'accident du travail aux suicides liés au surmenage et à des difficultés professionnelles parce que la personne concernée était atteinte d'une dépression depuis un certain temps et qu'ainsi elle n'était pas imputable au travail qu'elle exécutait le jour des faits (Soc. 18.10.05, n° 04-30205 ; Soc. 04.02.87, n°85-14594).

h. La dépression

Les dépressions nerveuses occasionnées par le harcèlement moral ou le stress sont plutôt considérées comme des maladies professionnelles que comme des accidents du travail. En effet, le harcèlement moral est la conséquence d'agissements répétés, tandis que le stress est habituellement progressif (Maggi-Germain, le stress au travail, RJS 3/2003, page 191).

Le harcèlement moral est défini par les articles L.1152-1, L.1152-2 et le L.1152-3 du Code du Travail

qui prévoit que « aucun salarié ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

En effet, l'accident du travail exige de prouver un élément de soudaineté. En fait, une action (harcèlement moral ou stress) est considérée comme entraînant un accident du travail, lorsque ses conséquences sur la santé mentale sont brutales, par exemple, lorsque le salarié « craque » sous la pression aboutissant ainsi à une dépression soudaine ou un suicide. La dépression diffuse, forme la plus fréquente des dépressions sera donc plutôt à prendre à charge au titre des maladies professionnelles.

Une dépression, lorsque son caractère soudain est prouvé et qu'elle est apparue à la suite d'un entretien professionnel avec son supérieur hiérarchique, est considérée comme un accident du travail (arrêt n°02-30576 du 01.07.03 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation n°1018 FS-P, CPAM de la Dordogne c/ Ratinaud et a.)

Par contre, lorsqu'il n'existe pas la preuve du caractère soudain de la dépression, l'accident du travail est refusé (arrêt du 24.05.05 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation n°03-30480, n°840 FS-P+B, LIA LIARD c/ CPAM d'Eure et Loire et a.).

Pour renverser la présomption d'imputabilité, dans le cas d'un trouble psychologique post-traumatique, la Caisse primaire doit prouver un état de fragilité mentale préexistant extérieur à l'environnement professionnel.

Des faits avérés de harcèlement moral entraînant un choc émotionnel par exemple, après une violente altercation au téléphone avec un supérieur hiérarchique avec lequel la relation était très dégradée depuis plusieurs mois peuvent entraîner des conséquences psychologiques à type de malaises reconnus comme accident du travail dans les suites de faits avérés de harcèlement moral (Cour d'appel de Versailles, 20.03.00, LPS, 2003, n°2115).

i. L'accident de mission

La mission peut se définir comme un déplacement occasionnel pour le compte de l'employeur aussi bien comme un déplacement habituel inhérent à l'exercice de la profession.

La Cour de cassation par un arrêt du 19.07.01 n°99-21.536, estime que le salarié effectuant une mission a droit à la protection prévue par l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire la protection due aux accidents du travail) pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur peu importe que l'accident soit lié à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf la possibilité pour l'employeur ou la caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel. Cet arrêt décrit le cas d'une personne ingénieur salariée en Chine, victime dans sa chambre d'hôtel d'une hémorragie cérébrale, transportée à l'hôpital local. Il décède 4 jours plus tard. Il ressortait du rapport d'enquête établi par la caisse primaire d'assurance maladie que la personne avait été retrouvée inanimée dans la salle de bain de sa chambre d'hôtel à 8h du matin. Le rapport signalait que le salarié disposait d'un local situé dans l'usine chinoise pour y effectuer son travail. Ce rapport mentionnait que l'ensemble du travail était déjà effectué de sorte que la personne n'avait aucune tâche à accomplir dans sa chambre d'hôtel. L'accident était survenu dans la salle de bain après qu'il eut pris son petit déjeuner. La cour de cassation a estimé que c'était à l'employeur de rapporter la preuve qu'au moment de son accident le salarié avait interrompu sa mission pour motif personnel.

Elle estimait que l'employeur ne rapportait pas la preuve qu'au moment de son accident la personne avait interrompu sa mission pour un motif personnel ni que la lésion dont il est décédé avait une cause totalement étrangère au travail.

Un arrêt de la Cour de cassation du même 19.07.01 n°99-20.603, illustre la même théorie adoptée par la Cour de cassation. Elle décrit le cas d'une personne envoyée pour une mission de plusieurs jours à Paris afin d'y procéder à la livraison et à l'installation de mobilier auprès de divers clients qui est retrouvée morte le 22.12.95 dans la chambre d'hôtel où elle demeurait après sa journée de travail. La cour de cassation estimait que « le salarié effectuant une mission a le droit à la protection prévue par l'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire la protection due aux accidents du travail) pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur, peu importe que l'accident soit lié à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf la possibilité pour l'employeur ou la caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel ».

Cette preuve apparaît extrêmement difficile à rapporter devant une telle présomption.

La pause déjeuner n'est pas considérée comme une interruption de la mission (arrêt du 12.12.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°01-20516, n°3847 FS-P, bull. Civ. V n°381).

Cette même théorie est illustrée par un arrêt du 01.07.03 de la 2^e chambre civile de la Cour de cassation concernant un décès survenu au cours d'un trajet de mission.

La cour a estimé que le décès survenu en cours de trajet de mission devait s'analyser comme un accident du travail et non comme un accident de trajet en se basant sur les arrêts de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 19.07.01 qui avaient consacré la nouvelle définition de l'accident survenu au salarié en mission décrite ci-dessus et rappelée ci-dessous « le salarié en mission a droit à la protection prévue par l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale (c'est-à-dire la protection due aux accidents du travail) pendant tout le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur peu importe que l'accident soit lié à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante sauf la possibilité pour l'employeur ou la caisse de rapporter la preuve que le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel.

La Cour de cassation marque ainsi sa volonté de ne faire aucune distinction quant au lieu du travail, objet de la mission ou du trajet. Dans ce cas elle ne distingue plus l'accident du travail de l'accident du trajet. La conséquence pour la victime en est le bénéfice de la présomption d'imputabilité au titre de l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale, c'est à l'employeur d'avoir la charge de la preuve que le salarié se livrait à une occupation personnelle sans lien avec le travail. D'autre part, il n'y a plus à établir de distinction entre une mission ponctuelle confiée au salarié et le déplacement habituel inhérent à certaines professions telles que VRP, pilotes...

Cet arrêt de la cour de cassation confirme l'arrêt du 12.05.03 de la 2^e chambre civile de la cour de cassation, (n°01-20968) concernant un accident mortel de circulation d'un salarié envoyé en mission venant de quitter son domicile pour rejoindre le site où il doit exercer ses fonctions. Cet arrêt du 12.05.03 estimait que l'accident mortel de la circulation survenu auprès du trajet accompli par le salarié pour ce rendre de son domicile à son lieu de mission lorsqu'il est placé sous l'autorité de son employeur est un accident du travail.

2. L'accident de trajet

Un accident de trajet se définit comme un accident qui se produit sur l'itinéraire protégé défini par l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale.

L'article L.411-2 du Code de la sécurité sociale stipule que « est également considéré comme accident du travail lorsque la victime ou ses ayants droits apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu par le présent livre durant le trajet d'aller et de retour entre deux points :

- 1) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;
- 2) le lieu du travail et le restaurant, la cantine et d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi ».

Ce que l'on appelle communément accident de trajet est un évènement considéré comme accident du travail au titre de l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Il obéit à un mode de réparation particulière (article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale).

La présomption d'origine n'existe pas pour les accidents de trajet. C'est toujours à la victime d'apporter la preuve qu'il s'agit d'un accident de trajet. Il est donc primordial d'avoir des témoins.

Cependant, lorsque l'enquête de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie permet de disposer de présomptions suffisantes, la preuve de l'accident de trajet est réputée établie. Ainsi, si l'enquête démontre que l'accident s'est produit sur l'itinéraire normal et au temps normal du trajet, cet accident est considéré comme un accident du trajet (article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale, arrêt du 08.07.80 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, n°79-12538 : bull. civ. V n°623).

La Cour de Cassation ne contrôle plus depuis larrêt du 16 mars 1995, (Revue de jurisprudence sociale, 5 / 95, N° 574) , la qualification d'accident du travail retenue par les juges du fond (arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 12 octobre 1995 (Revue de jurisprudence sociale, 11/ 95, N° 1179). Les juges du fond, le tribunal des affaires de Sécurité Sociale et la cour d'appel décident donc souverainement, en fonction des circonstances de la cause, si l'accident constitue un accident du trajet.

a. L'itinéraire protégé

aa. Les extrémités de l'itinéraire protégé

L'itinéraire protégé défini par l'article L. 411-2 du code de la Sécurité Sociale constitue un critère nécessaire de l'accident de trajet.

En effet, l'accident doit se produire sur cet itinéraire protégé délimité par des extrémités que sont :

- 1°) le lieu de travail et :
- 2°)
- la résidence principale ou une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rendrait pour motif d'ordre familial (lieu alors considéré comme une résidence principale ou secondaire) ou
- le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas (tout établissement où la consommation de nourriture sur place est autorisée : brasserie, traiteur, charcuterie..., jardin public où un salarié prend tous les jours son repas qu'il a préparé, mais pas un lieu où sont pris les accessoires d'un repas : café par exemple) ou
- tout lieu où le travailleur se rend pour des motifs d'ordre familial (article L. 411 du Code de la Sécurité Sociale).

Pour la jurisprudence, ce lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial peut être assimilé à une résidence principale ou secondaire.

Ainsi est considéré comme un accident de trajet, l'accident survenu à un salarié alors qu'il se dirigeait chez ses parents après son travail comme à son habitude (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 11 juin 1998, N°96-22.519).

En effet, ce salarié se rendait chez ses parents pour aider sa mère dans les soins prodigués à son père malade, dans le strict cadre de l'obligation de secours des enfants au profit de leur descendant.

bb. Le parcours normal

L'itinéraire n'est considéré comme protégé que s'il correspond à un parcours normal effectué dans un temps normal. L'itinéraire considéré comme normal pour la définition du trajet protégé est normalement l'itinéraire habituel et le plus court.

Ceci exclut qu'il soit détourné ou interrompu pour un motif dicté par l'intérêt personnel, étranger aux nécessités essentielles de la vie courante. Cet itinéraire protégé doit avoir un lien de causalité avec le travail.

Suivant l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale, le parcours ne doit pas avoir été « interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi ».

Ainsi, lorsque le salarié interrompt le trajet ou s'en détourne, il cesse d'être couvert au titre de l'accident du trajet. D'autre part, l'accident qui se produit pendant l'interruption du trajet, n'est pas considéré comme un accident de trajet.

Le détour se définit comme un allongement du trajet normal, sans constituer un trajet distinct car les extrémités du trajet ne sont modifiées. Ainsi, l'accident de trajet n'est couvert que s'il se produit sur l'itinéraire le plus court. Toutefois, il est admis que le salarié puisse choisir un itinéraire plus long pour éviter des encombres ou une voie dangereuse (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 4-2-1987, n°85-13.059, 1987), il peut aussi se détourner de l'itinéraire le plus direct afin de conduire son conjoint à son lieu de travail.

Les actes se rapportant aux nécessités de la vie courante légitiment l'interruption ou le détournement du trajet dans le cadre de la reconnaissance d'un accident de trajet. Le parcours accompli sera considéré comme un trajet normal.

La jurisprudence a énuméré les différents actes pouvant être considérés comme essentiels à la vie courante :

- ✓ activités à caractère domestique : achats de denrées alimentaires ou d'un journal

- ✓ démarches administratives nécessaires à la vie courante (par exemple se rendre à la banque pour retirer de l'argent ou se rendre au centre des impôts pour déposer une déclaration fiscale)
- ✓ la vie familiale : par exemple, détour pour déposer sa conjointe à son lieu de travail, conduite de ses enfants à l'école
- ✓ soins médicaux : par exemple, le détour pour demander à un médecin de soigner un conjoint malade à domicile, achat de médicaments, passage à la maternité où son épouse vient d'accoucher
- ✓ détente dans un café lorsqu'il est justifié par les conditions particulières où se trouve le salarié au cours de son travail et lorsqu'il n'est pas commandé par les simples usages de la camaraderie ou par les convenances personnelles
- ✓ obligation légale d'assistance à personne en danger (par exemple, interruption du trajet pour sauver une personne en train de se noyer dans un canal proche du trajet entrepris).

cc. Le temps normal

Il ne suffit pas que l'accident survienne sur l'itinéraire normal, il doit également avoir lieu dans le temps normal du trajet, c'est-à-dire dans un temps proche de celui auquel il va occuper son emploi ou de celui auquel il a quitté son emploi. Le « temps normal », critère du trajet protégé, se définit par un temps normal par rapport aux horaires de l'entreprise, compte tenu de la longueur, de la difficulté du trajet et du moyen de transport utilisé ; ainsi est considéré comme un temps normal, un léger retard par rapport à l'horaire normal dû à un encombrement (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 30 novembre 1977, N°76-13.468, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 5^e partie, p. 532) ou le départ prématuré du salarié de son domicile afin d'arriver à l'heure (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 28 juin 1989, N°86-18.907).

Ainsi, n'a pas été considéré comme accident de trajet, un accident survenu à un salarié qui a commencé son trajet de retour 50 mn après la cessation du travail du fait d'une conversation prolongée avec un collègue de travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation le 17 mai 1972, N°71-13.062, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambre civile, 5^e partie, p. 335).

b. La nécessité d'un lien de causalité entre le trajet et le travail

Le parcours du trajet doit être en rapport direct et immédiat avec le travail qui va avoir lieu pour que l'accident soit reconnu comme accident de trajet. Il est à noter que le déplacement du salarié pour se rendre ou revenir d'une réunion du comité d'entreprise ou des commissions qui en dépendent est bien en relation avec le travail (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 14 janvier 1954, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 4^e partie, p. 17, 1954).

Par contre, l'assistance à une réunion syndicale n'est pas considérée dans le cadre de l'exécution du contrat de travail et ainsi un accident survenant sur le trajet à ce moment ne pourra pas être pris en compte comme accident de trajet.

c. La présomption d'imputabilité dans la preuve d'accident de trajet

Selon l'article L.411-2 du code de la Sécurité Sociale, si l'enquête diligentée par la Caisse primaire d'assurance maladie ne permet pas à cette dernière de disposer de présomptions suffisantes d'imputabilité pour cet accident, la victime ou ses ayants droits doivent apporter la preuve que les éléments constitutifs de l'accident de trajet sont réunis. Ainsi, en général, si la preuve que l'accident se produit sur l'itinéraire normal au temps normal du trajet est bien établie, cet accident est considéré comme un accident de trajet.

Ces définitions conditionnent les problèmes auxquels on est confronté lors de ces accidents de trajet : l'accident peut ne pas être considéré comme un accident de trajet pour les motifs ci-dessus. Il ne s'agit pas alors d'un accident du travail.

Enfin, il faut savoir les différences entre accident de travail pur et accident de trajet. La distinction entre les accidents du travail et les accidents de trajet ont des conséquences importantes sur les cotisations d'accident de travail payées par l'entreprise et sur la protection de l'emploi des victimes. En revanche, elle est sans conséquence pour l'indemnisation des victimes au regard de la Sécurité Sociale.

d. La cotisation des entreprises

Le nombre des accidents de trajet n'a aucune incidence sur le taux des accidents du travail. En revanche,

la cotisation d'accidents du travail est déterminée en fonction du risque dans la branche d'activité concernée et du nombre d'accidents du travail dans l'entreprise.

La tarification accident du travail de l'entreprise n'est pas affectée par la survenue d'un accident du trajet.

e. La protection de l'emploi

Les textes du droit du travail qui protègent les accidentés du travail ne s'appliquent pas aux victimes d'accident de trajet. Ainsi, l'interdiction de licenciement d'un salarié pendant l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle, pendant la durée du stage de réadaptation de rééducation, de formation professionnelle rendue nécessaire par l'accident et pendant les délais d'attente n'a pas lieu d'être respectée pour les accidents du trajet.

L'obligation lors des accidents de travail purs pour l'employeur à chercher à reclasser le salarié dans l'entreprise lorsqu'il est déclaré inapte à retrouver son emploi initial par le médecin du travail n'a pas à être respectée.

f. Indemnisation de la victime

La victime d'un accident de trajet reçoit les mêmes prestations de la Sécurité Sociale que les victimes d'un accident de travail.

La reconnaissance d'un accident du trajet permettra à la victime de demander au-delà des prestations du régime accident du travail, un complément d'indemnisation (préjudice douloureux, esthétique, d'agrément et moral pour les accidents de trajet mortels) au responsable de l'accident même si celui-ci appartiennent à la même entreprise que lui, faculté qui lui est refusée s'il s'agit d'un accident du travail.

3. L'évolution de l'accident du travail

a. La guérison

La guérison se définit par la disparition des lésions occasionnées par l'accident, il n'existe plus d'incapacité permanente qui puisse être la conséquence de l'accident du travail. Des rechutes sont néanmoins toujours possibles (voir l'encadré n° 1).

b. La consolidation

La consolidation se définit soit par la guérison sans séquelle, soit la stabilisation définitive de l'état de la victime même s'il existe encore des troubles (Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, Chambre sociale de la Cour de Cassation, Arrêt du 14.02.1974 N° 73 - 11.167, 5^e partie, page 106).

La lettre ministérielle du 23 avril 1951 parue dans le bulletin juridique de l'union des caisses nationales de Sécurité Sociale 51 - 36, G1, définit la consolidation comme le moment où, à la suite de l'état transitoire qui constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible de prescrire un certain degré d'incapacité per-

manente consécutif à l'accident, sous réserve des rechutes et des révisions possibles.

La décision de consolidation peut se dérouler dans deux circonstances différentes. Elle peut se faire après rédaction du certificat final descriptif rédigé par le médecin traitant qui fixe une date de consolidation. La Caisse prend alors une décision après réception de ce certificat et après avis du médecin conseil (lettre ministérielle du 31.12.57, bulletin juridique de l'UCANSS 58 - 12, G1).

Lorsque le médecin traitant n'a pas rédigé de certificat médical final descriptif, la Caisse peut fixer une date qu'elle considère comme celle de la guérison ou de la consolidation après avis du médecin conseil. Cette décision de la Caisse est envoyée à la victime de l'accident de travail par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception et au médecin traitant par lettre simple.

Encadré 1

Modèle de lettre de contestation de la date de guérison fixée par la Caisse primaire d'assurance maladie.

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Adresse de l'organisme ayant notifié le refus

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf :

N°SS :

Objet : Contestation de la date de guérison – Demande de rente.

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné....., profession, de nationalité..... né le..... à, demeurant à, conteste la décision notifiée par votre lettre du....., me signifiant la date de guérison suite à mon accident du travail (1) (ma maladie professionnelle) du

En effet, bien que mon état de santé me permette de reprendre le travail, j'estime en accord avec mon médecin traitant, voir certificat médical ci-joint, qu'il subsiste une incapacité partielle permanente.

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté.

PJ : la décision contestée.

Ceci survient essentiellement après un contrôle médical lorsque le médecin traitant n'a pas encore adressé le certificat final descriptif à la Caisse primaire et que le médecin conseil considère la victime comme en état de reprendre le travail ou que son état est consolidé ou guéri. Le médecin conseil fait alors transmettre son avis à la Caisse primaire. Cette dernière se prononce, notifie sa décision de cesser la paiement des indemnités journalières à l'assuré, considérant qu'il peut reprendre son travail.

La Caisse primaire après avis du médecin conseil est en droit de fixer une date de consolidation et de considérer les séquelles comme non indemnisables même sans que le patient ait été examiné par le médecin conseil. Dans ce cas si le patient désire contester la consolidation il doit demander la mise en œuvre de la procédure d'expertise médicale dont les modalités fixées par l'article L.141-1 du code de la Sécurité Sociale. Si le patient considère que ses séquelles sont indemnisables il doit formuler une réclamation auprès de la Caisse primaire qui prévoira alors un examen cli-

nique par le médecin conseil chargé d'évaluer les incapacités permanentes.

Dans ce dernier cas, lorsque la consolidation ou la guérison est décidée d'autorité par la Caisse primaire, la victime de l'accident du travail peut entamer un contentieux en sollicitant une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale (voir l'encadré n° 2).

Dans les deux cas décrits ci-dessus, après la rédaction du rapport rédigé par le médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie, cette dernière se prononce sur l'existence d'une IPP et le cas échéant sur le taux de celle-ci et le montant de la rente. La décision est immédiatement notifiée par la Caisse à la victime ou à ses ayants droits par lettre recommandée avec de réception. La notification adressée à la victime ou à ses ayants droits invite ceux-ci à faire connaître à la Caisse dans un délai de 10 jours s'ils demandent l'envoi, soit à eux-mêmes, soit au médecin qu'ils désignent à cet effet, la copie du rapport médical.

Encadré 2

Modèle de lettre de contestation de la décision de guérison ou de consolidation d'un accident du travail par la victime.

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Adresse de l'organisme ayant notifié le refus

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf :

N°SS :

Objet : Contestation de la date de guérison ou de consolidation.

Monsieur le Chef de Service,

Je soussigné....., profession, de nationalité..... né le..... à, demeurant à, conteste la décision notifiée par votre lettre du....., me signalant la date de consolidation pour mon AT du.....

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté.

PJ : la décision contestée.

B. LE CONTENTIEUX DE LA RECONNAISSANCE DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Le caractère professionnel de l'accident peut aussi bien être contesté aussi bien par la caisse primaire d'assurance maladie que par l'employeur. Cette contestation est réglementée par les articles R. 441-10 à R. 441-16 du Code de la sécurité sociale.

1. Contestation du caractère professionnel de l'accident par la Caisse primaire d'assurance maladie

a. *La procédure de contestation majoritairement en vigueur depuis le 1-7-1999*

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie dispose d'un délai de 30 jours pour les accidents du travail à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de la déclaration de l'accident ou de 3 mois en cas de maladie professionnelle pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie professionnelle.(confère le décret N°99-323 du 27 avril 1999 paru au Journal Officiel du 29 avril 1999, l'article R.441-10 du Code de la sécurité sociale). Les dispositions s'appliquent aux déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle parvenues aux organismes sociaux à compter du 1^{er} juillet 1999. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie adresse à la victime un accusé de réception de la déclaration de l'accident ou de la maladie professionnelle notant les délais au bout desquels, il y a décision implicite de la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle si la caisse n'a pas rendu sa décision.

En l'absence de décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'expiration des délais suscités, il y a décision de reconnaissance implicite. Le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

Une procédure de prolongation de délai reconnue comme exceptionnelle survient lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie constate qu'il est matériellement impossible de se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie déclarée avant l'expiration des délais suscités de 30 jours en accident du travail et de 3 mois en maladie professionnelle (article R.441-14 du Code de la sécurité sociale).

La caisse avertit alors la victime, ses ayants droits et l'employeur par lettre recommandée avec accusé de réception la prolongation du délai. La date d'envoi de cette lettre recommandée met fin au délai normal d'instruction et marque le point de départ du délai dit complémentaire. Cette lettre doit informer clairement ses destinataires des raisons pour lesquelles la demande n'a pu être instruite dans les délais fixés.

Après ce délai complémentaire de 2 mois en accident du travail et de 3 mois dans le cadre de la maladie professionnelle, la Caisse Primaire doit rendre sa décision. A défaut il y a décision de reconnaissance implicite du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

L'administration dans sa circulaire DSS / AT-MP N° 99 / 316 du 1^{er} juin 1999, parue au BOMES (Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi Et de la Solidarité) N° 99 / 24 du 3.07.99, insiste sur le fait que cette prolongation doit rester exceptionnelle et ne peut en aucun cas être systématique.

Cette accélération du traitement du dossier stipulée par l'article R.441 - du Code de la sécurité sociale a été précisée par une circulaire de la CNAMTS / DRP N° 18 / 99 ENSM N° 21 / 99 du 20.05.99.

Lorsque la victime ou ses ayants droits remettent un certificat médical à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui établit que la blessure peut entraîner la mort ou une incapacité permanente totale de travail, ou lorsque la victime est décédée, la Caisse Primaire doit dans les 24 heures faire procéder une enquête par un agent assermenté qui ne pourra en aucun cas appartenir au personnel de la Caisse Primaire ou de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie. Cette enquête aura pour but de rechercher en particulier les circonstances de l'accident, la nature des lésions, les éléments de nature à permettre à la Caisse Primaire de statuer sur le caractère professionnel de l'accident.

L'enquête doit être terminée dans les 15 jours après réception des certificats médicaux. Le procès verbal d'enquête est déposé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie où il est envoyé. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie envoie à la victime ou à ses ayants droits ainsi qu'à l'employeur, ce procès verbal d'enquête et les informe qu'ils peuvent en prendre connaissance durant 5 jours.

La Caisse peut également procéder à une enquête administrative par ses propres agents assermentés afin de vérifier les dires des victimes ou des témoins (article L.441-3 du code de la Sécurité Sociale).

Au terme de l'instruction, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie notifie sa décision à la victime ou à ses ayants droits avec un double pour information à l'employeur et au médecin traitant.

Il peut s'agir d'une notification de rejet avec refus de l'accident au titre de la Législation professionnelle ou d'une reconnaissance de la nature professionnelle de l'accident.

Dans cette notification la caisse indique les voies de recours qui sont ouvertes à la victime.

Il peut s'agir d'une saisine de la commission de recours amiable, si la décision de la caisse repose sur un motif d'ordre purement administratif. La victime dispose d'un délai de 2 mois pour former un recours devant la Commission de Recours Amiable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (voir l'encadré n° 3).

Il peut s'agir également d'un recours à une expertise médicale si le rejet de la caisse a été porté pour un motif d'ordre médical. La décision de la caisse est également portée pour information au médecin traitant.

Dans le premier cas, en cas de saisine de recours de la commission amiable et si le recours a été rejeté,

la victime dispose d'un délai de deux mois après notification du rejet pour saisir le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Là encore en cas de rejet de son recours elle dispose d'un mois pour faire appel devant la Cour d'appel.

En cas de nouveau d'un rejet, elle dispose d'un délai de deux mois après notification de l'arrêt pour se pourvoir en cassation devant la Cour de cassation.

Dans le deuxième cas, si l'expertise médicale est en défaveur de la victime, et après notification de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie qui prend acte des conclusions de l'expertise, la victime peut également entamer une procédure devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale comme pour toute expertise médicale.

b. La procédure ancienne dite de contestation préalable

La procédure ancienne dite de contestation préalable, c'est à dire le système antérieur au décret du 27 avril 1999 N°99-323 paru au Journal Officiel du

Encadré 3

A titre d'exemple, modèle de lettre de recours devant la Commission de Recours Amiable :

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Recommandée avec A.R.

Objet : Contestation sur le caractère professionnel d'un A.T., d'une M.P. ou d'un Accident de Trajet

Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de.....

Je soussigné....., né le....., demeurant à..... conteste la décision notifiée par votre lettre du..... refusant de prendre en compte mon accident du..... comme un accident du travail.

Je vous prie de trouver, ci-joint, des témoignages attestant bien que cet accident est survenu à l'occasion (du travail) – (du trajet).

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir porter ma contestation devant la Commission de Recours Amiable compétente.

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de....., l'expression de mes salutations distinguées.

Nom et signature de l'accidenté

29 avril 1999 perdure pour certains cas peu nombreux (article R.441-10 du code de la Sécurité Sociale). Cette procédure concerne les décès survenus au moins 10 ans après l'attribution d'une rente complétée de la majoration « tierce personne » et pour lesquelles un ayant droit qui a joué le rôle de tierce personne désire bénéficier d'une rente de survivant et se prévaloir à cette fin de la présomption d'imputabilité du décès à l'accident ou à la maladie. La Caisse peut dans ce cas contester l'imputabilité du décès dans le délai de 20 jours. Enfin, cette procédure dite de contestation préalable s'applique toujours aux déclarations parvenues aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie avant le 1^{er} juillet 1999. Il est donc utile de rappeler ces modalités.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie disposaient dans ces systèmes antérieurs au décret du 27 avril 1999, d'un délai limité à 20 jours pour les accidents du travail et à 60 jours pour les maladies professionnelles pour prendre une décision de reconnaissance ou de rejet du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.

Si la caisse désire contester le caractère professionnel d'un accident, elle doit en informer par écrit la victime de l'accident et l'employeur dans un délai de 20 jours. Ce délai de 20 jours court à partir de la date à laquelle la caisse primaire d'assurance maladie a eu connaissance de l'accident. La caisse doit donc envoyer l'avis de contestation dans ce délai de 20 jours mais, néanmoins, il n'est pas obligatoire que cet avis soit parvenu à l'intéressé dans ce même délai de 20 jours (Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, cinquième partie, 24.02.1972, n° 158, 1972).

Si la contestation ne survient pas dans ce délai de 20 jours, le caractère professionnel de l'accident est considéré comme établi vis à vis de la victime.

Cette même réglementation est applicable pour la contestation du caractère professionnel de la rechute d'un accident du travail.

La Caisse Primaire pouvait annuler la contrainte de ce délai en ayant recours à la procédure dite de « contestation préalable » prévue à l'article R. 441-10 du Code de la Sécurité Sociale. Dans le cadre d'un accident du travail, la caisse qui désirait contester le caractère professionnel de l'accident devait en informer par écrit la victime et l'employeur dans un délai de 20 jours, ceci dans une lettre recommandée avec avis de réception. Ce délai de 20 jours court à partir de la réception de la déclaration de l'accident du travail, de même dans le

cadre de la déclaration d'une maladie professionnelle, la Caisse doit en informer par écrit la victime et l'employeur dans un délai de 60 jours à partir de la date où elle a eu connaissance de la déclaration de la maladie professionnelle.

En cas de contestation par la caisse primaire d'assurance maladie du caractère professionnel de l'accident, la caisse envoie avant décision, en l'absence d'enquête légale, un questionnaire simultanément à l'employeur et à la victime ou procède à une enquête auprès des intéressés.

La caisse constitue à cet effet un dossier qui contient en particulier les constatations qu'elle a effectuées, les informations recueillies de la part de chacune des parties et éventuellement le rapport des experts techniques. Lorsque ce dossier est considéré comme clos par la caisse primaire France qu'aucun élément nouveau ne peut plus intervenir, la caisse en informe les parties qui ont alors la possibilité de consulter ce dossier pendant un délai fixé à deux semaines (Lettre ministérielle du 17.02.1986, Circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 1921/86, Bulletin juridique de l'union des caisses nationales de sécurité sociale 86-29 du 15.04.1986). Après consultation de ce dossier la victime et l'employeur peuvent apporter leurs observations.

A la fin de l'enquête la décision motivée de la caisse est notifiée à la victime. En cas de refus de la caisse, le double de la notification est envoyé pour information à l'employeur. Dans cette notification la caisse indique les voies de recours qui sont ouvertes à la victime.

Il peut s'agir d'une saisine de la commission de recours amiable, si la décision de la caisse repose sur un motif d'ordre purement administratif. Aucun délai n'est alors prévu par les textes pour saisir cette commission de recours amiable.

Il peut s'agir également d'un recours à une expertise médicale si le rejet de la caisse a été porté pour un motif d'ordre médical. La décision de la caisse est également portée pour information au médecin traitant.

Dans le premier cas, en cas de saisine de recours de la commission amiable et si le recours a été rejeté, la victime dispose d'un délai de deux mois après notification du rejet pour saisir le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Là encore en cas de rejet de son recours elle dispose d'un mois pour faire appel devant la Cour d'appel.

En cas de nouveau d'un rejet, elle dispose d'un délai de deux mois après notification de l'arrêt pour se pourvoir en cassation devant la Cour de cassation.

Dans le deuxième cas, si l'expertise médicale est en défaveur de la victime, et après notification de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie qui prend acte des conclusions de l'expertise, la victime peut également entamer une procédure devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale comme pour toute expertise médicale.

2. Contestation du caractère professionnel de l'accident par l'employeur

L'employeur peut contester le caractère professionnel d'un accident lorsque la décision de la Caisse de prendre en charge un accident à titre professionnel ne lui est pas opposable (Chambre sociale de la Cour de la cassation, 23.11.1983, Bulletin des arrêts de la cour de Cassation, chambres civiles, cinquième partie, page 405, 1983).

Il peut alors saisir la commission de recours amiable (sans délai de forclusion), puis en cas d'échec, le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale.

L'employeur peut donc contester devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale cette qualification du caractère professionnel de cet accident même s'il a déjà été reconnu par la Caisse primaire d'assurance maladie (Amiens, deuxième Chambre Sociale, 13.04.1994; Bulletin d'informations bimensuel de la Cour de cassation, 01.08.1994, n° 864, page 24). Il devra alors détruire la présomption d'imputabilité. A ce titre il convient de rappeler le principe de l'indépendance des rapports employeur – salarié. En effet si l'employeur a contesté avec succès le caractère professionnel de l'accident du travail, son recours n'a pas d'incidence sur les rapports entre la victime et la caisse. Ce principe a été établi par la jurisprudence dans le but de protéger la victime d'un accident du travail.

Cependant, a contrario, lorsque le Tribunal des affaires de sécurité sociale reconnaît le caractère professionnel d'un accident contesté initialement par la caisse primaire d'assurance maladie, la décision du tribunal à laquelle l'employeur n'est pas partie entraîne néanmoins une majoration des cotisations, même si ce jugement n'est pas opposable à l'employeur (Odile Godard, Juris-Classeur Périodique – La Semaine juridique – Cahiers de droit de l'entreprise, Edition entre-

prise, II, Etudes et commentaires, n°8, 22.02.1990, 15. 707, p 127 - 129).

Au stade initial, lors de la déclaration de l'accident du travail par la victime, l'employeur peut déjà agir en assortissant sa déclaration de réserves en espérant ainsi inciter la caisse primaire d'assurance maladie à mener une enquête administrative.

Egalement dans le délai de 30 jours après la déclaration initiale de l'accident du travail par la victime, l'employeur peut formuler des réserves pendant l'instruction du dossier par la Caisse (articles R.441 – 11 et R.441 – 12 du Code de la Sécurité Sociale). En effet, la Caisse primaire doit communiquer à sa demande, à l'employeur, tout ou partie du dossier car la Caisse primaire doit assurer l'information de la victime, de ses ayant – droit, et de l'employeur sur la procédure d'instruction et les points susceptibles de leur faire grief.

Enfin, lorsque le délai de 30 jours est passé et que la caisse n'a pas contesté le caractère professionnel de l'accident du travail, et que le caractère professionnel de l'accident a été considéré comme établi à l'égard de la victime, l'employeur peut saisir sans aucun délai de forclusion la commission de recours amiable, puis ensuite le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Outre la possibilité de contestation à titre principal, l'employeur peut agir par la voie de la tierce opposition. Il peut ainsi faire tierce opposition à un arrêt faisant droit à un recours de la victime contre une décision de la caisse primaire d'assurance maladie qui refusait de prendre en charge un accident au titre du régime des accidents du travail.

L'employeur peut également agir par la voie de l'intervention volontaire lorsqu'il apprend un recours de la victime de l'accident contre une décision de la caisse primaire d'assurance maladie ne lui accordant pas le bénéfice de la législation sur les accidents du travail.

Enfin, l'employeur peut déposer un recours devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNIT, section tarification).

La CNIT renverra alors souvent les parties devant le contentieux général de la sécurité sociale avant de juger le contentieux de la tarification. Il est alors conseillé à l'employeur de déposer deux types de recours :

le premier contre la décision de la caisse ayant admis le caractère professionnel de l'accident par un recours devant la commission de recours amiable de la caisse

primaire d'assurance maladie puis devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

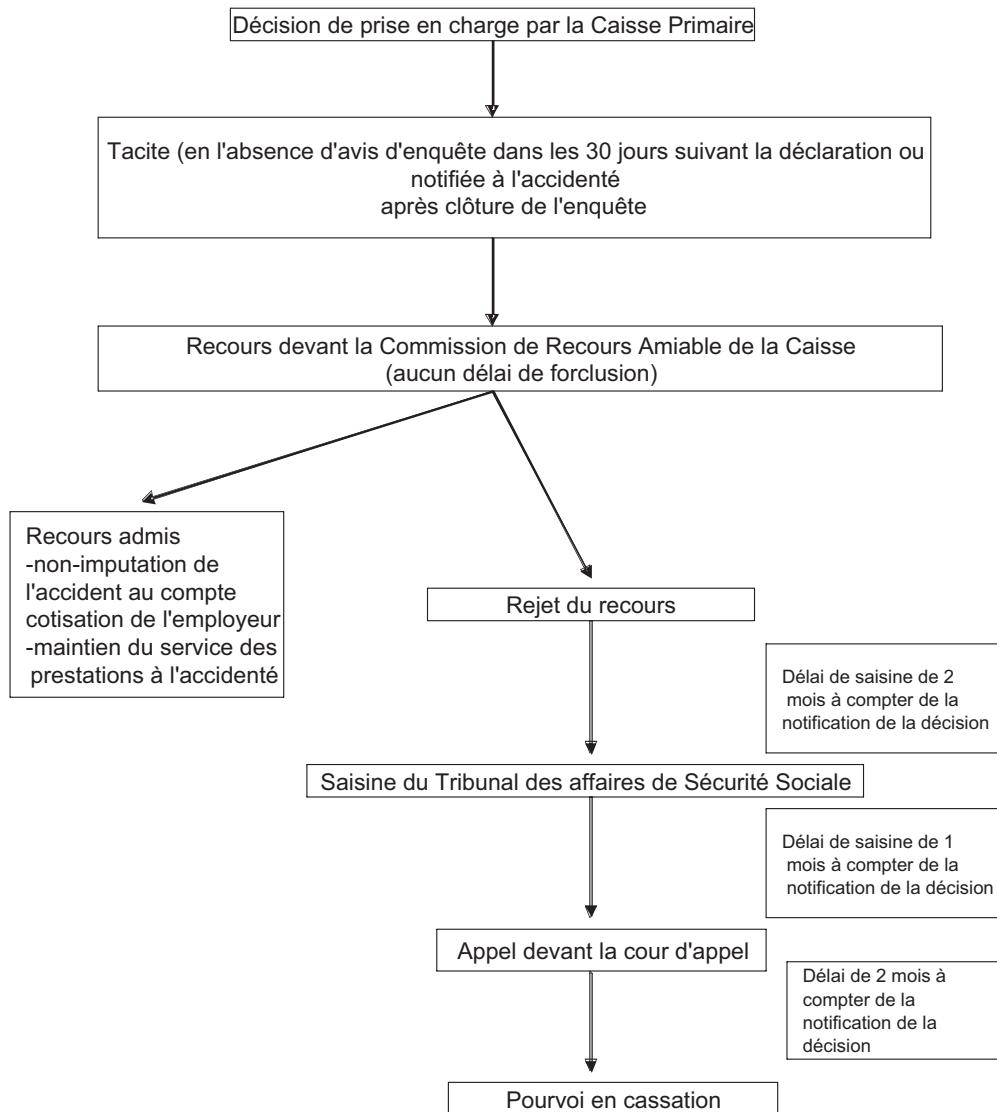
Un deuxième contre la décision de la caisse régionale d'assurance maladie qui calcule le taux de cotisation des accidents du travail en fonction de l'accident contesté, devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, section tarification (sur la procédure devant la CNITAAT, voir Pierchon M. : Guide du contentieux de la Sécurité Sociale. Paris, Editions Cedat, 3^e édition, 2001, p 26 et suivantes) (voir la figure ci-dessous).

C. LE CONTENTIEUX DE LA RECHUTE ET DE L'AGGRAVATION DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL

1. Définitions de la rechute de l'accident du travail et des termes annexes

a. Définition du *Code de la Sécurité Sociale de la rechute*

Suivant l'article L.443-2 du code de la Sécurité Sociale, « si l'aggravation de la lésion entraîne pour



Contentieux de la reconnaissance de l'accident du travail (recours de l'employeur)

la victime d'un accident du travail la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non nouvelle incapacité temporaire, la caisse primaire d'assurance maladie statue sur la prise en charge de la rechute ». Cet article pose le problème de la définition de la rechute d'un accident du travail.

En effet, le code de la Sécurité Sociale ne définit pas de façon péremptoire le terme de rechute.

Il peut y avoir rechute sans nouvelle incapacité temporaire (article L.443-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Selon l'article L.443-1 du code de la Sécurité Sociale, « sous réserve des dispositions du 2^e alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente et de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation de réparation ».

b. Définition de la jurisprudence de la rechute

La jurisprudence éclaire cette notion en stipulant que « la rechute s'étend de toute récidive subite et naturelle de l'affection précédente survenant sans intervention d'une cause extérieure » (Cour d'appel de Douai, 20 novembre 1993, CPAM de LENSHORN c / Hulmann, Sommaires de Sécurité Sociale N°252, février 1994, page 4987).

« Seuls sont pris en charge au titre de rechute d'accident du travail les troubles nés d'une aggravation, même temporaire des séquelles de l'accident, et non ceux qui ne constituent qu'une manifestation de ces séquelles » (arrêt du 30 mai 1996 n°2470 D de la Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêts du 18 juillet 1986 n°3560 D, 3561 D et 3562 D de la Chambre sociale de la Cour de Cassation).

Les arrêts de travail de la victime constituent un argument en faveur de la reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail puisque la jurisprudence signale également que « la rechute constitue toute conséquence d'une blessure, qui après consolidation, contraint la victime à interrompre à nouveau son activité professionnelle, et ce, peu important que les troubles ayant entraîné cette interruption, aient été pris en compte pour déterminer le taux d'IPP ». (Chambre sociale de la Cour de Cassation, 15 octobre 1992, Sommaires de Sécurité Sociale, N°244, avril 1993, page 4857).

En faveur de cette notion, la décision de la jurisprudence que « toute conséquence, après consolida-

tion, d'une blessure qui amène la victime d'un accident du travail à interrompre à nouveau son activité professionnelle, constitue l'état de rechute au sens des dispositions du code de la Sécurité Sociale » (Cour d'appel de MONTPELLIER, 1 avril 1993, ROYO c / CPAM de L'AVEYRON, Sommaires de Sécurité Sociale, N°248, octobre 1993, page 4920).

c. Définition donnée par la littérature de la rechute

La rechute, suivant l'ouvrage Guide du contentieux de la Sécurité Sociale paru aux éditions CEDAT de Maître PIERCHON, Avocat spécialiste en droit social, se définit comme une aggravation de la lésion en rapport avec l'accident du travail antérieur, survenue sans intervention d'une cause extérieure, entraînant pour la victime la nécessité d'un traitement médical qu'il y ait ou non une nouvelle incapacité (article L 443-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Pour Katz (Lamy protection sociale, Paris, Editions Lamy S.A., 2003), en s'inspirant de l'article L. 443 – 1 du Code de la sécurité sociale, la rechute se définit par toute modification de l'état de la victime dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la bles- sure.

La rechute nécessite donc un fait pathologique nouveau, c'est-à-dire l'aggravation de la lésion initiale après sa consolidation ou bien l'apparition d'une nouvelle lésion après guérison.

Une rechute peut être constatée après la guérison ou la consolidation (arrêt n°83-12559 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 04.07.1984, Gas-soumi c / CPAM de la Gironde : bull. civ. V n°293).

De même, pour le docteur DALIGAND dans son ouvrage « Evaluation du dommage corporel » paru aux éditions MASSON en 1992, la rechute se définit par l'apparition d'un fait nouveau en rapport direct avec l'accident du travail entraînant soit une aggravation de lésion initiale soit l'apparition d'une nouvelle lésion en rapport avec cet accident du travail avec nécessité de traitement.

Une rechute peut très bien ne pas entraîner une aggravation définitive de la lésion et donc ne pas entraîner une augmentation du taux d'incapacité permanente (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 21 juin 1962, N°61-10.674, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 4^e partie, page 479).

d. Définition de l'aggravation et des complications ultérieures

aa. Les conséquences nouvelles de la lésion initiale

Plutôt que de parler d'une aggravation de la lésion, on devrait parler de complications ultérieures de la lésion. En effet, ce terme permettrait de distinguer d'une part les conséquences nouvelles d'une lésion initiale, par exemple, de nouvelles lésions résultant d'un deuxième accident, ce deuxième accident étant une conséquence directe et exclusive d'une lésion initiale de l'accident du travail ou bien, une conséquence nouvelle d'une lésion initiale à individualiser du fait de son caractère très particulier, le suicide lorsqu'il existe un lien de causalité entre les conséquences de l'accident du travail antérieur et ce suicide et d'autre part, les conséquences de l'aggravation de la lésion initiale, aggravation spontanée ou consécutive à un traitement médical ou bien chirurgical.

A titre d'exemple de conséquences d'une lésion initiale, on peut citer une chute consécutive à l'état nau-séaux, entraîné lui même par des brûlures survenues lors d'un accident du travail (arrêt N°97-20. 649 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 27 mai 1999).

De même le suicide peut être consécutif à un état anxieux ou dépressif, consécutif à l'accident. Il convient néanmoins de souligner que l'existence d'un état antérieur entraîne souvent l'absence de prise en charge au titre des accidents du travail d'un tel suicide (arrêt N° 91-11. 588 du 7 juillet 1994 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation).

bb. Les conséquences de l'aggravation de la lésion initiale

A titre d'exemple d'une aggravation spontanée de la lésion initiale, on citera le cas d'une chute, conséquence directe d'une aggravation spontanée des séquelles d'un accident du travail, où il a été exclu tout fait extérieur pouvant avoir causé cette chute (arrêts N° 77-10. 795 et N° 77-15.861 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 16 février 1975).

La jurisprudence considère comme des accidents iatrogènes à prendre en charge au titre de la législation sur les accidents du travail, un incident opératoire survenant au cours d'une opération chirurgicale nécessi-

tée par des lésions résultant d'un accident du travail (arrêt N° 96-12.669 du 11 décembre 1997 de la Chambre Sociale de Cour de Cassation et une contamination par hépatite C imputée à des transfusions sanguines survenues dans le cadre du traitement de lésions consécutives à l'accident du travail (arrêt du 15 janvier 1998, N° 96-16.536 de la Chambre Sociale de Cour de Cassation).

Comme on le voit à la lecture de la jurisprudence, les complications ultérieures d'une lésion prise en charge au titre des accidents du travail sont également prises en charge au titre de cette même législation, si elles constituent une conséquence directe et exclusive des lésions initiales de cet accident du travail. Ainsi, s'il existe le moindre état antérieur, une telle complication n'est en général pas prise en charge du fait que l'on considère que la lésion initiale ou ses conséquences n'ont constitué qu'un rôle aggravant dans l'apparition de ce qui était considéré à l'origine comme une complication.

e. L'aggravation des séquelles

Il convient alors de distinguer le terme de rechute du terme d'aggravation des séquelles qui ne constitue pas une rechute mais qui motive une révision de l'IPP (cf VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP 2. La révision de la rente).

Le taux d'IPP de la victime peut être modifié en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'infirmité de l'assuré. Cette révision du taux d'IPP peut intervenir à la demande de la victime à tout moment pendant les deux premières années qui suivent la consolidation de la blessure puis une fois par an (articles L.443-1 et R.443-1, R.443-2, R.443-4 à R.443-6 du Code de la sécurité sociale) (voir l'encadré n° 4).

f. La simple manifestation des séquelles initiales

D'autre part, la rechute doit être distinguée de la simple manifestation des séquelles initiales de l'accident (arrêt n°97-10.140 du 12 novembre 1998 de la Chambre sociale de la Cour de cassation). En effet, il pourrait être considéré qu'une demande de rechute n'est pas valable au fait qu'il ne s'agit qu'une simple manifestation de séquelles qui ne se sont pas aggravées.

Encadré 4**Modèle de demande d'aggravation des séquelles d'un accident du travail**

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Monsieur le Directeur de l'organisme gestionnaire
Voir adresse sur la notification de la rente.

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Réf :

N°SS :

Objet : Demande d'aggravation

Monsieur le Directeur,

Je soussigné....., profession, de nationalité..... né le..... à....., demeurant à, titulaire du dossier référencé ci-dessus auprès de vos services, dans les suites de mon accident du travail du....., présente une demande d'aggravation.

En effet, je considère que le taux de rente qui m'est attribué par (référence de la Caisse) ne peut plus être considéré comme une réparation juste des conséquences de mon accident du travail (de ma maladie professionnelle) (1) du

Ci-joint, un certificat médical attestant de l'aggravation de mon état de santé établi par mon médecin traitant, le Docteur.....

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

PJ : La décision contestée.

(1) à supprimer selon les cas

2. La demande de la rechute de l'accident du travail

a. L'acceptation de la rechute de l'accident du travail par la Sécurité Sociale

Ce terme de rechute resoulève le problème de la présomption d'imputabilité. La causalité avec l'accident du travail doit être définie de façon stricte. En effet, l'aggravation de la lésion initiale ou l'apparition d'une nouvelle lésion dans le cadre d'une demande de

rechute doivent présenter un lien de causalité direct et exclusif avec l'accident du travail, sans intervention d'une cause extérieure. Il doit exister une relation directe et unique entre le traumatisme initial et cette aggravation de la lésion initiale ou l'apparition d'une nouvelle lésion après guérison (Chambre sociale de la Cour de Cassation, le 12 juillet 1990, N°88-17.743). La rechute doit constituer une conséquence exclusive de l'accident du travail antérieur (arrêt du 19.12.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°00-22482, bull. civ V, n°420).

La rechute ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité, la victime doit donc établir le lien de causalité entre l'accident initial et la rechute (arrêt n°99-11027 du 16.11.00 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, CPAM de Maubeuge c/ SA Jeunon Industrie). Si la victime évoque une rechute, elle ne bénéficie plus de cette présomption et doit donc prouver la réalité de ce qu'elle allègue.

Ceci amène à des distinguos subtils comme par exemple l'arrêt de la Cour de cassation sociale du 5-7-1966 qui a estimé qu'une rechute pourrait résulter non seulement de l'aggravation de la lésion organique elle-même, mais aussi d'une aggravation de l'état général de la victime qui, par son aggravation imputable à l'accident, était de nature à entraîner des soins avec arrêt de travail alors que la lésion due à l'accident ne s'était pas aggravée. Par contre, le cas des accidents ultérieurs causés par une invalidité résultant des séquelles de l'accident du travail ne constitue pas une rechute de l'accident du travail initial (arrêt n°82-15.158 du 29 février 1984 de la Chambre sociale de la Cour de cassation). Au vu de ce dernier arrêt, la rechute doit constituer l'aboutissement de l'évolution spontanée

des séquelles de l'accident, en excluant donc tout autre événement extérieur.

Du point de vue pratique, devant le flou de cette définition, les organismes de sécurité sociale interprètent la notion de rechute de façon très restrictive empêchant donc souvent une prise en charge au titre de la législation des accidents du travail.

Dans le cas d'une demande de rechute d'accident du travail, la Caisse est soumise aux mêmes délais de réponse que ceux prévus à l'article R.431 - 10 du Code de la sécurité sociale (Article R. 443 - 3 du Code de la sécurité sociale). On rappellera que ces délais sont de 30 jours pour un accident du travail et de 3 mois pour une maladie professionnelle.

En l'absence de décision de la caisse dans ce délai prévu ci-dessus, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

On s'aperçoit ainsi, que dans le cadre des déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les demandes de rechute peuvent bénéficier du même délai.

Encadré 5

A titre d'exemple, modèle de lettre de demande d'expertise :

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Recommandée avec A.R.

Objet : Refus de rechute A.T., M.P.

Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de,

Je soussigné, né le, demeurant à conteste la décision notifiée par votre lettre du ; portant refus de considérer mon chômage (ou mon affection en cas d'absence d'arrêt de travail) à compter du comme une rechute de mon A.T. du

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur exerçant à (le cas échéant)

Ci-joint, un certificat médical établi par mon médecin traitant (le cas échéant).

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et signature de l'accidenté

Cette notion est importante car si la caisse ne répond pas dans les délais impartis, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est automatiquement accordé à la victime.

De même que dans le cadre des déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle, la Caisse Primaire peut exceptionnellement, lorsqu'elle constate l'impossibilité matérielle de se prononcer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, réclamer un délai supplémentaire pour prendre sa décision (ce délai supplémentaire est de 2 mois en cas d'accident du travail et de 3 mois en cas de maladie professionnelle).

b. La procédure de contestation de refus d'une rechute d'un accident du travail par la Caisse

Lorsque la Caisse primaire d'assurance maladie refuse l'octroi d'une rechute pour accident du travail, l'assuré peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale (cf chapitre VI. L'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale) (voir l'encaadré n° 5).

En cas de résultat défavorable de cette expertise, l'assuré peut entamer une procédure de contestation (cf chapitre VI. L'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale E. La contestation de l'expertise).

3. La demande d'aggravation de l'accident du travail par la Sécurité Sociale

Lorsque la victime fait état pour la première fois d'une lésion ou d'une maladie présentée comme se rattachant à cet accident du travail ou à cette maladie professionnelle, la caisse se voit également opposer un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance, pour la première fois, de cette lésion ou de cette maladie dans le cadre d'un accident du travail ou de trois mois à compter de la date où elle a eu connaissance de cette lésion ou de cette maladie dans le cadre d'une maladie professionnelle, pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie (Article R 441-10 du Code la Sécurité Sociale, modifié par les décrets N° 99-27 du 15 janvier 1999 et N° 99-223 du 27 avril 1999).

En l'absence de décision de la caisse dans ce délai prévu ci-dessus, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

On s'aperçoit ainsi, que dans le cadre des déclarations d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les demandes d'aggravation peuvent bénéficier du même délai lorsque la victime peut faire état d'une lésion ou d'une maladie apparue pour la première fois. Si, par contre, l'aggravation de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle correspond uniquement à l'aggravation d'une lésion ou d'une maladie déjà connue, la victime ne pourra pas bénéficier de ces délais décrits ci-dessus.

Cette notion est importante car si la caisse ne répond pas dans les délais impartis et que la victime peut faire état d'une lésion ou d'une maladie apparue pour la première fois, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est automatiquement accordé à la victime.

D. PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA LÉGISLATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DES SOINS SANS RECHUTE (SOINS APRÈS CONSOLIDATION)

La prise en charge des soins dispensés à des victimes de l'accident du travail d'une maladie professionnelle après consolidation de son état s'inspire juridiquement de la circulaire ministérielle N° 209 du 16 septembre 1949 en s'appuyant également sur les termes de l'article L.434 du code de la Sécurité Sociale. Cette circulaire souligne qu'aucune disposition de cette loi n'est limitée dans le temps, l'attribution des prestations relatives aux soins, périodiques ou constantes nécessités par le traitement par de la victime. Dans ces conditions, une Caisse primaire doit prendre en charge ces soins nonobstant la consolidation fixée d'accord entre le médecin traitant et le médecin conseil ou en cas de désaccord par l'expert désigné en application du décret du 7 janvier 1959 dès lors que ces praticiens se sont prononcés sur la nécessité du traitement. Cette situation en principe ne se présente qu'exceptionnellement étant donné que la notion de consolidation correspond en règle générale à la fixation d'un état permanent sinon définitif qui n'évolue plus qu'avec lenteur, n'appelle pas de traitement, hormis le cas de nouvelles manifestations aigues constituant une rechute.

Il reste toutefois admis que certains états d'incapacité permanente s'accompagnent de la nécessité non moins permanente de recevoir des soins appropriés (par exemple, escarre d'un paraplégie allongé qu'il faut panser chaque jour).

D'autres états plus ou moins stabilisés peuvent justifier d'une surveillance médicale constante et un traitement prolongé. De toute façon, il s'agit essentiellement de soins d'entretien ou préventifs d'aggravation.

Cette orientation juridique a été confirmée par un circulaire DRP N° 31/95, échelon national du service médical N°26/95 le 12 juillet 1995 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés relative à la prise en charge des soins dispensés à la victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle après consolidation de cet état.

Cet circulaire prend acte de la nouvelle circulaire de la direction de la sécurité sociale du ministère des affaires sociales, de la santé de la ville, sous direction de la famille, des accidents du travail du handicap et de la mutualité/95 N°41 du 4 mai 1995, Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité, relative à la prise en charge par les organismes sociaux des soins à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle après consolidation. Cette dernière circulaire annule et remplace la circulaire N°209 SS du 16 septembre 1949. Cette circulaire du 4 mai 1995 avait pour objet de préciser les conditions dans lesquelles les soins peuvent être pris en charge après consolidation. Selon cette circulaire, la prise en charge des frais nécessités par les soins reçus par une victime dont l'état est consolidé doit être justifiée par :

- ✓ l'imputabilité de ces soins aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle concernés ;
- ✓ la nécessité médicale d'éviter une rechute ou d'aggravation des dites séquelles.

Les soins nécessaires sont définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil ou en cas de désaccord par l'expert désigné conformément aux articles L.141-1 et R. 141-1 du code de la Sécurité Sociale. Une prise en charge continue de ces soins peut être alors accordée au titre accident du travail-maladie professionnelle pour une période dont la durée est fonction de l'état médical.

Cette circulaire doit être pondérée par l'arrêt rendu le 14 mai 1998 de la Cour de cassation, Chambre Sociale, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation,

Chambres Civiles, cinquième partie, n°259, p 196, se référant aux dispositions de l'article L.431-1 premier paragraphe de la Code de la Sécurité Sociale qui estime que « les prestations en nature comprennent la prise en charge des frais nécessités par le traitement qu'il y ait ou non interruption de travail, et que cette prise en charge n'est pas limitée après la consolidation de l'état de la victime au cas où les soins sont destinés à prévenir l'aggravation de cet état, mais qu'elle s'étend à toutes les conséquences directes de l'accident du travail ».

Le ministère de l'emploi et de la solidarité par sa direction de la sécurité sociale et la sous direction de la famille et les accidents du travail et du handicap par un courrier du 22 décembre 1999 demandait aux préfets de région et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de tenir compte des conclusions de la cour de cassation, en foi de quoi les prestations en nature définies à l'article L. 431-1 premier paragraphe du code de la Sécurité Sociale sont prises en charge au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles dès lors que ces prestations sont dues aux conséquences de l'accident initial, et ce, même lorsque le traitement se prolonge France de la date de consolidation de la guérison qu'il y ait rechute ou non. La Circulaire DSS/AT/95 N° 41 du 04.05.1995 sera donc modifiée en ce sens. Du point de vue pratique pour la prise en charge des soins après consolidation il y a donc lieu de supprimer une des conditions exigées dans le Circulaire du 04.05.1995 pour la prise en charge des soins reçus par une victime dont l'état est consolidé, à savoir la nécessité médicale d'éviter une rechute ou l'aggravation desdites séquelles.

Désormais la prise en charge de ces soins s'étend à toutes les conséquences directes de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Cette attitude a été entérinée par la DSS/AT/2000/178 du 31 mars 2000.

La Chambre sociale de la Cour de cassation par trois arrêts rendus le 14.05.98 et le 20.04.00 considère que « selon l'article L.431-1 du Code de la sécurité sociale, les prestations en nature comprennent la prise en charge de frais nécessités par le traitement qu'il y est ou non interruption de travail et que cette prise en charge n'est pas limitée après la consolidation de l'état de la victime, au cas où les soins sont destinés à prévenir une aggravation de son état mais à toutes les conséquences directes de l'accident du travail ... ». Les services ministériels compétents, par la Circulaire de la Direction de la sécurité sociale DSS/BAT

4B/2000/178 du 31.03.2000 (Bulletin officiel de ministère de l'emploi et de la solidarité n°15 du 16 mai 2000) ont modifié en conséquence la circulaire DSS/AT n°41 du 04.05.1995. Désormais, il n'est donc plus exigé comme condition de prise en charge des soins après la consolidation que ces derniers soient préventifs d'aggravation.

Les soins nécessaires sont définis et prescrits au terme d'un protocole d'accord entre le médecin traitant et le médecin conseil. Le protocole est à mettre en place à l'initiative du médecin traitant ou du médecin conseil, que la demande soit explicite ou implicite, à l'occasion d'une prescription de soins après la consolidation. Il a été mis en place au niveau national un formulaire protocole de soins après consolidation d'une victime d'accident de travail ou de maladie professionnelle. En cas de désaccord persistant avec le médecin traitant sur tout ou partie des soins prévisibles après la consolidation, le médecin conseil informe le médecin traitant par l'envoi d'un volet 2 et l'avise qu'une notification de refus de soins pourra être adressée le cas échéant à la victime.

Il indiquera comme voie de recours, l'expertise médicale visée à l'article L.141-1 du Code de la sécurité sociale.

Encadré 6

A titre d'exemple, modèle de lettre de demande d'expertise :

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

Recommandée avec A.R.

Objet : Refus de prise en charge d'une cure

Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de.....

Je soussigné..... né le....., demeurant à..... conteste la décision notifiée par votre lettre du..... portant refus à une demande de prise en charge pour mon accident du travail du..... (date de l'AT) du soin (ou de l'examen) suivant : (cure thermale, scanner...) prescrit par mon médecin traitant le Docteur..... exerçant à.....

Je vous serais très reconnaissant de faire procéder à une expertise médicale, conformément aux dispositions prises en application de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de Service de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de exerçant à....., l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, prénom et signature de l'accidenté

Le renouvellement ou la prolongation du protocole de soins se fait à l'initiative du médecin traitant à l'issue de la période accordée ou à tout moment en cas de modification du programme de soins de la victime.

Lorsque la Caisse primaire d'assurance maladie refuse l'octroi d'un soin ou d'un examen pour accident du travail, l'assuré peut solliciter une expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale (cf chapitre VI. L'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité sociale) (voir l'encadré n° 6).

E. LA FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR

1. Définition du Code de la Sécurité Sociale

L'article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale stipule que lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la victime ou ses ayants droits ont droit à une indemnité complémentaire.

L'employeur est la personne physique ou morale qui conclut un contrat de travail avec le salarié.

Dans les grands établissements le chef d'entreprise ne peut tout contrôler ; il est donc admis qu'il délègue certaines responsabilités à des salariés. L'écrit n'est ni obligatoire et ni suffisant comme preuve d'une délégation de pouvoir. La cour de cassation exige quatre conditions pour que la délégation de pouvoir soit juridiquement valable :

- ✓ l'investiture, c'est-à-dire que le chef d'entreprise confie à un salarié une mission en lui donnant les moyens de la remplir
- ✓ la compétence du salarié désigné
- ✓ l'autorité du salarié, qui suppose un pouvoir de discipline
- ✓ les moyens.

Si la faute d'un substitué est reconnue, l'employeur (ou son assureur) est chargé du financement de l'indemnisation, mais si une responsabilité pénale est retenue, ce sera celle du substitué et non celle de l'employeur.

La responsabilité pénale en effet est toujours personnelle.

Par ailleurs il est indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident survenu au salarié. Il suffit qu'elle soit une cause nécessaire pour que la responsabilité de l'employeur soit engagée alors même que d'autres fautes auraient concouru aux dommages (cass. soc 31.10.02, BCV n°336).

L'article L. 453-1 Alinéa 2 du Code de la Sécurité Sociale stipule que lorsque l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, la caisse peut diminuer la rente servie à la victime de l'accident.

La faute inexcusable ne concerne pas les fonctionnaires, comme ces derniers ne sont pas affiliés au régime général de la Sécurité Sociale. Le fonctionnaire ne peut donc pas demander la reconnaissance d'une faute inexcusable devant le TASS.

2. Définition adoptée par la jurisprudence

a. Définition classique

Il s'avère donc que le Code de la Sécurité Sociale n'a pas véritablement donné une définition claire de la

faute inexcusable. La jurisprudence a donc du s'y atteler et la Cour de cassation, chambres réunies, dans un arrêt du 15.07.1941 (dame veuve Villa, Xavier Pretot, cf Les grands arrêts du droit de la Sécurité Sociale, éditions Sirey, 1988, n° 56 pages 206 et suivantes, semaine juridique 1941, 1705), a défini la faute inexcusable comme « une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative et se distinguant par le défaut d'un élément intentionnel de la faute intentionnelle ».

Cinq critères participent donc à la définition de la faute inexcusable :

- la gravité exceptionnelle de la faute,
- la conscience du danger de l'auteur,
- le caractère volontaire de l'acte ou de l'omission,
- l'absence d'intention de provoquer le dommage,
- l'absence de toute cause justificative.

✓ Gravité exceptionnelle de la faute

La gravité de la faute s'apprécie par l'importance du danger qu'elle fait courir au salarié, par le caractère plus ou moins impérieux des règles de sécurité ou de prudence qui ont été violées et par la légèreté impardonnable de cette faute (cf Yves Saint-Jours, la faute dans le droit général de la sécurité sociale, LGDJ, PARIS, 1972, page 162).

La caractère d'exceptionnelle gravité est souvent retenu dans le cas de non respect des règles de sécurité ou d'inobservation des réglementations du code du travail.

- ✓ La conscience du danger par l'employeur est le résultat, soit du fait du caractère évident de l'exposition du salarié à un danger, soit du fait que l'employeur a été averti du danger par l'inspecteur du travail, un représentant du personnel ou par la victime elle-même.
- ✓ Le caractère volontaire de l'acte ou de l'omission se définit par une attitude déterminée de l'employeur et non un simple acte d'inadéquation.
- ✓ L'absence d'intention de l'employeur de provoquer le dommage se définit donc par l'absence d'intention de l'employeur de créer l'accident. Ainsi il ne s'agit pas d'une faute intentionnelle (cf. Yves Saint-Jours, la faute dans le droit géné-

ral de la Sécurité Sociale, LGDJ, PARIS, 1972, page 175).

- ✓ L'absence de toute cause justificative par l'employeur.

L'employeur peut arguer du fait qu'il a exposé les salariés à un danger grave pour prévenir un danger encore plus grave.

b. Nouvelle définition récente : l'obligation de sécurité de résultat

La Chambre sociale de la Cour de cassation par trente arrêts rendus le 28 février 2002 à propos de l'amiante (arrêt N° 00 - 11.793 rendu le 28 février 2002, S.A. Eternit industries c/veuve Hammou et autres), fournit une nouvelle définition de la faute inexcusable. Elle est réalisée « lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver » (voir sur la question : Les arrêts sur l'amiante et la nouvelle définition de la faute inexcusable, par Michel Pierchon, Cahiers Sociaux de l'Hérault Juridique et Economique, n° 41 du 11 avril 2002, p 4, in l'Hérault Juridique et Economique, n° 2363, 11 avril 2002). Les arrêts qui reprennent tous la même formule, apportent un nouveau fondement juridique de l'ensemble de la législation AT/MP et apportent une nouvelle définition de la faute inexcusable : « en vertu, du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par le salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable au sens de l'article L.452-1 du CSS lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaire pour l'en préserver » (cass. soc. 28 février 2002, arrêt n°835, CPAM de Grenoble c/Sté Ascométal et autres ; Cass. soc., 28 février 2002, arrêt n°838, Sté Eternit Industries c/Mme X et autres, Cass. Soc. 28 février 2002, arrêt n°838, Sté Eternit Industries c/Consorts X et autre ; Cass. Soc., 28 février 2005 arrêt n°838, Sté Eternit Industries c/Consorts X et autres).

Dans cet arrêt, la Cour de cassation estime « qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies pro-

fessionnelles contractées par ce salarié du fait des produits appliqués ou utilisés par l'entreprise ».

La Cour de cassation établit donc une deuxième définition de la faute inexcusable ainsi inscrite :

La faute inexcusable se définit comme un manquement à une obligation de sécurité de résultat à laquelle est tenue l'employeur envers son salarié en vertu du contrat de travail liant l'employeur à son salarié, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

La Cour de cassation a rendu depuis le 28.02.02 de nombreux arrêts qui confirment que les magistrats ne visaient pas uniquement les salariés victimes de l'amiante (cass. soc., 06.02.03, pourvoi n°01-20.936, et cass.soc, 25.03.03, pourvoi n°00-21.750).

La nouvelle définition de la faute inexcusable, opposable aux employeurs en matière « d'obligation de sécurité de résultat », adoptée dans le cadre des maladies professionnelles par l'arrêt du 28 février 2002 de la Cour de Cassation a été retenue par cette même Cour de Cassation le 23 mai 2002 dans le cadre des accidents du travail.

L'obligation de sécurité de résultats à laquelle est tenue l'employeur est considérée de manière extensive par la jurisprudence puisqu'elle ne vise pas que les atteintes à l'intégrité physique, mais également les atteintes à l'intégrité psychologique.

Ainsi une faute inexcusable a été reconnue lorsque l'employeur n'a pas su préserver ses salariés du harcèlement moral commis par un cadre de l'entreprise (arrêt du 21.06.06 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°05-43914).

Qui plus est, la faute inexcusable est également retenue dans le cadre où l'équilibre psychologique du salarié a été fragilisé par la dégradation des relations de travail en dehors de tout harcèlement moral (arrêt de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation du 22.02.07 n°05-13771, n°305 FP-P+B+R+I).

L'employeur est tenu pour responsable d'une obligation de résultat en matière de la protection de la santé des salariés lorsqu'il existe un harcèlement moral (arrêt du 21.06.06, soc. 21.06.06, d.2006.2831 note Miné ; RDT 2006.245, note Adam, Leblanc Harcèlement Moral, responsabilité personnel du salarié et obligations de résultats de l'employeur, RJS, 8-9/06, page 666). Le manquement à cette obligation présente

le caractère d'une faute inexcusable. (cass ; ass.plén., 24.06.05 JCP S n°3, 12.07.05, n°1056, note Morvan ; D.2005.2375 note Saint-Jour ; Dr. Soc.2005.1067 note Prétot).

Il est indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident, il suffit que cette faute ait simplement contribué à l'accident et qu'il suffise donc qu'il y ait un lien de causalité même faible, même si d'autres fautes ont concouru au dommage (arrêt du 31.10.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°00-18359, n°3112 FS-P+B+R+I, bull. Civ. V n°336).

Pour que l'employeur échappe à la faute inexcusable il faut donc qu'il prouve qu'il n'avait pas conscience du danger encouru par les salariés éventuellement compte tenu de son expérience et de ces connaissances techniques ou que dans le cas contraire, s'il en avait conscience, qu'il a pris les dispositions nécessaires pour préserver les salariés.

3. La procédure

La procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur est régie par l'article L. 452.1 du Code de la Sécurité Sociale.

La victime ou ses ayants droits adresse une demande de reconnaissance de faute inexcusable à la Caisse primaire d'assurance maladie.

La prescription en matière de faute inexcusable est de 2 ans. L'arrêt du 3 avril 2003 n° 424 sur pourvoi n° 01 20 872 (cass 2^e civ, 3avril 2003, Dalloz, 2004, P 457-8, note de Y. Saint Jours) est venu préciser que le délai de prescription de 2 ans de l'action du salarié pour faute inexcusable de l'employeur peut ne commencer à courir qu'à compter de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie. Pour les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident (article L.461-1 du CSS). On rappelle que le délai de prescription de 2 ans est interrompu par l'exercice d'une action pénale pour les mêmes faits (art L.431-2 du CSS) et ce, jusqu'à l'expiration de toutes les voies de recours exercé à la suite de ces actions.

La saisie de l'organisme de sécurité sociale par la victime lorsque l'on enclenche une procédure de reconnaissance de la faute inexcusable, pour que la caisse

d'assurance maladie cherche d'abord à trouver un accord amiable entre la victime et l'employeur, interrompt la prescription de 2 ans. Le début de cette procédure s'apparente à une citation en justice et interrompt la prescription de deux ans. Tant que la caisse n'a pas fait connaître à la victime et à l'employeur l'issue de la conciliation, la prescription reste suspendue.

Cette prescription reste suspendue tant que la caisse primaire d'assurance maladie n'a pas fait connaître aux parties le résultat de la tentative de conciliation.

Cette prescription se compte, soit à partir du jour de l'accident, soit du jour de clôture de l'enquête et non de la notification à la victime du dépôt de l'ensemble du dossier (voir l'encadré n° 7).

Suivant le principe du droit commun, la preuve de la faute inexcusable incombe à la victime ou ses ayant droits (Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 8 janvier 1959, arrêt N°57-50.086, bulletin civil, IV, p. 40). C'est donc au salarié de prouver les éléments qui constituent la faute inexcusable.

La faute inexcusable ne se présume pas (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 13 novembre 1964, N° 63-13.309, bulletin civil, IV, N° 761).

Cette obligation de preuve néanmoins se trouve facilitée par la nouvelle définition de la faute inexcusable fondée sur l'obligation de sécurité de résultat, à la charge de l'employeur.

La seule exception réside dans le cas du signalement à l'employeur ou à son représentant d'une situation dangereuse prévue à l'article L.4131-4 du code du travail. Cet article reconnaît un droit de retrait du salarié dans ce cas et précise que le bénéfice de la faute inexcusable de l'employeur...est de droit pour le ou les salarié(s) qui seraient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux même ou un membre du comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail avait signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé. Ce même article L.231-8-1 du code du travail établit la présomption de faute inexcusable pour les salariés sous contrat à durée déterminée et pour les intérimaires victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles s'ils ont été affectés à des postes présentant des risques particuliers sans avoir au préalable bénéficié de la « formation de la sécurité renforcée » prévue à l'article L.4142-2 du code du travail.

La Caisse joue un rôle d'informateur auprès de la victime de conseiller et d'arbitre et doit ainsi commu-

Encadré 7**Modèle de lettre de demande de reconnaissance de faute inexcusable d'un accident du travail par la victime**

Nom – Prénom

Date

Adresse de l'accidenté

CPAM
 Service AT – MP
 Adresse de la Caisse

RECOMMANDÉE AVEC A.R.

Dossier MP n° caisse.....

N° INSEE

Objet : Demande de reconnaissance d'une faute inexcusable de (nom de l'employeur) Articles 452-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Madame, Monsieur,

Je soussigné M....., profession, de nationalité..... né le..... à....., demeurant à....., demande la reconnaissance de la faute inexcusable de.....

Je suis atteint d'un accident du travail ou d'une pathologie professionnelle MP..... provoquée par..... dans les ateliers, chantiers et installations de.....

Je suis titulaire d'une rente / d'un capital versée par votre organisme, indemnisée au taux de..... ma maladie professionnelle ou de mon accident du travail du..... est reconnue à compter du.....

Cette reconnaissance de ma maladie professionnelle ou de mon accident du travail m'a été notifiée par votre organisme par lettre recommandée le....., le délai entre la reconnaissance du caractère professionnel de cette-ci et la présente demande n'excédant pas les 2 ans (art L431-2 alinéa 4 du CSS), ma demande de reconnaissance de la faute inexcusable de pourra, par conséquent, être accueillie et réputée non prescrite par votre organisme.

Motivation de la demande

Je considère que la survenue de sa maladie est due à la faute sans excuse de mon employeur..... n'a pas mis en œuvre les moyens de prévention technique et médicaux prévus par les dispositions légales en vigueur au moment de mon exposition à..... :

- défaut d'information des risques encourus
- défaut de protection individuelle et collective
- absence de suivi médical particulier.

Je vous remercie par avance de donner suite à ma demande et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom, Prénom et signature de l'accidenté

niquer à la victime ou à ses ayant droits sur leur demande les résultats complets de toute enquête.

a. La phase amiable

La recherche de la reconnaissance de la faute inexcusable doit obligatoirement débutée par une tentative de conciliation amiable. La demande d'engagement de la procédure amiable est faite par la victime (ou ses ayants droits) ou à défaut par la caisse.

La Caisse Primaire joue un rôle de conciliation. Elle convoque les parties (article L. 452-4 du Code de la Sécurité Sociale) pour une tentative d'accord amiable entre la Caisse et la victime ou ses ayant droits d'une part et l'employeur d'autre part. Cette tentative d'accord porte à la fois sur l'existence de la faute inexcusable et sur le montant de la majoration et des indemnités couvrant le préjudice encouru.

Une réunion regroupe le directeur de la caisse ou son représentant, la victime, l'employeur et éventuellement leurs conseils. Cette réunion porte à la fois sur l'existence de la faute inexcusable et sur le montant de la majoration des indemnités couvrant le préjudice. Dans le cadre de la phase amiable et lors de difficultés sur l'évaluation du préjudice personnel, la caisse propose la désignation amiable d'un expert indépendant.

A l'issue de cette phase amiable, un procès verbal est établi qui constate la conciliation totale, la conciliation partielle ou l'absence de conciliation des parties sur la reconnaissance de la faute inexcusable et la fixation des réparations.

En cas d'accord des parties, la procédure s'arrête là.

A défaut d'accord (procès verbal de conciliation partielle, de non conciliation si les parties n'ont pu aboutir à un accord quelconque ou de carence : les parties ou une des parties ne sont pas présentées devant la commission des rentes), le procès verbal indique à la victime le délai dont elle dispose pour saisir le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale (délai de deux ans à compter de la notification de l'échec de la procédure amiable).

La victime qui a pris l'initiative de l'action en réparation doit alors appeler l'autre partie c'est à dire la Caisse en déclaration de jugement commun (article L. 452-4 du Code de la Sécurité Sociale).

b. La phase contentieuse

La phase contentieuse déclenchée par l'échec de la phase amiable consiste en une saisine de Tribunal des affaires de Sécurité Sociale.

En cas d'absence d'accord amiable, la Caisse primaire d'assurance maladie ou la victime saisissent le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

La victime ou ses ayants droits doit appeler la Caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement (article L.452-4 du Code de la sécurité sociale). La Caisse est donc toujours partie prenante de l'instance.

A la demande de la victime ou de ses ayant droits (conjoint survivant, enfant, ascendant à charge, à l'exclusion des frères, soeurs et autres) ou de la Caisse primaire d'assurance maladie, le TASS se prononcera sur l'existence ou non d'une faute inexcusable de l'employeur et fixera le montant des réparations dues à la victime.

Le TASS juge :

- ✓ Sur l'existence de la faute inexcusable.
- ✓ Sur le montant de la majoration de la rente en fonction du degré de responsabilité de l'employeur.
- ✓ Sur le montant des indemnités induites par la faute inexcusable (préjudice personnel : préjudice causé par les souffrances physiques et morales, préjudice esthétique et d'agrément) (article L.452-4 du Code de la Sécurité Sociale).

La décision de relaxe d'un employeur pour absence de faute pénale non intentionnelle n'empêche pas le TASS de retenir une faute inexcusable.

Une condamnation de l'employeur au pénal entraîne presque toujours une reconnaissance de la faute inexcusable. Même si le salarié a commis des fautes, celles de l'employeur condamné l'emportent (cf l'adage « le criminel tient le civil en l'état »). Quand deux expertises sont faites dont l'une par la police c'est celle des agents de police judiciaire qui est privilégiée parce que considérée comme plus objective que celle de l'expert mandaté par l'assureur.

4. Le contentieux de la faute inexcusable

La décision du TASS doit être notifiée dans les 15 jours à chaque partie par lettre recommandée avec

accusé de réception (article R.142-27 du code de la sécurité sociale).

La décision du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale peut faire l'objet d'un recours devant la Cour d'Appel dans un délai d'un mois après la notification du jugement puis devant la Cour de Cassation dans un délai de 2 mois après l'arrêt.

5. Les conséquences de la faute inexcusable

a. *Les conséquences de la faute inexcusable pour la victime*

aa. La majoration de rente

La victime a droit à une majoration de sa rente accident du travail dès lors que la faute inexcusable est reconnue, soit à la phase amiable, soit à la phase contentieuse, à condition qu'une telle rente lui ait été attribuée (article L.452-2 du Code de Sécurité Sociale).

Le montant de la majoration induite par la reconnaissance de la faute inexcusable, en effet, ne peut pas dépasser le montant de l'indemnité en capital (article 3 du décret n° 2002-542 du 18.04.02). Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime en cas de taux d'incapacité permanente inférieure à 10%, le montant de la majoration pour faute inexcusable ne peut pas dépasser le montant de la dite indemnité. (Article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Lorsque la rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité (idem en cas de décès, mais la somme est répartie entre les ayant droits de la victime), soit le montant de ce salaire dans le cas d'une incapacité totale.

Le montant de la majoration est égal à la différence entre le montant normal de la rente et le maximum prévu par l'article L452-2 du CSS (fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité). C'est à la Caisse qu'incomberont de prendre en charge les sommes liées à l'aggravation de l'état de santé de la victime. La rente initiale majorée, payée par l'employeur au travers d'une cotisation complémentaire à la tarification AT/MP de base, est imputée une fois pour toutes, sans révision possible.

Il a été décidé que la majoration de la rente doit suivre l'évolution du taux d'incapacité de la victime (Cass. 2^e civ., 14 décembre 2004 (Cass. 2^e civ., Resp.

civ. et assur., février 2005, comm. n°51 de H. Groutel et Dalloz, 2005, n°18 p.1202-3, note de Y. Saint-Jours, et Gazette du palais, 29-30, 2005 jurisprudence). Auparavant, la majoration de la rente pour faute inexcusable était déterminée une fois pour toute en tenant compte des éléments existants au moment de la décision de fixer le montant, peu importait que l'état de la victime s'améliore ou se détériore. Si l'état de la victime d'une faute inexcusable s'aggrave et que son taux d'IPP augmente, la rente majorée calculée en fonction de ce taux augmente dans la même proportion. Désormais, si le taux d'incapacité évolue, le maximum de la majoration varie dans la même proportion.

Lorsque la victime est décédée(cas de l'accident du travail suivi de mort), les ayants droits bénéficient d'une majoration de la rente qui leur a été accordée. (Article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Le montant de la majoration en incluant le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droits, ne peut dépasser le montant du salaire annuel de référence de la victime. (Article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale).

L'indemnisation est répartie entre tous les ayants droits.

Lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il est fixé initialement (article L.452-2 du Code de la Sécurité Sociale).

En général, lorsqu'aucun comportement fautif de la part du salarié n'a concouru à la réalisation de l'accident, ce salarié bénéficie en général de la majoration maximale. Selon la jurisprudence, du moment que la faute inexcusable de l'employeur est établie, la majoration de la rente doit être fixée au maximum prévu par la loi.

Cette majoration de la rente est versée par la Caisse régionale de l'assurance maladie en accord avec l'employeur et à défaut par le Tribunal des affaires de sécurité sociale. La détermination de la majoration de la rente dépend du degré de la faute inexcusable et non de l'incapacité. (Chambre sociale de la Cour de Cassation, le 21 octobre 1985, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, 5^e partie, N°479). La majoration des préjudices patrimoniaux se traduit en général par le doublement du capital pour les taux d'IPP inférieurs à 10% et la majoration de la rente pour les taux d'IPP supérieurs à 10%.

On a alors le doublement des rentes ou des portions de rentes comprises entre 10 à 50%, les rentes restant égales au taux d'IPP au-delà. Le doublement de la rente constitue une indemnisation conséquente puisqu'elle est versée à vie aux victimes et au conjoint survivant et jusqu'à 20 ans pour les orphelins.

La victime lorsqu'elle est atteinte d'un taux d'incapacité permanente à 100 % bénéficie, outre de sa majoration, d'une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur, à la date de consolidation. Cette indemnité forfaitaire est égale à 16.869,97€ au 01.09.08. (Article L.452-3 du Code de la sécurité sociale).

A titre de premier exemple, une victime reconnue en accident du travail avec un taux d'incapacité de 20% a une rente égale à 10% de son salaire de référence. La reconnaissance d'une faute inexcusable peut doubler son taux de rente qui devient égal à son taux d'incapacité c'est-à-dire 20%.

A titre de deuxième exemple, Pierre est atteinte par des plaques pleurales. Il a une IPP de 5% indemnisée par un capital de 1796,23 € au 01.01.08. Il fait reconnaître la faute inexcusable de son employeur qui ne l'a pas protégé des poussières d'amiante. Son indemnité en capital est doublée, il percevra une nouvelle fois 1796,23 €.

A titre de troisième exemple, Germain est victime d'un accident grave. Il a une IPP de 80%, le taux utile de sa rente est de 70% ($= 50 \% / 2 + 30 \times 1,5 = 25 \% + 45 \% = 70 \%$) du salaire de référence. Il fait reconnaître la faute inexcusable de son employeur qui l'obligeait à travailler sur une machine où les protections avaient été enlevées. Sa rente sera portée à 80% du salaire de référence.

A titre de quatrième exemple, Madeleine est victime d'un accident du travail. Son IPP est de 40%, le taux utile est de 20% du salaire de référence. Elle fait reconnaître la faute inexcusable de son employeur. Sa rente sera doublée et portée à 40% du salaire de référence.

A titre de cinquième exemple, Marie, épouse d'Hubert, qui a 60 ans, est décédée des suites d'un mésothéliome. Elle avait 100% d'IPP avant son décès. La rente d'Hubert est de 60% du salaire de référence. La faute inexcusable de l'employeur de Marie est reconnue, Hubert percevra 100% du salaire de référence. De plus, il percevra l'indemnité prévue à l'article L.452-3 du C.S.S. (soit 16736,09 € au 01.01.08).

Le 24 juin 2005, la Cour de cassation en assemblée plénière (Gazette du palais, 31 juillet - 2 août 2005) a conclu que la faute de la victime n'a pas pour effet d'exonérer l'employeur de sa responsabilité en raison d'une faute inexcusable.

Le montant de la majoration de la rente allouée à la victime pour faute inexcusable de l'employeur ne peut être réduite qu'en cas de faute inexcusable de la victime (arrêt du 19.12.02 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation n°01-20447, n°3971 FS-P+B+R+I, bull. civ. V n°400).

La faute inexcusable du salarié peut permettre de ne pas fixer la majoration de rente au taux maximal (cass. soc. 31.03.03 n°1208 FSPB).

La faute inexcusable du salarié se définit comme une faute volontaire d'une exceptionnelle gravité exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience (arrêt du 27.01.04 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation, n°02-30693, arrêt du 27.01.04 de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation, n°02-30915, arrêt du 24.06.05 de l'Assemblée plénière de la Chambre de la Cour de cassation n°03-30038, n°528 P).

bb. La possibilité d'indemnisation, pour les victimes, des préjudices personnels

La victime peut ainsi demander à l'employeur de demander réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, le préjudice résultant de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle, le préjudice moral (article L.452-3 du Code de Sécurité Sociale).

Le préjudice d'agrément peut résulter, par exemple, de l'altération de la capacité à accomplir des gestes banals, distincte du préjudice résultant de l'IPP et justifier l'octroi d'une indemnité de caractère personnel (cass. soc. 05.01.95 n°92-15.958P), ou des difficultés à avoir des activités normales de loisirs ou encore des activités sportives (cass. soc. 21/10/85 n°84-12.133P).

En revanche, ne constituent pas des préjudices personnels pouvant être indemnisés les dépenses :

- ✓ d'aménagement d'un appartement pour l'adapter au handicap de la victime (cass. soc. 16/11/88 n°87-12.800P)

- ✓ engagées pour embaucher une personne, afin de conduire l'accidenté sur les marchés pour y exercer son activité (cass. soc. 23.03.96 n°93-14.540P).

Le préjudice dû à la perte ou la diminution des possibilités de promotion professionnelle est différent du préjudice résultant du déclassement professionnel du à l'accident qui est déjà compensé par l'attribution de la rente majorée.

La victime peut solliciter la perte ou la diminution des possibilités de promotion professionnelle à condition de pouvoir en faire état :

- ✓ à la date à laquelle elle demande réparation, d'une formation professionnelle de nature à lui laisser espérer une promotion (cass. soc. 29/02/96 n°93-21-778P). En l'espèce, l'application de ce principe conduit à écarter du bénéfice de la réparation complémentaire, le salarié ne disposant d'aucune formation professionnelle, qui ne peut invoquer la perte d'une chance de promotion professionnelle.
- ✓ du caractère sérieux des chances de promotion alléguées, lesquelles ne doivent pas être seulement hypothétiques (cass. soc. 09.04.98. n°96-19.055).
- ✓ d'un préjudice distinct de celui résultant d'un déclassement professionnel déjà compensé par l'attribution de la rente majorée (cass. soc. 09-04-98 n°96-16.474) ou celui résultant de l'impossibilité d'effectuer des heures supplémentaires (cass. soc. 11.03.03 n°00-21.626).

Lorsque la victime est décédée des suites de l'accident, ses ayants droits ainsi les descendants et ascendants qui n'ont pas droit à une rente, peuvent demander à l'employeur, réparation du préjudice moral subi par le fait du décès de la victime devant la juridiction de sécurité sociale compétente (article L.452-3 du code de la sécurité sociale). Les frères et les sœurs de la victime n'ont donc pas droit à la réparation du préjudice moral puisqu'ils sont ni conjoint, ni descendant, ni descendant. (Arrêt du 18.05.00 de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation, n°98-22771 n°2326 FS-P+B, bull. Civ. V n°190).

Ont donc droit à la réparation de leur préjudice moral :

- ✓ Les ayants droits de la victime mentionnés dans les articles L.434-7 et suivants (conjoints, concu-

bins, personne liée à la victime par un PACS, les enfants et descendants) ayant droit à une rente.

✓ Les descendants et les descendants.

Les ayants droits de la victime d'une maladie professionnelle due à la faute inexcusable de l'employeur et décédée des suites de cette maladie sont recevables à exercer, outre l'action réparation du préjudice moral qu'ils subissent du fait de ce décès, l'action en réparation du préjudice moral personnel de la victime résultant de sa maladie (arrêt du 30.04.1976 de la Chambre mixte de la Cour de cassation). Les dispositions du droit commun, relatives à la transmission successorale sont applicables à l'indemnisation relevant de la faute inexcusable (cass. soc. 28.02.02 n°00-11.794). Les héritiers peuvent donc demander l'indemnisation du préjudice moral de la victime pour la période « ante mortem ». Les ayants droits peuvent demander, outre le préjudice moral qu'ils subissent personnellement, le préjudice moral personnel de la victime (arrêt du 28.02.02 de la Chambre Sociale de Cour de Cassation n°00-11793, n°838 F-P, bull. civ. V n°81, arrêt du 29.06.04 de la 2^e Chambre civile de Cour de Cassation n°02-31144).

Le 22 juin 2004, les magistrats ont précisé que les descendants des victimes décédées d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle imputable à une faute inexcusable de l'employeur peuvent prétendre à la réparation de leur préjudice moral, peu importe qu'ils aient droit à une rente ou non (cass 2^e civ, 22 juin 2004, Dalloz, 2005, n°5, p.350, note de Y Saint-Jours). En effet, en cas d'AT ou MP mortel, les ayants droits, mais aussi les descendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente (par exemple les petits-enfants), peuvent demander réparation (art L452-3 du CSS). La réparation du préjudice moral vient en plus de la rente et la majoration de rente pour faute inexcusable, versée aux ayants droit.

A titre d'exemple, imaginons, une veuve de 60 ans, sans enfant disposant d'une rente de conjoint survivant égal à 60% du salaire de référence de son mari. Si la maladie de son mari est reconnue en accident du travail et si elle est la cause du décès, la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur peut porter cette rente au taux maximum de 100%.

De plus les ayants droits de la victime peuvent demander la réparation du préjudice causé à la victime par les souffrances physiques et morales qu'elle a endurées, ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que le préjudice résultant de la perte ou de la diminution

de ses possibilités de promotion professionnelle résultant de l'accident. (Arrêt du 04.02.03 de la Chambre commerciale de Cassation n°00-428).

La réparation de ces préjudices est versée directement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie car elle récupère le montant auprès de l'employeur. L'évaluation de ces préjudices est assurée par le TASS. Si besoin est, le tribunal a recours à une expertise médicale.

A contrario, la victime ne peut pas être indemnisée de ses pertes de salaires, de son IPP, des frais médicaux restés à charge ainsi que des frais futurs et de la tierce personne.

b. Les conséquences de la faute inexcusable pour l'employeur

L'employeur engage sa responsabilité personnelle.

L'auteur de la faute inexcusable est donc responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de cette faute (article L.452-4 du code de la Sécurité Sociale).

La chambre sociale de la cour de cassation par un arrêt du 31.03.03, n°1200 FS-PBRI précise que lorsque l'employeur fautif est une société ou une association la CPAM ne peut réclamer le remboursement des indemnités complémentaires (majoration de rente, indemnisation des préjudices esthétiques et d'agrément...) qu'à cette société ou à cette association et en aucun cas à ses dirigeants.

L'employeur doit rembourser la caisse d'assurance maladie pour les frais avancés à l'occasion du paiement de la majoration de rente ou de l'indemnisation des préjudices personnels.

Le remboursement de la majoration de rente par l'employeur.

La CPAM peut récupérer auprès de l'employeur les sommes dont elle fait l'avance aux salariés au titre de la majoration de rente (article L.452-3 du code de la sécurité sociale).

Cette majoration de rente est payée directement par la Caisse à la victime, elle en récupère le montant par une cotisation complémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la caisse régionale d'assurance maladie sur proposition de la caisse primaire en accord avec l'employeur sauf recours devant la juridiction compé-

tente (Cour Nationale de l'incapacité de l'Assurance des accidents du travail).

Cette cotisation supplémentaire ne peut être perçue plus de 20 ans et son taux ne peut excéder 50 % de la cotisation normale d'accidents de travail de l'employeur, ni 3 % de la masse des salaires servant de base à cette cotisation (article R.452-1 du Code de la Sécurité Sociale). Un versement unique en capital de cette cotisation complémentaire est possible lorsque l'employeur et la caisse le décident et devient exigible en cas de cession ou de cessation d'entreprise.

Le remboursement par l'employeur des indemnités versées pour les préjudices personnels par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

C'est en effet, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui verse directement à la victime les sommes allouées pour la réparation des préjudices personnels. Elle récupère bien sûr le montant auprès de l'employeur.

La Caisse récupère les sommes concernant les autres indemnités complémentaires que la majoration de rente par le biais d'une action récursoire. Les modalités de remboursement pour cette action récursoire par l'employeur ne sont pas fixées par la loi.

Les employeurs peuvent s'assurer contre les conséquences des fautes inexcusables depuis la loi n°87-39 du 27.01.87. ■

BIBLIOGRAPHIE

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

BÜHL M. ET CASTELLETTA A. – Accident du travail, Maladie professionnelle ; Paris : Dalloz ; 2^e édition, 2004.

KATZ A. – Lamy Protection Sociale. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.

PIERCHON M. – Guide du contentieux de la Sécurité Sociale. Paris, Editions Cedat, 3^e édition, 2001.

PIERCHON M. – Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, guide pratique d'audience, avec préface de Thomas Kemp, numéro spécial de la revue La Commission, mai 2005. Mise à jour de juin 2006 de la revue La Commission.

PIERCHON M. – Les contentieux de la Sécurité Sociale. Montpellier. Editions Resoc, 2006.

PIERCHON M. ET DORANT A. – le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale en pratique, Semaine sociale Lamy, Supplément n° 1021, 26 mars 2001.

Les accidents du travail en milieu agricole

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

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

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

SUMMARY

Work accidents in the agricultural world

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. LE CAS DES SALARIÉS

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

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

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

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

aa. Définitions

α. L'accident du travail

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

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

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

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

β. Les bénéficiaires du régime accidents du travail

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

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

exploitations de culture,
élevage, dressage, haras,
établissements de conchyliculture, pisciculture,
travaux forestiers,
salariés des artisans ruraux lorsqu'ils emploient moins de deux salariés.

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

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

γ. La présomption d'imputabilité

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

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

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

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

bb. Les prestations

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

On distingue ainsi :

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

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

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

cc. Le contentieux

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

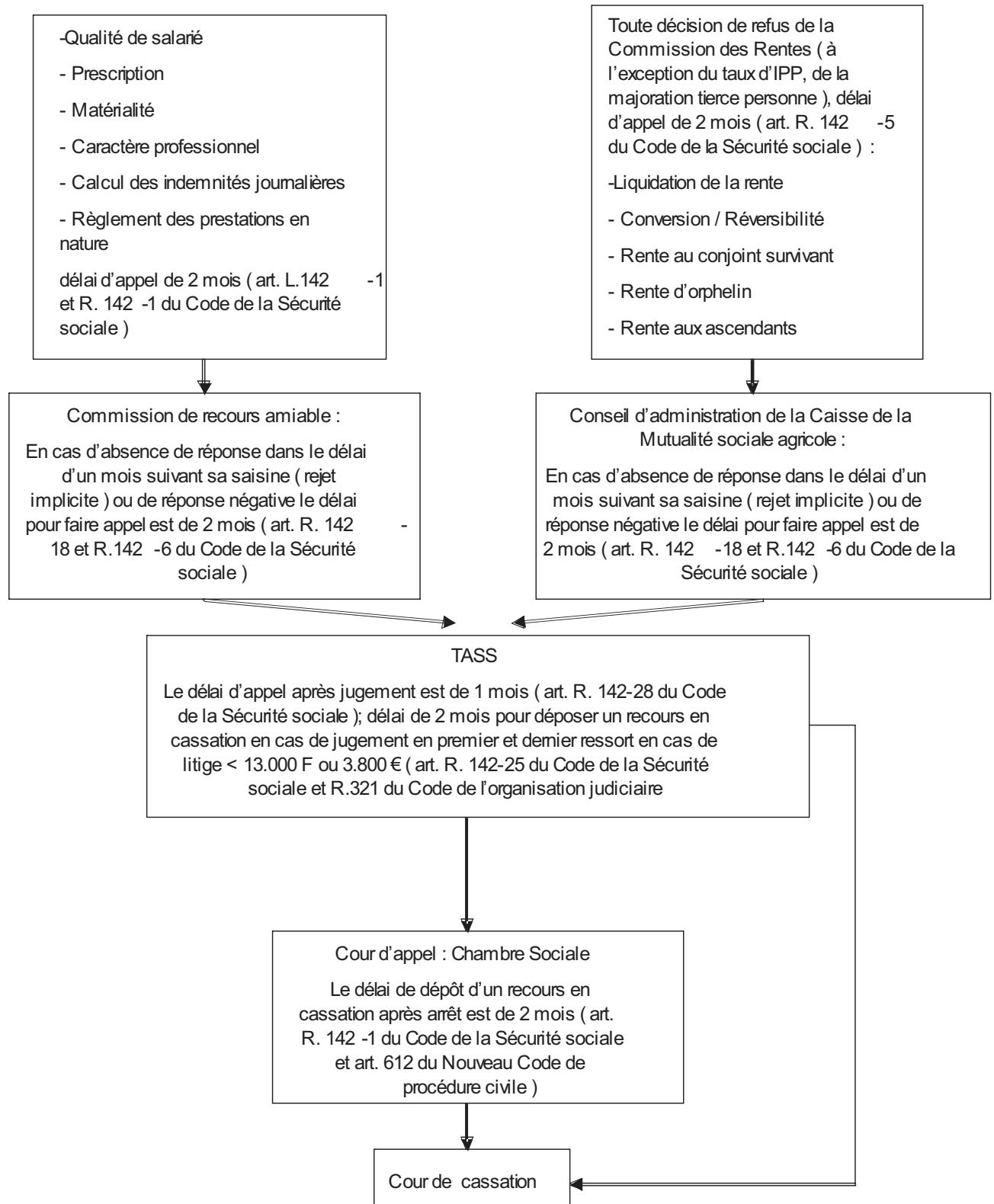
a1. Le contentieux d'ordre administratif (voir la figure ci-contre)

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

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

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

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



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

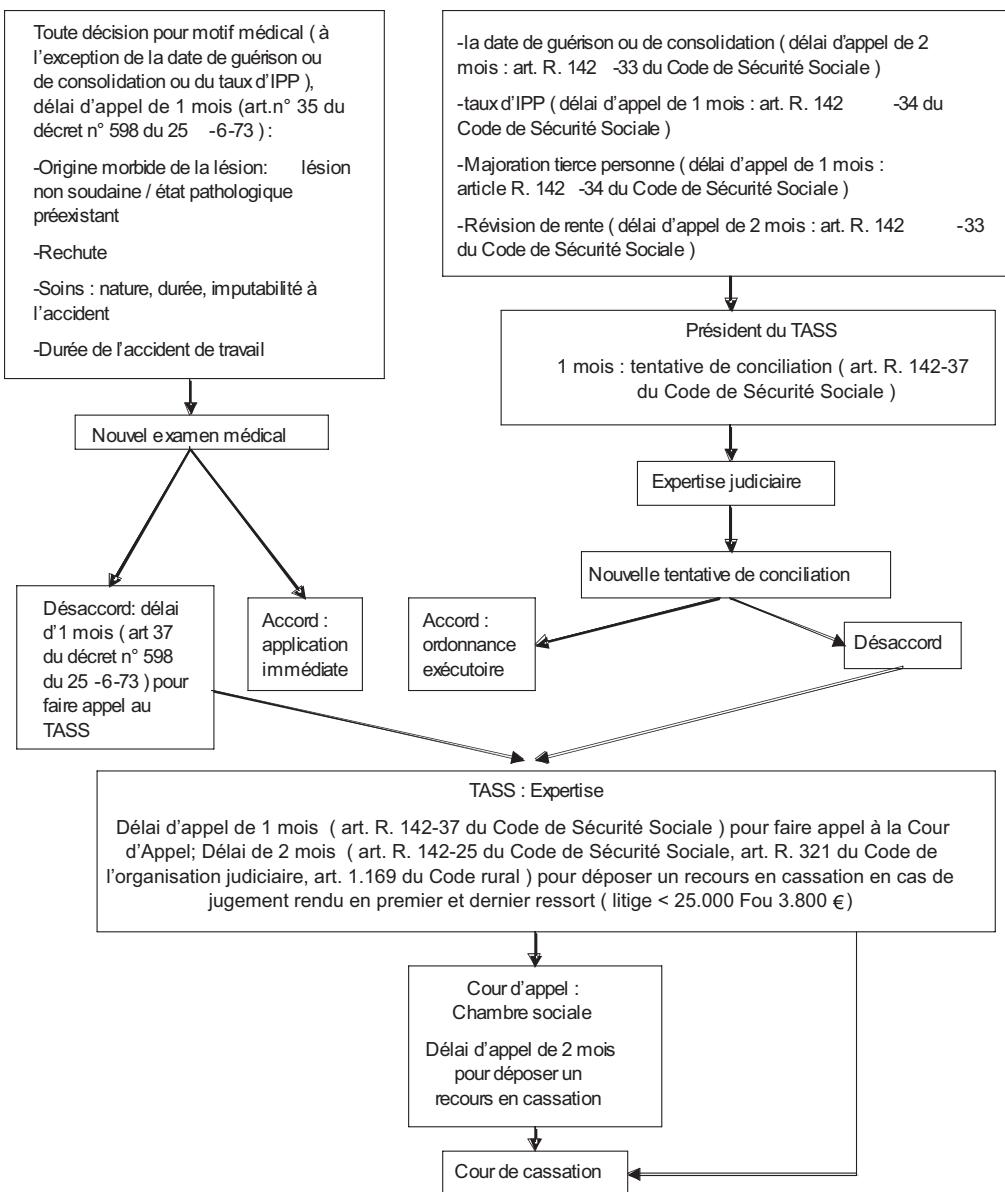
Dans les autres cas, la victime dispose d'un mois pour faire appel auprès de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel (article R. 142-28 du Code de la Sécurité Sociale).

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

β. Le contentieux de la faute inexcusable

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Le cas des salariés agricoles en Alsace Moselle

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

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

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

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

aa. Définitions

α. L'exploitation agricole

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

β. L'accident du travail

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

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

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

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

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

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

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

bb. Prestations

a. Prestations en nature

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

b. Prestations en espèces

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

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

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

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

cc. Le contentieux

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

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

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

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

b. Le contentieux de la faute inexcusable

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

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

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

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

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

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

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

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

2. LE CAS DES EXPLOITANTS AGRICOLES NON SALARIÉS

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

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

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

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

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

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

✓ Cette loi pose comme principes :

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

a1. Définitions

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

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

Il s'agit donc :

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

a1.2. Les risques couverts

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

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

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

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

a2. Les prestations

a2.1. *Les prestations en nature*

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

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

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

a2.2. *Les pensions d'invalidité*

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

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

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

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

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

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

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

a3. Le contentieux

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

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

β1. Les risques couverts

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

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

Sont donc exclus :

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

β2. Les prestations

β2.1. *Les prestations en nature*

Il s'agit des frais funéraires.

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

β2.2. *Les prestations en espèces*

✓ Les indemnités journalières

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

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

- ✓ Les rentes
- Les rentes d'incapacité permanente

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

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

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

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

β3. Le contentieux

Le contentieux relève des juridictions du droit commun.

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

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

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

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

a. Les principes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sont exclus de l'ATEXA :

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

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

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

a2. Le principe du libre choix par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole de l'assureur ATEXA

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

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

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

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

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

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

a3.Les rôles respectifs de la Mutualité sociale agricole et du Groupement d'assureurs

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

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

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

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

a4. Définitions

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

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

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

L'accident se caractérise par deux éléments constitutifs :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'assuré ou ses ayants droits doivent donc établir :

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

a5. Les nouvelles prestations

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

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

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

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

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

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

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

β. La procédure déclarative

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

γ. L'évolution de l'accident du travail

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

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

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

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

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

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

✓ La consolidation.

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

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

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

✓ La guérison.

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

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

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

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

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

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

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

b. Les prestations

b1. Les prestations en nature

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

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

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

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

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

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

b2. Les prestations en espèces

b2.1. Les indemnités journalières

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

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

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

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

Cette indemnité journalière a donc un caractère forfaitaire.

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

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

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

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

b2.2. Le taux d'incapacité permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

✓ ou proposer un taux intermédiaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Le contentieux

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

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

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

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

c1. Les recours pré contentieux

c1. 1. Contestations d'ordre administratif

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

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

La commission de recours amiable doit être saisie :

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

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

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

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

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

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

La commission désigne en son sein parmi ses membres titulaires,

- ✓ un président
- ✓ un vice-président.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c2. Le recours contentieux

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

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

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

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

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

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

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

Les contestations sont portées directement devant le président du TASS dont le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou la résidence de la victime. La victime saisit le président, soit par simple requête déposée au secrétariat du TASS, soit par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter du jour où il lui a été notifié la décision relative à la date de guérison ou de consolidation, ou en cas de révision, la décision relative à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou de la modification de cet état (article R.142-33 du code de la sécurité sociale).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

aa. Définitions

a. Les personnes assurées

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

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

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

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

bb. Les prestations

a. Les prestations en nature

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

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

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

β. Les prestations en espèces

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

β1. Les indemnités journalières

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

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

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

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

β2. La rente d'accident du travail

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le conjoint survivant bénéficie d'une rente :

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

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

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

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

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

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

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

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

cc. Le cas apparenté des accidents de la vie privée

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

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

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

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

Les prestations consistent essentiellement à des prestations en nature.

dd. Le contentieux

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

a. Les prestations en nature

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

β. Les prestations en espèces

β1. Indemnités journalières

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

β2. Pensions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

SOCIÉTÉ FRANCO-CHINOISE de BIODROIT

FRENCH – CHINESE BIOLAW SOCIETY

I. Buts/Objectives

– Développer une coopération dans le domaine du droit du vivant entre collègues chinois et français avec la possibilité d'élargir cette coopération à l'Asie, d'une part, et à l'Europe, d'autre part.

To develop cooperation in the field of law and life sciences between French and Chinese colleagues with the possibility for European and Asian colleagues to participate;

– Promouvoir des projets de recherche en droit compare et encourager les échanges académiques.

To support research programs on comparative law and to facilitate academic exchanges;

– Informer les institutions dans les domaines de la santé et de la bioéthique ainsi que les autres acteurs et les citoyens sur les enjeux soulevés par l'essor des sciences biomédicales.

To inform health and bioethics institutions as well as other stake holders and the citizens on the challenge raised by the development of life science technologies;

– Soutenir les discussions académiques et les débats de société dans le domaine de la biomédecine et des biotechnologies.

To encourage public academic and societal discussion in the field of biomedicine and biotechnology.

II. Organisation

La Société franco-chinoise de biodroit est une organisation académique.

The French-Chinese Biolaw Society is an academic non profit institution.

– Conseil scientifique et d'administration/Administrative and scientific board

China-Asia/ Chine-Asie

East China University of Political science and Law

Shanghai Biolaw Society

Shanghai Law Society

Prof. Katsunori Kaï, Waseda University, Tokyo

France-Europe

International Association of Law, Ethics and Science/*association internationale droit, éthique et science*

Prof. Guylène Nicolas, University Aix-Marseille

Prof. Philippe Pedrot, University Bretagne Occidentale

Prof. Jean-René Binet, University Franche Comté

Dr Anne-Marie Duguet, University Paul Sabatier, Toulouse

– Co-presidents (appointed till the next conference/*nommés jusqu'à la prochaine conference*) Prof Qiu Geping, Prof X (France), TBA/*en cours*.

– Membres

La société est ouverte aux personnes morales comme aux members individuels

The society is opened both to individual and institutional members.

III. Activities/Activités

– Conferences

The society holds a conference every 2 years alternatively in China (Asia) and France (Europe) at the invitation of an institutional member.

Each conference is organised on a specific topic: it has been suggested that hospital and the law could be the topic of the next conference.

La société organise tous les 2 ans, alternativement en Chine (Asie) et en France (Europe) une conférence à l'invitation d'une institution membre.

Chaque conférence se déroule sur un sujet spécifique : il ainsi été suggéré que le droit hospitalier pourrait être le thème de la prochaine réunion.

– Publications

The society publishes a series of comparative legal monographies on specific topics.

The society publishes a trilingual (Chinese, English, French) legal dictionary of words related to biolaw.

La société publie une série de monographies de droit comparé ainsi qu'un dictionnaire trilingue (Anglais, Chinois, Français) des mots du biodroit.

– Other activities/Autres activités

The society facilitates the exchange of professors and researchers between academic institutions as well as joint research projects.

La société s'emploie à faciliter les échanges de professeurs et de chercheurs entre institutions académiques et elle encourage des projets de recherche communs.

Pour toute information et inscription/ For any information and membership:

Christian Byk, 19 rue Carpeaux 75018 Paris-France, Tel.: 33 (0)1 42 63 13 20

christian.byk@aliceadsl.fr

PREMIÈRE ANNONCE POUR PRÉ-INSCRIPTION

L'Association internationale droit, éthique et science (IALES), Paris, le Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé (CIDES), Université de Namur (FUNDP), le Centre de Droit Médical et Biomédical (CDMB), Université catholique de Louvain et le Réseau international francophone de bioéthique vous invitent à participer aux

V^{es} RENCONTRES INTERNATIONALES FRANCOPHONES DE BIOÉTHIQUE

CONSTRUIRE ET ENSEIGNER LA BIOÉTHIQUE DANS LES PAYS FRANCOPHONES : AU CARREFOUR DES DISCIPLINES ET DES PRATIQUES

qui auront lieu du 7 au 9 avril 2011 à Louvain la Neuve (le 7) et Namur (les 8 et 9).

Vous êtes invité à vous pré-enregistrer en nous retournant le bulletin ci-joint et en précisant l'atelier dans lequel vous souhaitez intervenir (avec, le cas échéant le titre et un résumé de votre projet de présentation).

Sauf exception (pour les étudiants et les orateurs invités), il est demandé à chacun 100 euros au titre de droits d'inscription (paiement à l'ordre de...), comprenant l'accès aux séances, le dossier, les pauses-café et la réception de bienvenue.

BULLETIN D'INSCRIPTION
V^{es} RENCONTRES INTERNATIONALES FRANCOPHONES DE BIOÉTHIQUE
7-9 avril 2010

NOM : Prénom :

Fonction – discipline :

Institution :

Adresse :

Téléphone : Télécopie :

Courrier électronique :

Je souhaite participer à l'atelier : • devenir bioéthicien

- devenir bioéthicien
 - se former à l'éthique clinique
 - se former à l'éthique de la recherche
 - se former à l'éthique de la transplantation
 - informer, éduquer, sensibiliser
 - les grands axes de la recherche en bioéthique
 - réunion des comités d'éthique (pour les membres des comités) :

Je souhaite soumettre une présentation : donner le titre et un résumé (texte complet à envoyer avant le 1^{er} mars 2011 : le conseil scientifique vous fera connaître si celle-ci peut être faite oralement).

Intitulé de la présentation :

Résumé de la présentation :

Date d'arrivée : _____ de départ : _____

Droits d'inscription (comprenant les déjeuners et pauses-café) : 100 euros/personne

Bulletin à retourner à christian.bvk@aliceadsl.fr et à laurent.ravez@fundp.ac.be

*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 978-2-7472-1791-0

Printed in Spain