



SOMMAIRE — CONTENTS

Journal de Médecine Légale Droit Médical
Journal of Forensic Medicine

2011 – VOL. 54 – N° 4

Éditorial

Chantage à la solitude,
 Histoire de monsieur X, personne âgée vulnérable,
 victime de maltraitance financière et physique **p. 179**
 Thierry Toutin

*Blackmail through solitude: the story of Mister X, a vulnerable elderly person victim
 of financial and physical abuse*

Article original / *Original Article*

Analyse de huit années de prise en charge de patients internés libérés à l'essai au sein de deux unités
 de psychiatrie médico-légale

Pierre-Jean Cornu, Sophie Mercenier, Ornella Giovagnoli **183**

*Analysis of eight years of management of patients who have been committed to two forensic psychiatry units
 but released on probation*

Pour vos collaborateurs / For your Co-workers

Le médecin légiste et la justice

Geoffroy Lorin de la Grandmaison **197**

The forensic pathologist and the justice system

Investigations médico-légales au cours des enquêtes décès

Geoffroy Lorin de la Grandmaison **203**

Forensic investigations in the course of inquests





Domage Corporel / *Bodily Damage*

L'indemnisation des victimes d'un accident du travail. Vincent Dang Vu.....	217
---	-----

Indemnification of victims of a work accident

A. Les indemnités journalières d'accident de travail

1. Définition
2. Calcul des indemnités journalières d'accident de travail

B. Le taux d'IPP

1. Le calcul de l'indemnisation
2. Révision de la rente

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

D. La protection du salarié accidenté du travail vis-à-vis du risque de licenciement

1. Réglementation
2. Le licenciement pendant l'arrêt de travail survenant dans le cadre d'un accident de travail
3. Le licenciement après l'arrêt de travail survenant dans le cadre d'un accident de travail

E. Le cas de la fonction publique

1. Définitions
2. Prise en charge de l'accident de service
3. Le taux d'IPP
4. L'invalidité définitive imputable à un service
5. Le contentieux

Bulletin d'abonnement 2011 / *Subscription form 2011*, 267

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



Chantage à la solitude

Histoire de monsieur X, personne âgée vulnérable, victime de maltraitance financière et physique

Thierry TOUTIN¹

LES FAITS

En 2008, intrigués par la situation d'une maison paraissant laissée à l'abandon, les policiers découvrent fortuitement que ce pavillon, normalement habité par une personne âgée, n'est pas aussi vide qu'il en a l'air. Gardé par trois pitbulls, il est loin d'être aussi inhabité que cela. Une serre de plantations de cannabis en « *culture indoor* » est découverte sous les combles. De plus, les forces de l'ordre finissent par se trouver nez à nez, à l'intérieur de la maison, avec trois individus au lourd passé judiciaire.

Ces « locataires », logés gratuitement, tentent d'expliquer, sans convaincre personne, qu'ils sont chargés de l'entretien de cet habitat et que le réel propriétaire, monsieur X est « hébergé » gracieusement par leurs soins. Une enquête pour disparition de personne est mise en oeuvre et permet de retrouver la trace du vieillard. En effet, ce dernier vit au sein d'un couple ayant eu de nombreux démêlés avec la Justice pour trafic de drogue.

Au fur et à mesure des découvertes, les enquêteurs apprennent que X a donné son accord pour vivre dans ce milieu délictueux, sans savoir précisément quelles étaient ses habitudes. Le couple hébergeur, qui ne travaille pas, a un train de vie largement supérieur aux prestations qu'il percevait mensuellement. Initiée pour disparition de personnes puis pour trafic de stupéfiants,

l'enquête va évoluer vers un possible abus de faiblesse au préjudice de la personne âgée recueillie.

Les gains générés par le trafic de stupéfiants étant faibles par rapport aux dépenses somptuaires du couple, il devenait évident que les flux financiers dont bénéficiaient ces deux individus avaient une toute autre origine. Ainsi, l'étendue du patrimoine et les revenus de Monsieur X pouvaient avoir un lien avec le train de vie desdits époux. Les présomptions d'abus de faiblesse étaient alors confirmées. Les éléments constitutifs de cette infraction étaient réunis au sens de l'article 223-15-2 du Code pénal qui prévoit : « *Est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente et connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables...* »

En effet, les ennuis de X ont commencé depuis qu'il a été convaincu de quitter sa demeure pour aller vivre chez le couple agresseur. Les arguments sont simples mais ils font mouche : « vous ne pouvez plus vivre seul

1. Commandant fonctionnel de police, intervenant en criminologie et victimologie. Diplômé d'université en psychiatrie légale.

ainsi », « si vous voulez qu'on s'occupe de vous, il faut venir chez nous », « on s'occupera de votre maison ». Pendant que X est logé chez les trafiquants de drogue, des squatters, complices de ces derniers, s'installeront dans son pavillon. La demeure subira d'importantes dégradations, pour ne plus devenir qu'un champ de ruines insalubre près de 3 ans plus tard.

Dans le même temps, les « bienfaiteurs » de monsieur X lui demandent de contribuer davantage aux frais du ménage et aux diverses dépenses de la famille et des amis. Tout y passe : la pension d'invalidité, la retraite, les allocations diverses subviennent aux besoins fastueux de la famille et des amis. Ce sont environ 250 000 euros qui sont ainsi captés en deux ans. Et, pour y parvenir, c'est toujours le même mode opératoire : le chantage à la solitude. Lorsque X tente de résister, c'est-à-dire lorsqu'il refuse de signer les chèques déjà remplis par ses tortionnaires, il est menacé de coucher dehors et de se retrouver seul à la rue. La contrainte morale qu'il endure est très importante, d'autant que l'avidité du couple et des complices se fait de plus en plus pressante.

Soyons précis, les dépenses du couple et de leurs proches ne concernent pas les besoins de la vie courante ou le loyer. Il s'agit essentiellement de biens ou produits de luxe (voyages à l'étranger, night-club, bijoux, restaurants). Ainsi, outre le délit d'abus de faiblesse, c'est une autre infraction pénale qui se profile : l'extorsion. Ce délit est prévu par l'article 312-1 du Code pénal qui dispose que : « ...*le fait d'obtenir par violence, menace de violence ou contrainte, soit une signature, un engagement ou une renonciation, soit la révélation d'un secret, soit la remise de fonds, de valeurs ou d'un bien quelconque ... est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende* ».

L'extorsion aggravée (article 312-2 du même code) est une infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise notamment « *au préjudice d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur* ». Dans le cas présent, l'extorsion ne se substitue pas à l'abus de faiblesse initialement supposé. Elle vient compléter parfaitement ce à quoi la victime a été exposée. Dans l'abus de faiblesse, il est question de profiter de la crédulité, naïveté, ignorance de la victime pour lui faire faire n'importe quoi. Alors que dans le cas d'extorsion, il est question de profiter de son état pour lui soutirer des biens ou de l'argent.

Au cours de sa plainte, X évoquera cette situation, expliquant que le couple lui avait « pillé ses comptes bancaires » et qu'il était violent à son égard. Plusieurs tentatives de spoliations de ses biens immobiliers seront également tentées sans succès auprès des notaires gérant le patrimoine de la victime.

LA VICTIME

Monsieur X a 81 ans. Commerçant retraité, il n'a plus aucune famille et n'a jamais été marié. Il vivait seul jusqu'au jour où son destin croise celui de ses futurs bourreaux. Il perçoit globalement une bonne retraite. Ses ressources, cumulées aux loyers de ses appartements, s'élèvent à un peu plus de 3000 euros par mois. Sur le plan médical et psychologique, X est considéré comme influençable et suggestible, ayant peur de l'isolement social et affectif. Paradoxalement, il refuse d'aller en maison de retraite. C'est probablement ce comportement psychologique qui a permis au couple de bénéficier des largesses de leur victime aussi longtemps.

X présente une diminution de ses performances intellectuelles. Ces troubles sont d'aggravation progressive. Son autonomie est réduite car il existe des perturbations du jugement et de l'attention. La diminution des performances intellectuelles dont il souffre entraîne une dépendance importante, à la fois physique et psychique, et une incapacité à gérer des sommes d'argent. Les médecins qui l'examinent concluent que son état nécessite une mesure de protection de type curatelle renforcée.

Lors de l'examen médico-légal, il a été constaté qu'il existe des traces suspectes anciennes sur le torse et les épaules de la victime. Monsieur X présente de plus de nombreuses lésions en voie de cicatrisation, tant sur les épaules qu'au niveau du cou, du torse et des jambes, sans pour autant que l'on puisse attribuer formellement ces traces à des coups qui lui auraient été portés. Il est d'ailleurs précisé que les différentes érosions cutanées peuvent résulter de lésions de grattage ou de griffures. Là encore, les experts concluent que X présente incontestablement un état de vulnérabilité nécessitant une mesure de protection. La situation de dépendance dans laquelle il était confiné a largement profité aux mis en cause, dont la voracité financière n'avait semble-t-il aucune limite.

D'ailleurs, la victime ne saura probablement jamais que les délinquants qui l'entouraient avaient l'inten-



tion d'aller plus loin. Totale­ment obsédés par la convoi­ti­se, ils étaient plusieurs à s'entredéchirer violemment pour s'accaparer la per­sonne de X et profiter indûment de son argent. L'un d'eux avait même envisagé « d'en finir avec le vieux » afin de pou­voir récupérer son assu­rance-vie... Monsieur X sera placé sous sau­vegarde de justice puis sous curatelle renforcée, après expertise psy­chiat­rique. N'ayant plus de domicile, ni de famille où aller, il sera confié à une famille d'accueil agréée par le conseil gé­néral. Ainsi il devrait pou­voir mener une existence paisible en toute dignité.

OBSERVATIONS

Le cas présent met en lumière plusieurs probléma­ti­ques déjà soulevées par Marguerite et al.² Dans un article consacré aux violences faites à nos aînés, ces auteurs observent qu'en gé­néral les victimes ont des troubles cogniti­fs et une perte d'autonomie et que la maltraitance peut revêtir divers aspects : physique, financier, psychologique ou lié à des négligences pas­si­ves ou actives selon les cas. Ils ajoutent encore qu'en fonction des situations, des réponses adaptées peuvent être mis en place telles que l'intervention d'une aide à domicile, d'une infirmière pour la toilette, le partage du repas, l'application de mesures de protections (cura­tel­le, tutelle, sau­vegarde de justice), l'information des per­son­nels de santé, la fréquentation de clubs du 3^e âge, les cam­pagnes d'information par voie de presse avec commu­ni­cation du numéro de téléphone du réseau d'écoute, les enquêtes mé­di­co-sociales, etc.

Le cas de Monsieur X conforte les observations des auteurs précédemment cités sur au moins trois points

Victimologie : Le problème du signalement de la maltraitance sur per­sonne âgée se pose déjà depuis quelques années. Il reste cepen­dant sous-estimé et méconnu. Il est d'actualité dans un société française vieillissante et proba­ble­ment mal informée de ces nou-

velles formes de délinquance. Il ne s'agit en effet ici ni de maltraitance en institution, ni de maltraitance intra-familiale. Il s'agit de mauvais traitements et de manœuvres dolosives dans le but d'extorquer à des per­sonnes âgées, dans un cadre extra-familial, de l'ar­gent ou des biens de toutes sortes. Ces faits sont com­mis non pas par des individus dans le besoin, mais par des délinquants peu scrupuleux, guidés par le profit, l'appât du gain et de l'argent facile.

Moins risquée que le vol à main armée ou le trafic de drogue, l'arnaque aux per­sonnes âgées semble effec­ti­vement plus efficace en terme de profits financiers. Outre le problème du signalement, se pose la question de la visibilité de cette forme de criminalité. Il est donc nécessaire de mettre au point des instruments de mesure de l'ampleur de ce phénomène, à l'instar de la pédo­philie ou des violences conjugales.

Mé­di­co-légal : Le cas présenté dans cet éditorial conforte ce que constatent Marguerite et al. : « la dis­ti­nction entre l'origine accidentelle et intentionnelle des blessures n'est pas facile à établir en particulier à cause de la fragilité cutanée liée à l'âge »³. Véritable difficulté, il n'a pas possible d'imputer formellement à des violences volontaires les traces constatées.

Criminologique : Outre l'amélioration de la visi­bi­lité statistique et la problématique du signalement, se pose encore la question de l'évolution de ce type de transgression. A une époque où l'espérance de vie gagne du terrain chaque année, les cas analogues risquent d'être en augmentation. L'enjeu est grand car la popu­lation vieillit et les observations risquent de se multi­plier.

Il semble nécessaire aujourd'hui de mettre au point les instruments de prévention dont nous aurons besoin demain. De plus, si la sensibilisation des familles et des professionnels de santé existe déjà, celle des pro­fessionnels du patrimoine (notaires) et de la finance (banques, sociétés de crédits à la consommation) devient également incontournable. ■

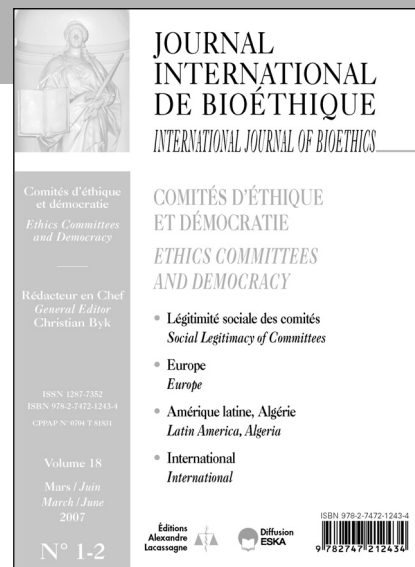
2. E. MARGUERITE, L. MARTRILLE, S. MALBRANQUE : Les maltraitances envers les personnes âgées. URGENCE PRATIQUE, 2004, n° 66, p. 35 à 37.

3. *Op. Cit.*, p. 36.



Journal international de bioéthique

*International Journal
of Bioethics*



SOMMAIRES / CONTENTS

2011, VOL. 22, N° 1-2, 224 p., 60,98 €, ISBN 978.2.7472.1767.5

Nanotechnologies
Nanotechnologies

2011, VOL. 22, N° 3-4, 204 p., 60,98 €, ISBN 978.2.7472.1773.6

L'amélioration humaine
Human Enhancement

Ces numéros sont disponibles aux Éditions ESKA :

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS – Tél. : 01 42 86 55 65 – Fax : 01 42 60 45 35

Les sites à consulter :

EDITIONS ESKA : <http://www.eska.fr>

ASSOCIATION INTERNATIONALE DROIT ÉTHIQUE ET SCIENCE : www.iales.org

*Article original / Original Article*

Analyse de huit années de prise en charge de patients internés libérés à l'essai au sein de deux unités de psychiatrie médico-légale

Pierre-Jean CORNU¹, Sophie MERCENIER², Ornella GIOVAGNOLI³

RÉSUMÉ

Après la constatation faite, en 2001, par le Ministère de la Santé Publique d'un manque de places disponibles destinées à la prise en charge des internés libérés à l'essai, notre pays a vu se développer la mise en place de projets afin de pallier ce manque. Dans tout le royaume, diverses unités de « psychiatrie médico-légale » ont ouvert leurs portes. L'objectif de ce présent article est davantage descriptif et se base sur le recensement de différentes informations concernant les caractéristiques des patients, les données d'hospitalisation, les données follow-up... afin de mettre en lumière le fonctionnement de ces unités médico-légales après 8 années de fonctionnement.. Pour ce faire, les observations se sont centrées sur deux unités, les « Itéas » de Tournai et « Hegoa » de Bruxelles.

Mots-clés : Défense Sociale, Internés, Unité de Psychiatrie Médico-Légale, Projet de Réinsertion.

SUMMARY

Analysis of eight years of management of patients who have been committed to two forensic psychiatry units but released on probation

Since the Ministry of Public Health reported in 2001 the lack of places available for the management of committed patients who are released on probation, our country has seen the setting up of projects develop in order to overcome this lack. Throughout the kingdom, various « forensic psychiatry » units have opened. The aim of this article is mainly descriptive and is based on the listing of different information about the characteristics of the patients, hospitalisation data, follow-up data.... so as to shed light on the working of these forensic units after 8 years. To do this, the observations are centred on two units, the "Itéas" in Tournai and "Hegoa" in Brussels.

Key-words: Social defence, Committed patients, Forensic psychiatry units, Rehabilitation project.

1. Criminologue, Centre Régional Psychiatrique « Les Marronniers », Tournai, Belgique. (Contact : pierre-jean.cornu@marronniers.be. CRP Les Marronniers. 94 Rue Despars. 7500. Tournai. Belgique).

2. Criminologue, Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles, Belgique

3. Psychologue-chercheuse, Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS), Tournai, Belgique.



1. INTRODUCTION

Le 9 avril 1930, la Belgique se dote de la « Loi de Défense Sociale ». Celle-ci ne constitue pas une peine mais se veut être une mesure de sûreté s'adressant « aux anormaux et aux délinquants d'habitude » destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés aux internés les soins requis par leur état en vue de leur réinsertion dans la société.

La loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964, réformant la loi du 9 avril 1930, s'applique aux délinquants reconnus comme malades mentaux selon trois critères définis par le législateur : l'état de démence, l'état de débilité mentale ou l'état grave de déséquilibre mental. Deux autres « catégories de délinquant » peuvent faire l'objet d'une mesure d'internement : les condamnés, via l'application de l'article 21, lorsqu'ils présentent, au cours de leur détention, un état mental le justifiant et les personnes mises à disposition du gouvernement (les récidivistes et les délinquants d'habitude).

L'internement est donc une mesure de soin et de protection de la société.

La durée de la mesure est indéterminée.

Dès la décision d'internement prise par une juridiction d'instruction ou une juridiction de jugement, le sort de l'interné dépend de la Commission de Défense Sociale¹ (CDS). Celle-ci est composée d'un magistrat qui la préside, d'un médecin en général spécialisé en psychiatrie et d'un avocat.

La Commission de Défense Sociale est compétente pour prendre les décisions suivantes :

- ✓ La désignation du lieu où l'interné sera placé : il peut s'agir d'un Établissement de Défense Sociale (E.D.S.) organisé par l'état fédéral (Paifve), une entité fédérée (Tournai) ou tout autre établissement privé via l'application de l'article 14 de la loi. Il s'agit de lieux au sein desquels sont prodigués des soins et qui présentent également un degré de sécurité suffisant.
- ✓ Accorder des aménagements en vue de préparer progressivement la réinsertion dans la société ; il s'agit de sorties ou de congés.

- ✓ Accorder une libération à l'essai et définir les conditions qui y sont attachées.
- ✓ Octroyer une libération définitive généralement après plusieurs années de libération à l'essai au sein de la société. Cette décision est prise sur base des rapports du médecin de tutelle et de l'assistant de justice qui suivent l'interné durant toute ou une partie de la période de sa libération à l'essai.

Mise en place du projet

En mars 2001, dans leur note de politique générale, le Ministre de la Santé publique, de la Protection de la Consommation et de l'Environnement, Madame Magda Aelvoet et le Ministre des Affaires sociales et des Pensions, Monsieur Frank Vandenbroucke, constataient que l'« *on manque actuellement d'institutions dotées des infrastructures et du personnel nécessaires pour accueillir et soigner les personnes internées* ». La perspective d'une offre de soins différenciée pour des internés catégorisés « high risk » « médium risk » et « low risk » était lancée.

Peu de temps auparavant, le 06 février 2001, paraissait d'ailleurs au Moniteur Belge un appel à projet concernant « l'offre d'un traitement clinique intensif aux patients internés en vue de leur resocialisation optimale ».

Outre cet objectif visant une offre de soin, la création de ces unités spécifiques a pour but de dégager des critères objectifs permettant de discriminer les internés « médium risk » pouvant bénéficier de ce type de prise en charge et d'élaborer un circuit de soins pour ce public cible.

Pour ce faire, en 2001, 5 unités de psychiatrie médico-légale ont été réparties sur le territoire belge. 24 lits en Flandres répartis sur 3 hôpitaux psychiatriques (le Centre Psychiatrique Universitaire Sint-Kamillus à Bierbeek, l'Hôpital Psychiatrique Public Daelwezeth à Rekem et le Centre Psychiatrique Sint-Jan Baptist à Zelzate) et 24 lits à Bruxelles et en Wallonie répartis entre deux hôpitaux psychiatriques (l'unité « Hegoa » au Centre Hospitalier Jean Titeca à Schaerbeek et l'unité « Les Itéas » du Centre Régional Psy-

1. La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental – publiée mais pas encore d'application – prévoit que les compétences de la Commission de Défense Sociale seront transférées au tribunal de l'application des peines.



chiatric « Les Marronniers » à Tournai). Ces unités ont été supervisées par deux équipes scientifiques² jusque fin 2006, à la demande du commanditaire le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Alimentation.

Les institutions bénéficiant de ces U.P.M.L. ont reçu en 2007 un financement complémentaire permettant d'élargir l'offre de soins destinée aux internés à des structures extra-hospitalières (M.S.P. et I.H.P.) Des fonds complémentaires ont également été alloués permettant la création d'équipes mobiles d'outreaching (2007 et 2009). Par ailleurs, des unités de soins spécialisées dans la prise en charge des A.I.C.S. (auteurs d'infractions à caractère sexuel) ont vu le jour.

En 2009, une nouvelle U.P.M.L. a vu le jour au C.H.P Saint-Martin, situé à Dave, en Wallonie.

Par ailleurs, 4 unités de 8 lits de soins spécialisées dans la prise en charge des A.I.C.S. (auteurs d'infractions à caractère sexuel) ont vu le jour au PC Sint Amandus à Beernem, au PC Ziekeren à Sint-Truiden, à l'AZ Sint Lucia à Sint-Niklaas et aux Marronniers à Tournai, ainsi que 15 places en M.S.P. et 28 places en I.H.P. pour l'accueil des internés délinquants sexuels.

Cet article vise à présenter l'U.P.M.L « Les Itéas » et l'U.P.M.L « Hegoa ». Diverses données ont été collectées en vue d'offrir une description et un regard sur leur fonctionnement. Après avoir exposé notre méthodologie de travail, nous présenterons la population des internés libérés à l'essai hospitalisés au sein des unités précitées. Enfin, nous évaluerons si les patients, au sortir des U.P.M.L. ont pu se maintenir dans la société – en dehors ou dans le circuit de soins ambulatoire³ – ou s'ils ont été réintégrés dans le circuit pénal.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Description des unités

Les unités « Itéas » et « Hegoa » sont deux U.P.M.L. ayant l'objectif commun de favoriser la resocialisation

d'une patientèle présentant un trouble de la lignée psychotique, qualifiée « médium risk » et libérée à l'essai. Elles bénéficient de conditions spécifiques notamment au niveau de l'encadrement thérapeutique.

En effet, par unité, les effectifs minimaux complémentaires aux normes d'organisation prévus dans la loi sur les hôpitaux sont de :

- ✓ ½ équivalent temps plein psychiatre,
- ✓ 2,5 équivalents temps plein universitaires,
- ✓ 12,5 équivalents temps plein non universitaires.

2.1.1. Les Itéas

Située sur le site du Centre Régional de soins Psychiatriques « Les Marronniers » à Tournai, cette unité ouverte pouvait accueillir, à son ouverture en 2001, 8 patients. Actuellement la capacité a augmenté pour offrir une prise en charge de 16 lits. Précisons que la population admise est exclusivement masculine et provient principalement de la section fermée de défense sociale du C.R.P. « Les Marronniers » où sont placés les internés dans le cadre de l'application de l'article 14 de la loi du 1^{er} juillet 1964. Ces patients ont donc déjà bénéficié d'une prise en charge de type hospitalière au sein de leur unité de défense sociale.

Notons que les patients libérés à l'essai au sein des « Itéas » ne peuvent en cas de non-adaptation à l'unité être repris par la section fermée de défense sociale mais doivent être réintégrés au sein de l'annexe psychiatrique d'une prison. « Les Itéas » ont donc ajouté dans les critères d'admission, qui seront présentés plus loin, la nécessité d'avoir obtenu, au préalable de la libération à l'essai, des sorties, seul, octroyées par la C.D.S., entre autre, afin de réduire ce risque de ré-intégration⁴.

En effet, un retour en annexe psychiatrique serait de nature à annihiler tout le travail thérapeutique réalisé pendant des années par les équipes de soins de la section fermée de D.S., et créerait un sentiment de retour à la case départ chez ces patients.

2. Une équipe francophone constituée du Dr L. Servais et de Mlle E. Harcq (psychologue) et une équipe néerlandophone constituée du Dr. H. Vertommen et du Dr C. Maeschalck.

3. Dans le cadre de cet article, nous appelons « circuit de soins ambulatoire », l'ensemble des structures de soins dépendant du secteur de la santé mentale et pas seulement les structures pilotes subsidiées par le S.P.F. Santé Publique qui sont exclusivement dédiées aux internés libérés à l'essai.

4. Rappelons que le temps d'attente au sein des annexes psychiatriques avant d'être admis au sein de l'E.D.S. de Tournai est d'un an et demi.



Une fois admis dans le projet pilote des « Itéas », le patient n'a, en général, plus de contact avec la C.D.S.

2.1.2. *Hegoa*

Cette unité semi-ouverte se situe au Centre Hospitalier Jean Titeca à Bruxelles qui accueille en majorité des patients sous statut médico-légal. L'U.P.M.L a également ouvert ses portes en 2001 et a vu sa capacité d'accueil augmenter au fil des années pour atteindre aujourd'hui une prise en charge maximale de 22 personnes. La patientèle admise est mixte et les femmes représentent 7% de la population totale accueillie à ce jour.

Les patients hospitalisés à « Hegoa » proviennent majoritairement des annexes psychiatriques des prisons, essentiellement celle de Forest qui se situe à proximité. L'unité « Hegoa » travaille également mais dans une moindre mesure avec les annexes psychiatriques des prisons de Jamioulx, Mons, Lantin, Gand et Anvers. Ces patients n'ont pas transité par une section fermée de défense sociale d'un hôpital psychiatrique et n'ont donc pas bénéficié d'une prise en charge thérapeutique telle que proposée dans un lieu de soins. Étant une unité semi-ouverte, « Hegoa » peut accueillir des patients présentant un état clinique modérément déstabilisé sur le plan comportemental (agitation psycho-motrice, impulsivité...).

Les patients n'ayant bénéficié d'aucune modalité d'exécution de la mesure d'internement (sortie accompagné, sortie seul,...) avant leur admission dans l'unité « Hegoa », les contacts avec la C.D.S. restent fréquents afin d'encadrer les mesures d'octroi.

2.2. Variables collectées

Les données collectées en vue de la présente étude proviennent de quatre sources d'information :

1. Les bases de données constituées par les unités « Les Itéas » et « Hegoa » dans le cadre de l'évaluation du projet par le SPF Santé publique pour ce qui a trait à la description des internés ayant transité par ces unités,
2. Les rapports d'activités annuels desdites unités,
3. Des informations récoltées auprès des CDS pour ce qui concerne le devenir social et judiciaire (follow up) des internés,

4. Les données diagnostiques tirées des Registres Psychiatriques Minimum (R.P.M.). A ce propos, voilà maintenant 14 ans qu'un important travail de recueil d'informations psychiatriques a vu le jour dans de nombreuses institutions hospitalières. Le développement du R.P.M. a été rendu obligatoire au 1^{er} juillet 1996. Son objectif consiste à l'enregistrement de données permettant de faire la transparence dans les soins psychiatriques dans le but de fournir aux autorités (gestionnaires et ministères) une vue pertinente de l'organisation des soins afin d'adapter la prise de décision aux besoins évalués. Ces données sont recueillies sur l'ensemble des établissements de santé et par là, cet instrument offre la possibilité d'une comparaison entre les différentes institutions accueillant diverses populations. Pour exemple, une partie des données concerne le diagnostic psychiatrique et recense, entre autre, les troubles cliniques (Axe I), les troubles de la personnalité/retard mental (Axe II), le diagnostic principal (Axe I-II-III), les problèmes psychosociaux et liés à l'environnement (Axe IV), l'évaluation globale du fonctionnement (Axe V).

La période de référence concernant les patients admis et réadmis au sein des unités de psychiatrie médico-légale se situe entre le 1^{er} octobre 2001 et le 31 mars 2009.

La date de référence en ce qui concerne la collecte de données auprès des Commissions de Défense Sociale est le 15 juin 2009.

2.3. Population

Le S.P.F Santé Publique a fixé différents critères généraux d'inclusion ainsi que des critères généraux « limitatifs » afin de cibler la patientèle à accueillir au sein des unités de psychiatrie médico-légale.

2.3.1. Les critères d'inclusion sont :

- ✓ Patients de sexe masculin ou féminin, âgés de 18 ans ou plus, bénéficiant d'une mesure de libération à l'essai et en ordre de mutuelle ;
- ✓ La présence d'une maladie mentale sévère (MMD : Major Mental Disorder) et /ou d'un trouble de la personnalité ;

- ✓ Avoir un QI total minimum de 65 à la Wais-III ou présenter des capacités d'apprentissage, de resocialisation ou d'habilités sociales minimales évaluées sur une base clinique et socio-éducative ;
- ✓ Patients présentant un degré de risque gérable au sein de l'infrastructure disponible du circuit de soins (risque déterminé avec les instruments médico-légaux d'usage à savoir la HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) et l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R ; Hare, 2003) c'est-à-dire répondant aux critères « médium risk » ;
- ✓ Patients présentant certaines potentialités de resocialisation à moyen terme, à savoir une capacité suffisante d'entrer en relation (aptitudes relationnelles minimales) et d'investir un programme de soins. Ceci implique une qualité suffisante de contact avec la réalité et une réponse aux traitements pharmacologiques en cas de troubles psychotiques importants.

2.3.2. Les critères « limitatifs » sont :

- ✓ Une psycho-organicité irréversible (démence, syndrome frontal...) ;
- ✓ Une psychopathie élevée (Score à la PCL-R supérieur ou égal à 25), c'est-à-dire répondant aux critères « high risk » de par la présence d'un trouble psychopathique avéré ;
- ✓ Des personnes ayant un comportement criminel sans trouble psychiatrique spécifique ;
- ✓ Présence d'un trouble psychotique sévère, continu et résistant à toute thérapie connue ;
- ✓ Patients présentant une problématique de dépendance sans trouble psychiatrique associé ;
- ✓ Patients présentant une paraphilie sans trouble psychotique associé.

Les patients présentant un handicap mental ou une problématique de délinquance sexuelle primaire n'entrent donc pas dans les critères de la population accueillie au sein des unités de psychiatrie médico-légale. En effet, selon le rapport réalisé par l'équipe scientifique à la demande du S.P.F. Santé Publique, même si ces patients « *peuvent être pris en compte comme étant des patients médium risk, ils doivent être accueillis au sein d'un cadre particulier qui se*

centre sur ces problématiques... Cela signifie que chacun des deux (profils) doit être dirigé vers des unités spécifiques à créer... » indépendamment des unités de psychiatrie médico-légale visées par le présent projet.

Malgré ces similitudes – tant sur le plan des critères d'inclusion et des critères limitatifs que sur le plan des normes d'encadrement – ces unités ont pourtant développé des spécificités en fonction de l'expérience du personnel de l'hôpital, de l'architecture de la structure hospitalière, de la demande du réseau de justice et/ou des carences dans le réseau de soins,... Certaines différences apparaissent, par exemple, au point de vue de la provenance des patients, des processus de sélection, des relations avec le judiciaire, ...

3. ANALYSE DES DONNÉES

Cette démarche ne vise pas une comparaison entre les deux unités mais s'inscrit davantage dans une perspective descriptive. Les données récoltées concernent d'une part les caractéristiques des patients (âge, diagnostics, nature des délits,...), d'autre part les données d'hospitalisation (durée, ré-hospitalisations, (ré)orientation à la sortie,...) et finalement les données follow-up des patients ayant quitté les unités de soins.

3.1. Caractéristiques des patients

3.1.1. Fréquentation

Les U.P.M.L. ont accueilli 163 patients entre le 1^{er} octobre 2001 et le 31 mars 2009 répartis selon le tableau ci dessous. Après leur sortie, certains patients sont ré-hospitalisés. Les ré-hospitalisations sont motivées avant tout par une dégradation de l'état mental du patient.

La demande de ré-hospitalisation peut émaner du patient lui-même, de la structure dans laquelle le patient avait été réinséré (initiatives d'habitations protégées (I.H.P.), maison de soins psychiatriques (M.S.P), communauté thérapeutique,...), du psychiatre de tutelle, de l'assistant de justice,... et ce, toujours avec l'accord du patient. Rappelons à cet égard que les U.P.M.L. garantissent aux partenaires du réseau de soins la possibilité de pouvoir réadmettre le patient en cas de difficultés via l'utilisation de lits de crise et de rechute.

En moyenne, les ré-hospitalisations surviennent plus d'un an après la sortie du patient de l'unité de soins (Moy = 396 jours, Min = 2 jours Max = 1324 jours pour « Les Itéas » ; Moy = 472 jours, Min = 8 jours, Max = 2094 jours pour « Hegoa »)

Tableau 1 : Fréquentation des unités

	Les Itéas	Hegoa	Total
1^{re} admission	71	92	163
Ré-hospitalisation	14	20	34
Total	85	112	197

3.1.2. Âge

L'unité « Les Itéas » accueille des patients quelque peu plus âgés en moyenne que ceux hospitalisés à l'unité « Hegoa », respectivement 37 ans contre 33 ans. Notons que les patients admis les plus jeunes ont une vingtaine d'années mais que l'on rencontre également des patients âgés de plus de 60 ans et ce, dans les deux unités.

3.1.3. Diagnostic

Les deux unités de psychiatrie médico-légale travaillent avec des patients présentant au moins un diagnostic sur l'axe I du DSM IV avec une éventuelle comorbidité sur l'axe II de ce même DSM IV.

Tableau 2 : Diagnostics AXE I

Diagnostic	Itéas (N=71)	Hegoa (N=92)	Total (N=163)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	59 (83%)	90(98%)	149 (91%)
Abus et/ou dépendance alcool	13 (18%)	0	13 (8%)
Abus et/ou dépendance substances	20 (28%)	41(45%)	61 (37%)
Troubles de l'humeur	6 (8%)	2(>2%)	8 (5%)
Trouble de l'adaptation	1 (<2%)	0	1 (<1%)
Trouble du contrôle des impulsions	2 (<3%)	0	2 (<2%)
Trouble autistique	1(<2%)	0	1 (<1%)

Tableau 3 : Diagnostics AXE II

Absence de diagnostic	32(45%)	56(61%)	88 (54%)
Antisociale	15(21%)	7(8%)	22 (14%)
Dépendante	5(7%)	5(>5%)	10 (6%)
Non spécifié	1(<2%)	17(19%)	18 (11%)
Borderline	5(7%)	2(>2%)	7 (4%)
Narcissique	1(<2%)	1(>1%)	2 (<2%)
Paranoïaque	5(6%)	2(>2%)	7 (4%)
Schizoïde	1(<2%)	0	1(<1%)
Histrionique	1(<2%)	0	1(<1%)
Évitante	1(<2%)	0	1(<1%)
Retard mental léger	8(10%)	5(>5%)	13 (8%)



Notons que sur les 71 patients des « Itéas », 23 d'entre eux (32%) associaient 2 diagnostics ou plus sur l'axe I. Pour l'unité « Hegoa », ce sont 38 des 92 patients (41%) qui sont dans le même cas.

En ce qui concerne l'axe 2, seuls 5 patients des « Itéas » présentent 2 diagnostics. Dans chaque cas, c'est la personnalité antisociale qui s'associe à un autre trouble de la personnalité.

3.1.4. Nature des délits

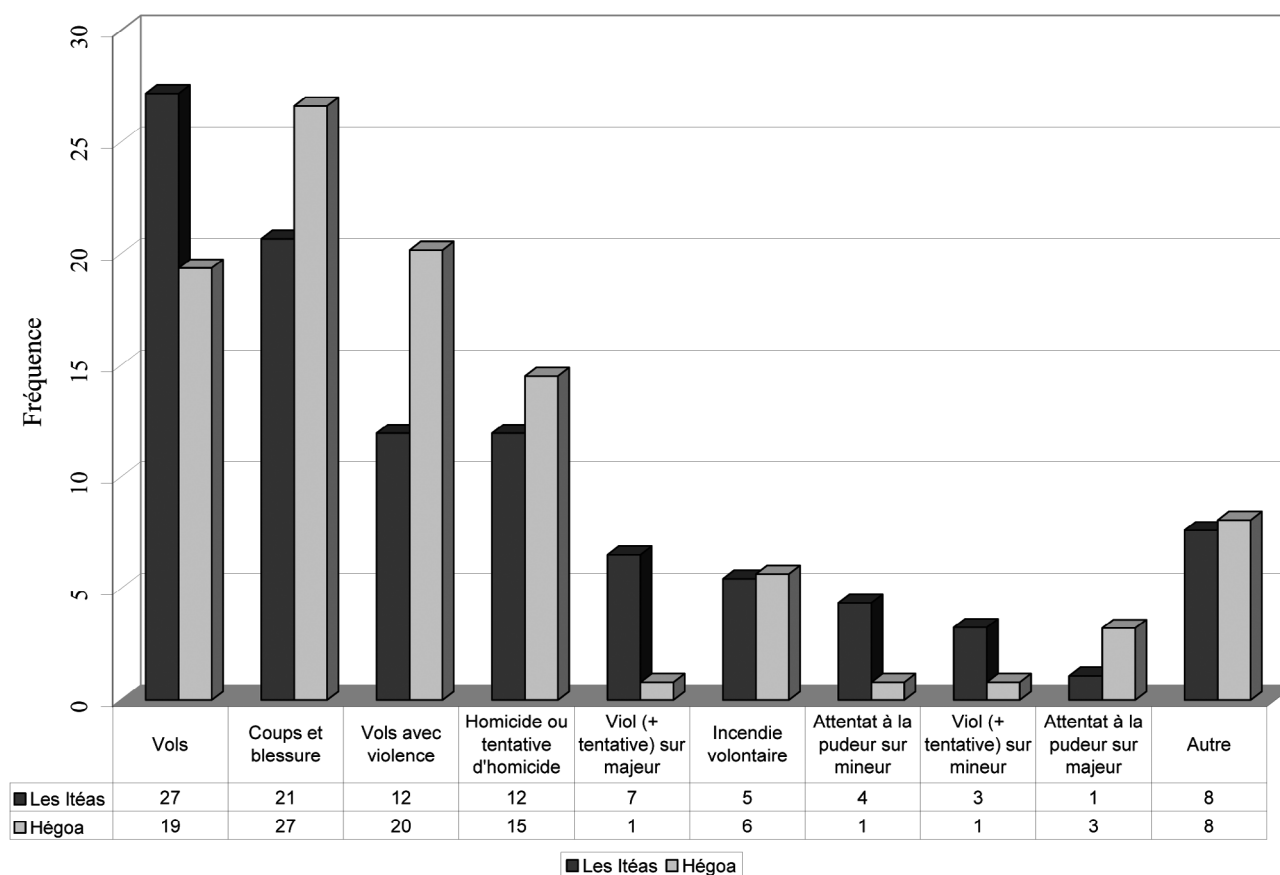
Nous allons vous présenter, sous la forme d'un graphique, la fréquence des délits ayant amené à la décision d'internement et ce pour les deux unités de soins.

Dans un souci de clarté, nous avons défini une catégorie « Autre » regroupant les qualifications légales d'actes que les patients ont peu fréquemment commis (n=18) tels que l'extorsion, le harcèlement par courrier, l'abus de confiance, attentat contre les personnes et les biens, le détournement frauduleux...

L'analyse des faits infractionnels repris sur l'ordonnance d'internement des 145 dossiers met en évidence une prépondérance de faits qualifiés « vols » et « vols avec violence » ainsi que des « coups et blessures »⁵.

L'analyse des extraits des casiers judiciaires montre par ailleurs que respectivement 65% et 56 % des patients ayant transité par l'unité « Les Itéas » et « Hegoa » avaient déjà fait l'objet d'une ou plusieurs condamnations judiciaires par le passé.

Figure 1 : Fréquence des faits infractionnels à la base du dernier internement (N = 145)



5. Acte de violence interpersonnelle avec éventuellement séquelles physiques.



3.1.5. Provenance des patients

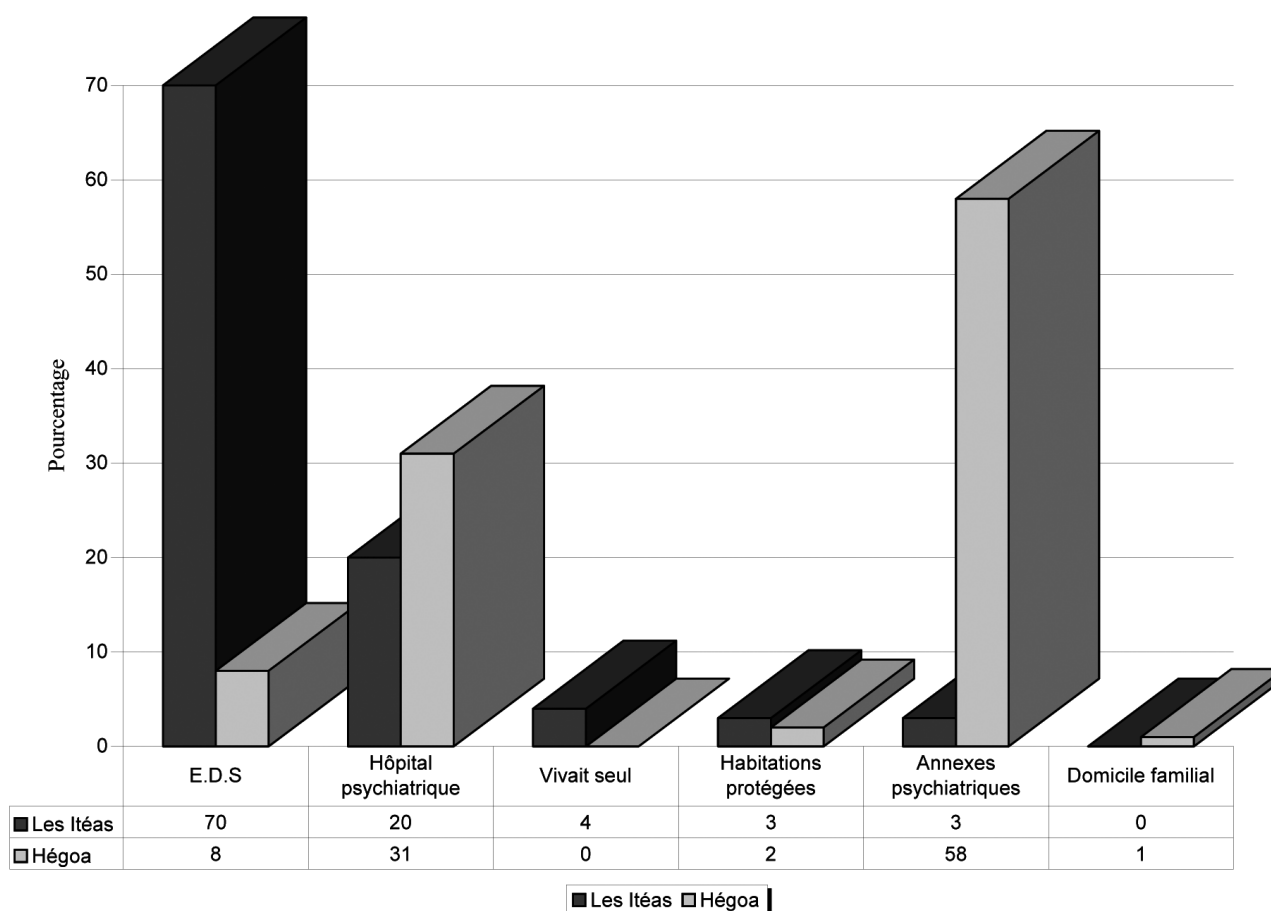
Le tableau suivant indique le lieu de placement des patients précédant leur première admission dans l'unité de soins. Nous avons recensé 6 lieux de vie différents à savoir les E.D.S. (Établissements de Défense Sociale⁶), les annexes psychiatriques, les hôpitaux psychiatriques, les habitations protégées, le domicile propre du patient dans le cas où celui-ci vivait seul et enfin le domicile familial dans le cas où le patient vivait avec sa famille avant son arrivée à l'U.P.M.L.

Globalement, nous constatons que la majorité des patients hospitalisés au sein aux « Itéas » et à « Hégao » sont issus d'un milieu sécuritaire et fermé.

L'unité de psychiatrie médico-légale « Les Itéas » étant une unité ouverte située sur le même site que la section de défense sociale du C.R.P. « Les Marronniers », ce sont principalement des internés placés au sein de cette section de défense sociale qui y sont hospitalisés (70%). Pour les patients recensés, la libération à l'essai (L.E.) a été prononcée après une durée moyenne d'internement de 5 ans. Au plus tôt après une année passée à l'E.D.S, au plus tard après 17 ans ! Précisons que ces patients ont pu bénéficier d'une prise en charge thérapeutique durant leur internement.

A « Hégao » – unité semi-ouverte se situant sur le territoire de la Région Bruxelloise – les patients proviennent majoritairement de l'annexe psychiatrique de

Figure 2 : Pourcentage de Provenance des patients à la première admission (n = 163)



6. Les établissements de défense sociale dont il est question sont l'établissement situé à Paifve dépendant du ministère de la Justice et la section fermée de défense sociale située sur le site du C.R.P. « Les Marronniers » et dépendant de la Région Wallonne (entité fédérée).



la prison de Forest. Ceux-ci n'ont pas préalablement bénéficié d'une prise en charge thérapeutique telle que proposée dans les Établissements de Défense Sociale. Le temps de placement moyen à l'annexe psychiatrique est de onze mois.

Signalons que le pourcentage de patients provenant d'un hôpital psychiatrique est à relativiser. C'est en effet principalement au moment de l'ouverture des U.P.M.L. ainsi que lors de l'extension de leur capacité d'accueil que les patients nouvellement admis provenaient d'hôpitaux psychiatriques. La raison principale étant la rapidité du processus de candidature et d'admission en comparaison aux patients internés devant être admis à partir des annexes psychiatriques ou d'un E.D.S.

3.2. Données relatives à l'hospitalisation

L'analyse des données concernant la durée d'hospitalisation couvre l'ensemble des patients sortis, que

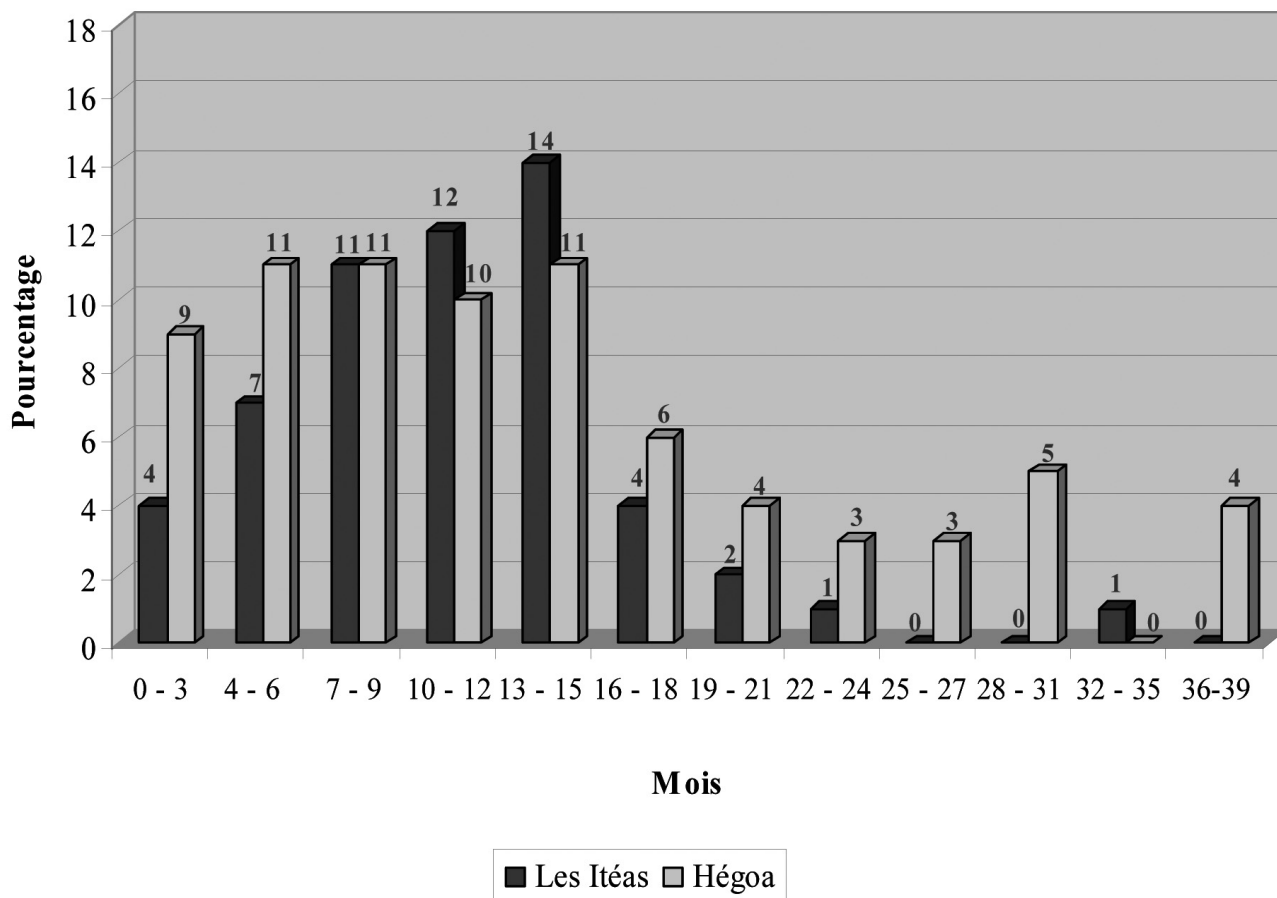
ce soit pour une première admission ou pour une réadmission au sein des unités de psychiatrie médico-légale.

3.2.1. Durée moyenne de séjour suite à une première admission

La durée moyenne d'hospitalisation demeure inférieure aux 24 mois fixés par la convention avec le Service Public Fédéral Santé Publique et ce pour 99% des patients des « Itéas » et 88% pour ceux de « Hegoa ».

Remarquons que ce temps d'hospitalisation n'est pas exclusivement consacré à la phase du traitement intensif mais intègre, pour une part non négligeable, le délai d'attente indispensable afin de bénéficier d'une place d'accueil au sein d'une autre structure du réseau de soins (I.H.P., M.S.P., maison communautaire...) et ce, après l'acceptation du dossier de candidature.

Figure 3 : Durée moyenne de séjour (n = 133)



Enfin, pour l'unité Hegoa, les catégories « 4-6 » et « 7-9 » reprises sur le graphique sont influencées à la hausse par les patients ayant réintégré l'annexe psychiatrique durant leur hospitalisation (n = 17). Ces patients ont, en effet, quitté majoritairement l'unité au cours des 6 premiers mois (moy = 6,7 mois, min 50 jours, max 625 jours).

3.2.2. Durée de séjour des réhospitalisations (en mois)

Tant aux « Itéas » qu'à « Hegoa », les durées de réhospitalisation sont plutôt de courte durée (46 % des patients ré-hospitalisés à « Hegoa » demeurent moins de 6 mois contre 66 % pour l'unité « les Itéas ») au regard de la durée de séjour lors de la première admission.

Ceci met bien en évidence l'importance des lits de crise et de rechute prévus dans le cadre de la convention « concernant l'élaboration du trajet de soins pour internés médium risk au sein du groupe cible des adultes ».

3.2.3. Fréquence des lieux de vie à la sortie après la première hospitalisation

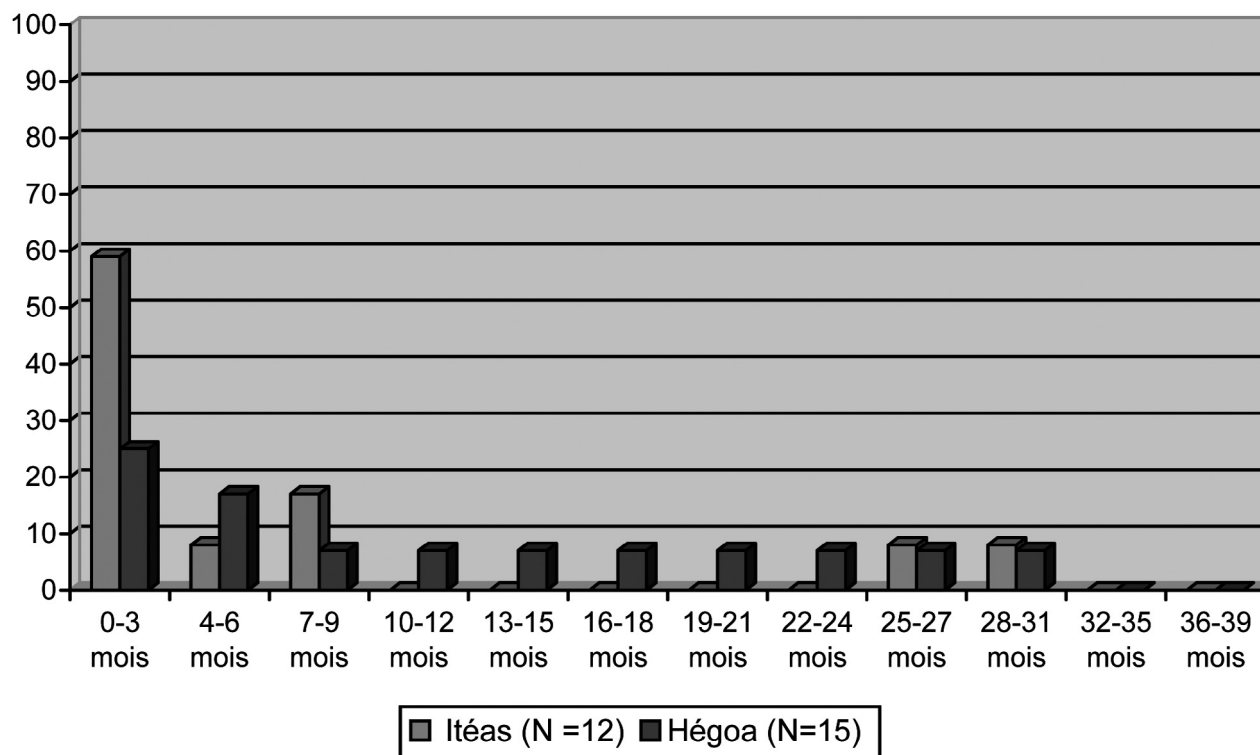
Le tableau suivant reprend l'ensemble des lieux de vie dans lesquels les patients se sont insérés après leur sortie de l'U.P.M.L.

Nous avons également intégré les trois catégories suivantes : les patients qui se sont suicidés au cours de l'hospitalisation (suicide), les patients qui ont fugué et pour lesquels nous n'avons pas de nouvelles (fugue) et les patients qui ont réintégré l'annexe psychiatrique au cours de l'hospitalisation (annexe psychiatrique).

Nous pouvons distinguer deux grandes catégories de projet de réinsertion :

- ✓ d'une part les patients qui, au sortir des U.P.M.L., intègrent un lieu de vie au sein d'une « structure de soins » (par ex : hôpitaux psychiatriques, M.S.P., I.H.P.,...).
- ✓ d'autre part, les patients qui investissent un lieu de vie en dehors de toute structure de soins (par ex : domicile propre, domicile familial...).

Figure 4 : Pourcentage des durées de réhospitalisation



**Tableau 4** : Pourcentage des projets de vie au terme de la première hospitalisation

	(%) Itéas N = 71	(%) Hegoa N = 92
Domicile familial	10	22
Domicile propre	37	15
Habitation protégée	22	24
Hôpital psychiatrique (unité long séjour)	16	9
Maison d'hébergement/Maison d'accueil	4	2
Communauté thérapeutique	1	4
M.S.P.	1	5
Annexe psychiatrique	6	17
Fugue	1	0
Suicide à l'hôpital	0	2
Total	100	100

Cela ne signifie pas qu'ils ne bénéficient plus d'un suivi, d'un accompagnement mais bien que celui-ci revêt des formes différentes de type « ambulatoire » (par ex : infirmier à domicile, outreaching, centre de santé mentale, centre de jour,...)

Au sortir des U.P.M.L., les patients "Itéas" intègrent autant une structure de soins qu'un lieu de vie en dehors de toute structure de soins (44% contre 47%).

Les patients "Hegoa" s'insèrent quant à eux, plus fréquemment au sein du réseau de soins (44% contre 37%).

En ce qui concerne les lieux de vie hors structure de soins, nous pouvons mettre en exergue que les patients "Itéas" investissent majoritairement un domicile seul (37%) alors que les patients "Hegoa" retournent plus fréquemment auprès de leur famille (22%).

3.3. Données follow up

Nous avons déterminé 6 catégories représentant la situation des patients sortis de l'unité de soins qui se déclinent comme suit :

1. la catégorie « *récidive* » vise l'ensemble des patients qui ont commis un *nouveau délit* après la sortie de l'unité de psychiatrie médico-légale et qui ont à nouveau été placés à l'annexe psychiatrique d'une prison,

2. la catégorie « *réintégration* » recouvre l'ensemble des patients qui sont retournés à l'annexe psychiatrique mais suite à un *non respect des conditions de libération à l'essai*,

3. la catégorie « *décès-suicide* » concernant les patients décédés au cours de l'hospitalisation ou après leur sortie, par suicide ou non,

4. la catégorie « L.D » - libération définitive – reprend l'ensemble des patients qui ne sont plus sous l'autorité des CDS,

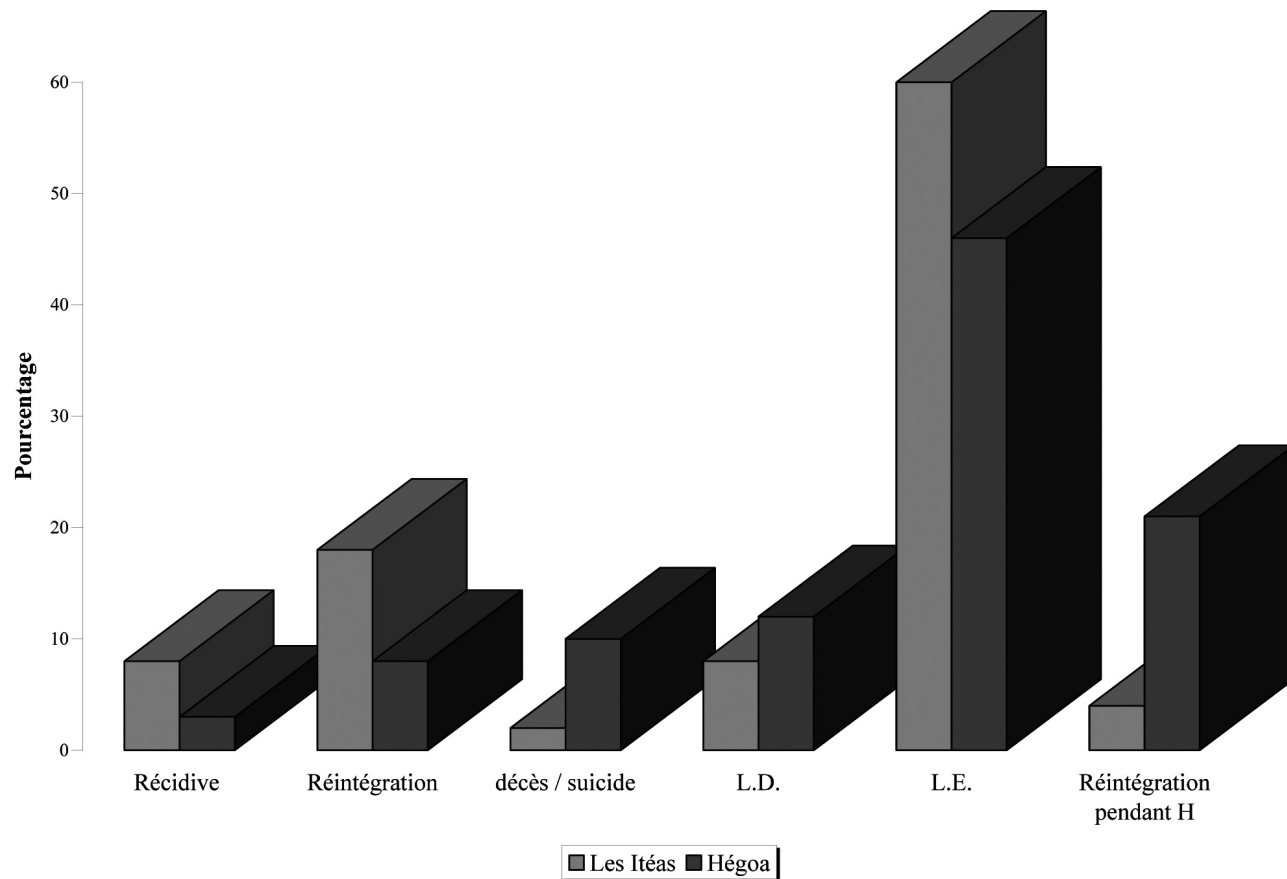
5. la catégorie « L.E » - libération à l'essai – concerne les patients qui restent sous la tutelle des CDS,

6. la catégorie « *réintégration pendant H* » concerne les patients ayant réintégré l'annexe au cours de leur prise en charge au sein de l'UPML car ils ne respectaient pas le règlement d'ordre intérieur de l'unité les prenant en charge ou manifestaient une réelle attitude de non-collaboration (figure 5).

Au terme d'un processus de sélection en amont et au cours de l'hospitalisation, nous pouvons constater que la majorité des patients "Itéas" et "Hegoa" se maintiennent dans un projet de réinsertion accompagné d'un suivi ambulatoire plus ou moins soutenant selon les cas.



Figure 5



L'analyse des données montre par ailleurs que les libérations définitives ne sont pas légions. Le temps moyen entre la libération à l'essai et la libération définitive est de 7,29 années. Une prise en charge à si long terme nécessite que celle-ci soit souple et individualisée.

4. DISCUSSION

La convention conclue entre le S.P.F Santé publique et les Unités de Psychiatrie Médico-légales (U.P.M.L.) s'adresse au public cible des internés médium risk libérés à l'essai.

Le présent article met en évidence que les U.P.M.L « Les Itéas » et « Hégoa » n'accueillent, sur le plan psychopathologique, qu'une partie des patients internés. Le profil des patients hospitalisés au sein de ces unités n'est pas représentatif de l'ensemble des pro-

blématiques mentales que recouvre le domaine de la loi de défense sociale.

Outre l'exclusion de certains groupes cibles tels que les internés présentant une déficience mentale modérée ou sévère -pour lesquels une offre de prise en charge devrait prochainement être développée-, les U.P.M.L ont développé des critères de sélection qui leur sont propres afin d'accueillir une patientèle relativement homogène ayant la capacité de s'inscrire dans le(s) programme(s) thérapeutique(s) proposé(s).

Au cours des dix années écoulées, les U.P.M.L ont affiné leur pratique au gré de l'expérience acquise par les équipes mais également, et surtout, afin de palier à certains manques du réseau ambulatoire.

4.1. Durée d'hospitalisation et lieux de réinsertion

Le réseau de soins ambulatoire résidentiel est, à la base, peu étoffé.



Certaines structures refusent, d'office, d'accueillir des patients sous statut de défense sociale. Diverses raisons sont évoquées, allant de « la peur » de patients présumés violents au refus de se retrouver à l'articulation entre le judiciaire et le thérapeutique.

D'autres structures acceptent de travailler avec des patients sous statut de défense sociale mais « au compte goutte », ne réservant alors que une voire deux places à ces patients.

Cette réalité a amené les U.P.M.L à réserver au minimum un « lit de crise et de rechute » afin de garantir la possibilité d'une ré-hospitalisation en cas de crise, et ce toujours avec l'accord du patient.

L'insuffisance des places dans le réseau est un des facteurs pouvant expliquer les statistiques de réinsertion montrant que les patients hospitalisés aux « Itéas » ont, en premier lieu, été réinsérés au sein d'un domicile privé (37%), soit un lieu ne dépendant pas des structures de soins tandis que pour « Hegoa » les premiers lieux de réinsertion sont soit l'I.H.P. (24%), soit la famille (22%).

L'offre de place au sein des structures de soins ambulatoires étant déficitaires par rapport à la demande, les patients doivent attendre un temps certain avant d'intégrer une structure pouvant les accepter. Ceci influence non seulement la durée de l'hospitalisation mais également le travail thérapeutique avec des patients qui sont ainsi « en attente » d'une place.

4.2. Développement de spécificités de l'offre de soin

La durée moyenne d'internement des patients hospitalisés aux « Itéas » (5 ans en E.D.S.) et son inévitable processus de dé-socialisation cumulée au délitement des liens familiaux dû à l'éloignement géographique (l'E.D.S. de Tournai accueille des patients internés venant de l'ensemble de la Région Wallonne et Bruxelloise) ont sans doute amené les patients à devoir envisager un projet de réinsertion avec peu de soutien familial.⁷

A contrario, les patients « Hegoa », provenant majoritairement de l'annexe psychiatrique de la prison de Forest, et résidant pour la plupart sur le territoire de la

région bruxelloise, bénéficient, à priori, d'un soutien familial plus important.

Les projets, face à ces réalités de réinsertion différentes, se sont évidemment adaptés.

Pour les « Itéas », cette adaptation se fit à travers la mise en place d'un projet d'outreaching (projet soutenu et financé par le SPF Santé Publique en 2007) c'est-à-dire un projet de soutien, d'accompagnement au quotidien du patient dans son lieu de vie en veillant à favoriser son intégration progressive avec les acteurs de la santé (Centre de Santé Mentale,...).

Durant les trois mois qui suivent la sortie de l'U.P.M.L, l'équipe Hegoa, quant à elle, assure un suivi psycho-social individuel dans le cadre d'une « post-cure » et la poursuite des entretiens systémiques (avec les personnes ressources du patient) initiés au cours de l'hospitalisation.

L'équipe « Hegoa » a également pris le parti d'orienter certains patients vers une équipe mobile d'outreaching (« projet Eolia ») récemment mise en place (décembre 2009).

4.3. Les réintégrations à l'annexe psychiatrique

Parmi les patients sortis des unités pilotes, seuls 22 patients ont fait l'objet d'une ordonnance de réintégration.

La majorité des patients (16 sur 22, soit 72 %) ont réintégré l'annexe psychiatrique de la prison suite à un non respect des conditions de libération à l'essai. Les motifs les plus fréquemment invoqués sont un non respect des règles de leur lieu de vie souvent associé à une consommation de drogues ou d'alcool.

Il peut paraître étonnant que ces patients n'aient pas pu profiter du lit de crise et de rechute réservé au sein de chaque unité. Outre l'absence de consentement du patient, deux facteurs explicatifs semblent prévaloir.

Premièrement, nous posons l'hypothèse que l'appareil judiciaire est très réactif dans des situations de non respect des conditions de libération à l'essai, l'annexe psychiatrique des prisons jouant alors la fonction des structures fermées.

7. Notons que l'ouverture de lits pour les internés libérés à l'essai à l'hôpital Saint-Martin à Dave permettra sans doute de diminuer l'éloignement géographique pour certains patients internés et donc cette altération des liens familiaux.





Deuxièmement, nous pouvons imaginer que l'organisation au sein du circuit de soins n'a pas suffisamment fonctionné et n'a donc pas permis de garder en son sein un patient interné pour lequel des raisons, avant tout d'ordre médical, ont justifié une réintégration à l'annexe psychiatrique.

Seule une analyse qualitative, s'axant sur les motivations des acteurs à l'initiative des procédures de réintégration (Procureur du Roi, Assistant de Justice, Psychiatre de tutelle...) ou ayant saisi l'instance judiciaire, permettrait de décliner ces deux facteurs en plusieurs hypothèses explicatives.

CONCLUSION

Après une dizaine d'années d'existence et au vu du présent article, il nous semble que les Unités de Psychiatrie Médico-Légale (U.P.M.L.) créées à l'initiative du S.P.F. Santé publique en 2001 ont bien rempli leur mission à savoir : être l'interface entre d'une part les structures fermées que sont les Annexes Psychiatriques (A.P.) des prisons et les Établissements de Défense Sociale (E.D.S.) et, d'autre part, les structures de soins « classiques » (Initiatives d'Habitations protégées, Maisons de Soins Psychiatriques...).

La multiplicité des acteurs de la sphère justice et de la sphère santé couplée à l'aspect protéiforme des pathologies mentales et à l'hétérogénéité des profils

criminologiques rencontrés dans le domaine de l'internement a amené chaque U.P.M.L. à développer des spécificités tant dans le processus d'admission, que dans la collaboration avec les différentes C.D.S., dans l'organisation du processus de réinsertion...et ce en fonction de sa réalité de travail.

Cette souplesse et cette modularité possible des projets nous semble important afin de toujours pouvoir ajuster au mieux les projets de prise en charge à la patientèle accueillie, aux possibilités et difficultés de réinsertion...

Nous voudrions également attirer l'attention sur le manque criant de possibilités de prise en charge qui s'offrent en aval des U.P.M.L. Les structures acceptant une patientèle internée sont trop peu nombreuses et/ou n'accueillent que un voire deux internés en même temps ; le prix des logements privés est quant à lui souvent prohibitif pour notre patientèle en situation de grande précarité sociale et financière. Cela amène inévitablement un allongement du temps d'hospitalisation au sein des U.P.M.L. et une difficulté à fluidifier le circuit de soins internés.

Enfin, il nous semble important d'insister sur la fonction de coordination du circuit de soins. Fonction essentielle de par la multiplicité des intervenants tant du domaine du soins que de la justice, cette fonction devrait, selon nous, s'inscrire dans la sphère des soins en santé mentale à l'instar de la fonction de coordination du trajet de soins pour les jeunes ayant une problématique psychiatrique. ■



Pour vos collaborateurs / For your Co-workers

Le médecin légiste et la justice

Geoffroy LORIN DE LA GRANDMAISON¹

1. POLITIQUE PÉNALE EN MATIÈRE D'AUTOPSIE MÉDICO-LÉGALE

Actuellement, il existe en France (qui compte 65 millions d'habitants) un nombre très insuffisant d'autopsies médico-légales, de l'ordre de 8 000 par an. Le nombre annuel de décès toutes causes confondues en France est de l'ordre de 500 000 (incluant maladies et environ 35 000 morts violentes), soit une autopsie pour environ 62 décès. Le pourcentage de décès suivis d'une autopsie médico-légale est ainsi très faible, de l'ordre de 1 %. A titre de comparaison, en Finlande (dont la population est de 5,3 millions d'habitants), on réalise entre 10 000 et 11 500 autopsies médico-légales par an (pour environ 4 500 morts violentes annuelles), soit un taux d'autopsie bien supérieur à celui de la France, de l'ordre de 21 à 24 % de l'ensemble des décès. D'après le rapport conjoint de l'inspection générale des services judiciaires et de l'inspection générale des affaires sociales de 2006, 75 centres d'autopsies ont été recensés dans des structures hospitalières ou dans des instituts médico-légaux et 19 dans des funérariums. 62 % de ces centres ont une activité très faible, inférieure à 50 autopsies par an. A l'inverse, l'activité autopsique assurée par l'institut médico-légal de Paris représente 25 % de l'activité globale à l'échelle nationale.

Le faible nombre d'autopsies médico-légales en France résulte de trois principaux facteurs :

- ✓ la méconnaissance fréquente par le médecin signataire du certificat de décès des situations où

l'obstacle médico-légal doit être systématiquement coché (lorsque la case obstacle médico-légal est cochée sur le volet administratif du certificat de décès, une enquête décès est ouverte et toutes les opérations funéraires sont suspendues). Les modalités de remplissage du volet administratif en matière d'obstacle médico-légal, qui apparaissent sur le verso du certificat de décès (sorte de mode d'emploi pour remplir le certificat de décès), sont actuellement très incomplètes. Il manque en effet la liste complète des cas de décès requérant l'obstacle médico-légal. Cette méconnaissance est aggravée par le fait que le médecin examine souvent de façon trop superficielle le cadavre. De plus, faute d'expérience et de formation adéquate dans l'examen des cadavres, le médecin examinateur peut passer à côté de signes suspects de violence, par exemple des pétéchies conjonctivales ou des ecchymoses discrètes au niveau du cou pouvant témoigner de manœuvres de strangulation manuelle. Un décès peut ainsi être faussement considéré comme une mort naturelle au domicile alors qu'il s'agit d'un homicide.

- ✓ une disparité de la politique pénale mise en œuvre dans les parquets qui s'explique par :
- la méconnaissance par les magistrats des limites de la levée de corps en matière de détermination des causes et circonstances de décès, méconnaissance partagée par les enquêteurs de police et même par certains médecins légistes.

1. Professeur de médecine légale à la faculté des sciences de la santé de l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, anatomo-pathologiste, chef du service d'anatomie pathologique et de médecine légale à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).

- l'absence d'application systématique par les parquets de la recommandation n°R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale (Conseil de l'Europe du 02/02/99).
- ✓ un frein budgétaire, le ministère de la justice rechignant à payer les mémoires de frais consécutifs aux transports de corps et aux missions d'expertise complémentaires à l'autopsie.

Ce taux d'autopsie médico-légale anormalement bas a plusieurs conséquences néfastes :

- ✓ Il restreint considérablement l'expérience des médecins légistes exerçant dans des centres d'autopsie dont l'activité est déjà faible.
- ✓ Par son retentissement sur l'activité globale d'une structure médico-légale, il est un frein à l'ouverture de postes de médecins titulaires.
- ✓ Il favorise une activité disparate du médecin légiste au détriment d'une réelle spécialisation, seule garante d'une qualité de la mission d'expertise.

Une des faiblesses majeures de la médecine légale française est en effet ce manque de spécialisation des médecins légistes qui à force de se disperser ne vont pas au fond des choses. Dans certaines structures médico-légales, un même médecin peut réaliser aussi bien un examen médical de gardé à vue, une autopsie, une expertise de dommage corporel ou un examen de victime consultant pour agression sexuelle. Cette polyvalence des médecins légistes se traduit par une activité prédominante en médecine légale clinique (examen des victimes vivantes et des gardés à vue) et quelques autopsies de temps en temps, en nombre tout à fait insuffisant pour maintenir une compétence et développer une expérience. De plus, il n'est pas impossible de voir des psychiatres, des anesthésistes-réanimateurs ou des médecins du travail réaliser des autopsies. Cette situation très choquante résulte du cursus de formation des médecins légistes, pour lesquels la médecine légale représente le plus souvent une spécialité dont l'exercice se cumule à celui d'une autre spécialité, cette dernière n'ayant rien à voir avec le domaine des autopsies. Leur activité se partage ainsi dans des proportions variables entre leur spécialité de base (médecine du travail, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, médecine interne, psychiatrie...) et la médecine légale.

Rares sont ainsi les médecins légistes exerçant à temps plein la médecine légale. Et même parmi ces

médecins censés exercer la médecine légale à temps plein, nombreux sont ceux qui font de nombreuses expertises civiles à type d'évaluation du dommage corporel, plus rémunératrices que les expertises pénales. Le temps consacré à ces expertises se fait au détriment des autopsies.

Le champ des connaissances en médecine légale est devenu trop étendu pour qu'un médecin puisse en maîtriser tous les aspects. Sur le plan international, la médecine légale s'est de plus en plus spécialisée. Ses principales branches sont actuellement les suivantes :

- ✓ médecine légale thanatologique (médecine légale du mort).
- ✓ médecine légale clinique (médecine légale du vivant, chargée d'examiner les victimes de coups et blessures ou d'agression sexuelle ainsi que les auteurs de délits ou de crimes).
- ✓ psychiatrie médico-légale (dont le rôle essentiel est l'évaluation psychiatrique et médico-psychologique de l'auteur d'un crime ou d'une infraction).
- ✓ génétique médico-légale (recouvrant tout le champ des empreintes génétiques, aux fins d'identification des victimes et des auteurs de crimes et de délits).
- ✓ toxicologie médico-légale (discipline dont le principal but est de déceler des intoxications aiguës ou chroniques de nature à expliquer un décès).

En matière de biologie médico-légale, les spécialités sont désormais bien individualisées. Il est ainsi impensable qu'un spécialiste en empreintes génétiques puisse être dans le même temps compétent pour les actes de toxicologie médico-légale et inversement qu'un toxicologue se déclare compétent pour toute question relative aux empreintes génétiques.

La médecine légale thanatologique a pour objet les investigations médico-légales des morts suspectes (faisant suspecter l'intervention d'un tiers), des morts violentes, subites et inattendues (en raison de l'âge de la personne notamment). Ces investigations visent à déterminer les causes, les mécanismes éventuels et les circonstances du décès par un ensemble de techniques (depuis la levée de corps jusqu'aux analyses anatomopathologiques faisant suite à l'autopsie et qui correspondent à des analyses microscopiques des prélèvements autopsiques). Elles cherchent aussi à estimer l'heure de la mort. Elles mettent en œuvre des méthodes d'identification quand le sujet décédé n'a pas d'iden-

tité connue (par exemple : corps en mauvais état retrouvé dans une forêt).

Il faut noter qu'il existe un champ de compétence commun entre la médecine légale clinique et la médecine légale thanatologique, correspondant aux levées de corps. Ces dernières, du fait de leur caractère d'urgence, sont souvent réalisées par des médecins d'unités médico-judiciaires (en charge de l'activité de médecine légale du vivant), habitués à se déplacer rapidement. Ces médecins n'ont toutefois pas compétence pour réaliser les autopsies. Les services de médecine légale en charge des autopsies ne disposent en effet pas d'effectifs suffisants de médecins légistes leur permettant d'être disponibles 24h/24 et 7j/7 pour assurer les levées de corps sur un territoire géographique souvent très étendu.

2. ORGANISATION DE LA MÉDECINE LÉGALE THANATOLOGIQUE EN FRANCE

En région parisienne et dans la grande majorité des villes de province, il existe des structures hospitalières de médecine légale en mesure de réaliser les actes médico-légaux thanatologiques (levées de corps et autopsies). A Paris, Lille, Lyon et Strasbourg, il existe un institut médico-légal assurant les autopsies médico-légales.

Les levées de corps sont réalisées sur réquisition soit par des médecins de garde au sein d'unités médico-judiciaires mobiles, ayant reçu une formation médico-légale, soit par des médecins généralistes de garde ou des médecins urgentistes qui n'ont, eux, pas forcément reçu une formation médico-légale appropriée. Il existe en France de nombreux territoires géographiques qui ne sont pas couverts par des unités médico-judiciaires. L'exécution des levées de corps nécessite une intervention la plus rapide possible du médecin se rendant sur place. Les unités médico-judiciaires sont les mieux organisées pour permettre l'intervention rapide d'un médecin sur le lieu de découverte d'un cadavre. Faute d'unités médico-judiciaires implantées sur le territoire géographique du lieu de découverte du corps, la levée de corps risque d'être réalisée par un médecin dépourvu de la compétence requise. Par ailleurs, à Paris intramuros, les levées de corps ne sont habituellement pas faites, l'autopsie étant d'emblée réalisée après transport du corps à l'institut médico-légal.

Le médecin requis pour une autopsie médico-légale est normalement inscrit sur une liste de médecins experts près la cour d'appel de la région où il exerce, à défaut il doit prêter serment d'apporter à la justice son aide en honneur et conscience. Le choix du médecin par l'autorité judiciaire est libre lorsqu'un magistrat du parquet désigne un médecin en application des articles 60 et 77-1 du Code de procédure pénale, avec possibilité de désigner un médecin non inscrit sur les listes d'experts. L'autorité judiciaire n'a pas à justifier son choix sauf s'il s'agit d'une juridiction d'instruction et de jugement, qui en vertu de l'article 157 du Code de Procédure Pénale, doit motiver l'ordonnance de désignation si elle porte son choix sur un médecin ne figurant pas sur la liste d'experts.

Par ailleurs, il faut que le médecin expert ne soit ni partie ni proche parent ou allié d'une des parties au procès.

Un ou deux médecins sont requis pour pratiquer l'autopsie. En dehors d'affaires très complexes et/ou médiatiques, il est toujours préférable de requérir un seul médecin expert. En effet, l'un des travers habituels de la dualité d'experts est le fait qu'en pratique, un seul médecin légiste réalise l'acte demandé, l'autre médecin se contentant de cosigner le rapport d'autopsie. Si les deux médecins légistes travaillent ensemble dans la salle d'autopsie, ils se partagent habituellement les tâches afin de gagner du temps. Au bout du compte, chacun des médecins légistes n'aura qu'une vision partielle de l'autopsie qui aura été pratiquée.

Le juge amené à désigner un expert pour une affaire de décès nécessitant une autopsie doit privilégier un médecin légiste ayant une grande expérience des autopsies médico-légales et une solide formation en anatomo-pathologie. En matière de levées de corps, la désignation d'un médecin exerçant au sein d'une unité médico-judiciaire est préférable, ces médecins étant rapidement disponibles pour se rendre sur le lieu de découverte du cadavre et habitués à en examiner.

Lorsque le médecin légiste qui pratique l'autopsie n'est pas celui qui a réalisé la levée de corps, le rapport de levée de corps doit lui être transmis dans la mesure du possible avant l'autopsie.

Le médecin expert doit effectuer personnellement toutes les opérations techniques et matérielles nécessaires à sa mission d'expertise. En pratique, il bénéficie le plus souvent d'une aide technique (ex : agents de chambre mortuaire pour les autopsies, techniciennes de laboratoire pour les examens anatomo-patholo-

giques). Le médecin légiste a un rôle de conseiller technique auprès de la justice. Ses missions imposent des compétences médicales étendues et des connaissances juridiques : il occupe ainsi une position d'interlocuteur privilégié de la justice en ce qui concerne le domaine médical.

La réforme de la médecine dont l'application est programmée à partir du 15 janvier 2011 prévoit 30 centres de thanatologie appelés Instituts Médico-Légaux. Huit centres ont une activité > 300 autopsies par an, les 22 autres centres ont une activité inférieure à 300 autopsies par an. L'exercice de la médecine légale thanatologique sera financé intégralement sur les crédits de l'Etat issus d'un programme d'intervention du ministère de la justice (enveloppe financière prévue de 54,2 millions d'euros). Le financement se fera de manière annuelle et forfaitaire par le biais d'une dotation budgétaire allouée à l'établissement public de santé. La dotation prévue pour les centres d'autopsie à forte activité est d'environ 500 000 euros. Cette somme est insuffisante pour couvrir les charges en personnel et en équipement dès lors que la structure pratique beaucoup plus que 300 autopsies par an, ce qui risque d'entraîner une baisse de qualité de celles-ci. Les levées de corps, les actes d'imagerie médicale et de laboratoire (anatomo-pathologie et toxicologie) continueront de faire l'objet d'un paiement à l'acte sur frais de justice conformément aux tarifs fixés par le Code de Procédure Pénale, y compris les actes réalisés dans les établissements de santé ayant une structure dédiée.

La réforme a aussi pour effet de priver les magistrats du choix du médecin expert, notamment en matière d'autopsie.

3. FORMATION INITIALE ET CONTINUE DU MÉDECIN LÉGISTE

Il existe actuellement deux diplômes de médecine légale en concurrence, pouvant être chacun obtenus sur une période de deux ans :

- ✓ le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine légale et expertises médicales. Ce DESC est ouvert à toutes les spécialités (y compris la médecine générale).
- ✓ la Capacité de pratiques médico-judiciaires.

Le DESC est ouvert à des internes en médecine en cours de spécialisation. Il comporte un enseignement

théorique et pratique (4 stages de 6 mois chacun dans un service validant la médecine légale).

La Capacité est ouverte à des médecins déjà titulaires de la thèse de médecine. Elle comporte un enseignement théorique et pratique (un stage d'au moins 240 heures chaque année dans un service agréé).

Ces deux diplômes offrent une formation de qualité le plus souvent insuffisante pour la pratique des autopsies. Si les stages agréés sont formateurs en médecine légale du vivant, ils ne le sont pas tous en ce qui concerne la médecine légale thanatologique : en effet, comment un service de médecine légale dont chaque médecin réalise 50 autopsies (ou moins) par an pourrait-il former de jeunes médecins à la pratique de l'autopsie tout d'abord et aux spécificités de l'autopsie médico-légale ensuite, tout en leur inculquant l'expérience et le recul nécessaire pour un exercice serein après l'obtention de leur diplôme ? De même qu'il n'est pas possible pour un chirurgien de se faire la main en n'opérant qu'une seule fois par semaine, un médecin légiste qui pratique peu les autopsies ne peut être compétent. Faute de compétence, il ne peut bien sûr former correctement de jeunes médecins à la pratique des autopsies.

En ce qui concerne le diplôme de Capacité (diplôme devenu obsolète depuis l'ouverture du DESC de médecine légale aux internes inscrits au DES de Médecine Générale), le temps de stage autopsique est bien trop court pour permettre à un médecin de maîtriser tous les aspects des autopsies, incluant la rédaction du rapport (dont les conséquences judiciaires peuvent être majeures, avec risque de détention de personnes innocentes). Les internes inscrits au DESC sont, quant à eux, formés par des enseignants qui ne sont pas anatomo-pathologistes (sauf exception), mais de spécialités très variées (anesthésie-réanimation, médecine interne, psychiatrie, chirurgie orthopédique, santé publique, médecine du travail...), ce qui signifie que la pratique de l'autopsie n'a jamais été et n'est pas leur quotidien. De plus, les internes inscrits au DESC de médecine légale sont très rarement des internes inscrits au DES d'anatomie et cytologie pathologiques. De ce fait, ces internes sont dans l'ensemble mal formés, faute de bons formateurs, et ils n'ont pas bénéficié d'une formation de base en anatomo-pathologie, seule discipline médicale où l'apprentissage de l'examen minutieux à la fois macroscopique (examen à l'œil nu) et microscopique des organes est enseigné. Ordonner une autopsie médico-légale à un médecin qui n'est pas anatomo-pathologiste revient ainsi à confier à un

juge aux affaires familiales un dossier de délinquance financière et économique. Un médecin légiste se bornant au simple examen à l'œil nu des organes lors d'une autopsie et ne sachant pas faire leur examen microscopique est comme un astronome étudiant un astre sans télescope. Cette situation pérennise l'incompétence des futures générations de médecins légistes. Les diplômes de DESC ou de Capacité ne sont actuellement pas un gage de qualité en matière d'autopsies.

La formation actuellement requise pour pratiquer des autopsies médico-légales est le DES d'anatomie pathologique (diplôme obtenu au bout de 5 ans après un tronc commun de 6 ans de formation initiale) et le DESC de médecine légale (diplôme obtenu en 2 ans). Les médecins légistes en France sont très rarement de formation anatomo-pathologiste, ce qui les rend tributaires des anatomo-pathologistes hospitaliers qui eux sont très souvent dépourvus de formation médico-légale. Cette situation est dangereuse dans la mesure où certains anatomo-pathologistes hospitaliers (qui ne font pas des autopsies médico-légales) affirment des lésions de suffocation criminelle sur un simple examen microscopique de poumons à partir de lésions pulmonaires qui sont en fait non spécifiques, pouvant être observées dans des morts naturelles. De plus, le diagnostic précis de cause de mort (notamment en matière de mort subite) exige un examen microscopique systématique par un médecin compétent dans le domaine.

Afin de parfaire ses connaissances et de pouvoir développer de nouvelles techniques diagnostiques utiles à sa spécialité, le médecin légiste doit suivre les obligations de formation continue imposées pour tout médecin en participant régulièrement à des congrès et réunions scientifiques de médecine légale, et en lisant périodiquement des revues et ouvrages actualisés de médecine légale. Cette formation continue est souvent dynamisée si le médecin légiste enseigne lui-même la médecine légale.

4. DÉONTOLOGIE ET RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN LÉGISTE

Comme tout médecin, le médecin légiste doit respecter le code de déontologie médicale. Il peut engager sa responsabilité professionnelle en cas de négligence ou d'erreur au cours de l'exécution de l'autopsie (ex : constatations erronées créant un doute sur l'identification d'un cadavre). Il doit par ailleurs s'assurer de la restauration des corps après autopsie afin que

ceux-ci puissent être présentés de façon décente aux familles.

5. VERTUS CARDINALES DU MÉDECIN LÉGISTE

Plusieurs qualités sont exigées d'un médecin légiste.

5.1. Obligation de compétence

Le médecin légiste doit tout d'abord avoir bénéficié d'une formation universitaire correcte et avoir participé à un nombre suffisant d'autopsies médico-légales lors de son cursus d'interne et d'assistant (la période d'assistanat dure de 2 à 4 ans au maximum).

Il doit pratiquer au moins une centaine d'autopsies médico-légales par an, de façon à être régulièrement confronté à des affaires criminelles au cours de son activité. Il doit être en mesure de lire au microscope les prélèvements qu'il a réalisés au cours de l'autopsie.

Il doit être toujours capable d'apprendre quelque chose d'utile à partir des cas autopsiques qu'il est amené à prendre en charge.

Il doit suivre les obligations de formation continue imposées pour tout médecin.

5.2. Devoir d'objectivité

Chaque cas autopsique dont le médecin légiste a la charge doit faire l'objet d'investigations médico-légales les plus complètes et les plus minutieuses possibles.

Le médecin légiste ne doit pas réaliser des autopsies à l'aveugle, sans renseignement préalable sur la personne décédée et les circonstances connues du décès. Les conclusions du médecin légiste relatives aux causes et circonstances du décès ne peuvent jamais être basées sur les seules constatations autopsiques. Les constatations autopsiques doivent en effet toujours être corrélées aux données de l'enquête policière. Si le médecin légiste ne prête pas suffisamment d'attention à ces données, il s'expose à des interprétations incorrectes : il peut par exemple interpréter des lésions traumatiques comme étant des lésions de violence alors qu'il s'agit en réalité de lésions iatrogènes induites par la réanimation.

Les lésions éventuelles doivent être parfaitement documentées pour rendre possible leur interprétation ultérieure. Elles doivent être systématiquement photographiées. Une lésion bien documentée, initialement mal interprétée, peut être correctement réinterprétée par un autre expert dans un deuxième temps. A l'inverse, une lésion mal documentée ne peut être réinterprétée sans risque d'erreur, quelles que soient les qualités et les compétences professionnelles du deuxième expert.

De même, la qualité des prélèvements autopsiques aux fins d'analyses ultérieures (toxicologiques, anatomo-pathologiques, génétiques) est essentielle.

Les interprétations et les conclusions du médecin légiste doivent être argumentées. Les opinions qu'il est amené à exprimer doivent être toujours basées sur des faits objectifs, analysés en détail et documentés avec précision, qui fondent la validité scientifique de son avis. Le point de vue du médecin légiste, quelle que soit la question, ne doit pas être dogmatique. Son discours doit être un discours de vérité. Il est toujours préférable de répondre « je ne sais pas » aux questions dont la réponse ne lui est pas connue.

Le médecin légiste peut être sujet à des erreurs d'observation et à des erreurs d'interprétation. Les erreurs d'observation surviennent dans un contexte spécifique. Chaque contexte est de nature à créer des attentes chez le médecin légiste, qui vont affecter ce qu'il observe. Ces attentes peuvent être inappropriées lorsqu'elles sont préjugées, préconçues. Au cours de son activité, le médecin légiste peut ainsi commettre des erreurs lors des investigations médico-légales et dans un deuxième temps lors de ses dépositions en cour d'assises. D'après Alexandre Lacassagne, médecin légiste (1843-1924), il existe quatre types d'erreurs pouvant être commises par des médecins experts :

- ✓ les erreurs par omission, c'est-à-dire en oubliant une règle scientifique.
- ✓ les erreurs par commission, acte contraire à la pratique médico-légale ou mauvaise interprétation d'une lésion.
- ✓ les erreurs par ignorance « vincibles », liées à l'instruction scientifique et à la pratique.
- ✓ les erreurs par présomption, manque de jugement, imagination et hâte à conclure.

En matière de médecine légale, quel que soit l'acte concerné, les omissions ou les erreurs sont souvent irrémédiables et peuvent conduire à de véritables

« sinistres judiciaires ». Ainsi, l'absence d'examen ou un examen incomplet ou imparfait est de nature à empêcher la manifestation de la vérité, à assurer l'impunité à l'auteur d'un crime. Ces erreurs ou omissions peuvent également, et à l'inverse, concourir à la mise en cause, et parfois à la mise en détention de personnes innocentes. De telles erreurs ont des effets désastreux sur la vie des citoyens et sur l'image de l'institution judiciaire. Elles exposent de plus l'Etat à voir sa responsabilité engagée du fait du fonctionnement défectueux du service public de la justice.

Afin d'éviter toute erreur préjudiciable à l'enquête, le médecin légiste doit douter en permanence et se méfier des évidences. Il doit aussi savoir se remettre en question et garder un esprit critique sur son travail d'expert.

En matière de déposition en cour d'assises, le médecin légiste doit bien connaître ses limites et savoir répondre dans le seul champ de sa compétence. Il doit savoir rédiger des rapports d'autopsie dont la lecture est compréhensible pour un non-médecin. De la même façon, il doit savoir transmettre au jury de la cour d'assises une information claire, compréhensible et authentique de ses constatations de façon impartiale et dépassionnée.

5.3. Obligation d'indépendance

L'indépendance professionnelle du médecin légiste doit être totale. Il ne doit avoir aucun lien avec les parties ou leurs représentants. Il doit savoir garder ses distances et éviter tout « copinage » avec les policiers, gendarmes, juges et avocats.

5.4. Obligation de diligence

Le médecin légiste doit savoir respecter les délais imposés par les magistrats.

5.5. Obligation d'humanisme

Le médecin légiste est tenu de respecter les morts qu'il est amené à examiner. Il doit aussi respecter les familles endeuillées et savoir les accueillir à leur demande pour répondre à leurs questions légitimes. Si le médecin légiste pose le diagnostic post mortem d'une maladie potentiellement héréditaire dans le cas d'une mort subite chez un sujet jeune, il doit impérativement en informer la famille et orienter les membres de la famille vers une consultation spécialisée (cardiologie en particulier).

Pour vos collaborateurs / For your Co-workers

Investigations médico-légales au cours des enquêtes décès

Geoffroy LORIN DE LA GRANDMAISON¹

1. PRINCIPAUX TYPES DE MORT

Les formes médico-légales de la mort regroupent respectivement les morts violentes, les morts suspectes et les morts naturelles.

La mort violente recouvre le décès relevant de l'emploi de la force ou procédant de l'intervention d'une cause extérieure soudaine et brutale. Elle soulève de ce fait l'hypothèse d'un éventuel crime ou délit. Environ 35 000 morts violentes ont été recensées en France en 2007.

Parmi les morts violentes, on distingue :

- ✓ les accidents (de l'ordre de 24 000 en 2007).
- ✓ les suicides (de l'ordre de 10 000 en 2007).
- ✓ les homicides (de l'ordre de 1 000 en 2007).

Les accidents correspondent à des actes involontaires où la mort est en relation directe avec le traumatisme accidentel et le lien de causalité souvent évident.

Les suicides correspondent à l'action de causer volontairement sa propre mort.

Les homicides correspondent à l'action volontaire d'un tiers qui entraîne le décès d'une autre personne.

La mort suspecte est une mort qui de prime abord n'est pas explicable ou peut mettre en cause des tiers, ou survient dans des circonstances inhabituelles, ou peut trouver son origine dans une infraction.

La mort naturelle est la mort attendue, résultant de l'évolution d'un état pathologique de l'individu ou du terme de son vieillissement. Il s'agit d'une mort ne faisant pas intervenir d'agent causal extérieur.

La mort subite est une mort naturelle qui survient de façon inopinée chez un sujet apparemment en bonne santé, dans un délai court après l'apparition de symptômes éventuels (au maximum de 24 heures), c'est-à-dire après une agonie brève. Tous les tableaux de mort subite ne sont pas des morts naturelles. Il peut s'agir notamment de morts toxiques (qui font partie des morts violentes).

2. CERTIFICAT DE DÉCÈS ET OBSTACLE MÉDICO-LÉGAL

L'obstacle médico-légal doit être systématiquement coché sur un certificat de décès en cas de mort violente criminelle, de mort suspecte et de mort de cause inconnue, c'est-à-dire les morts où la responsabilité d'un tiers peut être engagée. Il doit l'être au moindre doute sur le caractère naturel du décès.

Selon la recommandation n°R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale (Conseil de l'Europe du 02/02/99), les indications d'autopsie médico-légale sont les suivantes :

- ✓ homicide ou suspicion d'homicide.

1. Professeur de médecine légale à la faculté des sciences de la santé de l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, anatomo-pathologiste, chef du service d'anatomie pathologique et de médecine légale à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).

- ✓ mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson.
- ✓ violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement.
- ✓ suicide ou suspicion de suicide.
- ✓ suspicion de faute médicale.
- ✓ accident de transport.
- ✓ accident de travail.
- ✓ accident domestique.
- ✓ maladie professionnelle.
- ✓ catastrophe naturelle ou technologique.
- ✓ décès en détention ou associé à des actions de police ou à des actions militaires.
- ✓ corps non identifié ou restes squelettiques.

Les circonstances de décès où l'obstacle médico-légal doit être coché sont souvent mal connues des médecins amenés à rédiger les certificats de décès. Par exemple, chez une victime de violences, qui décède des complications de ses blessures après un long délai de survie, il n'est pas rare que le médecin conclue à tort à une mort naturelle, ne prenant en compte que la pathologie, cause immédiate du décès (par exemple une embolie pulmonaire) et non la cause initiale du décès (les lésions traumatiques secondaires aux violences).

3. LA LEVÉE DE CORPS

La levée de corps au sens médico-légal est un acte médical correspondant à l'examen externe d'un cadavre sur les lieux de sa découverte. Elle est prévue par les articles 74 du Code de Procédure Pénale et 81 du Code Civil.

La levée de corps doit être effectuée par un praticien compétent, au mieux assurant secondairement l'autopsie si elle est ordonnée, ou du moins appartenant à l'équipe médico-légale assurant l'ensemble des constatations. Cet examen n'a d'intérêt que s'il a lieu sur place et en place, c'est-à-dire avant toute mobilisation du cadavre. En conséquence, pour réaliser au mieux sa mission, le médecin doit se rendre le plus rapidement possible sur les lieux afin d'examiner le cadavre dans les conditions les plus proches du moment

du décès. Son action sera d'autant plus pertinente qu'on lui aura fourni les premiers éléments de l'enquête.

Lorsque la levée de corps sur les lieux de découverte du corps n'a pas pu être faite faute de médecin légiste disponible, le parquet ou l'Officier de Police Judiciaire en charge de l'enquête peut ordonner un examen médico-légal externe du cadavre après son transport, soit dans un funérarium, soit dans un service de médecine légale. A l'issue de cet examen, le corps n'est pas toujours autopsié. Ce type d'examen d'intérêt très limité est à éviter. En effet, le médecin légiste qui le pratique dispose de très peu de renseignements, l'Officier de Police Judiciaire en charge de l'enquête étant en règle générale absent lors de l'examen du cadavre. Par conséquent, il vaut mieux faire pratiquer d'emblée une autopsie si la levée de corps n'a pas pu être réalisée.

La levée de corps comporte l'examen du corps lui-même sur les lieux de découverte, mais également celui, sous un angle médico-légal, de l'environnement ainsi que toutes les constatations techniques et les prélèvements pouvant être utiles à l'avancée de l'enquête.

Les intérêts de la levée de corps sont multiples :

- ✓ Estimer le délai *post mortem* (période de temps séparant le moment du décès du moment de la découverte du cadavre).
- ✓ Orienter le diagnostic sur les causes et circonstances du décès.
- ✓ Fournir les premiers éléments d'identification si la personne décédée n'est pas identifiée.
- ✓ Juger de l'opportunité d'une autopsie.
- ✓ Éviter le déperissement des preuves.

L'ensemble des constatations faites par le médecin légiste lors de la levée de corps permet en association avec les services de police ou de gendarmerie une orientation utile de l'enquête.

La présence d'autres experts est parfois indispensable sur la scène de crime, notamment celle du balisticien en cas de blessures mortelles par projectile d'arme à feu ou d'un expert en analyses de traces de sang.

3.1. Conduite des opérations de levée de corps

Tous les intervenants sur le lieu de découverte d'un cadavre (policiers ou gendarmes, médecin légiste) doivent impérativement prendre le maximum de précautions pour éviter de souiller la scène. Ils doivent de ce

fait porter tous des combinaisons étanches intégrales et des gants en latex lors de leur intervention. Un contrôle strict de l'accès à la scène de découverte du cadavre doit être mis en place par l'Officier de Police Judiciaire en charge de l'enquête décès.

3.1.1. Examen des lieux

L'examen de l'environnement permet d'apporter de nombreux renseignements. Il doit être systématique, en association avec les services de police, et comporte un inventaire des objets, traces et taches entourant le cadavre. Cet examen apporte des éléments permettant de savoir par exemple si le corps a été déplacé avant sa découverte. Il permet de confirmer des témoignages (déplacement de la victime attesté par l'existence de taches de sang). Il permet une orientation diagnostique : découverte de médicaments, de produits toxiques, de boîtes de médicaments vides, d'écrit suicidaire. La recherche d'emballages vides de médicaments doit donc être systématique. Cette recherche doit permettre de quantifier la dose de chaque produit susceptible d'avoir été absorbé par la victime. Elle s'applique non seulement à la pharmacie familiale, mais également aux poubelles du domicile où le corps a été découvert.

Le médecin légiste doit examiner et noter la localisation et la forme de toute trace de sang sur le corps et sur les lieux, ainsi que de tout indice biologique. Toutefois, la révélation, la documentation et les prélèvements de traces, de taches sont de la compétence des services de l'Identité Judiciaire.

3.1.2. Examen du cadavre

Cet examen doit suivre un protocole rigoureux.

L'examen du corps ne débute qu'après autorisation de l'Officier de Police Judiciaire présent. Le corps est examiné en place, avant toute mobilisation, en tenant compte des modifications éventuellement apportées par les premiers intervenants : proches, secours, réanimateurs. En premier lieu, le médecin légiste doit s'assurer de la réalité et de la constance de la mort. En l'absence de signes cadavériques patents, la possibilité d'un état de mort apparente doit être envisagée, notamment s'il existe un contexte d'hypothermie ou de surdosage médicamenteux.

Il convient au médecin légiste de noter soigneusement la posture, l'aspect, l'habillement, les liens éventuels, l'environnement proche.

Après les constatations policières et la prise de clichés photographiques, le corps est mobilisé pour être examiné.

Cet examen externe est le plus complet dans la mesure du possible :

✓ en vue d'estimer le délai *post mortem* :

- Description précise des signes cadavériques (lividités, rigidité, putréfaction).
- Prise de température corporelle et de la température ambiante. La prise de température intrarectale s'effectue à la fin de l'examen en prenant soin de noter l'heure de la prise, les conditions météorologiques et le degré d'habillement de la victime. Elle s'effectue après avoir vérifié l'absence de lésion au niveau de la marge anale.

✓ en vue d'orienter le diagnostic sur les causes et circonstances de la mort :

- Description précise des lésions traumatiques en s'aidant d'un schéma corporel et si besoin de photographies ; la présence de lésions de violence peut faire évoquer d'emblée un homicide.
- Description de signes cliniques faisant évoquer une pathologie (ictère et ascite pouvant faire évoquer la décompensation d'une maladie du foie).

✓ en vue de fournir les premiers éléments d'identification si la personne décédée n'est pas identifiée :

- Description des signes particuliers (tatouages, cicatrices, piercings).

✓ en vue de juger de l'opportunité d'une autopsie en fonction de la présence d'éléments motivant une autopsie médico-légale :

- Lésions traumatiques suspectes (siégeant par exemple dans les zones de prise, notamment à la face postérieure des bras en cas d'empoignade).
- Lésions évocatrices de lésions de défense.
- Lividités paradoxales faisant suspecter un déplacement du cadavre.
- En cas d'absence de cause de mort décelable.
- Au moindre doute sur le caractère naturel du décès.

Les enquêtes décès pour lesquelles une levée de corps est réalisée sont sauf exception des situations nécessitant une autopsie médico-légale, selon la recommandation n°R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. De ce fait

l'autopsie est le plus souvent indispensable, quelles que soient les constatations relevées lors de la levée de corps.

✓ Pour éviter le dépérissement des preuves :

- Des prélèvements peuvent être effectués immédiatement dès qu'une suspicion ou une possibilité d'agression sexuelle existe : écouvillonnages au niveau du vagin, de l'anus et de la bouche avant la prise de température rectale. Ils sont de préférence à réaliser en salle d'autopsie.
- Des prélèvements de sang à visée toxicologique peuvent être pratiqués. Les analyses toxicologiques de sang *post mortem* doivent impérativement être effectués sur du sang périphérique (sang fémoral ou à défaut sang des vaisseaux sous-claviers dont le trajet anatomique passe sous la clavicule). Ces prélèvements sont de préférence à réaliser lors de l'autopsie.

Lorsque les premières constatations n'évoquent pas une mort criminelle, le déshabillage du corps peut avoir lieu sur place. Dans les cas contraires, il sera fait lors de l'autopsie. Toutefois, si des traces doivent être préservées, le déshabillage peut avoir immédiatement lieu avec saisie des vêtements par les services de police. Les vêtements doivent être alors placés sous scellés après séchage à l'air ambiant dans des sacs en papier kraft. Si le déshabillage nécessite le découpage des vêtements, il faut veiller à le réaliser au niveau des coutures et à distance de traces de matériel biologique ou de lésions. Les éléments matériels présents sur le corps sont remis aux autorités de police ou de gendarmerie.

Lors de la levée de corps, le diagnostic de cause de mort peut être évident, notamment dans la plupart des cas de mort violente. À l'inverse, la détermination des circonstances du décès (homicide, suicide, accident) est toujours difficile. En raison de mauvaises conditions d'examen et du manque de corrélation fréquent entre les lésions externes constatées lors de la levée de corps et les lésions internes observées à l'autopsie, la levée de corps est insuffisante pour éliminer, à elle seule, l'hypothèse d'un éventuel homicide. De plus, environ 50 % des lésions traumatiques récentes mises en évidence à l'autopsie passent inaperçues lors de la levée de corps.

La recommandation n°R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale [3] doit être parfaitement connue des Officiers de Police Judiciaire, des médecins pratiquant des levées de corps et des magistrats du parquet. L'absence d'autopsie après

levée de corps peut avoir des conséquences graves. L'hypothèse d'un suicide peut être remise en cause dans un deuxième temps et motiver de multiples expertises ultérieures souvent peu informatives faute de données objectives sur lesquelles se baser. La mort du gendarme Lambert qui avait enquêté sur les disparues de l'Yonne illustre bien l'importance d'une autopsie réalisée de façon précoce car l'exhumation du corps n'a pas permis d'avoir des arguments de certitude pour déterminer si le décès du gendarme survenu en 1997 était en rapport avec un suicide par arme à feu ou bien un homicide.

Le classement d'un décès comme suicide par le parquet ne devrait se faire qu'après enquête de police et investigations médico-légales soigneuses. Le motif du passage à l'acte suicidaire n'est pas toujours bien déterminé, d'autant plus que dans la majorité des cas, il n'y a pas d'écrit suicidaire retrouvé. Les facteurs de risque de suicide les plus courants sont une pathologie psychiatrique (qui peut être passée inaperçue ou mal prise en charge) et les facteurs socio-économiques (isolement, niveau économique médiocre, exposition à un stress prolongé). Ces facteurs de risque sont toutefois inconstants, il est en particulier possible d'observer des suicides chez des personnes sans aucune pathologie mentale. Le mode de passage à l'acte peut témoigner de la volonté du passage à l'acte suicidaire, voire d'un trouble psychotique chez le défunt. Des suicides complexes sont observés lorsqu'il existe au moins deux modes de violences auto-infligées (par exemple pendaison + blessure thoracique par projectile d'arme à feu). Ils sont à distinguer des suicides compliqués qui présentent des lésions traumatiques de nature accidentelle (par exemple électrocution d'une personne ayant cherché à se pendre à un poteau électrique), associées à d'éventuelles lésions de violence auto-infligées.

Le suicide entraîne habituellement le décès d'une seule personne. En cas de pacte suicidaire, deux personnes peuvent être retrouvées décédées au même endroit. Il s'agit le plus souvent, soit d'adolescents, soit à l'inverse d'un couple de personnes âgées qui veulent être emportées ensemble dans la mort (notamment lorsque l'un d'eux souffre d'une maladie grave incurable). L'enquête doit apporter la preuve de ce pacte. Il peut en effet d'agir d'un homicide suivi du suicide de l'auteur, sans que la victime de l'homicide ait donné son consentement à mourir.

Lorsqu'une autopsie est décidée, le certificat de décès peut ne pas être rempli par le médecin ayant pratiqué la levée de corps. Le certificat de décès est alors

établi après l'autopsie médico-légale. A l'issue de son examen, le médecin légiste fournira à l'autorité requérante un rapport écrit dans lequel il doit motiver ses conclusions.

3.2. Rapport de levée de corps

Le rapport de levée de corps doit être rapidement établi au terme de l'examen du cadavre, idéalement remis en mains propres à l'Officier de Police Judiciaire. Il doit être mesuré dans ses conclusions à la fois relatives aux causes et circonstances du décès ainsi que pour l'estimation du délai *post mortem*.

Les principales conclusions qui peuvent apparaître dans un rapport de levée de corps sont les suivantes :

- ✓ les constatations sont compatibles avec une mort naturelle.
- ✓ les constatations sont en faveur d'une mort causée par...
- ✓ les constatations ne permettent pas de préciser la cause de la mort, mais il n'a pas été retrouvé de signe externe visible de violence.

4. L'AUTOPSIE

La conduite des opérations autopsiques doit respecter une règle éthique : les investigations, aussi complètes qu'elles soient, ne doivent jamais faire oublier le respect de la dignité du corps examiné. Il convient ainsi de s'abstenir de toute mutilation inutile. En fin d'autopsie, le cadavre doit être reconstitué dans les meilleures conditions, faire éventuellement l'objet de soins thanatopraxiques et doit pouvoir être présenté aux proches dans le meilleur état possible.

L'autopsie est un acte médical long, dont la durée moyenne est de trois heures. A ce temps, il faut rajouter la dictée du compte rendu, puis les corrections du rapport d'autopsie.

4.1. Conduite des opérations autopsiques

4.1.1. Opérations préliminaires

Lors de l'autopsie, le cadavre est présenté au médecin légiste dans l'état où il a été découvert. Après le relevé d'identité (nom, prénom, date de naissance,

sexe), des photographies sont prises en l'état par les services de l'identité judiciaire et par le médecin légiste. Le corps est ensuite déshabillé. Un inventaire soigneux est dressé, précisant notamment la position exacte des vêtements, leur sens, leur ordre, les altérations existantes et notamment les indices éventuellement présents (terre, dépôts divers, cheveux...) qui sont relevés et prélevés. De nouvelles photographies sont prises en l'état par les services de l'identité judiciaire et par le médecin légiste.

En cas de nécessité (par exemple identification, blessure par projectile d'arme à feu), un examen radioscopique du corps est effectué avant autopsie. Des clichés radiographiques peuvent être réalisés en fonction des lésions observées en radioscopie. En cas de suspicion de maltraitance à enfants, des radiographies corps entier de l'enfant sont nécessaires. Ce type d'examen est idéalement remplacé par un examen scanographique corps entier, aussi bien pour les cas adultes que pour les cas pédiatriques.

Si nécessaire en fonction du contexte de mort, les prélèvements par écouvillonnage (bouche, anus, vagin, traces suspectes sur le corps), les prélèvements d'ongles, les prélèvements pour recherche de résidus de tir (mains, orifices des blessures) de même que les prises d'empreintes digitales doivent être effectués avant le lavage du corps.

4.1.2. Examen externe

L'examen externe est fondamental et systématique lors d'une autopsie médico-légale. Cet examen externe doit toujours être le plus complet possible.

Le cadavre est mesuré et pesé (si le corps n'est pas pesé nu, il faut retrancher le poids des vêtements au poids total). Des mesures plus précises sont effectuées s'il s'agit d'un nourrisson, notamment pour évaluer son degré de développement.

Les vêtements éventuels doivent faire l'objet d'un examen soigneux, à la recherche de traces, de lésions (à confronter aux lésions traumatiques ultérieurement observées sur le corps) ou d'éléments d'identification (clefs, documents dans les poches). Tous les indices doivent être clairement décrits. Le déshabillage d'un cadavre peut nécessiter la découpe aux ciseaux des vêtements. Il faut éviter de couper les vêtements dans les zones où ceux-ci sont endommagés (orifices de projectile d'arme à feu) ou sont le siège de taches suspectes (sperme...).

L'examen externe est d'abord pratiqué avec le corps placé en décubitus ventral, puis dans un deuxième temps le corps est mis en décubitus dorsal. Il est réalisé si nécessaire après lavage du corps.

La description du cadavre, effectuée au cours de l'examen externe, doit mentionner :

- ✓ l'âge, le sexe, la corpulence, le poids, la taille, le groupe ethnique.
- ✓ les anomalies de couleur des téguments : cyanose, congestion, pâleur...
- ✓ les signes particuliers : malformations, cicatrices, tatouages, circoncision...
- ✓ les modifications cadavériques.
- ✓ les blessures : nature exacte, localisation précise par rapport aux repères anatomiques, forme, taille exacte, orientation, caractère ante mortem (blessure constituée du vivant de la personne) ou post mortem (blessure constituée après la mort). Lorsque les blessures sont très nombreuses, elles sont identifiées par une lettre (avec indices numériques si en nombre supérieur à 26). Les blessures par projectile d'arme à feu doivent être documentées avant tout nettoyage qui risque de faire disparaître des traces de résidus de tir. Les blessures peuvent être utilement précisées sur un schéma corporel et faire l'objet de photographies numériques. Chaque prise de clichés doit comporter un test centimétrique (mire) indispensable pour préciser la taille des lésions observées. Cette mire est placée parallèlement au grand axe de la lésion, la photographie étant cadrée de façon à ce qu'elle apparaisse avec la lésion.

Certaines régions anatomiques font l'objet d'exams approfondis :

- ✓ L'examen du cuir chevelu peut nécessiter un rasage partiel des cheveux. En effet, une chevelure abondante peut masquer des lésions traumatiques.
- ✓ L'examen des oreilles doit être soigneux, en particulier au niveau de l'insertion des pavillons (à la recherche de plaies) et des conduits auditifs externes (à la recherche d'une hémorragie extériorisée). Un examen des tympans à l'aide d'un otoscope peut s'avérer nécessaire à la recherche d'une rupture traumatique du tympan.

- ✓ L'examen des yeux doit comporter l'examen des conjonctives (à la recherche de pétéchies), de l'iris et des paupières.
- ✓ L'examen du nez recherche une fracture des os propres du nez, une hémorragie extériorisée.
- ✓ L'examen de la bouche doit comporter l'inspection du versant muqueux des lèvres (à la recherche d'ecchymoses, de plaies non visibles extérieurement), des joues et noter la situation de la langue (protruse, rétractée).
- ✓ L'examen des membres supérieurs, en particulier des mains, doit rechercher des lésions de défense éventuelles.
- ✓ La région anale et les organes génitaux externes doivent être systématiquement examinés à la recherche d'éventuelles lésions de violence sexuelle.
- ✓ Les trajets veineux périphériques doivent être examinés à la recherche de traces d'injections, souvent en rapport avec des manœuvres de réanimation.

L'examen externe peut se compléter d'incisions cutané-musculaires profondes (appelées couramment crevées). Celles-ci doivent être pratiquées au moindre doute. Elles sont systématiques en cas de contexte de violence. Elles sont faites au minimum au niveau de la nuque et des faces postérieures des bras (dans les zones dites de prise). Elles peuvent aussi être utiles pour confirmer la nature ecchymotique de lésions douteuses observées sur les téguments.

4.1.3. Examen autopsique

Les trois cavités du cadavre – la boîte crânienne, le thorax et l'abdomen – doivent être ouvertes plan par plan, après incision médiane allant du menton jusqu'au pubis. L'examen et la description des cavités doivent respectivement préciser :

- ✓ la présence ou non d'un épanchement anormal (gazeux ou liquidien).
- ✓ la mesure du volume des liquides d'épanchement éventuellement présents.
- ✓ l'aspect de la face interne des parois.
- ✓ l'aspect externe des organes et leur localisation.
- ✓ la présence ou non d'adhérences et d'obstructions intracavitaires.

- ✓ la présence ou non de lésions pathologiques et/ou traumatiques.

Des prélèvements de sang et d'urine à visée toxicologique sont réalisés en début d'autopsie avec l'aide d'une seringue montée d'une aiguille. Les organes sont ensuite éviscérés. La technique d'éviscération utilisée doit impérativement respecter les rapports anatomiques entre les différents organes. De ce fait, l'éviscération organe par organe est à proscrire en médecine légale. En cas de blessure pénétrante, la dissection du trajet en profondeur de celle-ci doit être faite avant l'éviscération, afin de décrire la trajectoire intracorporelle de la blessure. Tout artéfact produit par la dissection ou les procédures de prélèvement doit être répertorié.

L'exploration et la dissection soigneuse des tissus mous et des muscles de la région du cou font partie intégrante de toute autopsie médico-légale.

Tous les organes doivent être disséqués et examinés conformément aux règles de la pratique anatomo-pathologique. Cette dissection inclut notamment de façon systématique l'ouverture de tous les vaisseaux importants et des voies aériennes. Tous les organes creux (ex : estomac) doivent être ouverts et leur contenu décrit (avec mesure de leur volume). Tous les organes doivent être découpés et l'aspect des tranches de section décrit. Le poids des organes majeurs doit être noté. Le poids anormal d'un organe peut en effet traduire un état pathologique. Toutes les lésions pathologiques et traumatiques doivent être minutieusement décrites selon leur dimension et leur localisation.

Chez l'homme, les testicules sont prélevés de façon systématique à la recherche de lésions traumatiques pouvant être observées suite à une rixe.

4.2. Prélèvements autopsiques

Pour toute autopsie, l'échantillonnage de base en matière de prélèvement doit comprendre :

- ✓ des échantillons des principaux organes et des blessures fixés dans le formol pour examen anatomo-pathologique. Le seul organe pouvant être prélevé en totalité est le cerveau. Toutefois, ce prélèvement doit alors être justifié sur le plan scientifique (par exemple en cas de lésions traumatiques cérébrales mortelles dans un contexte d'homicide). Le cœur en cas de pathologie cardiaque très complexe (par exemple après chirurgie cardiaque) peut exceptionnellement être prélevé en totalité.

- ✓ des échantillons de sang, d'urine, de cheveux, de bile, d'humeur vitrée, de contenu gastrique et des différents viscères conservés en congélation pour analyses toxicologiques.

En fonction du contexte, d'autres prélèvements peuvent être réalisés, notamment des écouvillons de siège buccal, anal et vaginal, des échantillons de sang, d'ongles et de viscères conservés en congélation pour analyses génétiques.

Si le cadavre n'est pas identifié et en mauvais état, l'extraction des maxillaires peut être nécessaire pour expertise odontologique.

Dans la grande majorité des services de médecine légale et de façon systématique dans le cadre d'une affaire criminelle, les prélèvements autopsiques sont placés sous scellés par les Officiers de Police Judiciaire présents lors de l'autopsie. Les scellés sont destinés à assurer l'inviolabilité des prélèvements effectués et à en garantir l'authenticité. Sauf exception, le médecin légiste ne peut décider quels prélèvements autopsiques feront l'objet d'une expertise complémentaire (anatomo-pathologique ou toxicologique par exemple). C'est le magistrat du parquet ou bien le juge d'instruction qui délivre une ordonnance de commission d'expert. Les scellés sont alors transférés dans un deuxième temps à l'expert désigné par le juge. Lorsque l'ordonnance de commission d'expert n'est pas délivrée (situation très fréquente pour tous les décès sans lien avec un délit ou un crime), les scellés sont conservés dans le service de médecine légale jusqu'à leur destruction. La destruction des scellés, demandée par le service de médecine légale, ne peut se faire qu'après autorisation de l'autorité judiciaire.

4.3. Rapport d'autopsie

Le rapport d'autopsie médico-légale est aussi important que l'autopsie elle-même puisque cette dernière perd énormément de sa valeur si les constatations et l'avis du médecin légiste ne sont pas communiqués dans un document clair, précis et permanent. Il doit de ce fait être rédigé avec le plus grand soin. Idéalement, ce rapport doit être :

- ✓ complet, détaillé et le plus objectif possible.
- ✓ à la fois précis et synthétique. Tous les éléments observés, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont importants à noter. Aux assises, le médecin légiste qui a omis dans son rapport de préciser la couleur de la peau de la victime, sa taille ou la pré-

sence d'une cicatrice opératoire apparaît peu crédible quant aux constatations importantes effectuées.

- ✓ clair et compréhensible même pour un lecteur n'ayant pas eu de formation médicale.
- ✓ rédigé selon un déroulement logique, systématique. Le rapport d'autopsie médico-légale comporte plusieurs parties traitant respectivement de l'examen extérieur et interne du cadavre, de la discussion et de la conclusion. La discussion doit comporter toujours au conditionnel le rappel des commémoratifs fournis par les enquêteurs concernant les circonstances du décès et le déroulement des faits. La ou les causes et les mécanismes du décès, la nature des lésions observées, la trajectoire intracorporelle des blessures pénétrantes, la datation des blessures, l'agent vulnérant en cause, les éléments d'identification peuvent ensuite être discutés selon les cas. Le médecin légiste doit interpréter l'ensemble de ses constatations de manière à pouvoir fournir le plus d'informations et d'avis possible. De plus, il doit les interpréter de manière à ce que les questions n'ayant pas été soulevées par l'autorité judiciaire puissent être abordées, le cas échéant. La conclusion doit être soignée, car c'est la partie essentielle du compte rendu qui est lue par le magistrat. Le médecin légiste doit savoir rester mesuré dans ses conclusions.
- ✓ présenté sous une forme lisible et permanente, avec des copies papier même s'il existe une version informatique du document.

La teneur du rapport d'autopsie doit comprendre au minimum :

- ✓ une copie de la réquisition aux fins d'autopsie.
- ✓ la date, le lieu et l'heure de l'autopsie.
- ✓ le nom de toutes les personnes ayant assisté à l'autopsie doit être mentionné dans le rapport, en indiquant leur qualité et le rôle de chacun dans l'autopsie.
- ✓ le nom et la qualification du ou des médecins légistes signataires du rapport.
- ✓ l'examen externe du cadavre.
- ✓ l'examen interne du cadavre (précisant toujours la technique d'éviscération et le poids des principaux organes).

- ✓ une liste de tous les prélèvements réalisés.
- ✓ une discussion.
- ✓ une conclusion indiquant toujours la cause du décès lorsque celle-ci peut être établie.
- ✓ la date et la signature du ou des médecins légistes ayant pratiqué l'autopsie.

Le rapport peut faire référence à des photographies ou à des schémas lésionnels annexés au rapport.

Le rapport d'autopsie doit être établi le plus rapidement possible après l'autopsie, afin d'éviter le risque d'oublis. Il peut être remanié dans un deuxième temps en fonction des examens complémentaires effectués. Il doit être relu et vérifié avec soin avant son envoi à l'autorité judiciaire.

L'autorité requérante doit être informée le jour même des résultats de l'autopsie. Un résumé synthétique des constatations peut être faxé au parquet lorsque celui-ci n'est pas joignable téléphoniquement. En cas d'affaire d'homicide, le médecin légiste doit toutefois toujours s'efforcer de joindre par téléphone le parquet.

5. LES PRINCIPALES TECHNIQUES COMPLÉMENTAIRES

5.1. L'anatomo-pathologie

L'anatomo-pathologie est une discipline médicale correspondant à l'étude morphologique des cellules, des tissus (ensemble de cellules) et des organes pathologiques. Cette étude morphologique est faite essentiellement au microscope optique, permettant de visualiser des éléments cellulaires de la taille du micron (par exemple un globule rouge qui mesure en moyenne 7 microns). Il existe un lien étroit entre autopsie et anatomo-pathologie du fait que l'autopsie médico-scientifique est un acte exclusivement réalisé par un anatomo-pathologiste. Les autopsies médico-scientifiques sont complétées de façon systématique par un examen microscopique des échantillons d'organes prélevés au cours de l'acte autopsique. Ainsi, en l'absence d'examen microscopique des principaux organes, une autopsie médico-scientifique est jugée incomplète selon les recommandations internationales. L'autopsie médico-légale et l'autopsie médico-scientifique ayant chacune pour objet la détermination des causes de la mort, au sens large, l'examen anatomo-pathologique est le complément indispensable de l'autopsie macroscopique.

L'expertise anatomo-pathologique est réalisée, soit sur réquisition du parquet, soit sur ordonnance de commission d'expert. Elle utilise les différentes techniques actuelles de l'anatomo-pathologie mises en œuvre dans les services hospitaliers d'anatomie pathologique, en particulier l'immunohistochimie (utilisation de marqueurs sur coupes pour repérer des molécules spécifiques dans les cellules). L'expertise anatomo-pathologique ne peut être faite que par un médecin anatomo-pathologiste inscrit sur une liste d'experts. Les résultats de cette expertise sont d'autant plus pertinents lorsqu'elle est faite par le médecin ayant réalisé lui-même l'autopsie médico-légale.

En médecine légale, l'examen anatomo-pathologique est essentiel pour confirmer la nature des lésions constatées macroscopiquement et évaluer plus précisément leur étendue et leur gravité, pour déceler des lésions invisibles à l'œil nu et pour dater les blessures.

Tous les organes doivent faire l'objet de prélèvements, même ceux sans anomalie macroscopique. Un organe macroscopiquement normal peut en effet être microscopiquement pathologique. La fixation des prélèvements doit être précoce dans du formol neutre à 10 %. Les fragments tissulaires prélevés doivent être de petite taille, faisant au maximum quelques centimètres de côté, et être immergés dans un volume de fixateur suffisant (environ 10 fois le volume des fragments prélevés). Pour un cas autopsique médico-légal standard, il convient de réaliser des échantillons des principaux organes placés dans un ou deux récipients de formol d'une contenance d'un litre. Un nombre d'échantillons compris entre 30 et 40 est habituellement suffisant.

Le cerveau doit être fixé dans le formol pour une étude neuropathologique ultérieure dans les cas suivants :

- ✓ présence de lésions traumatiques cérébrales.
- ✓ antécédents de pathologie neurologique ou d'intervention neurochirurgicale chez la personne décédée.
- ✓ cause du décès non établie au terme de l'autopsie.

Dans tous les autres cas, le cerveau peut être coupé à l'état frais et examiné lors de l'autopsie. Du fait de la consistance molle du cerveau, les conditions d'examen à l'état frais sont moins bonnes qu'après fixation formolée. Une lésion cérébrale discrète peut de ce fait passer inaperçue lors d'un examen du cerveau à l'état

frais. L'avantage d'examiner le cerveau à l'état frais est de permettre de donner rapidement un résultat aux enquêteurs et de faire en sorte que le corps soit inhumé avec l'intégralité de ses organes.

L'examen neuropathologique après fixation formolée doit être idéalement réalisé par un neuropathologiste formé en médecine légale. Il est exceptionnel qu'un service de médecine légale en France bénéficie de ce type de compétence.

La fixation du cerveau est longue, de l'ordre de 3-4 semaines. Ce long délai de fixation explique que le rapport d'expertise anatomo-pathologique ne peut être rendu au magistrat avant un mois (à compter de la date de réception des scellés) lorsque le cerveau a été prélevé en totalité.

La cause du décès est uniquement établie par l'examen anatomo-pathologique dans environ 8 % des cas d'autopsie médico-légale. L'examen anatomo-pathologique permet de déterminer un mécanisme de mort non décelé lors de l'autopsie dans 40 % des cas. Il s'agit le plus souvent d'un substrat morphologique arythmogène, c'est-à-dire de zones de fibrose dans le myocarde de nature à générer de façon brutale des troubles du rythme cardiaque.

L'examen anatomo-pathologique a un rôle majeur concernant la qualité de l'acte autopsique. En effet, les discordances entre constatations autopsiques macroscopiques (examen à l'œil nu des organes) et constatations microscopiques sont fréquentes dans la pratique médico-légale (49 % des cas autopsiques). Les aspects macroscopiques des organes au cours des processus pathologiques sont trompeurs. Ainsi un poumon peut apparaître œdématié à la coupe alors qu'il est le siège d'une pneumonie aiguë (cause du décès !). À l'inverse un poumon peut donner un faux aspect macroscopique de pneumonie aiguë alors qu'il est seulement le siège d'un œdème non spécifique au microscope.

Les circonstances de décès (déterminées en confrontant les constatations autopsiques aux données de l'enquête policière) sont modifiées suite à l'examen anatomo-pathologique dans 13 % des cas (20 % des cas lorsqu'il s'agit d'un corps putréfié). Dans 80 % des cas où les circonstances de décès sont modifiées, l'examen anatomo-pathologique a permis d'affirmer une mort naturelle lorsque les circonstances de décès étaient initialement indéterminées. Dans 14 % des cas où les circonstances de décès sont modifiées, il permet de déterminer une cause de malaise d'origine pathologique à l'origine d'un accident mortel. Dans 3,5 % des

cas, il permet de faire évoquer un contexte d'homicide. C'est le cas notamment lorsque l'examen neuropathologique met en évidence des lésions traumatiques intracérébrales non visibles à l'examen macroscopique.

L'examen anatomo-pathologique fournit des informations complémentaires sur l'état pathologique antérieur de la personne décédée dans environ 49 % des cas. Cet état pathologique antérieur est toujours important à prendre en compte, sachant qu'il peut contribuer au décès (par exemple une décompensation d'une maladie cardiaque à l'occasion d'un choc hémorragique) ou qu'il peut préciser les circonstances du décès (par exemple diagnostic d'une maladie d'Alzheimer chez une personne ayant fugué d'une maison de retraite et décédée d'hypothermie accidentelle).

Les lésions traumatiques sont mieux documentées par l'examen anatomo-pathologique dans environ 22 % des cas d'autopsie médico-légale.

Cette documentation inclut respectivement :

- ✓ la détermination du caractère ante mortem ou post mortem des lésions traumatiques constatées et prélevées à l'autopsie.
- ✓ la datation des blessures ante mortem.
- ✓ la recherche de résidus de tir sur les berges d'une plaie d'entrée par projectile d'arme à feu (utile pour différencier une plaie d'entrée d'une plaie de sortie et estimer la distance de tir).

Elle permet aussi de révéler ou à l'inverse d'infirmer le caractère traumatique d'une lésion prélevée à l'autopsie.

L'examen microscopique d'une lésion peut aider à déterminer le mécanisme lésionnel (par exemple pour différencier une abrasion par frottement d'une abrasion par pression, ou bien pour orienter sur la nature de l'agent thermique en cas de brûlures cutanées).

En cas de lésions traumatiques cérébrales, l'examen neuropathologique permet de préciser le degré d'incapacité secondaire aux blessures. La question de la faisabilité de tirs intracrâniens successifs peut être soulevée lorsqu'un contexte suicidaire est évoqué par l'enquête. Les lésions en rapport avec chaque tir doivent alors être soigneusement documentées. L'incapacité n'est en effet pas la même en fonction de l'étendue des lésions traumatiques et de leur siège anatomique. Les blessures cérébrales entraînant une incapacité quasi-immédiate et jugées instantanément mortelles sont celles responsables de lésions au niveau

du tronc cérébral ou de la moelle épinière cervicale haute. Si deux blessures par projectile d'arme à feu ont une trajectoire passant par ces zones anatomiques, l'hypothèse d'un homicide peut être évoquée.

En cas de décès survenant de façon retardée par rapport à l'épisode traumatique, l'examen anatomo-pathologique peut révéler des complications de blessures, par exemple une embolie graisseuse mortelle dans les poumons et le cerveau, consécutive à une fracture du fémur.

L'expertise anatomo-pathologique est aussi utile pour préciser la durée d'agonie de la victime.

Des lésions sont à peu près constantes dans les agonies prolongées qui durent plusieurs heures. Elles peuvent être mises en évidence par examen anatomo-pathologique.

En cas de décès pédiatrique, la mise en évidence de nombreux sidérophages dans les poumons et le foie peut faire évoquer un contexte de maltraitance. Les sidérophages sont des macrophages ayant digéré des globules rouges. Leur présence témoigne d'une hémorragie ancienne, locale et résorbée.

Une hémorragie pulmonaire peut survenir lors d'un épisode de suffocation du fait d'une augmentation brutale de la pression dans les alvéoles, secondaire à la lutte respiratoire. Les pathologies de nature à générer des sidérophages dans les poumons doivent être éliminées avant de pouvoir évoquer la possibilité d'une suffocation antérieure.

Des traces d'hémorragie intra-hépatique ancienne peuvent correspondre à des épisodes antérieurs de coups portés dans la région abdominale.

L'examen anatomo-pathologique est enfin essentiel pour la recherche cytologique de spermatozoïdes en cas d'agression sexuelle suspectée (à partir d'écouvillons réalisés au niveau du vagin, de l'anus, de la bouche et de traces suspectes). Cette analyse peut être faite rapidement, avec réponse le jour même de l'autopsie.

Les Officiers de Police Judiciaire, les magistrats et les médecins légistes non anatomo-pathologistes doivent être bien conscients des limites de l'examen anatomo-pathologique, *a fortiori* si cet examen est réalisé par un anatomo-pathologiste sans pratique autopsique médico-légale.

En cas de putréfaction avancée, l'examen microscopique est gêné par l'autolyse qui peut masquer cer-

taines lésions et réduire le rendement diagnostique de l'immunohistochimie. Il peut toutefois permettre des diagnostics de cause de mort même après un long délai *post mortem* comme dans le cas des exhumations.

Dans les cas de mort subite, la pathologie responsable du décès peut ne pas avoir de traduction morphologique. C'est notamment le cas de certains syndromes arythmogènes pour lesquels le cœur apparaît à la fois macroscopiquement et microscopiquement normal.

En matière de décès asphyxiques, les lésions pulmonaires observées au microscope ne sont pas spécifiques (pouvant être observés dans une mort naturelle). Il n'est de ce fait pas possible d'affirmer une strangulation ou une suffocation comme cause du décès à partir du seul examen microscopique des poumons.

En matière de datation des blessures, l'examen anatomo-pathologique fournit au mieux des fourchettes estimées de datation, sans pouvoir préciser à l'heure près le moment de constitution des blessures.

La pratique actuelle des expertises anatomo-pathologiques n'est pas satisfaisante, sauf exception. Elles sont rarement demandées par les tribunaux (moins de 10 % des autopsies médico-légales), même lorsqu'il s'agit d'affaires criminelles. Deux principaux facteurs expliquent cette absence d'expertise anatomo-pathologique complémentaire à l'autopsie médico-légale :

- ✓ Le fait que les constatations macroscopiques sont jugées à tort (par les policiers, magistrats et même par le médecin pratiquant l'autopsie) comme suffisantes pour déterminer les causes et les circonstances du décès.
- ✓ Le coût de l'expertise qui est fonction de la nomenclature des actes d'anatomo-pathologie et du nombre de prélèvements à examiner (le coût d'une expertise standard est de l'ordre de 400 euros).

Lorsque ces expertises sont demandées par les tribunaux, elles sont souvent pratiquées par des anatomo-pathologistes hospitaliers non formés en médecine légale. Comme il existe une crise démographique des anatomo-pathologistes en France, ceux-ci sont fréquemment débordés et n'ont pas beaucoup de temps pour se consacrer à l'étude des scellés communiqués. Or la simple description macroscopique des scellés peut parfois prendre le temps d'une autopsie, soit une matinée ! La qualité de l'expertise est d'autant plus réduite lorsque l'expert ne bénéficie pas de l'envoi des

documents complets des investigations déjà effectuées, à commencer par le rapport complet de l'autopsie médico-légale (qui met parfois des mois à venir après l'arrivée des scellés).

Par ailleurs, l'anatomo-pathologiste est tributaire de la qualité des prélèvements effectués lors de l'autopsie. La grande majorité des médecins légistes pratiquant les autopsies n'étant pas anatomo-pathologistes, de nombreux défauts en matière de prélèvements peuvent être constatés :

- ✓ Prélèvements insuffisants en nombre (par exemple un seul petit prélèvement de cœur dans un contexte de mort subite).
- ✓ Prélèvements de mauvaise qualité :
 - pas faits au bon endroit.
 - incomplets.
 - mal fixés (volume de formol insuffisant).
 - mal conditionnés (arrivant congelés par exemple).

A l'inverse, il n'est pas rare de voir, lors d'expertises anatomo-pathologiques, des prélèvements d'organes entiers totalement non justifiés à la fois sur le plan scientifique et sur le plan éthique (non-respect du corps). En cas de décès de nourrissons, les organes sont souvent éviscérés en bloc par le médecin légiste et placés dans un grand seau rempli de formol aux fins d'expertise anatomo-pathologique. Les organes n'ont alors fait l'objet que d'un examen très sommaire lors de l'autopsie. Cette pratique de prélèvements d'organes entiers *post mortem* est d'autant plus choquante que dans la majorité des cas, l'expertise anatomo-pathologique n'est pas demandée, ce qui entraîne la destruction ultérieure de ces pièces anatomiques.

Les résultats anatomo-pathologiques doivent toujours être soigneusement confrontés aux données de l'enquête policière et de l'autopsie ainsi qu'aux autres examens complémentaires pratiqués, notamment la toxicologie. Il est donc important que l'expert anatomo-pathologiste soit informé rapidement de l'ensemble des éléments de la procédure et des rapports d'autopsie et d'expertise toxicologique, avant de démarrer les opérations d'expertise.

Le caractère systématique d'un examen anatomo-pathologique de qualité suite à l'autopsie médico-légale n'est actuellement pas envisageable (en faisant même abstraction de son coût). Ce caractère systématique d'expertise impliquerait en effet que tous les médecins légistes soient à terme anatomo-pathologistes comme

aux Etats-Unis et en nombre suffisants pour absorber cette charge de travail.

5.2. L'imagerie

L'examen radiographique du cadavre est systématique dans un certain nombre de cas : cadavre carbonisé, putréfié, non identifié (recherche de matériel chirurgical comme par exemple une prothèse), suspicion de lésions traumatiques osseuses, blessures par projectile d'arme à feu, nourrisson et enfant (recherche de sévices aigus ou chroniques).

Un service de médecine légale doit disposer au minimum d'un amplificateur de brillance avec dispositif de sortie imprimée. Il permet un balayage rapide de l'ensemble du corps et la prise de clichés radiographiques.

La radiographie de petites pièces anatomiques (plastron sterno-costal, dents, os, larynx, orifices cutanés de blessures par projectile d'arme à feu...) peut se faire grâce à un appareil à foyer ultrafin de type *Faxitron*. Les images obtenues, de très haute qualité, sont nécessaires pour l'interprétation de lésions fines ou les comparaisons de trame osseuse, pour la détection de fins résidus radio-opaques tels que ceux présents au niveau des plaies d'entrée de projectile d'arme à feu.

Les techniques d'imagerie médicale moderne (Scanner et Imagerie par Résonance Magnétique) peuvent être appliquées au cadavre. De nombreuses études ont montré l'intérêt de l'autopsie virtuelle, appelée aussi virtopsie. Ce type d'examen est particulièrement performant pour :

- ✓ la mise en évidence d'une embolie gazeuse.
- ✓ la mise en évidence d'un foyer de fracture, en particulier dans des localisations difficilement décelables lors de l'autopsie (os de la face, rachis cervical).
- ✓ une meilleure documentation des lésions osseuses avec possibilité de reconstruction 3D.
- ✓ la mise en évidence d'un foyer de contusion profond au niveau musculaire ou sous-cutané pouvant passer inaperçu lors des crevées.
- ✓ une meilleure documentation des lésions cérébrales chez un sujet en état de décomposition avancée.
- ✓ la mise en évidence de lésions vasculaires par des techniques spéciales d'angiographie après

injection d'un produit de contraste chez le cadavre.

- ✓ préciser la trajectoire intracorporelle d'une blessure par projectile d'arme à feu.

Malgré leurs performances, les techniques d'imagerie médicale ne peuvent en aucun cas se substituer à l'autopsie traditionnelle. D'après une étude ayant porté sur 250 cadavres, des constatations importantes faites à l'autopsie ne sont pas mises en évidence par le scanner corps entier dans 48 % des cas. De plus, la résolution spatiale des images obtenues aussi bien en IRM et au scanner est largement insuffisante pour pouvoir documenter les lésions à l'échelle microscopique. Ces techniques ne donnent en effet au mieux que des aspects macroscopiques des organes qui, on l'a vu, sont souvent trompeurs. Même couplée à des techniques d'autopsie invasive de façon minime par laparoscopie et thoracoscopie (introduction d'un endoscope dans les cavités abdominale et thoracique), ce qui permet des prélèvements ciblés pour l'anatomo-pathologie et de ce fait incomplets, l'imagerie médicale ne peut actuellement remplacer l'autopsie médico-légale traditionnelle.

5.3. La toxicologie

L'analyse toxicologique consiste en la réalisation d'une recherche et d'un dosage de produits toxiques ou de médicaments à partir de prélèvements faits sur le cadavre. Elle doit être faite par un spécialiste expert toxicologue, avec des méthodes d'analyse de référence.

L'expertise toxicologique est essentielle dans la pratique médico-légale thanatologique, sachant qu'un cinquième des décès pour lesquels une autopsie médico-légale est pratiquée sont des morts toxiques. De plus, elle permet de préciser les circonstances du décès dans 20 % des cas d'autopsie médico-légale.

5.4. La biochimie

La biochimie est l'étude des molécules qui constituent les êtres vivants. En médecine de soins, de nombreuses molécules peuvent être dosées dans les liquides biologiques, en particulier le sang. Parmi ces molécules, certaines sont des marqueurs biologiques d'une pathologie évolutive. Les techniques de biochimie peuvent être appliquées sur des liquides biologiques post mortem. Les prélèvements à visée

biochimique doivent être réalisés en début d'autopsie. Des prélèvements de sang, de liquide céphalo-rachidien, d'humeur vitrée peuvent être réalisés. La mise en évidence des molécules peut être perturbée, voire rendue impossible par les processus de putréfaction qui ont tendance à entraîner une dégradation post mortem des molécules. L'interprétation des dosages biochimiques effectués est de ce fait toujours difficile.

5.5. La microbiologie

En cas de lésion pathologique découverte à l'autopsie faisant évoquer une infection évolutive, des prélèvements à visée microbiologique sont réalisés. Les prélèvements doivent être réalisés le plus stérilement possible en tout début d'autopsie et être rapidement acheminés au laboratoire de microbiologie à l'état frais. La procédure des scellés, conservés puis acheminés vers des laboratoires extérieurs, ne peut être appliquée pour les prélèvements à visée microbiologique. En effet, ces derniers doivent être mis en culture sans délai afin de pouvoir isoler et identifier un germe pathogène. En cas de pathologie infectieuse suspectée à l'autopsie, c'est l'accord direct avec le magistrat qui permet une transmission immédiate de ces prélèvements, hors procédure scellés, le médecin préleveur assurant la transmission directe au laboratoire destinataire.

Les résultats de l'étude microbiologique doivent toujours être confrontés à l'étude anatomo-pathologique des viscères, d'où l'intérêt des prélèvements microbiologiques et anatomo-pathologiques de même site anatomique. En effet, le rôle pathogène d'une bactérie isolée à partir des prélèvements d'autopsie a plus de valeur si l'examen microscopique de l'organe atteint montre la présence d'une intense réaction inflammatoire qui est habituellement observée dans les infections aiguës.

5.6. Les empreintes génétiques

Les empreintes génétiques sont basées sur le fait que tout individu est unique génétiquement. Elles consistent à comparer les profils génétiques de différents individus ou des traces biologiques provenant d'individus. L'analyse est réalisée sur la molécule Acide Désoxyribo Nucléique (ADN) présente dans le noyau de toutes les cellules de l'organisme (à l'exception des globules rouges). L'ADN est un constituant majeur des chromosomes qui chez l'homme sont au nombre de

46 par cellule, soit 23 paires de chromosomes (chacune des paires étant constituée d'un chromosome venant du père et d'un chromosome venant de la mère).

L'empreinte génétique permet de cibler des régions particulières de l'ADN qui présentent des différences de taille. Ces régions sont toujours présentes en deux exemplaires sur les deux chromosomes d'une même paire (chromosome paternel et chromosome maternel) chez un individu et sont transmises de façon héréditaire de génération en génération. Elle sont composées d'une même séquence (ou motif) répétée en nombre différent suivant les individus. Le profil génétique d'un individu résulte de cette différence de nombre de séquences répétées et donc de longueur des régions d'ADN étudiées. Cette variation du nombre de séquences répétées constitue un polymorphisme de taille.

L'analyse génétique est réalisée à l'aide d'une enzyme appelée Polymerase Chain Reaction (PCR) qui permet d'amplifier des séquences d'ADN dont on obtient de multiples copies identiques. Grâce à cette technique, des empreintes génétiques peuvent ainsi être mises en évidence à partir d'une très faible quantité de matériel biologique présent sur la scène de crime.

Le pouvoir de discrimination du polymorphisme des régions étudiées permet de différencier deux personnes avec une faible probabilité de trouver dans la population un autre individu présentant les mêmes caractéristiques génétiques (en dehors du cas de vrais jumeaux).

Sur le plan pénal, le spécialiste en génétique médico-légale détermine les empreintes génétiques utiles à :

- ✓ l'identification d'agresseurs à partir de traces biologiques prélevées sur la scène de crime ou sur la victime.
- ✓ l'identification formelle de victimes.
- ✓ la mise en place du Fichier National Automatisé des Empreintes Génétiques (FNAEG) permettant d'établir à partir de prélèvements buccaux le profil génétique d'auteurs d'infractions. Les empreintes génétiques permettent d'attribuer à un même individu plusieurs affaires et donc d'identifier les récidivistes (ex : identification du tueur en série Guy Georges).

En matière de mort subite, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, lorsqu'une pathologie potentiellement héréditaire est diagnostiquée suite à l'autopsie, il est d'importance majeure que les prélèvements en

congélation (de sang en particulier) réalisés lors de l'autopsie puissent être exploités dans un laboratoire spécialisé à la recherche de mutations impliquées dans la pathologie en cause.

5.7. L'odontologie médico-légale

Il s'agit d'une discipline appliquant des techniques d'examen dentaire à du matériel médico-légal. L'odontologie médico-légale est particulièrement utile en matière d'identification de cadavre et d'examen de morsures. Ce type d'examen doit être réalisé par un dentiste spécialisé en odontologie médico-légale.

5.8. L'entomologie médico-légale

Il s'agit d'une discipline appliquant les techniques d'étude des insectes (entomologie) aux fins principalement de datation de la mort chez des cadavres putréfiés, colonisés par des insectes. L'entomologiste peut également fournir des informations sur d'éventuelles manipulations du cadavre ou son transport.

Il existe très peu de vrais spécialistes en entomologie médico-légale en France, d'autant plus que les méthodes actuelles d'étude entomologique font désormais appel à des techniques pointues de biologie moléculaire sur les larves d'insectes aux fins d'identification d'espèce.

5.9. La balistique

La balistique est la science du mouvement des projectiles. Dans le cadre de la police technique et scientifique, le terme « balistique » peut recouvrir l'ensemble des activités permettant l'exploitation des indices liés à l'utilisation d'une arme à feu. La compétence de l'expert en balistique s'étend respectivement à l'examen des armes et des munitions, l'étude des traces portées sur des éléments de munition, l'estimation de la trajectoire et de la distance de tir.

5.10. La morpho-analyse de traces de sang

En cas de crime de sang, la documentation et l'analyse des traces de sang retrouvées sur la scène de crime sont de la compétence d'un expert en morpho-analyse de traces de sang. Selon la forme, le nombre, l'aspect et la distribution spatiale des traces de sang, ce type d'expertise peut fournir des éléments d'information utiles en matière de circonstances de décès. Ce type d'expertise peut ainsi fournir des arguments sur la position de la victime lorsque des coups lui ont été portés ainsi que sur la position relative de la victime par rapport à son agresseur.



Domage Corporel / Bodily Damage

L'indemnisation des victimes d'un accident du travail

Vincent DANG VU*

RÉSUMÉ

L'indemnisation des victimes d'un accident du travail se fait avant la consolidation sous forme d'indemnités journalières d'accident du travail et après la consolidation par la fixation d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP).

L'indemnisation se fait sous la forme d'un capital pour une IPP inférieure à 10% et sous la forme d'une rente pour une IPP supérieure à 10%.

L'auteur traite de l'indemnisation des accidents du travail successifs puis du contentieux de la fixation du taux d'IPP qui se fait devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité. Il précise ensuite la protection du salarié vis-à-vis du risque de licenciement puis aborde le cas particulier des accidents de service de la fonction publique.

Mots-clés : Indemnités journalières, Incapacité Permanente Partielle (IPP), rente, licenciement, allocation temporaire d'invalidité.

SUMMARY

Indemnification of victims of a work accident

Indemnification of victims of a work accident is carried out before consolidation in the form of daily work accident indemnities and after consolidation by fixing a rate of partial permanent disability (IPP).

The indemnification is in the form of capital for an IPP of less than 10% and in the form of an annuity for an IPP of over 10%.

The writer deals with the indemnification of successive work accidents then the litigation of fixing the rate of IPP which takes place before the relevant court (Tribunal du Contentieux de l'Incapacité). He goes on to give details of the protection of salaried workers in relation to the risk of being laid off then tackles the particular case of accidents in the civil service.

Key-words: *Daily indemnities, Partial Permanent Disability (IPP), annuity, layoff, temporary invalidity allowance.*

* 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. LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES D'ACCIDENT DE TRAVAIL

1. Définition

Les indemnités journalières d'accident de travail se définissent comme des prestations en espèces versées durant la période d'incapacité temporaire totale, destinées à compenser la perte de salaire résultant de l'accident du travail et ayant entraîné l'arrêt de travail. L'incapacité temporaire totale de travail se définit comme une inaptitude de la victime d'un accident occasionnée par les lésions consécutives à cet accident du travail qui l'empêchent d'exercer son activité professionnelle. Son caractère temporaire se définit par le fait qu'ultérieurement, la victime sera considérée comme guérie ou avec un état de santé stabilisé.

Les indemnités journalières sont payées durant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à, soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès, ainsi qu'en cas de rechute ou d'aggravation (Article L.433 - 1, alinéa 2 du Code de la Sécurité Sociale). On remarquera que, contrairement au risque maladie, où la durée de paiement des indemnités journalières ne peut dépasser 3 ans, il n'existe pas de date butoir au bout de laquelle les indemnités journalières lors d'un accident du travail ne sont plus payées, la seule limite au paiement de l'indemnité journalière est la guérison complète, ou la consolidation de la blessure ou le décès (Article R.433 - 1, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale). En théorie, la durée d'indemnisation peut donc dépasser les 3 ans à l'inverse des indemnités journalières payées au titre du risque maladie.

2. Calcul des indemnités journalières d'accident de travail

a. Généralités

Cette indemnité journalière est payée pour toutes les journées ouvrables ou non d'incapacité de travail. Il n'y a donc pas de distinction entre les jours ouvrables et non ouvrables.

L'indemnité journalière est versée à partir du 1^{er} jour de l'arrêt de travail consécutif à l'accident (L.433 - 1 du Code de la Sécurité Sociale).

La journée de travail au cours de laquelle l'accident se produit est payée intégralement par l'employeur

(Article L.433 - 1, alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale).

L'indemnité journalière d'incapacité au travail est égale à 60% du salaire journalier de base avec un montant maximal de 171,69 euros par jour au 01-01-2009, les 28 premiers jours d'arrêt, puis 80% de ce salaire journalier de base à partir du 29^e jour avec un montant maximal de 228,89 euros par jour au 01-01-2009 (Articles R. 433 - 2 et R. 433 - 4 du Code de la Sécurité Sociale).

Le salaire journalier de base est égal à la division du salaire de référence par un nombre de jours fixé réglementairement selon la périodicité des paies. A titre d'exemple, pour une paie mensuelle, le salaire journalier de base est égal à 1/30^e de la dernière paie.

Si l'arrêt de travail dans le cadre de l'accident de travail se prolonge au-delà d'une durée de 3 mois, les indemnités journalières au titre de cet accident du travail peuvent être revalorisées (Article R. 433 - 9 du Code de la sécurité sociale). Le salaire journalier de base servant au calcul de l'indemnité journalière de base est alors majoré par l'application d'un coefficient de majoration fixé par arrêté inter-ministériel (ce coefficient de revalorisation est par exemple fixé à 1,011 le 1^{er} janvier 2008). Lorsqu'il s'agit d'une revalorisation fixée par arrêté ministériel, on parle d'une revalorisation légale ou forfaitaire. Si une augmentation du salaire intervient en cours de l'arrêt de travail dans le cadre d'une convention collective applicable à la profession à laquelle appartient l'accidenté, les indemnités journalières sont également revalorisées suivant ce qu'on appelle une revalorisation individuelle. L'accidenté doit alors effectuer une demande à sa caisse d'assurance maladie. Le cumul d'une revalorisation forfaitaire fixée par l'arrêté ministériel suscité et d'une revalorisation individuelle dans le cadre d'une convention collective est impossible. Seule l'opportunité la plus favorable peut s'appliquer à l'accidenté du travail.

En cas de rechute, l'indemnité journalière au titre d'accident du travail est versée aux mêmes taux et conditions que l'arrêt initial de l'arrêt du travail, à savoir 60% du salaire journalier de base les 28 premiers jours d'incapacité dus à la rechute et 80% de ce salaire de base à partir du 29^e jour d'arrêt de travail.

Les indemnités journalières d'accident du travail sont soumises

- ✓ à la CSG au taux de 6.2%
- ✓ et à la CRDS au taux de 0.5%.





b. Le salaire de référence

Le salaire de référence est le salaire précédant immédiatement l'arrêt de travail en fonction de sa périodicité de versement. A titre d'exemple, lorsque la paie est mensuelle, il s'agit du dernier salaire perçu (Article R 433 - 5 du Code de la Sécurité Sociale). Si la paie est effectuée deux fois par mois, il s'agit de ces deux derniers salaires perçus. Ce salaire de référence comprend le salaire proprement dit ainsi que les éléments annexes de ce salaire de référence, à savoir, en particulier, les primes afférentes à la période considérée, les avantages en nature, les pourboires.

Ne sont pas pris en compte, par contre, les frais professionnels, les cotisations patronales de Sécurité Sociale et les cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaire. Le salaire de référence ou le salaire de base est calculé conformément aux articles R.433 - 1 et suivants, R. 436 - 1 du Code de la Sécurité Sociale.

c. Le salaire journalier de base

Le gain journalier de base ou salaire journalier de base est calculé en divisant ce salaire de référence ou ce salaire de base par le nombre de jours fixé à l'article R.433 - 5 du Code de la Sécurité Sociale (de 30 à 360 jours suivant la périodicité de la paie).

Le montant du salaire journalier de base est limité et se calcule de 2 façons :

La première limite se calcule en fonction du plafond de la Sécurité Sociale.

En effet le salaire journalier de base n'est pris en compte que dans une limite inférieure à 0,834 % du plafond annuel des cotisations de Sécurité Sociale (Article R.433 - 3 du Code de la sécurité sociale).

A titre d'exemple, imaginons un salarié victime d'un accident du travail le 01.02.09, son salaire de référence s'évalue à 10.000 euros par mois, le salaire journalier de base théorique s'élève donc à 10.000 euros : $30 = 333,3$ euros ; or le salaire journalier de base est limité à 0,834 % du plafond annuel de la Sécurité sociale. Ce plafond annuel au 1^{er} janvier 2009 est égal à 34.308 euros. Le salaire journalier de base est donc limité à $34.308 \text{ euros} \times 0,834 \% = 286,1$ euros

L'indemnité journalière au titre de son accident du travail s'élèvera donc du 1^{er} jour au 28^e jour après cet

accident du travail à 60% de 286,10 euros, soit 171.66 euros pour chacun des 28 premiers jours.

La deuxième limite se base sur le fait que l'indemnité journalière versée au titre de l'accident du travail ne peut dépasser le gain journalier net perçu par la victime avant son arrêt de travail. Ce gain journalier net perçu est défini comme le salaire de référence moins la part salariale des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle et la CSG. Ceci est destiné à éviter que le salarié victime d'un accident du travail ne perçoive plus que lorsqu'il travaille. En effet, une indemnité journalière de 80% ou 60% du salaire de référence qui ne subit aucune charge sociale pourrait être supérieure au salaire net obtenu après application d'un taux de cotisations qui dépasse souvent la barre des 20%.

A titre d'exemple, imaginons la cas d'un salarié victime d'un accident du travail le 1^{er} février 2009 et un arrêt de travail pendant 40 jours. Le salaire de référence s'élève à 2.000 euros par mois en imaginant que le taux de charges salariales légales et conventionnelles s'élève à 21% à laquelle s'ajoutent la CSG, la CRDS. La somme CSG + CRDS est égale à 6.7% de 95% du salaire brut.

Le salaire journalier de base s'élève à 2.000 euros : $30 = 66,7$ euros. Le gain journalier net perçu est égal à $66,7 \text{ euros} - (66,7 \text{ euros} \times 21\%) - (6,7\% \times 95\% \times 66,7 \text{ euros}) = 66,7 \text{ euros} - 14 \text{ euros} - 4,2 \text{ euros} = 48,5$ euros. L'indemnité journalière au titre de l'accident du travail s'élèvera du 1^{er} jour au 28^e jour à 60% de 66,7 euros d'indemnité journalière pour chacun des 28 premiers jours. Du 29^e jour au 40^e jour, la victime devrait toucher 80% des 66,7 euros, soit 53,4 euros. Or cette somme de 53,4 euros est supérieure au montant du gain journalier net perçu. L'indemnité journalière du 29^e au 40^e jour sera donc réduite au montant du gain journalier net perçu qui est donc de 48,5 euros.

B. LE TAUX D'IPP

Si à la suite d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle la victime reste atteinte d'une infirmité qui prend un caractère constant, on dit que cette victime est en état d'incapacité permanente.

L'incapacité permanente se définit ici comme une réduction définitive de la capacité de travail de la vic-





time, et donc, de la capacité de gain de la victime, lorsque son état est consolidé.

Cette situation est constatée par le Médecin Traitant qui à la fin de la période de soins établit un certificat de consolidation. Il s'agit donc ici de la consolidation des blessures (ou de l'état pathologique en ce qui concerne les maladies professionnelles). En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil cette date de consolidation peut-être fixée d'autorité par le médecin conseil.

A l'inverse, si l'état n'est pas considéré comme stabilisé et l'évolution imprévisible, le médecin conseil estimera impossible de fixer le taux d'IPP. La Caisse notifiera alors à l'assuré un refus d'ordre médical pour "état non stabilisé".

Le litige est alors réglé par la voie de l'expertise médicale (article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale).

La date de consolidation marque la fin de la période d'incapacité temporaire et donc du paiement des indemnités journalières et à partir du lendemain l'ouverture du droit par les victimes à une invalidité en capital ou une rente d'accident du travail. Cette incapacité per-

manente est évoluée suivant un pourcentage fixé de 0 à 100 % qui évalue le préjudice subi par la victime. Cette évaluation en pourcentage nous donne le taux d'IPP (IPP : invalidité permanente partielle).

La décision de consolidation par le médecin conseil présente pour le malade, certes l'inconvénient pécunier de cesser de bénéficier du paiement des indemnités journalières en général plus généreuses que les indemnités journalières payées par le risque maladie, mais aussi l'avantage de pouvoir solliciter un taux d'IPP et donc d'une indemnisation. L'assuré devra donc bien réfléchir avant de contester la décision de consolidation du médecin conseil.

L'article L.434 – 2 de Code de la Sécurité Sociale précise que « le taux de l'incapacité permanente 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 sa qualité professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité ».

Ainsi, l'appréciation de l'incapacité permanente prend alors en compte l'incapacité physique de la victime, mais aussi son incapacité générale de gain.

Encadré 1

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

Nom – Prénom

Adresse de l'accidenté

Date

RECOMMANDEE AVEC A.R.

Objet : Contestation de la date de guérison ou de consolidation

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 me signalant la date de guérison – consolidation pour mon AT du (date de la déclaration de l'AT).

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

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





C'est la Caisse Primaire d'Assurance maladie qui fixera ce taux d'IPP qui servira à calculer la rente ou l'indemnité en capital. Dans ce but la victime est soumise à l'examen d'un médecin conseil qui donne un avis sur le taux d'IPP strictement médical. Dès réception du certificat médical de consolidation la Caisse Primaire soumet l'ensemble du dossier médical de la victime au service du contrôle médical. La victime est alors convoquée dans les semaines suivantes pour être soumise à l'examen d'un médecin conseil. Certains cas donneront lieu à des examens complémentaires de médecins spécialistes si le médecin conseil estime qu'il n'est pas suffisamment éclairé par les documents médicaux du dossier et par les réponses de la victime.

La Loi prévoit qu'il est tenu compte d'un barème indicatif d'invalidité codifié en annexe à l'article R. 434 – 35 du Code de la Sécurité Sociale. Ce barème est contenu dans le décret n° 82-1135 du 23-12-1982 paru au Journal Officiel de la République Française du jeudi 30-12-1982. Il peut aussi être obtenu auprès de l'U.C.A.N.S.S. Tour Maine Montparnasse, 44, avenue du Maine – Boîtes 45 et 46 – 75755 Paris Cedex 15, ou peut être consulté sur le site internet : www.ucanss.fr.

On s'accorde en général à dire que les taux en pourcentage proposés dans ce barème sont pour la plupart deux fois supérieurs aux taux en pourcentage proposés dans le barème dit en droit commun.

La Caisse doit cependant adapter les évaluations de ce barème en fonction de chaque cas particulier pour tenir compte de tous les éléments qui entrent dans cette évaluation.

Un coefficient dit professionnel peut aussi modifier un premier taux d'IPP ne tenant compte que de la nature médicale de l'infirmité.

Ce coefficient professionnel tiendra compte du risque de perte d'emploi ou des difficultés de reclassement (Chambre sociale de la Cour de cassation, 26.03.1984, n° 82 – 16.503, 1984, Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, Chambres civiles, 5^e partie, page 93).

De même ce taux dit professionnel tiendra compte d'une perte de gains de la victime consécutive à la suite d'un licenciement économique (Chambre sociale de la Cour de cassation, 05.04.1990, n° 87 – 16.817 ; Sommaires de Sécurité Sociale, 1990, page 4.443).

D'autre part ce taux professionnel existera pour une victime d'un accident du travail licenciée du fait de son accident et qui par la suite obtient des emplois

d'une qualification toujours moindre (Chambre sociale de la Cour de cassation, 21.06.1990, n° 88 – 13.605, 1990 ; Sommaires de Sécurité Sociale, 1990, p. 4.457).

C'est pourquoi il est demandé dans la convocation au TCI au plaignant d'apporter ses feuilles de paie avant et après l'accident ce qui permet d'estimer la perte de salaire et ainsi de mieux cerner l'importance de l'éventuel préjudice professionnel.

Il n'existe pas de mode officiel de calcul pour ce taux professionnel et donc pas de limite officielle au pourcentage qui pourrait être alloué à la victime à ce titre. Le montant en général accordé par les TCI pour ce taux professionnel oscille entre 1% et 10 % (Revue La Commission, juin 2004, p 5497 – 5498). Mais un mode de calcul concevable et plus généreux consisterait à ajouter au taux d'IPP classique de x % un taux professionnel de y % de telle façon que la rente globale calculée sur la base de la somme d'un taux de x + y % égale la perte de salaire subie par la victime.

La jurisprudence sociale estime que l'aggravation entièrement due à un accident du travail, d'un état pathologique antérieur, resté jusque là ignoré n'occasionnant auparavant aucune incapacité doit être indemnisée dans sa totalité même si cet état antérieur se trouve être la seule cause certaine du handicap ou la cause principale (Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 6 mai 1965, N° 64-11.318, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, N° IV, 1965, p. 308; Chambre Sociale de la Cour de Cassation, 30 novembre 1967, N°66-14.143, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, N° IV, 1967, p. 642; Cour d'Appel de Besançon, 4 février 1986, Sommaires de Sécurité Sociale, 1986, p 2.872).

Suivant l'article R. 434 – 35 du Code de la Sécurité Sociale « la Caisse Primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente, le cas échéant sur le taux de celle-ci, sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droits. La décision motivée est immédiatement notifiée par le Caisse à la victime ou à ses ayants droits par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le double de cette décision est envoyé à la Caisse Régionale et à l'employeur au service duquel est survenu l'accident. La notification adressée à la victime invite celle-ci à faire connaître à la Caisse dans un délai de 10 jours à l'aide d'un formulaire annexé à la notification si elle demande l'envoi soit à elle-même, soit au médecin qu'elle désigne à cet effet d'une copie du rapport médical d'IPP. La Caisse procède à cet envoi dès réception de la demande en indiquant que la victime ou le médecin qu'elle a



désigné à cet effet peuvent dans un délai de quinzaine suivant la réception du rapport prendre connaissance au service du contrôle médical de la caisse des autres pièces médicales. »

Il est important de signer le délai très court où il est permis à la victime d'avoir accès au rapport médical sur lequel la Caisse a pris sa décision.

Même si le délai théorique pour retirer son rapport médical d'IPP rédigé par le médecin conseil est fixé à 15 jours, le patient peut néanmoins passer outre en demandant l'application de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 parue au Journal officiel du 5 - 3 - 2002, du décret N°2002-637 du 29 avril 2002 paru au Journal officiel du 30 - 4 - 2002 qui lui permet d'avoir accès à toute pièce médicale de son dossier médical, quelque soit le délai écoulé entre la rédaction de cette pièce et la date de sa demande.

1. Le calcul de l'indemnisation

La victime atteinte d'une incapacité permanente perçoit, si son taux d'incapacité permanente est inférieur à 10%, une indemnité en capital.

La victime atteinte d'une incapacité permanente, si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10%, a droit à une rente égale grossièrement au salaire annuel de base multiplié par le taux d'incapacité.

La victime atteinte d'une incapacité permanente qui l'oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie voit son montant de la rente majoré.

La victime de l'accident du travail en cas de décès peut voir sa rente due à ses ayants droits (article L.434-2 et R.434-2 du Code de la Sécurité Sociale).

a. L'indemnité en capital pour une IPP inférieure à 10 %

La Loi du 03.01.1985 édicte que les incapacités permanentes inférieures à 10 % sont indemnisées non plus par une rente mais par une indemnité en capital. Cette indemnisation en capital semble avoir des conséquences défavorables aux victimes d'accident du travail. En effet, le barème des indemnités en capital n'est revalorisé que très irrégulièrement.

Barème de l'indemnité en capital fixé par le décret du 27 octobre 1986, énoncé à l'article D.434-1 du Code de la Sécurité Sociale, mis à jour le 01-04-2009 :

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité
1 %	385,10 euros
2 %	625,90 euros
3 %	914,62 euros
4 %	1 443,55 euros
5 %	1 828,69 euros
6 %	2 261,78 euros
7 %	2 742,79 euros
8 %	3 272,31 euros
9 %	3 849,74 euros

b. L'indemnisation en cas d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10 %

Seules les victimes d'un accident du travail gardant une incapacité de travail permanente égale ou supérieure à 10 % ont droit aujourd'hui à une rente à partir du lendemain de la date de consolidation de leurs blessures.

Le paiement de la rente court à partir du lendemain de la date de consolidation de la victime ou au lendemain du décès.

La rente est payée pendant toute la vie du bénéficiaire jusqu'au décès. Les rentes d'accident du travail sont payables par trimestre et à terme échu.

La rente d'accident du travail peut se cumuler avec les prestations de l'assurance vieillesse et notamment la pension de retraite du régime général.

Lorsque le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10 %, la rente est égale au produit du salaire annuel de la victime par le taux d'incapacité diminué de moitié pour la partie de ce taux comprise entre 10 et 50 % et augmenté de moitié pour la partie de ce taux supérieure à 50 %. Le nouveau taux obtenu est le taux utile.

aa. Le salaire annuel de base

La rente est égale au salaire annuel de base multiplié par le taux d'incapacité permanente.



Le salaire annuel de base est calculé sur une période dite période de référence. Cette période de référence est celle des douze mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail.

Si l'IPP apparaît pour la première fois après une rechute ou une aggravation, la période servant de référence pour le calcul du salaire annuel de base est celle qui sera la plus favorable à la victime, soit :

- ✓ les salaires des douze mois qui précèdent l'arrêt de travail causé par la rechute ou lorsque l'aggravation n'a pas entraîné d'arrêt de travail à la date de constatation de l'IPP
- ✓ ou les salaires des douze mois qui précèdent l'arrêt de travail initial, lorsque ce dernier mode de calcul se montre plus favorable à la victime (Article R. 434 - 30, 5^e paragraphe du Code de la Sécurité Sociale).

Lorsque pendant la période servant de calcul au salaire annuel de base, la victime de l'accident du travail avait travaillé à temps partiel, puis à temps complet, le salaire annuel de base corrigé est celui qu'aurait perçu la victime s'il elle avait travaillé à temps complet pendant la totalité des 12 mois.

Le salaire annuel de base sera reconstitué pour le calcul de la rente de l'accident du travail comme si la victime avait travaillé pendant les douze mois précédant l'arrêt effectif du travail et consécutif à l'accident de travail lorsque l'intéressé n'a pas travaillé de façon suffisante au cours de la période de référence de douze mois, en particulier pour les circonstances suivantes :

- ✓ début du travail trop récent au moment de l'arrêt de travail dû à l'accident du travail,
- ✓ arrêt de travail pour cause de maladie, de maternité, d'accident, chômage total ou partiel, de congés non payés autorisés, service militaire.
- ✓ changement dans la situation professionnelle.

De multiples cas particuliers existent mais ne seront que cités :

- ✓ le cas des apprentis, où le salaire annuel de base ne pourra être inférieur au salaire minimum de l'emploi qualifié prévu à la fin de l'apprentissage,
- ✓ le cas des stagiaires rémunérés de la formation professionnelle où ce salaire annuel de base, s'il est inférieur au salaire minimum de calcul des

rentes est alors élevé à ce salaire minimum de calcul des rentes,

- ✓ le cas des bénéficiaires du RMI et des chômeurs où le salaire annuel de base ne peut-être inférieur au salaire minimum du calcul des rentes.

bb. Le calcul de la rente

Le salaire annuel de base va servir pour le calcul de la rente en application des règles suivantes :

- ✓ si ce salaire est inférieur au minimum réglementaire en vigueur, son montant est porté à ce minimum soit 16.869 € 97, au 01-09-2008.
- ✓ si le salaire de base est inférieur à deux fois le minimum réglementaire (16.869 € 97 X 2 = 33.739.94 € au 01-09-2008), il est pris intégralement pour le calcul de la rente.
- ✓ la partie du salaire de base comprise entre 2 fois et 8 fois le minimum (entre 33.739.94 € et 134.959 € 76 au 01-09-2008) est comptée pour 1/3.
- ✓ enfin la partie du salaire de base supérieure à 8 fois le minimum n'est pas prise en compte (donc partie du salaire supérieure à 134.959 € 76 au 01-09-2008).

Les articles L. 434-2 2^e alinéa et R. 434-2 du code de la Sécurité Sociale précisent les modalités de calcul de la rente : "la rente à laquelle a droit la victime... est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %".

La rente est égale au produit du salaire annuel de la victime par le taux d'incapacité diminué de moitié pour la partie de ce taux comprise entre 10 et 50 % et augmenté de moitié pour la partie de ce taux supérieure à 50 %. Le nouveau taux obtenu est le taux utile.

La base du calcul utile de la rente fait donc intervenir deux "zones" différentes :

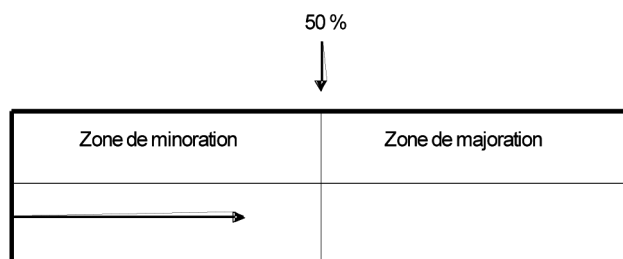
- ✓ une zone de minoration (jusqu'à 50 % de l'incapacité), dans laquelle la part du taux d'incapacité est divisée par deux pour obtenir le taux utile de la rente ;
- ✓ une zone de majoration (au-delà de 50 % d'incapacité), dans laquelle la part du taux d'incapacité



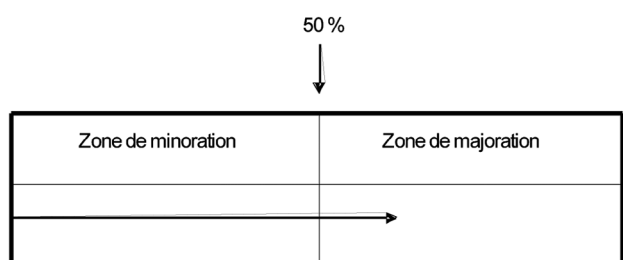


pacité est augmentée de moitié pour obtenir le taux utile de la rente.

Ainsi, tout taux d'incapacité inférieur ou égal à 50 % s'inscrit intégralement dans la zone de minoration. Le taux utile correspondant sera égal à la moitié du taux d'incapacité.



Par contre, tout taux d'incapacité supérieur à 50 % s'inscrit, pour une part, dans la zone de minoration et pour une autre, dans la zone de majoration.



A titre de premier exemple, un taux d'incapacité de 40 % donnera un taux utile de $40/2 = 20$ %.

A titre de second exemple pour un taux d'invalidité (IPP) de 20 % on obtient en réduisant de moitié un taux de rente utile de 10 %.

A titre de troisième exemple, un taux d'incapacité de 70 % donnera un taux utile de $50 / 2 \% + (20 \times 1,5) \% = 25 + 30 \% = 55$ %.

A titre de quatrième exemple, pour un taux d'invalidité de 60 % on décompose le taux en deux ce qui nous donne respectivement 50 % divisé par 2 = 25 % plus 10 % que multiplie 1,5 = 15 % égal à 40 %.

A titre de 5^e exemple, pour un taux d'IPP de 50%, le taux utile applicable est de $50 / 2 = 25$ %. Supposons un salaire de 20.000€ pour les douze mois précédant l'arrêt de travail, la rente est de $20.000 \times 25 \% = 5.000$ € de rente par an.

A titre de 6^e exemple, supposons un taux d'IPP de 80%. Le taux utile est de $50 / 2 = 25$ % pour la partie inférieure à 50% + pour la partie supérieure à 50%, 30

$\times 1,5 = 45$ % soit un taux utile applicable de $25\% + 45\% = 70\%$.

Imaginons un salaire de 15.000€ pour les douze mois précédant l'arrêt de travail, ce salaire est ramené au plancher de 16.869,97€ par an, la rente annuelle pour 70% est de $16.869,97\text{€} \times 70 \% = 11.808,98$ € au 01.09.08.

On constatera donc que tous les taux d'IPP inférieur ou égaux à 50 % sont réduits de moitié et que par contre, au delà de ce pourcentage, le taux de rente s'élève progressivement pour se rapprocher du taux d'invalidité.

Les rentes d'accident de travail sont considérées comme trimestrielles c'est-à-dire payées par trimestre. Le règlement intervient alors le 15 du mois de chaque trimestre correspondant au mois d'anniversaire de la naissance de la victime ou de la date de son décès. Lorsque le taux d'IPP est supérieur ou égal à 66,66%, les rentes sont versées mensuellement. Le paiement est alors fait le 15 de chaque mois (Article R 434-37 du Code de la Sécurité Sociale et Article 35 du règlement intérieur des Caisses Primaires).

Le montant de la rente d'AT est revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année par application du coefficient de revalorisation fixé pour les pensions d'invalidité. Le coefficient de revalorisation fixé au 01.01.08 est de 1,11 ce qui entraîne une augmentation de 1,1 %.

cc. La majoration pour tierce personne

Le principe de la majoration pour tierce personne se base sur le fait que le montant de la rente est majoré de 40 % lorsque la victime est dans l'obligation, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, d'avoir recours à une tierce personne. Cette majoration lui permettra donc de faire face à ces frais supplémentaires.

La Loi n° 2001 - 1246 du 21.12.2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 par son Article 52 stipule que "dans les cas où l'incapacité permanente est supérieure ou égale à un taux minimum, et oblige la victime pour les actes ordinaires de la vie à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majorée".

Ce texte est inscrit dans l'Article L. 434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale.

Le Décret n° 2002 - 1555 du 24.12.2002 publié au Journal Officiel du 29.12.2002 applicable aux rentes





à compter du 1^{er} janvier 2003 dans son Article 20 stipule "que le taux d'incapacité prévue au troisième alinéa de l'Article L. 434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale est fixé à 80 %". La loi prévoit donc une double condition relative à une attribution de la majoration de la rente de 40 % :

- ✓ un état d'incapacité permanente reconnue par l'Assurance maladie supérieur à 80 %
- ✓ l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante.

Cette Loi n° 2001 - 1246 du 21.12.2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 constitue donc un progrès indéniable car auparavant, l'Article L. 434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale exigeait un état d'incapacité permanente totale au lieu d'un état d'incapacité permanente supérieur à 80 %, c'est-à-dire un taux d'incapacité permanente de 100 %.

Ce taux ne peut pas être inférieur à un minimum qui est fixé chaque année par arrêté interministériel. Pour le 01-01-2008, ce montant a été fixé à 1.010 euros 82 par mois.

En ce qui concerne l'obligation pour la victime pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, cette obligation est appréciée par le médecin conseil en fonction de la situation réelle de l'assuré dans son cadre de vie notamment en privilégiant l'examen à domicile et en s'aidant d'une grille d'appréciation des conditions d'octroi de la majoration pour tierce personne.

Il s'agit donc alors d'une appréciation des actes ordinaires de la vie courante du cas d'espèce in concreto et non pas d'une appréciation des actes ordinaires de la vie courante d'un individu quelconque in abstracto. Il appartient à la victime d'effectuer une demande qui sera transmise à l'échelon médical de la Caisse gérant le risque accident du travail - maladie professionnelle pour l'examen.

Le taux minimal de 80 % d'IPP peut être le fait de plusieurs accidents du travail.

L'attribution de la majoration tierce personne incombe au médecin conseil du service accident du travail - maladie professionnelle.

dd. Exemples de calcul de rentes d'accident du travail

- ✓ Prenons le premier exemple d'une personne victime d'un accident du travail avec un salaire

annuel de base de 15 000 euros, atteint d'un taux d'incapacité de 40 %.

Son salaire annuel est porté au minimum réglementaire applicable à la date du calcul de la rente c'est à dire 15 171 euros 24. Le taux d'IPP de 40 % étant inférieur à 50 % ce taux de 40 % sera réduit de moitié et on aboutira donc à un taux de rente de 20 %.

La rente de la victime sera donc égale à 15 171 euros 24 X 20 % = 3 034 euros 25.

Il s'agit de la rente annuelle, le montant mensuel de la rente sera donc de 3 034 euros 25 : 12 soit 252 euros 85.

- ✓ Deuxième exemple, imaginons une victime d'un accident du travail pour laquelle le salaire annuel de base est de 100 000 euros et le taux d'incapacité de 70 %.

Ce salaire annuel de base dépasse le seuil de deux fois le minimum réglementaire mais reste inférieur au seuil de huit fois le minimum réglementaire.

Le salaire annuel de base pris en compte pour le calcul de la rente annuel sera donc de 30.342 euros + (100.000 euros - 30.342 euros, le tout divisé par 3) = 30.342 euros + 69.658 euros : 3 = 30.342 euros + 23.219 euros 33 = 53.561 euros 33.

Le taux d'IPP de la victime dépassant les 50 %, le taux d'IPP pris en compte pour le calcul de la rente annuel sera donc de 50 % : 2 = 25 % + 20 % X 1,5 soit 30 % = 25 % + 30 % c'est à dire 55 %.

La rente de la victime sera donc égale à 53.561 euros 33 X 55 % = 29.458 euros 73.

Le montant mensuel de la rente sera donc de 29.458 euros 73 : 12 soit 2.454 euros 89.

- ✓ Troisième exemple :

Cas d'une victime présentant un salaire annuel de base de 20.000 euros et présentant un taux d'IPP de 65 %.

Le taux d'IPP corrigé sera de 50 % : 2 = 25 % + 15 % X 1.5 = 25 % + 22.5 % = 47.5 %.

Le montant annuel de la rente sera donc de 20.000 euros X 47.5 % = 9.500 euros soit donc un montant mensuel pour cette rente d'accident du travail de 791 euros 67.

- ✓ Quatrième exemple :





Cas d'une victime présentant toujours un salaire annuel de base de 20.000 euros mais atteinte d'une atteinte d'une incapacité de 100 %.

La rente s'élèvera donc au salaire annuel de base.

Le taux d'IPP corrigé sera de $50 \% : 2 = 25 \% + 50 \% \times 1,5 = 25 \% + 75 \% = 100 \%$.

c. L'indemnisation en cas d'accidents du travail successifs

Jusqu'ici, chaque accident était traité de façon autonome. L'indemnité en capital était fixée en fonction du taux d'IPP reconnu à la suite de l'accident ouvrant droit à l'indemnité ; il en était de même pour le taux d'IPP servant de base au calcul de la rente.

Cette façon de procéder était préjudiciable à la victime puisqu'elle ne tenait pas compte de sa situation antérieure au moment du nouvel accident reconnu ouvrant droit à l'indemnisation.

En effet, une succession de petites incapacités peut constituer un réel handicap qu'il convient de prendre en considération. Par ailleurs lorsque la victime est titulaire de plusieurs rentes accordées pour des accidents successifs, le total de ces rentes peut être inférieur au montant de la rente qui serait attribuée pour un même taux global d'incapacité, mais reconnu en une fois. Il apparaissait donc que ces dispositions pouvaient pénaliser la victime.

L'indemnisation des petites incapacités en cas d'accidents successifs avait, de ce fait, donné lieu, après la réforme de 1985, à de nombreux contentieux. En effet, les victimes considéraient que dans les cas où plusieurs indemnités en capital étaient servies, elles auraient dû percevoir une rente pour l'ensemble de ces accidents.

Or, la Cour de Cassation, par un arrêt du 8 février 1993 (chambre plénière) avait confirmé les interprétations données par la CNAMTS et les circulaires ministérielles en rappelant le principe de l'indemnisation séparée de chaque accident.

Un amendement au projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2000, disposition "tendant à ce que les victimes d'accidents successifs du travail puissent être indemnisées sur la base d'un taux cumulé" a finalement donné naissance à l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la Sécurité Sociale pour 2000, qui modifie le quatrième

alinéa de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale.

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2000 a créé un dispositif visant à améliorer l'indemnisation des salariés victimes de plusieurs accidents du travail. Le décret d'application n°2002-542 du 18 avril 2002 a été publié au Journal Officiel du 21 avril 2002 p 7.128.

Par la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité, les services ministériels ont apporté plusieurs précisions utiles à l'application de la réforme. Ce dispositif est cependant d'un niveau de complexité élevé, responsable d'une lisibilité délicate pour les usagers, d'où la nécessité de l'explicitier.

La circulaire n° 72/ 2003 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés du 26 – 5 – 2003 commente l'application de cette loi et l'illustre par des exemples et des formules de calcul.

La circulaire n°2004-020 du 07.04.04 de la MSA caisse centrale, direction de la santé, sous direction de la santé – sécurité au travail, département moyens communs – SST – réglementation AT MP commente également l'application de cette loi, l'illustre aussi par des exemples des formules de calculs. Les exemples donnés peuvent tout à fait s'appliquer aux travailleurs salariés qui ne dépendent pas du régime agricole.

Le nouveau dispositif rompt avec la règle antérieure selon laquelle chaque incapacité permanente était indemnisée sans tenir compte des éventuelles indemnités précédentes. Bien que les textes concernés ne mentionnent explicitement que les accidents, il est évident que la réforme s'applique pleinement aussi aux maladies professionnelles (art. L. 461-1 du Code de la Sécurité Sociale).

La Loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'an 2000 (Loi numéro 99 -1140, du 29.12.1999 parue au Journal Officiel du 30.12.1999, Article 38) applicable pour les accidents du travail ou les maladies professionnelles déclarés à compter du 01.01.2000 ou ayant fait l'objet d'une nouvelle fixation de la réparation à cette date, effective dans son application grâce au décret n° 2002 – 542 du 18 – 4 – 2002 paru au Journal Officiel du 21 – 4 – 2002 stipule que les taux d'incapacité permanente au titre des accidents du travail antérieurs sont pris en compte au moment de la réparation d'un nouvel accident pour l'attribution d'une rente.





Est concerné(e) par la réforme du calcul du taux utile aux termes du II de l'article 38 de la Loi numéro 99 -1 140, du 29.12.1999 parue au Journal Officiel du 30.12.1999 :

- ✓ tout accident du travail ou toute maladie professionnelle "déclaré (e)" ou révisé à compter du 1^{er} janvier 2000 (en accord avec les services ministériels, on entendra, par ce terme, les accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 2000 et les maladies pour lesquelles un certificat médical faisant état d'un lien possible entre la maladie et une activité professionnelle est établi à compter de cette même date) et donnant lieu à la fixation d'un taux d'incapacité d'au moins 10 %...
- ✓ ... à condition que la victime ait déjà été indemnisée précédemment au titre d'une ou de plusieurs incapacité(s) permanente(s) (IC ou rente), par régime général.

Si le dernier accident de travail ou la dernière maladie professionnelle a été déclaré ou révisé avant cette date du 1^{er} janvier 2000, les taux utiles ne sont pas modifiés.

D'après la circulaire n° 72/ 2003 de la CNAMTS, les anciennes rentes de moins de 10% attribuées avant le 3 novembre 1986, qu'elles soient versées ou qu'elles aient fait l'objet d'un rachat, ne devraient pas être prises en compte dans le cadre d'une nouvelle disposition relative à la rente optionnelle. On ne retrouve pas dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour l'an 2000 et dans le décret d'application n°2002-542 du 18 avril 2002 les éléments permettant à la CNAMTS de faire cette interprétation. Par contre, la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité précitée, est très claire à cet endroit. Les règles de remboursement des capitaux déjà perçus s'appliquent également aux capitaux perçus pour les rachats des petites rentes liquidées avant 1986. C'est donc bien l'ensemble des taux d'IPP qui doivent être pris en compte.

On peut donc considérer comme restrictive l'interprétation de la circulaire de la CNAMTS.

La rédaction du nouvel article R. 434-2-1 du Code de la Sécurité Sociale créée par le décret n° 2002 - 542 du 18 - 4 - 2002 paru au Journal Officiel du 21 - 4 - 2002 précise la portée de la loi telle qu'elle est exprimée par la première phrase du 4^e alinéa de l'article L. 434-2 :

"En cas d'accidents successifs, le calcul de la rente afférente au dernier accident prend en compte la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus, qu'ils aient donné lieu au versement d'une rente ou d'une indemnité en capital, pour déterminer, en application de l'article R. 434-2, la partie du taux de l'accident considérée inférieure ou supérieure à 50 %." (article R. 434-2-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Conformément à l'article R.436-1 du Code de la sécurité sociale, le salaire de référence retenu pour la rente optionnelle sera celui du dossier en cours de traitement.

La réforme ne remet pas en cause l'attribution de rentes distinctes pour des accidents successifs dont le taux d'incapacité permanente respectif est au moins égal à 10 %.

Les modalités de calcul "classiques" décrites dans le chapitre VII. Le contentieux de l'accident du travail et le contentieux des accidents de trajet F. Le taux d'IPP 1. Le calcul de l'indemnisation b. L'indemnisation en cas d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10 % demeurent applicables pour une incapacité unique, pour un assuré donné. En revanche, la réforme du calcul du taux utile s'applique dès lors qu'au moins un accident ou une maladie avait fait précédemment l'objet de la reconnaissance d'une incapacité permanente (avec versement d'une indemnité en capital ou d'une rente). Le calcul du taux utile tient compte désormais de toutes les incapacités précédemment reconnues, qu'elles aient été inférieures, égales ou supérieures au taux de 10 %. Pour procéder au calcul du taux utile de la rente révisée (ou rente optionnelle) en cas d'accident successifs, il convient de déterminer dans le taux d'IPP révisé, la partie du taux considéré comme inférieure à 50% et/ou le cas échéant, de la part supérieure au seuil de 50%.

Pour cela, il est nécessaire

- ✓ de définir le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux qui est égal à la somme des taux d'IPP antérieurement reconnus, le cas échéant révisés afférents aux AT/MP antérieurs, au moment de la consolidation de l'AT considéré, lors du calcul initial de la rente objet de la révision (c'est-à-dire ou à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle)
- ✓ et de calculer le taux global utile, lequel est égal à la somme du taux retenu comme point de départ





défini ci-dessus et du taux révisé de l'accident considéré.

Principes de détermination du taux utile de la rente supérieure ou égale à 10% ou de la rente optionnelle :

La rente est calculée conformément aux nouvelles règles de calcul de taux utile en cas d'accidents successifs. Article 434-2-1 et R.434-4 du code de la sécurité sociale.

La somme des taux d'IPP afférent aux AT antérieurs sert de point de départ pour le calcul du taux utile de la rente optionnelle et correspond à l'ensemble des taux antérieurement reconnus au moment de la consolidation du nouvel AT ouvrant droit à l'option.

A défaut d'exclusion par le texte, il convient d'intégrer également les taux d'IPP des autres AT inclus dans la rente optionnelle. C'est pourquoi le taux global de la rente optionnelle (point de départ + taux d'IPP de la rente optionnelle) ci après dénommé taux global utile peut différer du taux global d'incapacité de la victime.

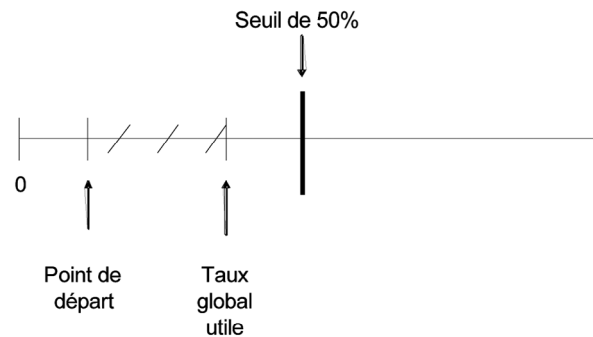
Ainsi, pour calculer le taux utile, il convient de déterminer dans le taux d'IPP de la rente optionnelle la partie de ce taux considéré comme inférieure au seuil de 50% et la partie du taux considéré comme supérieur au seuil de 50%.

Pour ce faire, il est nécessaire

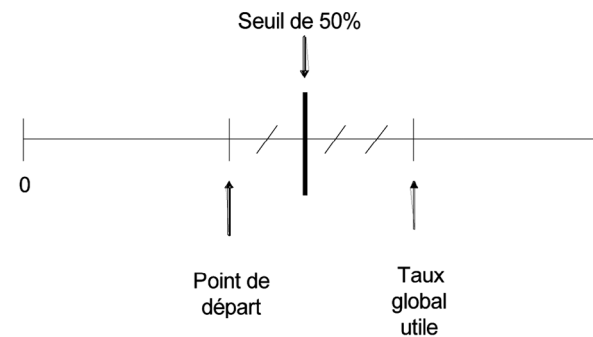
- ✓ de définir le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux. Ce point de départ est égal à la somme des taux d'IPP, le cas échéant révisés, afférents aux AT antérieurs à la date de consolidation du dernier accident du travail composant la rente optionnelle ou à la date de la consolidation initiale de la rente supérieure ou égale à 10%
- ✓ et de calculer le taux global atteint après la révision qui correspond à la somme du taux retenu comme point de départ (défini ci-dessus) et du taux révisé d'IPP de l'AT ou de la MP considéré.

Trois situations sont à différencier :

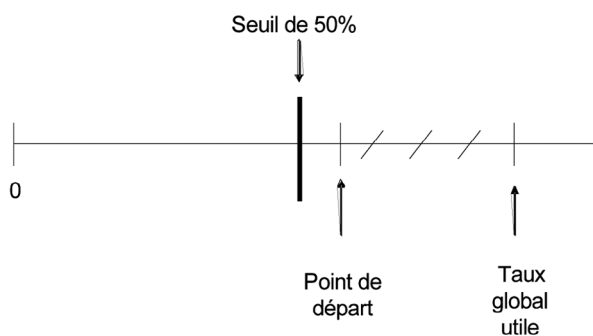
- ✓ 1^{re} hypothèse : le point de départ et le taux global sont inférieurs ou égaux à 50%. Dans cette hypothèse la totalité du taux d'IPP de la rente optionnelle est diminuée de moitié.
- ✓ 2^e hypothèse : le point de départ est inférieur ou égal à 50% et le taux global supérieur strictement à 50%. Dans cette hypothèse la partie du



taux d'IPP de la rente optionnelle qui permet d'atteindre le seuil de 50%, laquelle correspond à la différence entre le seuil de 50% et le point de départ, est réduite de moitié. La partie du taux d'IPP de la rente optionnelle qui excède le seuil de 50%, laquelle correspond à la différence entre le taux global et le seuil de 50%, est augmentée de moitié.



- ✓ 3^{ème} hypothèse : le point de départ et le taux global sont strictement supérieurs à 50%. Dans cette hypothèse la totalité du taux d'IPP de la rente optionnelle est augmentée de moitié.



L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 n°2007-1786 du 19.12.07 modifie l'avant dernier alinéa de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale en le complétant par une phrase ainsi rédigée : « le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente ». Ainsi lorsque le taux utile de la dernière rente dépasse 100%, le paiement de la rente est limité au montant du salaire servant de base au calcul de la rente. En effet, la méthode de calcul peut générer des taux utiles supérieurs à 100% ce qui pourrait conduire à calculer une rente d'un montant supérieur au salaire de référence, ce qui n'a jamais été dans les intentions du législateur. En effet, la rente vise avant tout à indemniser la perte de capacité de gain et aucun accident ne peut à lui seul occasionner plus de 100% d'incapacité.

aa. Cas d'accidents du travail successifs indemnisés par un taux d'IPP dont au moins un est supérieur à 10 %

La première modification du calcul des rentes d'accident du travail, de maladies professionnelles en cas d'accidents successifs concerne l'ensemble des accidents du travail lorsque la somme de tous les taux d'IPP antérieurement reconnus plus le taux d'IPP du dernier accident deviennent supérieur à 50%.

Pour le cumul des taux d'IPP inférieurs à 10% seuls sont pris en considération les taux d'IPP inférieurs à 10%, à l'exclusion des taux supérieurs ou égaux à 10% (circulaire ministérielle DSS/2C n°2002-249 du 24.04.02).

Au terme de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale, les accidents du travail donnant lieu à l'attribution d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10% font en effet, l'objet d'une indemnisation autonome avec leurs règles propres.

Les taux d'IPP inférieurs à 10% peuvent se cumuler, quelque soit leur place dans la succession des accidents, même s'ils sont alternés avec des accidents dont le taux d'IPP est supérieur à 10%.

α. Principes de calcul

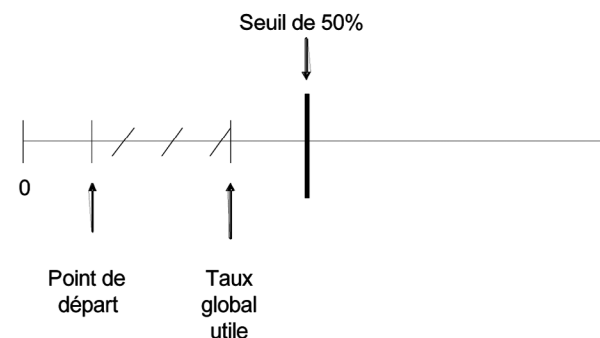
Les articles L. 434-2 4° alinéa et R. 434-2-1 précisent qu'en cas d'accidents successifs le taux ou la somme des taux d'IPP antérieurement reconnus sert de point de départ pour calculer le nouveau taux utile. L'ensemble des taux d'IPP existants est donc pris en

compte, que ces taux aient ouvert droit à une rente ou à une indemnité en capital.

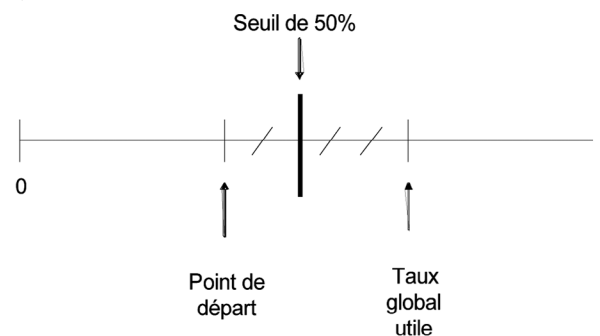
La Circulaire DSS/2 C n°2002-249 du 24 avril 2002 relative à l'application de l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 et du décret n°2002-542 du 18 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité a précisé les modes de calcul dans le cas de ces accidents du travail successifs.

Dans ces cas, le calcul du taux utile de la nouvelle rente tient désormais compte des taux d'incapacité précédemment reconnus : le taux d'incapacité de la nouvelle rente vient s'inscrire dans les zones de minoration et de majoration non pas en partant de 0 %, mais en partant de la somme des taux d'incapacité précédemment reconnus. Le calcul de cette nouvelle rente bénéficiera donc, dans certains cas, d'un positionnement plus important dans la zone de majoration.

Le calcul du taux utile de la rente lorsque le nouveau taux d'IPP maintient la somme des taux d'incapacité en dessous de 50 % se fait selon la formule suivante : $\text{taux utile} = \text{taux d'IPP du dernier accident} / 2$.

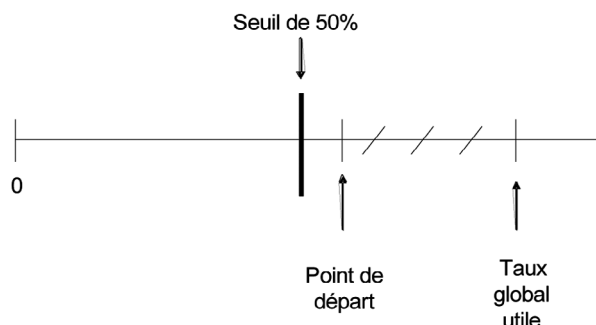


Le calcul du taux utile de la rente lorsque le nouveau taux d'IPP permet à la somme des taux d'incapacité d'atteindre ou de dépasser 50 % se fait selon la formule suivante : $\text{taux utile en \%} = (50 - \text{somme des taux d'IPP antérieurs}) / 2 + (\text{somme des taux d'IPP} - 50) \times 1,5 \text{ en \%}$.





Le calcul du taux utile de la rente lorsque le nouveau taux d'incapacité permanente maintient la somme des taux d'incapacité supérieure ou égal à 50 % se fait selon la formule suivante : taux utile = taux d'IPP du dernier accident x 1,5.



γ. Exemples

γ1. Cas où la somme des taux d'incapacité (y compris celui du dernier accident) est inférieure ou égale à 50 %

Accidents	50 %	
	Zone de minoration	Zone de majoration
A	→	
B	→	

Encadré 2

Modèle de lettre d'une victime demandant à bénéficier du nouveau calcul de rente

Nom – Prénom

Date

Adresse

Téléphone

N° de sécurité sociale

Objet : nouveau calcul de rente d'accidents du travail dans le cadre d'accidents du travail successifs.

Monsieur le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de.....

Suite à l'accident du travail dont j'ai été victime le (date) je bénéficie d'une rente d'un taux de.....euros, correspondant à une incapacité permanente de.....%.

Victime d'un (ou plusieurs) accident(s) antérieur(s), je bénéficie des nouvelles dispositions réglementaires en matière d'accidents du travail successifs dans le cadre du dispositif issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et de son décret d'application n° 2002 - 542 du 18 avril 2002 permettant, en cas d'accidents successifs de calculer la rente en tenant compte de la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus.

Ma rente sus citée a été calculée sur la base de :

préciser (salaire en euros x taux en %)......

alors que le nouveau calcul tient compte de la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus.

Voici les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus et le montant de leur indemnisation sous forme de rente ou de capital :

En conséquence, je demande un nouveau taux de calcul de ma rente, ainsi que son montant.

Ce mode de calcul entraîne une augmentation du montant de ma rente.

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

Signature de la victime





A titre de premier exemple :

AT successifs	Accident A	Accident B
Taux d'IPP	15%	8%
Date d'effet	Après le 01.01.00	Après le 01.01.00

Le taux d'IPP de 15% a donné lieu à une rente. Ce taux d'IPP étant inscrit dans la zone de minoration, le taux utile est de 7.5 %. Le taux d'incapacité de 8% a donné lieu à un capital puisqu'il est inférieur à 10%. La somme des taux d'incapacité est de 15% + 8% = 23% et s'inscrit dans la zone de minoration. Le taux d'incapacité continue à faire bénéficier d'une rente et le taux d'incapacité antérieur et l'indemnisation en capital. On ne peut pas additionner les deux de façon à obtenir un taux de 23% qui aurait pu donner lieu à une rente à un taux utile de 11,5%. Ceci n'est pas prévu par la loi.

Pour le cumul des taux d'IPP inférieurs à 10% seuls sont pris en considération les taux d'IPP inférieurs à 10%, à l'exclusion des taux supérieurs ou égaux à 10% (circulaire ministérielle DSS/2C n°2002-249 du 24.04.02).

Au terme de l'article L.434-2 du code de la sécurité sociale, les accidents du travail donnant lieu à l'attribution d'un taux d'IPP supérieur ou égal à 10% font en effet, l'objet d'une indemnisation autonome avec leurs règles propres.

La réforme ne prend qu'en considération que au moins de taux d'IPP s'ils sont inférieurs chacun à 10% et si leur somme atteint le taux global de 10% (cf paragraphe β. Cas où la somme des taux d'incapacité atteint 10% à la date de consolidation d'un nouvel accident, du paragraphe bb. Cas d'accident du travail successifs indemnisés chacun par un taux d'IPP inférieur à 10%, du paragraphe c. L'indemnisation en cas d'accidents du travail successifs).

A titre de 2° exemple :

AT successifs	Accident A	Accident B
Taux d'IPP	9%	30%
Date d'effet	Après le 01.01.00	Après le 01.01.00

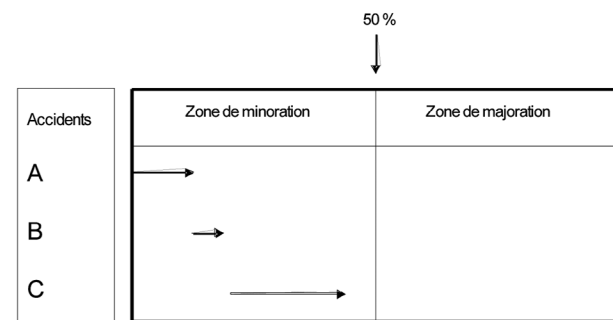
Le point de départ est égal à 9% (taux de l'accident A reconnu antérieurement à l'accident B). Le taux glo-

bal est égal à 39% = point de départ 9% + taux d'IPP afférent à l'accident B de 30%. Le point de départ et le taux global se situent dans la tranche inférieure au seuil de 50 %, le taux d'IPP du nouvel AT est donc divisé par deux, soit 15%. Le taux utile de la rente B s'élève à 15%.

A titre de troisième exemple : cas où la somme des taux d'incapacité (y compris celui du dernier accident) est inférieure ou égale à 50 % :

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	15 %	8 %	20 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000

Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident C) survenu à compter du 1^{er} janvier 2000.



Le calcul du taux utile de l'accident C tient compte des deux premiers accidents, soit d'une somme de taux d'incapacité de 23 % ; cependant, la nouvelle somme des taux d'incapacité étant égale à 43 %, l'accident C s'inscrit tout entier dans la zone de minoration ; le taux utile de la rente de l'accident C est donc égal à 20/2 = 10 %.

Dans tous les cas où la somme des taux d'IPP (y compris celui du dernier accident) est inférieure ou égale à 50 %, l'application de la réforme demeure sans effet sur la valeur du taux utile de la rente afférente au dernier accident.

γ2. Cas où la somme des taux d'incapacité (y compris celui du dernier accident) est supérieure ou égale à 50 %

A titre de premier exemple : cas où le taux (ou la somme des taux) d'incapacité permanente déjà

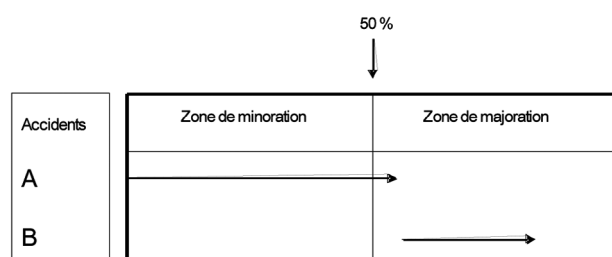




reconnu(s) avant la survenance du dernier accident est égal(e) ou supérieur (e) à 50 %.

AT successifs	Accident A	Accident B
Taux d'IPP	55%	20%
Date d'effet	avant le 1/1/2000	Après le 1/1/2000

Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident B) survenu à compter du 1^{er} janvier 2000.



Le calcul du taux utile de l'accident B tient compte du premier accident, soit d'un taux d'incapacité de 55 % ; ce taux d'incapacité étant supérieur à 50 %, l'accident B s'inscrit tout entier dans la zone de majoration ; le taux utile de l'accident B est donc égal à $20 \times 1,5 = 30 \%$.

Dans tous les cas où le taux (ou la somme des taux) d'incapacité permanente déjà reconnu(s) avant la survenance du dernier accident est égal(e) ou supérieur(e) à 50 %, le taux utile de la rente du dernier accident correspond à son taux d'incapacité majoré de moitié.

A titre de deuxième exemple :

Le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50%.

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	12 %	38 %	15 %
Date d'effet	avant le 01.01.00	avant le 01.01.00	après le 01.01.00

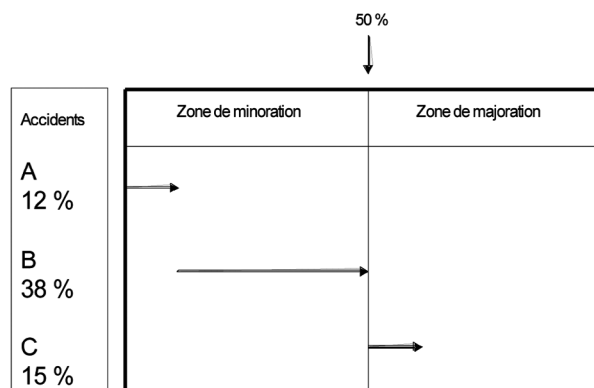
Dans ces accidents seuls les accidents B et C rentrent dans le champ d'application des nouvelles dispositions relatives à l'indemnisation des accidents successifs car en vigueur à compter du 01.01.00.

Calcul du taux utile de la rente B.

A la date de consolidation de l'accident B le point de départ est égal à 12% (taux de l'accident A reconnu antérieurement à l'accident B), le taux global est de $50\% = \text{point de départ de } 12\% + \text{taux d'IPP de l'accident B de } 38\%$.

Comme le taux de départ, le taux global, sont inférieur ou égal au seuil de 50%, le taux d'IPP de l'accident B est réduit de moitié soit un taux utile pour la rente B s'élevant à $38\% \text{ divisé par } 2$ égale 19%.

Le calcul du taux utile de la rente C en vertu des nouvelles règles : à la date de la consolidation de l'accident C, le point de départ est égal à 50% (somme des taux de l'accident A de 12% et de l'accident B de 38% reconnus antérieurement à l'accident C). Le taux global est égal à $65\% = \text{point de départ à } 50\% + \text{taux d'IPP de l'accident C de } 15\%$. Comme le point de départ est égal au seuil de 50% et le taux global est supérieur au seuil de 50%, la totalité du taux d'IPP de l'accident C est augmentée de moitié, soit un taux utile pour la rente C s'élevant à $15\% \times 1,5 = 22,5\%$.



A titre de troisième exemple :

Cas où le taux (ou la somme des taux) d'incapacité permanente du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil de 50%

AT successifs	Accident A	Accident B
Taux d'IPP	45%	30%
Date d'effet	Avant ou Après le 01.01.00	Après le 01.01.00

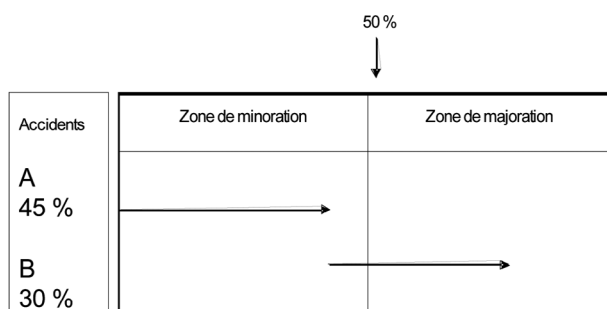
Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident B). Le point de départ est égal à 45% (taux de l'accident A 45% reconnu antérieurement à l'accident B). Le taux global est de $75\% = \text{point de départ de } 45\% + \text{taux d'IPP de l'accident B de } 30\%$.





de départ 45% + taux d'IPP afférent à l'accident B 30%. Le taux d'IPP de la rente B est égal à 30% et son taux utile se détermine de la manière suivante. La partie du taux d'IPP de l'accident B qui se situe dans la tranche inférieure au seuil de 50% soit 5% (50% moins 45%) est divisée par deux soit $5 / 2 = 2,5\%$. La partie du taux d'IPP de l'accident B qui se situe dans la tranche supérieure au seuil des 50% soit $25\% = 75\% - 50\%$, est augmentée de moitié : $25 \times 1,50 = 37,5\%$.

Le taux utile de la rente B s'élève donc à $40\% = 2,5\% + 37,5\%$.



A titre de quatrième exemple: le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %.

Soit 3 accidents successifs : A = 15 %, B = 30 %, C = 20 %

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	15 %	30 %	20 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000

Les nouvelles règles de calcul s'appliquent au dernier accident (accident C) survenu à compter du 1^{er} janvier 2000.

a) Selon les règles anciennes ;

Taux utiles : A = 7,5 %, B = 15 %, C = 10 %.

b) Avec les nouvelles règles

Taux d'IPP de chaque accident	A = 15 %	B = 30 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	15 %	45 %	65 %

Le taux global d'IPP attribué à la victime sera successivement de 15 %, 45 % et 65 %.

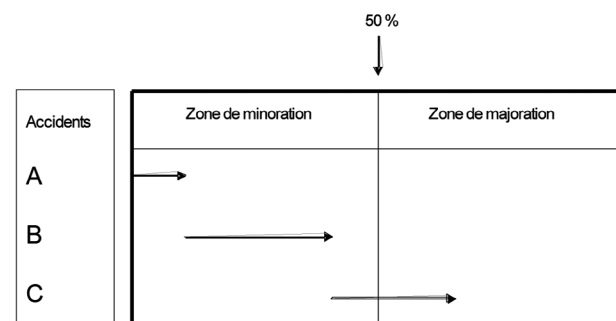
La première rente est calculée à partir d'un taux utile de 15/2 soit 7,5 %.

Le point de départ du calcul de la seconde rente est 15 % ; le taux utile est de $30 / 2$ % soit 15 %.

Pour le troisième accident, le point de départ du calcul de la rente est 45 % ; l'accident C s'inscrit dans la zone de minoration pour une part de 5 % = (50 – 45) %; il s'inscrit dans la zone de majoration pour le reste, soit pour une part de 15 % = (20 – 5) %.

Le taux utile est égal à $(5 / 2) \% + (15 \times 1,5) \%$, soit 2,5 % correspondant à la réduction de moitié de la fraction inférieure à 50 % plus la multiplication par 1,5 de la fraction supérieure à 50 %, c'est-à-dire 15 % X 1,5, c'est-à-dire 2,5 % plus 22,5 %. On aboutit à un taux utile final de 25 %.

Dans les cas où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, l'application de la réforme intervient sur la valeur du taux utile.



A titre de cinquième exemple :

Cas où trois AT à un taux inférieur à 10% totalisant un taux au moins égal à 10% ne se suivent pas. Prenons l'exemple de quatre accidents du travail successifs.

AT A : du 17.06.95 avec un taux d'IPP de 2%

AT B du 07.07.96 avec un taux d'IPP de 3%

AT C du 09.10.00 avec un taux d'IPP de 45%

AT D du 06.01.02 avec un taux d'IPP de 6%.

Lors de l'étude du droit à la date de consolidation de l'accident D, les taux cumulés des AT A (2%), B (3%) et D (6%) donnent un taux d'IPP égal à 11% ouvrant droit au bénéfice d'une rente optionnelle qui indemniser les accidents A, B et D.



Le taux d'IPP de la rente optionnelle est de $2+3+6$ %, soit 11%.

Le point de départ pour fixer le taux utile servant au calcul de la rente optionnelle s'élève à 50% (somme du taux des accidents A et B et C et reconnus antérieurement à l'accident D).

Le taux global est de 61% = point de départ de 50% + le taux d'IPP de la rente optionnelle de 11%. Comme le point de départ et le taux de global sont supérieurs à 50% la totalité de la rente optionnelle (addition des taux d'IPP A, B et D) est augmenté de moitié soit un taux utile de la rente optionnelle égal à $11 \times 1.5 = 16,5\%$.

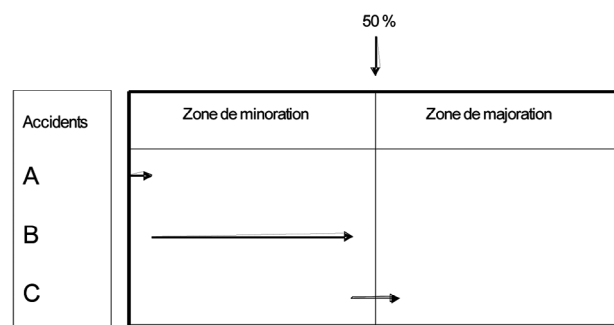
A titre de sixième exemple :

Cas où les deux AT ne se suivent pas et ont chacun un taux inférieur à 10%.

L'opération est identique même si entre les accidents donnant droit à une indemnité en capital s'intercalent des accidents ouvrant droit à une rente.

Imaginons ainsi trois accidents du travail successifs (AT A le 31.03.99 avec un taux d'IPP de 2%, AT B, du 27.02.01 avec un taux d'IPP de 46%, AT C du 05.12.01 avec un taux d'IPP de 8%)

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	2 %	46 %	8 %
Date d'effet	2 %	48 %	56 %



Lors de l'étude du droit à la date consolidation de l'accident C, les taux cumulés des AT A et C donnent un taux d'IPP égal à 10% ouvrant droit au bénéfice d'une rente optionnelle qui indemniser les accidents A et C. Le point de départ pour fixer le taux utile ser-

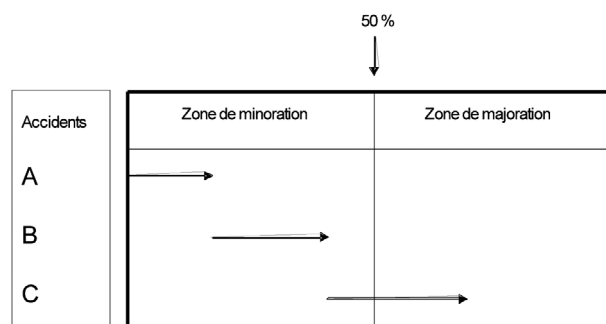
vant au calcul de la rente optionnelle s'élève à 48% (somme des taux des accidents A et B reconnus antérieurement à l'accident C) le taux global est égal à 58% = point de départ de 48% auquel on ajoute le taux d'IPP de la rente optionnelle de 10%.

Comme le point de départ est inférieur à 50% et que le taux global est supérieur à 50%, la partie du taux d'IPP de la rente optionnelle qui se situe dans la tranche inférieure au seuil de 50% soit 2% = $50\% - 48\%$ et divisé par deux soit 1%. La partie du taux d'IPP de la rente optionnelle qui se situe dans la tranche supérieure au seuil de 50%, soit 8% ($58\% - 50\%$ est augmenté de moitié est égal à 8×1.5 soit 12%).

Le taux utile de la rente optionnelle s'élève donc à $1\% + 12\% = 13\%$.

A titre de septième exemple où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, avant la réforme, un taux d'incapacité de 30 % (accident C du schéma ci-dessous) intervenant après deux incapacités successives de 20 % (accidents A et B) donnait lieu à une nouvelle rente au taux utile de : $30 / 2 \% = 15 \%$.

En application de la réforme, le point de départ du calcul du taux utile de cette même nouvelle rente se situe à $20 + 20 = 40 \%$. Le taux d'incapacité de 30 % s'inscrit pour 10 % seulement dans la zone de minoration (entre 40 et 50 %) et pour 20 % dans la zone de majoration (entre 50 et 70 %). La nouvelle rente aura donc un taux utile de : $10/2 \% + (20 \times 1,5) \% = 5 \% + 30 \% = 35 \%$.



A titre de huitième exemple où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, prenons le cas de Mr Boyer :

Mr Boyer est victime d'un accident du travail en 1980. Il perçoit pour cet AT une rente de correspondant à un taux utile de 15% de son salaire de référence



car la caisse lui a attribué une IPP de 30%. La caisse a reconnu que l'asbestose, dont est atteint Mr Boyer et qu'il a déclarée en 2002 est bien une maladie professionnelle (tableau 30 A) et elle en a fixé le taux d'IPP à 60%.

Elle lui a notifié en 2002 cette IPP et le versement d'une rente calculée sur la base d'un taux utile de $50\% / 2 + 10\% \times 1,5 = 40\%$.

La caisse va devoir reprendre le dossier de Mr Boyer.

50 %
↓

Accidents	Zone de minoration	Zone de majoration
A 30 %	→	
B 60 %	→	→

En application de la réforme, le point de départ du calcul du taux utile de cette même nouvelle rente se situe à 30 %.

Le taux d'incapacité de 60 % s'inscrit pour 20 % seulement dans la zone de minoration (entre 40 et 50 %) et pour 40 % dans la zone de majoration (entre 50 et 90 %).

La nouvelle rente aura donc un taux utile de : $20\% + (40 \times 1,5)\% = 10\% + 60\% = 70\%$.

Le taux utile de la première rente déjà versée pour l'AT de 1980 est de 15%.

Cette rente continuera à être calculée sur le salaire de référence de 1980.

Le taux utile pour l'asbestose reconnue en 2001 est de 70% au lieu de 30%. Cette rente pour l'asbestose sera calculée sur le salaire de référence de 2002.

bb. Cas d'accidents du travail successifs indemnisés chacun par un taux d'IPP inférieur à 10 %

α. Cas où la somme des taux d'incapacité n'atteint pas 10 % à la date de consolidation d'un nouvel accident

La victime ne peut bénéficier que d'une indemnité en capital pour chaque accident distinct.

Exemple : soit 2 accidents A et B.

Le taux d'IPP attribué à l'accident A est de 3 %, le taux d'IPP attribué à l'accident B est de 5 %.

50 %
↓

Accidents	Zone de minoration	Zone de majoration
A	→	
B	→	

La victime touchera pour l'accident A une indemnité en capital de 814,41 euros et pour l'accident B une indemnité en capital de 1628,31 euros suivant le barème de l'indemnité en capital fixé par le décret du 27 octobre 1986, énoncé à l'article D.434-1 du Code de la Sécurité Sociale, mis à jour le 1 - 4 - 2002 (décret n° 2002 - 542 du 18 - 4 - 2002 paru au Journal Officiel du 21 - 4 - 2002).

β. Cas où la somme des taux d'incapacité atteint 10 % à la date de consolidation d'un nouvel accident

La deuxième partie de la réforme concerne les taux d'incapacité permanente inférieure à 10% isolément et dont la somme globale atteint le taux de 10%. La victime peut alors bénéficier d'une rente à la place d'une indemnité en capital. Ceci est spécifié par l'article R.434-4 du code de la sécurité sociale inséré par le décret n°2002-542 du 18.04.02 paru au JO n° 94 du 21.04.02 page 7128.

La 2^e phrase de l'article L. 434-2 (nouveau) du Code de la Sécurité Sociale dispose :

“Lorsque, par la suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital.”

Le 1^{er} alinéa de l'article R. 434-4 (nouveau) du Code de la Sécurité Sociale précise :



“Lorsque la date de consolidation d'un nouvel accident susceptible de donner lieu à une indemnité en capital, la somme des taux d'incapacité permanente visés à l'article R. 434-1 atteint le taux de 10 %, la victime est informée par la caisse de son droit à bénéficier soit d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit d'une indemnité en capital pour l'indemnisation de cet accident.”

La Circulaire DSS/2 C n°2002-249 du 24 avril 2002 relative à l'application de l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 et du décret n°2002-542 du 18 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité a précisé les modes de calcul dans le cas de ces accidents du travail successifs.

Est concerné(e) par le volet de la réforme au droit d'option aux termes du II de l'article 38 de la Loi numéro 99 -1 140, du 29.12.1999 parue au Journal Officiel du 30.12.1999 :

- ✓ tout accident du travail ou toute maladie professionnelle “déclaré(e)” à compter du 1^{er} janvier 2000 et donnant lieu à la fixation d'un taux d'incapacité permanente inférieur à 10 %...
- ✓ ... à condition que la victime ait déjà été indemnisée précédemment par une ou plusieurs indemnités en capital (régime général)...
- ✓ ... et que la somme des taux d'incapacité correspondant à l'ensemble des indemnités en capital (y compris la dernière) atteigne 10 %.

Lorsque la somme des taux d'incapacité atteint 10 % à la date de consolidation d'un nouvel accident, la victime est informée par la Caisse de son droit d'option entre une rente dite rente optionnelle qui tient compte des indemnités déjà allouées (article L.434 - 2 du Code de la Sécurité Sociale) ou une indemnité en capital pour cet accident. Le choix doit être effectué dans un délai de deux mois à compter de la notification de l'information par la Caisse. Les accidents correspondant à des indemnités en capital peuvent être consécutifs ou bien être séparés par un accident ayant donné lieu à rente, voire par un accident sans séquelle.

L'option est irrévocable. Si la victime opte pour le versement d'une rente optionnelle, elle ne pourra pas revenir ultérieurement sur ce choix, ni demander le rachat de cette rente (article R. 434-4 nouveau du Code de la Sécurité Sociale, 3^e et 4^e alinéa). La rente option-

nelle n'est pas non plus réversible sur la tête du conjoint survivant.

Dans le cas où l'assuré choisit le bénéfice d'une indemnité en capital pour réparer cet accident, l'option est souscrite à titre définitif au titre de l'indemnisation initiale. Ainsi le bénéficiaire ne peut ultérieurement demander à bénéficier d'une rente optionnelle. Cependant un nouveau droit d'option sera ouvert si intervient :

- ✓ Une modification du taux d'IPP (suite à révision ou rechute) d'un des AT ou MP ayant donné lieu à l'attribution d'une indemnité en capital y compris celui ayant déclenché un droit d'option refusé par la victime.
- ✓ Un nouvel AT ou MP avec un taux d'IPP conduisant à l'attribution d'une indemnité en capital.

Si à l'issue du délai de deux mois à compter de la date de notification à l'assuré de la proposition de l'indemnisation sous forme d'indemnité en capital ou de rente, l'assuré n'a pas fait connaître son choix, la caisse verse au titre de ce dernier AT une indemnité en capital d'un montant correspondant au taux d'IPP du dernier AT en cause.

L'assuré ne peut alors plus exercer son droit d'option au titre de l'indemnisation initiale. Toutefois, un nouveau droit d'option pourra être ouvert à l'occasion d'une révision du taux d'IPP de l'AT concerné ou d'un nouvel AT.

A titre d'exemple, avant la promulgation de cette Loi, lorsque la victime avait fait l'objet de deux accidents du travail successifs donnant lieu chacun à 7 % d'incapacité, elle ne bénéficiait pas d'une rente calculée sur la base de 14 % d'incapacité mais à l'attribution pour après chaque accident d'une indemnité en capital correspondant à 7 % d'IPP.

Depuis la mise en application de cette Loi, l'ensemble des accidents portant sur un taux d'incapacité de 14 %, la victime pourra choisir entre le versement d'une indemnité en capital ou d'une rente.

La rente optionnelle étant parfois réputée représenter plusieurs indemnités en capital, il y a lieu à récupération, sur les arrérages de cette rente, d'une partie des indemnités déjà versées. Les arrérages annuels sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme à récupérer égale à la moitié du montant de la ou des indemnités en capital précédemment versées (article R. 434-4 nouveau du Code de la Sécurité Sociale, 4^e alinéa). L'intégralité des indemnités en capital perçues



après le 1er janvier 2000 (date à laquelle le choix optionnel aurait dû être proposé aux victimes) devra aussi être remboursée par la victime.

Exemple du cas d'un assuré victime de deux accidents successifs :

AT A du 15.02.99 avec un taux d'IPP de 4%

AT B du 02.05.02 avec un taux d'IPP de 6%.

Supposons que le salaire annuel de référence s'élève à 36.588€, le montant de la rente de l'accident B sera égal à $36.588 \times 5\% = 1.829,40\text{€}$.

Supposons que la victime a opté pour une rente, l'indemnité en capital précédemment versée pour l'accident A est récupérée sur les arrérages annuels de la rente optionnelle. Les arrérages de cette rente sont donc diminués de 30% ou plus à concurrence d'une somme égale à la moitié du montant de l'indemnité en capital précédemment versé.

Le montant de la récupération de l'indemnité en capital versée qui est égal à la moitié de l'indemnité en capital est égal à 50% de l'indemnité en capital correspondant au taux de 4% soit 1168.52€ en 2004 divisé

par deux égal 584,26€. Le plafond annuel de recouvrement est égal à 30% des arrérages annuels de la rente optionnelle soit $1.829,40\text{€} \times 30\% = 548,82\text{€}$.

Le plafond annuel de recouvrement est inférieur au montant de la récupération, aussi la différence entre la moitié de l'indemnité en capital et le montant recouvré sera récupéré l'année suivante, c'est-à-dire $584,26\text{€} - 548,82\text{€} = 35,44\text{€}$.

Il se peut que la victime de plusieurs accidents dont le total des taux d'incapacité avait atteint ou dépassé 10 % ait opté, en son temps, pour le versement d'une rente correspondant à l'ensemble de ces accidents. Si un nouvel accident donnant lieu à une incapacité de moins de 10 % se produit, ce dernier ne pourrait être indemnisé qu'au moyen d'une indemnité en capital. En revanche, dans l'hypothèse où interviendrait par la suite encore un (des) accidents(s) avec une incapacité de moins de 10 %, le total des incapacités des derniers accidents atteignant ou dépassant 10 %, la victime aurait alors le droit d'opter entre indemnité en capital et rente. Il s'agirait d'une deuxième rente, distincte de la première attribuée.

Encadré 3

Modèle de lettre d'une victime demandant à bénéficier de l'option entre indemnité en capital et rente

Nom – Prénom

Date

Adresse

Téléphone

N° de sécurité sociale

Objet : nouveau calcul de rente d'accidents du travail dans le cadre d'accidents du travail successifs

Monsieur le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de.....

L'accident du travail dont j'ai été victime le (date) a donné lieu à une incapacité de (taux), pour laquelle une indemnité en capital d'un montant de (... euros), m'a été réglée.

Victime d'un (ou plusieurs) accidents (ou maladie professionnelle) antérieur(e)s, je bénéficie des nouvelles dispositions réglementaires en matière d'accidents du travail successifs.

J'ai en effet la possibilité de choisir entre le versement de l'indemnité en capital ou une rente " optionnelle " d'un montant annuel de (... euros).

Je choisis donc de bénéficier d'une rente.

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

Signature de la victime





Les rentes de moins de 10 % selon la circulaire n° 72/ 2003 (mais cela est discutable car allant à l'encontre de la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité), attribuées avant le 3 novembre 1986, qu'elles continuent d'être servies ou qu'elles aient fait l'objet d'un rachat, ne doivent pas être prises en compte dans le cadre des nouvelles dispositions relatives à la rente optionnelle.

En cas d'accidents successifs, les articles L. 434-2 4° alinéa et R. 434-4 du Code de la Sécurité Sociale permettent d'additionner ces petits taux pour ouvrir droit à une rente lorsque le taux minimum est au moins égal à 10 %. La rente optionnelle ayant vocation à remplacer plusieurs indemnités en capital, il est logique d'additionner les taux d'incapacité correspondant à chacune d'entre elles. Cependant, il convient aussi d'appliquer les nouvelles règles relatives au calcul du taux utile (premier volet de la réforme). La solution retenue est favorable aux salariés les plus lourdement atteints par une succession d'accidents.

β1. Cas où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %)

Le taux utile de la rente optionnelle sera alors égal à la moitié de la somme des taux d'incapacité de moins de 10 %.

La formule suivante s'applique alors : taux utile = (somme des taux d'IPP constituant la rente optionnelle) / 2.

A titre de premier exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %), prenons le cas de Mr Martin :

Mr Martin, âgé de 30 ans est victime d'un AT en 1998. Il se voit attribuer une IPP de 5%, indemnisée par un capital de 9.501 F soit 1.448 euros.

Il est atteint d'une maladie professionnelle déclarée en mai 2002 et indemnisée par un capital de 2.914 euros correspondant à une IPP de 8% en octobre 2002.

La caisse doit reprendre son dossier et proposer à Mr Martin la possibilité d'opter pour la rente équivalant à une IPP de 13%.

Son salaire de référence étant en 2002 de 25.000 euros.

Le taux utile de cette rente optionnelle serait de :

$5\% + 8\% = 13\%$ d'IPP soit un taux utile de 6,5%.

La rente annuelle serait donc de : 25.000 euros X 6,5% = 1.625 euros soit 406 euros par trimestre.

S'il opte pour la rente, Mr Martin va rembourser les indemnités en capital déjà perçues à raison de 406 euros X 0,3 par trimestre (30% de la rente optionnelle perçue) = 122 euros, c'est-à-dire :

✓ l'intégralité du capital de 8%, valeur 2002, soit 2.914 euros ;

✓ la moitié du capital de 5%, valeur 1998 soit 1.448 euros / 2 soit 724 euros soit en tout 2.914 euros + 724 euros = 3.638 euros.

Le gain pour Mr Martin, s'il opte pour la rente, et avec une espérance de vie restante estimée de 30 ans, sera de :

1.625 euros /an X 30 soit 48.750 euros moins les remboursements des capitaux déjà perçus : 48.750 euros – 3.638 euros = 45.112 euros.

Après 5 ans de procédure Mr Martin a enfin réussi à faire reconnaître que son AT de 1998 était dû à une faute inexcusable de son employeur.

La majoration de la faute inexcusable sur le taux d'IPP ne tiendra compte que du capital correspondant à son IPP de 5% soit 9.501 F soit 1.448 euros, et non de la rente optionnelle.

A titre de deuxième exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %), prenons le cas de Mr Durand.

Mr Durand, âgé de 40 ans a été victime d'un accident du travail en 1988. Il a perçu une indemnité en capital de 14.250 F soit 2.172 euros, en réparation de son IPP estimée par la caisse à 7%.

Il a été reconnu comme étant atteint d'une maladie professionnelle (syndrome du canal carpien : tableau 57 C) en 1999.

Il a perçu pour ce syndrome du canal carpien une indemnité en capital de 9.501 F, soit 1.448 euros en réparation de son IPP estimée par la caisse à 5%.



En juillet 2003 la caisse lui signifie un taux d'IPP de 9% pour une maladie professionnelle (épicondylite du coude : tableau 57 B) déclarée en août 2002.

La caisse doit lui proposer d'opter soit pour :

- ✓ un capital de 3.428 euros,
- ✓ une rente reprenant l'ensemble de ses IPP.

Dans le cas de Mr Durand, cette seconde solution équivaldrait à :

$$7\% + 5\% + 9\% = 21\%, \text{ soit un taux utile de } 10,5\%$$

Mr Durand perçoit, en 2003, un salaire annuel de 20.000 euros.

La rente optionnelle serait donc de 20.000 euros X 10,5% = 2.100 euros par an.

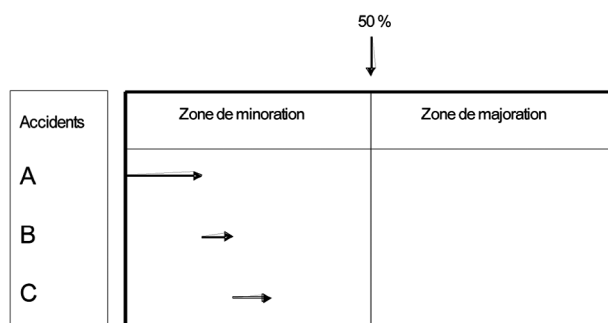
S'il opte pour cette rente, ce qui est son intérêt, il devra rembourser la moitié des deux indemnités en capital déjà perçues, c'est-à-dire :

$$2.172 \text{ euros} / 2 + 1.448 \text{ euros} / 2 = 1.086 \text{ euros} + 724 \text{ euros} = 1.810 \text{ euros.}$$

Sur une espérance de vie restante estimée de 30 ans, le gain de Mr Durand serait, s'il choisit la rente optionnelle, de 2.100 euros / an X 30 - 1 810 euros = 63.000 euros - 1 810 euros = 61.190 euros.

A titre de troisième exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, entièrement dans la "zone de minoration" (c'est-à-dire jusqu'à 50 %) :

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	15 %	5 %	7 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000



Dans cet exemple, l'accident C s'inscrit entièrement dans la zone de minoration. Le taux utile de la

rente optionnelle correspondant aux accidents B et C est donc de :

$$(5 + 7) / 2 \% = 12 / 2 \% = 6 \%.$$

Le montant de la rente optionnelle aurait été le même si l'accident B (5 %) était survenu le premier et qu'une rente (accident A indemnisé par un taux d'IPP de 15 %) avait séparé les accidents B et C.

A titre de quatrième exemple où les deux accidents aux taux inférieurs à 10 % se suivent :

Taux d'IPP de chaque accident	A = 2 %	B = 8 %	C = 30 %	D = 20 %
Taux global d'IPP	2 %	10 %	40 %	60 %

Les accidents A et B cumulés donnent un taux d'IPP égal à 10 % ouvrant le droit d'option entre l'indemnité en capital et la rente.

Si la victime choisit l'indemnité en capital, le montant de celle-ci correspondra au taux de 8 % ; si elle choisit la rente, le taux utile servant au calcul de celle-ci sera de 10 / 2 %), soit 5 %.

β2. Cas où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe au moins partiellement dans la "zone de majoration" (c'est-à-dire au-delà de 50 %)

Il convient de souligner des divergences d'interprétation sur le calcul du taux utile en fonction des différentes circulaires.

Selon la circulaire n° 72/2003 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le taux utile de la rente optionnelle sera alors égal à la somme des taux d'incapacité de moins de 10 % majorée de moitié.

La formule suivante s'applique alors : taux utile = (somme des taux d'IPP constituant la rente optionnelle en %) x 1,5.

Selon la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité, le taux utile de la rente optionnelle sera alors égal à : (la somme des taux d'incapacité de moins de 10 % se situant dans la zone de majoration majorée de moitié)

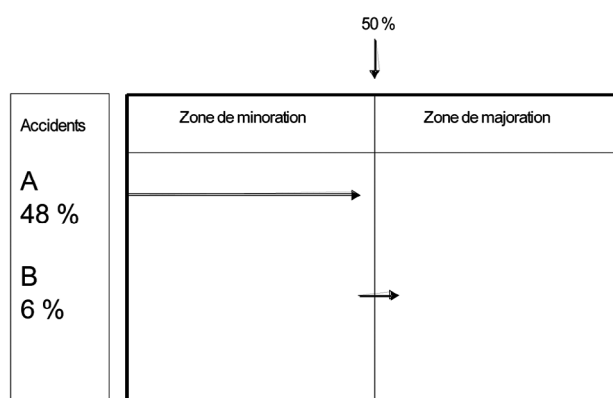
+ (la somme des taux d'incapacité de moins de 10 % se situant dans la zone de minoration minorée de moitié). Pour plus de détails, voir le deuxième exemple ci-dessous.

A titre de premier exemple où le taux d'incapacité du dernier accident fait franchir à la somme des taux d'incapacité le seuil des 50 %, prenons le cas de Mr Carvalho :

Mr Carvalho est victime d'un accident du travail en 1990. Il se voit attribuer pour cet AT une IPP de 48% (taux utile de 24%).

Il déclare en 2002 une maladie professionnelle.

Le médecin conseil lui attribue une IPP de 6%.

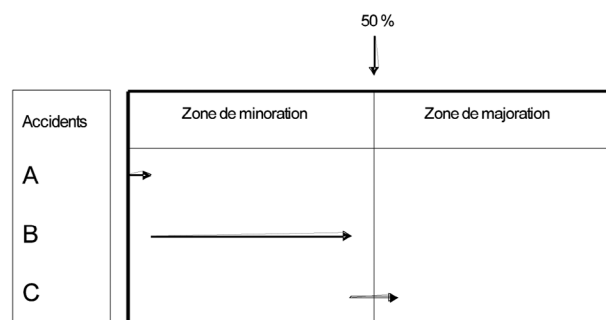


La caisse doit lui proposer le choix entre le capital pour 6% soit 2.014 euros et la rente optionnelle pour cette IPP de 6%.

Le nouveau taux global sera de : $48\% + 6\% = 54\%$, soit un taux utile de $(50\% / 2) + (4 \times 1,5) = 25\% + 6\% = 31\%$ dont 24 % sur le salaire de référence de 1989 et 7% sur le salaire de 2002.

A titre de deuxième exemple où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, au moins partiellement, dans la "zone de majoration" (c'est-à-dire au-delà de 50 %), avec un calcul selon la circulaire n° 72/ 2003 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés :

AT successifs	Accident A	Accident B	Accident C
Taux d'IPP	5 %	40 %	7 %
Date d'effet	avant le 1/1/2000	avant le 1/1/2000	après le 1/1/2000



Dans cet exemple, l'accident C s'inscrit (partiellement) dans la zone de majoration. Le taux utile de la rente optionnelle correspondant aux accidents A et C est donc de : $(5\% + 7\%) \times 1,5 = 12\% \times 1,5 = 18\%$.

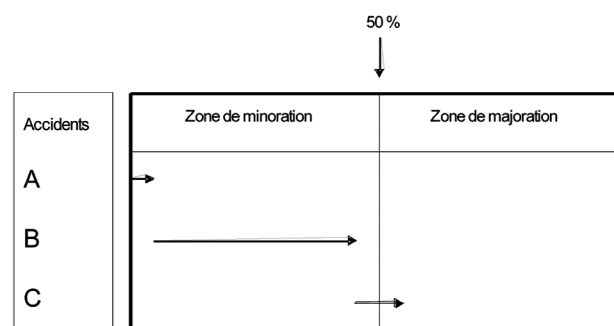
Le montant de la rente optionnelle aurait été le même si l'accident B (40 %) était survenu le premier et que les accidents ayant donné lieu à incapacité de moins de 10 % (accidents A et C) avaient été consécutifs.

A titre de troisième exemple, où le dernier accident "de moins de 10 %" susceptible d'ouvrir droit à option se situe, au moins partiellement, dans la "zone de majoration" (c'est-à-dire au-delà de 50 %), avec un calcul selon la circulaire DSS/2C/n°2002/249 du 24 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité :

Taux d'IPP de l'accident A de 2 %

Taux d'IPP de l'accident B de 46 %

Taux d'IPP de l'accident C de 8 %



Taux d'IPP de chaque accident	A = 2 %	B = 46 %	C = 8 %
Taux global d'IPP	2 %	48 %	56 %

Si la victime choisit la rente pour l'accident C, le taux utile de celle-ci sera ainsi calculé : $2 / 2\% + [(6 + 2) \times 1,5] \%$, soit $1 + 12\%$, soit 13% ; la partie du



taux de l'accident C, inférieure à 50 %, c'est-à-dire 2 %, est réduite de moitié.

A titre de quatrième exemple où les deux accidents aux taux inférieurs à 10 % ne se suivent pas et où le taux global d'IPP est supérieur à 50 % avant le dernier accident considéré, l'opération sera la même si, entre les accidents donnant droit à une indemnité en capital, s'intercalent des accidents ouvrant droit à une rente :

Taux d'IPP de chaque accident	A = 2 %	B = 30 %	C = 20 %	D = 8 %
Taux global d'IPP	2 %	32 %	52 %	60 %

Les accidents A et D cumulés donnent un taux d'IPP égal à 10 %. La victime peut choisir pour l'accident D entre une indemnité en capital correspondant au taux de 8 % et une rente calculée sur la base d'un taux utile de 15 % (c'est-à-dire 10 x 1,5 %).

cc. Cas d'accidents du travail successifs avec modification intercurrente de l'état de la victime

Le nouveau dispositif régi par la Circulaire DSS/2 C n°2002-249 du 24 avril 2002 relative à l'application de l'article 38 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 et du décret n°2002-542 du 18 avril 2002 du ministère de l'emploi et de la solidarité s'applique en cas de révision du taux d'IPP résultant de modifications intervenues dans l'état de la victime à compter du 1^{er} janvier 2000, que l'accident initial ait donné lieu au versement d'une indemnité en capital ou d'une rente (article 38-II de la loi n°99-1140).

Les cas de révision du taux d'incapacité concernent les deux volets de la réforme :

- ✓ calcul du taux utile de la rente afférente au dernier accident ;
- ✓ ouverture des droits à rente optionnelle.

Le premier alinéa de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale dispose :

“ En cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs rentes, attribuées en application du deuxième ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, la caisse procède au nouveau calcul de la seule rente affectée par l'aggravation ou l'amélioration de l'article R. 434-2-1, la somme des taux d'incapacité perma-

nente antérieurement reconnus lors du calcul initial de cette rente.”

En d'autres termes, lorsqu'un taux d'incapacité ayant donné lieu à l'attribution d'une rente fait l'objet d'une révision (en augmentation comme en diminution), seule cette rente fait l'objet d'un nouveau calcul. Dans le cas d'une personne bénéficiant d'une rente supérieure ou égale à 10% ou d'une rente optionnelle révisée à la suite d'une aggravation ou d'une amélioration conduisant à un taux de rente restant supérieur ou égal à 10%, au moment de l'AT révisé, la victime continue à bénéficier de plusieurs rentes (une ou plusieurs rentes supérieures ou égales à 10% et /ou plusieurs rentes optionnelles).

Le nouveau calcul du taux utile prend en compte la nouvelle valeur de l'incapacité permanente mais ne tient pas compte des révisions d'incapacité éventuellement intervenues depuis l'origine pour les accidents précédant l'accident concerné.

Le nouveau calcul d'une rente dans le cadre d'une révision d'IPP n'entraîne jamais le recalcul de la (des) rente(s) située(s) en aval de l'accident concerné.

Le point de départ pour fixer le taux utile servant au calcul de la nouvelle rente correspond à la somme des taux d'IPP déjà reconnus au moment du calcul initial de cette rente.

Selon le premier alinéa de l'article R.443-7 du Code de la Sécurité sociale, en cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs rentes attribuées au titre des accidents successifs, la caisse procède au calcul de la seule rente affectée par l'aggravation ou l'amélioration en retenant toutefois la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue lors du calcul initial de cette rente, pour déterminer la partie du taux de l'accident considérée comme inférieure ou supérieure à 50%. Sont visées dans cette hypothèse, aussi bien les rentes supérieures ou égales à 10% que les rentes optionnelles.

Pour les rentes supérieures ou égales à 10%, les termes « antérieurement reconnus lors du calcul initial de cette rente » signifient qu'il faut retenir la date d'effet de l'IPP initiale de l'accident objet de la révision, autrement dit sont pris en considération les taux d'IPP antérieurs à la date de consolidation initiale de l'accident objet de la révision.

Pour les rentes optionnelles dans tous les cas, il convient de se situer pour le calcul du point de départ du taux utile, à la date de consolidation initiale du der-



nier AT constituant le rente optionnelle, compte tenu de l'article R.434-2-1 du code de la sécurité sociale et de prendre en compte l'ensemble des taux d'IPP antérieurement reconnus à cette date.

Pour procéder au calcul du taux utile de la rente révisée (rente supérieure ou égale à 10% ou rente optionnelle), il convient de déterminer dans le taux d'IPP révisé, la partie du taux considérée comme inférieure à 50%, et la partie du taux considérée comme supérieure à 50%.

Pour cela, il est nécessaire :

- ✓ de définir le point de départ de la réduction ou de l'augmentation du taux qui est égale à la somme des taux d'IPP antérieurement reconnus, le cas échéant révisé lors du calcul initial de la rente objet de la révision. C'est-à-dire à la date de la consolidation initiale de la rente supérieure ou égale à 10% ou à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle ;
- ✓ et de calculer le taux global atteint après la révision, lequel est égal à la somme du taux retenu comme point de départ et du taux révisé de l'accident concerné.

α. Aggravation ou rechute

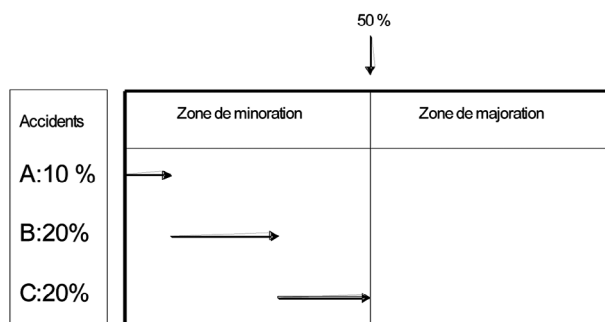
α1. Cas d'accidents du travail successifs où chaque taux d'IPP initial est supérieur à 10 %

A titre d'exemple, soit trois accidents A, B, C survenus avant le 1^{er} janvier 2000.

Le taux d'IPP de l'accident A est de 10 %

Le taux d'IPP de l'accident B de 20 %

Le taux d'IPP de l'accident C de 20 %



Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 20 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	30 %	50 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 10 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

a) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 30 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	40 %	60 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 15 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

Le point de départ pour fixer le taux utile de B est toujours de 10 %.

b) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 50 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	80 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(40 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 20 \% + 15 \% = 35 \%$

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

c) Le taux d'IPP de l'accident C passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 30 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	90 %



Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %.

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(40 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 20 \% + 15 \% = 35 \%$.

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $(20 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 10 \% + 15 \% = 25 \%$.

Le point de départ pour fixer le taux utile de C est toujours 30 % et le point de départ pour un futur accident sera 90 %.

a2. Cas d'accidents du travail successifs où chaque taux d'IPP initial est inférieur à 10 % n'ayant pas permis d'obtenir de rente optionnelle

- ✓ Dans les cas où la victime avait bénéficié du versement de plusieurs indemnités en capital (soit antérieurement à la réforme, soit par choix en situation d'option avec une rente, soit parce que le total des IP demeurerait inférieur à 10 %), et que l'un des taux d'IPP s'aggrave jusqu'à atteindre ou dépasser 10 %, il y a lieu de verser une rente pour cet accident et de récupérer une part de l'indemnité en capital.

C'est en effet ce qu'indique le 2^e alinéa de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale : "en cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 du Code de la Sécurité Sociale ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité Sociale, les dispositions du b de l'article R. 434-1-1 du Code de la Sécurité Sociale trouvent application lorsque le taux d'incapacité permanente afférent à l'accident ayant entraîné une aggravation de la victime atteint de 10 %."

Les arrérages annuels de cette rente sont diminués d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versé, dans la limite de 30% des arrérages de la rente.

Il s'agit de la situation où, par suite d'une aggravation de l'état de la victime, l'indemnité en capital est remplacée par une rente, peu importe que la victime soit bénéficiaire par ailleurs de plusieurs indemnités en capital ou de plusieurs rentes.

Le point de départ du taux utile de la rente attribué suite à la révision est la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement à l'AT initial, objet de la révision et ce en application de l'article R.434-2-1 du code de

la sécurité sociale lui-même applicable par renvoi de l'article R.434-1-1, b à l'article L.434-2 du même code de la sécurité sociale.

A titre de premier exemple :

Temps 1 et 2 : Survenance d'un accident A (incapacité de 3 %) puis d'un accident B (6 %), ayant donné lieu au versement de deux indemnités en capital.

Temps 3 : Aggravation de l'incapacité de B, qui passe de 6 à 14 %.

Cette aggravation entraîne l'attribution d'une rente au taux utile de $14 / 2 \% = 7 \%$ au titre de l'accident B et la récupération de la moitié du montant de l'indemnité en capital précédemment versée.

- ✓ Dans les cas où l'aggravation d'une incapacité permanente conduit à ce que la somme des incapacités franchisse le seuil de 10 %, il y a lieu de proposer une rente optionnelle, conformément au 3^e alinéa de l'article R. 443-7 : "Lorsque la modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, porte la somme des taux d'incapacité permanente au taux minimum mentionné à l'article R. 434-4, les dispositions de cet article trouvent application."

A titre de deuxième exemple :

Temps 1 : Survenue d'un accident A (incapacité de 6 %), ayant donné lieu à une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenue d'un accident B (incapacité de 3 %), ayant donné lieu également à une indemnité en capital.

Temps 3 : L'incapacité de B passe de 3 % à 5 %.

L'aggravation de l'incapacité de B conduit à proposer une rente optionnelle dont le taux utile est de $(6+5) / 2 = 5,5 \%$, avec récupération de la moitié du montant de l'indemnité en capital.

A titre de troisième exemple :

Temps 1 : Survenue d'un accident A (incapacité de 8 %) ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenue d'un accident B (incapacité de 45 %) ayant donné lieu au versement d'une rente.

Temps 3 : Survenue d'un accident C (incapacité de 3 %) ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital, la victime n'ayant pas opté pour une rente.



	50 % ↓	
Accidents	Zone de minoration	Zone de majoration
A 8 %	→	
B 45 %	→	
C 3 %		→

Temps 4 : Aggravation de l'incapacité de l'accident A (passe de 8 % à 9 %).

Dans ce cas, c'est l'accident A qui ouvre droit à la rente optionnelle. La valeur de départ du calcul du taux utile de cette rente est donc celle de l'accident A, qui se situe entièrement dans la zone de minoration.

L'aggravation de l'incapacité de A conduit donc à proposer une rente optionnelle dont le taux utile est de $(9 + 3)/2 = 6 \%$.

Le salaire à prendre en compte pour le calcul de la rente optionnelle est le salaire relatif à l'accident A.

A titre de quatrième exemple, prenons le cas de Mr Dupont :

Mr Dupont, âgé de 40 ans a été victime d'un accident du travail en 1991. Il a été indemnisé par un capital de 17.001 F, soit 2.592 euros, pour son IPP estimée à 8%.

Il a été victime d'un nouvel accident du travail en 1998. Cet AT a été indemnisé par un capital de 14.250 F, soit 2.172 euros, pour une IPP estimée à 7%.

Comme Mr Dupont n'a déclaré aucun AT ni aucune MP après le 1^{er} janvier 2002 et que ses AT n'ont pas été révisés, il n'est pas concerné par les nouvelles règles.

Il aura donc tout intérêt à faire une demande d'aggravation pour ses deux AT ou l'un deux.

Si l'un des deux taux d'IPP est modifié, il entrera dans le cadre de la réforme.

Supposons qu'après examen le médecin conseil considère que l'état de Mr Dupont s'est aggravé et qu'il justifie de 9% d'IPP pour son AT de 1991 (au lieu de 8% à l'origine), la caisse devra lui proposer la rente optionnelle pour le total de l'IPP, soit 16%.

Mr Dupont ayant un salaire annuel de 20.000 euros, se verra donc proposer le choix entre :

- ✓ l'indemnité en capital ; calculée en faisant la différence entre la nouvelle Indemnité en Capital de 9% et celle de 8% déjà perçue ;
- ✓ et une rente annuelle de 20.000 euros X 8% = 1.600 euros.

Rente à laquelle la caisse retirera la moitié des indemnités en capital déjà perçues par Mr Dupont c'est-à-dire : $(2.172 \text{ euros} / 2 + 2.592 \text{ euros} / 2) = 2.382 \text{ euros}$.

Pour une espérance de vie restante de 30 ans, Mr Dupont pourrait percevoir :

$1.600 \text{ euros} / \text{an} \times 30 \text{ ans} - 2.382 \text{ euros} = 48.000 \text{ euros} - 2.382 \text{ euros} = 45.618 \text{ euros}$, ceci pour une augmentation du taux d'IPP de 1%.

α3. Cas d'accidents du travail successifs où chaque taux d'IPP initial est inférieur à 10 % et qui ont permis d'obtenir une rente optionnelle

Dans l'hypothèse où la victime bénéficiait d'une rente optionnelle et que l'une des incapacités ayant ouvert droit à cette rente s'aggrave jusqu'à atteindre ou dépasser 10 %, on procèdera à la révision de la rente optionnelle avec prise en compte du nouveau taux d'IPP dans le calcul du taux utile de la nouvelle rente.

A titre d'exemple :

Temps 1 : Survenue d'un accident A (incapacité de 8 %), ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenue d'un accident B (incapacité de 3 %). L'assuré opte pour une rente au taux utile de $(8 + 3) / 2 = 5,5 \%$.

Temps 3 : Aggravation de l'incapacité de l'accident A, qui passe de 8 % à 10 %.

Cette aggravation entraîne le calcul d'une rente optionnelle, au taux utile de $(10 + 3) / 2 \% = 6,5 \%$.

α4 . Cas où la victime a fait l'objet d'un accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une indemnité en capital révisé avec un taux d'IPP restant inférieur à 10% associé à un accident du travail avec un taux d'IPP restant inférieur à 10% ayant donné lieu à l'attribution d'une indemnité en capital et à un accident du travail permettant de bénéficier d'une rente car avec un taux supérieur à 10%

Avec l'AT révisé, l'assuré est bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital et porte la somme des taux



d'IPP inférieurs à 10% à un taux supérieur ou égal à 10%. On se retrouve dans un des cas antérieurs visé par l'alinéa 3 de l'article R.443-7 du code de la sécurité sociale où la somme des taux d'IPP de certains accidents du travail devient supérieur à 10% et où la caisse est alors tenue d'informer le bénéficiaire de son droit d'option pour une rente optionnelle. Le point de départ servant de base aux calculs du taux utile de la rente optionnelle est la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle.

Prenons l'exemple d'un assuré victime de trois accidents successifs :

Accident A du 01.02.90 consolidé le 15.01.91 avec un taux d'IPP de 25%.

Accident B du 15.03.00 consolidé le 05.11.00 avec un taux d'IPP de 4% révisé suite à une aggravation du 01.10.02 avec un nouveau taux fixé à 8%.

Accident C du 05.01.02, consolidé le 10.07.02 avec un taux d'IPP de 5%.

50 %
↓

Accidents	Zone de minoration	Zone de majoration
A:25%	→	
B:4%	→	
C:5%	→	

La somme des taux d'IPP des accidents B et C = 4 + 8 = 13% dépasse le seuil de 10%.

L'assuré a donc la possibilité d'opter pour une rente optionnelle pour l'indemnisation des accidents B et C.

Le point de départ de la rente optionnelle correspond à la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement au dernier AT de la rente optionnelle c'est-à-dire l'AT C.

Ce point de départ est de 25% (taux de l'accident A) + 4% (taux de l'accident B) = 29%. Le taux global s'élève à point de départ de 29% + taux d'IPP de la rente optionnelle de 13% = 42%. Comme le point de départ est inférieur à 50% et que le taux global est inférieur à 50%, la totalité de la rente optionnelle (addition des taux d'IPP B et C) est réduite de moitié, soit un taux utile de la rente C = 13% / 2 = 6,5%.

α5. Cas d'accidents du travail successifs avec des taux d'IPP initiaux inférieurs à 10% permettant de bénéficier d'une rente optionnelle car avec un taux global supérieur à 10% et pour certains avec des taux d'IPP initiaux supérieurs à 10%

Un assuré a été victime de trois accidents dont deux ont chacun un taux inférieur strictement à 10% et ne se suivent pas.

Accident A avec un taux d'IPP de 3%.

Accident B avec un taux d'IPP de 20%.

Accident C avec un taux d'IPP de 9%.

50 %
↓

Accidents	Zone de minoration	Zone de majoration
A:3%	→	
B:20%	→	
C:9%	→	

A la suite de l'accident C, la victime a choisi une rente optionnelle de 9% + 3% = 12%, calculée à partir d'un taux utile de 12% / 2 = 6%.

Ultérieurement suite à l'aggravation de l'état de la victime l'accident C est révisé avec fixation d'un nouveau taux d'IPP à 11% portant le cumul des taux d'IPP de la rente optionnelle à 3% + 11% = 14%.

Il convient de préciser que la rente optionnelle initiale a été calculée au moment de l'accident C en application du nouveau dispositif puisque l'accident C datant du 05.12.02 a été consolidé le 29.06.03. Dans la mesure où l'accident C est révisé, il convient de recalculer la seule rente optionnelle compte tenu de la somme du taux d'IPP antérieurement reconnu lors du calcul initial de cette rente. Le point de départ est égal à la somme du taux de l'accident A à 3% + du taux de l'accident B à 20% = 23%, ces taux étant antérieurs à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle. Le taux global est égal à un point de départ de 23% auquel on ajoute le taux d'IPP de la rente optionnelle révisée 11% + 3% = 14%, on arrive donc à un taux global de 23% + 14% = 37%. Comme le point de départ et le taux global se situent dans la tranche inférieure au seuil de 50%, la totalité du taux d'IPP de la rente optionnelle révisée est réduite de moitié, soit un taux utile de 14% / 2 = 7%.





Les taux d'IPP constituant la rente optionnelle deviennent indissociables même lorsqu'à la suite d'une révision à la hausse (même supérieure ou égale à 10%) ou à la baisse, la somme des taux est maintenue au-dessus du seuil de 10%.

β. Amélioration

Le 3^e alinéa de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale dispose : "Lorsque, en cas de modification de l'état du bénéficiaire d'une rente attribuée en application de l'article R. 434-4, la somme des taux d'incapacité permanente visée au premier alinéa de cet article devient inférieure à 10 %, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article R. 434-1-3".

Dans ces situations, il convient donc de cesser le versement de la rente optionnelle et de lui substituer une indemnité en capital correspondant à la nouvelle somme des taux d'incapacité inférieurs à 10 %.

A titre de premier exemple :

Temps 1 : Survenance d'un accident A (incapacité de 7 %), ayant donné lieu au versement d'une indemnité en capital.

Temps 2 : Survenance d'un accident B (incapacité de 4 %). L'assuré opte pour une rente au taux utile de $(7 + 4)/2 = 5,5$ %.

Temps 3 : L'incapacité de l'accident A passe de 7 % à 3 %.

La réduction de l'incapacité de l'accident A conduit à cesser le versement de la rente optionnelle et à verser une indemnité en capital correspondant à un taux d'IPP de $3 + 4 = 7$ %.

Deuxième exemple décrivant le cas particulier de 2 accidents indemnisés par une rente optionnelle avec un de ces accidents révisé et indemnisé par un taux d'IPP moindre si bien que la rente optionnelle est remplacée par une indemnité en capital :

Le droit d'option peut être à nouveau ouvert.

Imaginons successivement :

- ✓ AT A indemnisé par un taux d'IPP de 3%,
- ✓ AT B indemnisé par un taux d'IPP de 8% avec une option de la rente acceptée par la victime au taux de 11% avec un taux utile de 5.5%.

- ✓ AT C de 7% ayant donné lieu à un versement d'une indemnité en capital.

Imaginons ensuite que l'AT B soit révisé à 4%, le total des taux d'IPP des AT A+B est égal à $3\% + 4\% = 7\%$. La rente devrait donc être remplacée par une indemnité en capital de 7%. Mais comme l'AT C est antérieur de la date de l'amélioration de l'AT B et que le cumul des taux de A, B révisé et C atteint $3\% + 4\% + 7\% = 14\%$, le droit d'option est à nouveau ouvert.

Si la victime choisit la rente optionnelle, l'indemnité en capital de 7% des accidents A +B révisé ne lui est pas versée, elle bénéficie par contre d'une rente optionnelle de 14% correspondant aux AT A + B révisé +C. Le taux utile de cette rente optionnelle est égal à $14\% / 2 = 7\%$. Si la victime n'exerce pas ce droit à la rente optionnelle, elle bénéficie d'une indemnité en capital correspondant à 7% égale au taux d'IPP des accidents A et B révisé.

A titre de troisième exemple, imaginons le cas d'un bénéficiaire d'une rente optionnelle et où le taux d'IPP de l'un des AT est révisé à la baisse tout en maintenant la somme des taux cumulés de la rente optionnelle à un taux supérieur ou égal à 10%. Imaginons ainsi un assuré victime de trois accidents successifs :

Accident A avec un taux d'IPP de 2%.

Accident B avec un taux d'IPP de 5%.

Accident C du 05.01.00 consolidé le 10.01.01 avec un taux d'IPP de 9% révisé le 01.07.02 avec un taux d'IPP ramené à 3%.

A la suite de l'accident C, la victime opte pour une rente de $2\% + 5\% + 9\% = 16\%$ calculé à partir d'un taux utile de $16\% / 2 = 8\%$.

Le taux de l'accident C est ensuite révisé et porté à 3%, le cumul des taux d'IPP s'élève à $2\% + 5\% + 3\% = 10\%$. Le point de départ de la rente optionnelle suite à révision correspond à la somme des taux d'IPP reconnus antérieurement à la date de consolidation initiale du dernier AT constituant la rente optionnelle, soit le cumul du taux de l'accident A = 2% + accident B = 5% soit un total de 7% . Le taux global s'élève à 17% qui est égal au point de départ soit 7% + le taux d'IPP de la rente optionnelle de 10% .

Comme le point de départ et le taux global sont inférieurs à 50%, la totalité du taux de la rente optionnelle révisée (addition du taux d'IPP A, B et C révisé) est réduite de moitié, soit un taux utile égal à $10 / 2 = 5\%$.



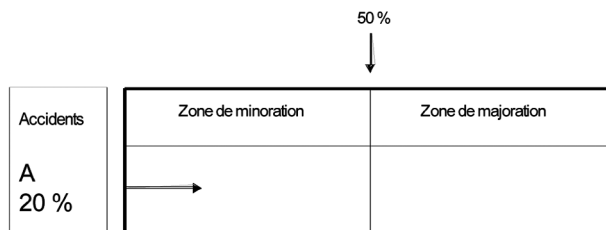


γ. Exemples théoriques de situations successives associant aggravation et amélioration

Premier exemple :

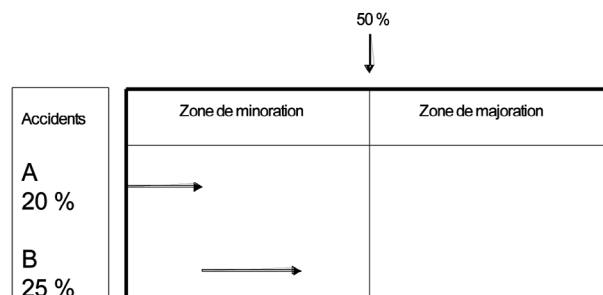
Chaque temps correspond pour un patient précis à un moment de sa vie. Ces temps sont numérotés de façon croissante pour des périodes successives de sa vie.

Temps 1 : Survenue, avant ou après le 1^{er} janvier 2000, d'un accident A avec incapacité de 20 %.



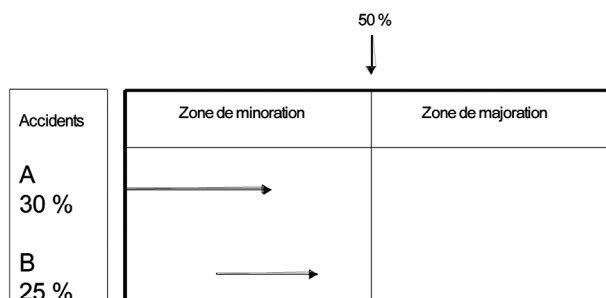
Le taux utile de la rente de A est de $20 / 2$ %, soit 10 %.

Temps 2 : Survenue, après le 1^{er} janvier 2000, d'un accident B avec une incapacité de 25 %.



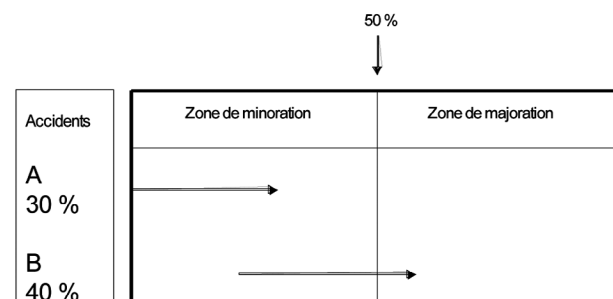
L'application de la réforme conduit à calculer la rente de l'accident B en tenant compte de l'incapacité de l'accident A. Malgré cette prise en compte, l'incapacité de l'accident B reste, dans cet exemple, intégralement inscrite dans la zone de minoration. Le taux utile de la rente de B est donc de $25 / 2$ %, soit 12,5 %.

Temps 3 : Révision en aggravation de l'incapacité de A, dont le taux passe de 20 % à 30 %.



La révision du taux d'incapacité de l'accident A, qui donne lieu à une augmentation du montant de la rente correspondante (nouveau taux utile : $30/2$ soit 15 %) n'entraîne pas le recalcul de la rente de l'accident B car l'accident B est situé en aval de l'accident A concerné.

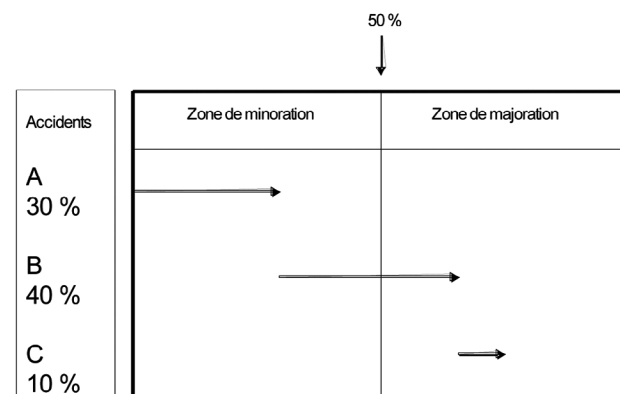
Temps 4 : Révision en aggravation de l'incapacité de B, dont le taux passe de 25 % à 40 %.



La révision du taux d'incapacité de B entraîne un nouveau calcul de la rente correspondante. Cependant, pour le calcul du taux utile de cette dernière, il convient de tenir compte, en application de l'article R. 443-7 du Code de la Sécurité Sociale, du taux d'incapacité de A tel qu'il était lors du calcul initial de la rente de B (soit 20 %) et non pas tel qu'il est au "temps 4" (soit 30 %).

Le nouveau taux utile de la rente de B est donc de $(50 - 20) / 2$ % + $(10 \times 1,5)$ %, soit 30 %.

Temps 5 : Survenue d'un troisième accident (C) avec incapacité de 10 %.

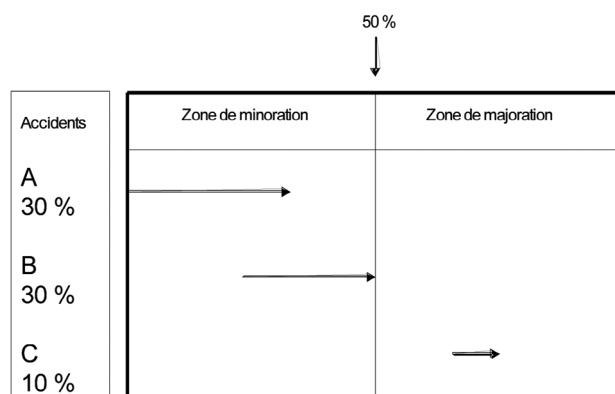


L'application de la réforme conduit à calculer la rente de l'accident C en tenant compte de la somme des taux d'incapacité antérieurement reconnus (article R. 434-2-1 du Code de la Sécurité Sociale). Comme il s'agit d'un nouvel accident, on prend en compte les



valeurs des taux d'IPP des accidents A et B au "temps 5" (respectivement 30 % et 40 %) et non les valeurs initiales.

Le taux utile de la rente de l'accident C est donc de $(10 \times 1,5) \%$, soit 15 %.



Temps 6 : Révision en amélioration de l'incapacité de B, dont le taux passe de 40 % à 30 %.

La révision du taux d'incapacité de l'accident B, qui donne lieu à une diminution de la rente correspondante (le nouveau taux utile est calculé sur la base d'un même "point de départ" de 20 %; le nouveau taux utile est donc de $30/2 \%$ soit 15 %), n'entraîne pas le recalcul de la rente de l'accident C (dont la position dans la zone de majoration sera toujours la même en cas de révision de son taux d'IPP).

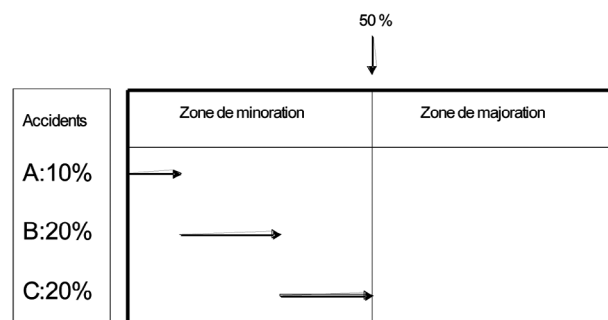
A titre de deuxième exemple :

soit trois accidents A, B, C survenus avant le 1^{er} janvier 2000

Le taux d'IPP de l'accident A est de 10 %

Le taux d'IPP de l'accident B de 20 %

Le taux d'IPP de l'accident C de 20 %



Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 20 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	30 %	50 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 10 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

a) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 30 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	40 %	60 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 15 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $10 \% / 2 + 10 \% \times 1,5 = 20 \%$

b) Le taux d'IPP de l'accident B passe à 50 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	80 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $40 \% / 2 + 10 \% \times 1,5 = 35 \%$

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 10 %

c) Le taux d'IPP de l'accident C passe à 30 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 50 %	C = 30 %
Taux global d'IPP	10 %	60 %	90 %



Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de 35 %

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de 30 % X 1,5 = 45 %

d) B passe de 50 % à 20 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 20 %	C = 30 %
Taux global d'IPP	10 %	30 %	60 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(20 / 2) \% = 10 \%$

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $(20 / 2) \% + (10 \times 1,5) \% = 10 \% + 15 \% = 25 \%$.

b) C passe de 30 % à 20 %

Taux d'IPP de chaque accident	A = 10 %	B = 20 %	C = 20 %
Taux global d'IPP	10 %	30 %	50 %

Le taux utile d'IPP de l'accident A est de 5 %

Le taux utile d'IPP de l'accident B est de $(20 / 2) \% = 10 \%$

Le taux utile d'IPP de l'accident C est de $(20 / 2) \% = 10 \%$.

δ. Amélioration et rente optionnelle

Il s'agit du cas où, à la suite d'accidents successifs portant le taux d'IPP à 10 % ou plus, une rente a été obtenue sur option de la victime.

Lorsque par suite d'amélioration, le taux global d'IPP passe en dessous du seuil de 10 %, la rente qui avait été servie est remplacée par une indemnité en capital correspondant au nouveau taux global.

Exemple : soit un accident A ayant donné lieu à une IPP de 2 % et un second accident B avec un taux d'IPP de 9 % à la suite duquel la victime avait choisi une

rente correspondant au taux global de 11 %. Celle-ci a été recalculée à partir d'un taux utile de 5,5 %.

Si l'état de la victime s'améliore et que le taux de l'accident B, par exemple, est réduit à 7 % ramenant le taux global d'IPP à 9 %, la rente versée à la suite de l'accident initial B sera remplacée par une indemnité en capital correspondant au taux d'IPP de 9 %.

d. Rachat ou conversion partielle de la rente d'accident du travail au profit du conjoint survivant

La rente d'accident du travail est un avantage « personnel » qui n'est plus versé après le décès de la victime. Toutefois le titulaire de la rente peut demander :

- ✓ La conversion en capital du quart au plus correspondant à la valeur de sa rente d'accident du travail ;
- ✓ Et/ou la constitution d'une rente réversible à son décès pour moitié ou plus sur la tête de son conjoint.

Les demandes de rachat ou de réversion peuvent être effectuées simultanément ou à des dates distinctes.

Dans le cas de la constitution d'une rente réversible, le montant de la rente viagère versée à la victime se trouve diminué de façon à ce que sa demande n'entraîne aucune charge supplémentaire pour la caisse d'assurance maladie.

Les calculs à faire au rachat ou à la conversion sont réglementés par le code de la sécurité sociale. Le tarif de rachat est fixé par arrêté du 17.12.1954.

La demande de conversion est possible à tout moment, que ce soit immédiatement, dès la notification d'attribution de la rente. Cette possibilité s'applique :

- ✓ aux accidents ou maladies professionnelles survenus depuis le 06.02.2006
- ✓ aux accidents survenus avant le 06.02.2006 si la consolidation n'était pas intervenue à cette date
- ✓ aux autres accidents encore dans les délais fixés par le régime de conversion des rentes en vigueur jusqu'au 05.02.2006.
- ✓ aux accidents survenus avant le 06.02.06 à compter de l'expiration d'un délai de 5 ans courant le lendemain de la date de consolidation des





séquelles de l'accident et ce pendant un an seulement.

En effet jusqu'au 05.02.2006, les anciennes dispositions réglementaires n'autorisaient la demande de conversion qu'à l'expiration d'un délai de 5 ans à compter du lendemain de la date de consolidation des séquelles de l'accident et ce, pendant un an seulement. Par conséquent, six ans après la consolidation, cette demande n'était plus possible.

Le titulaire de la rente doit alors adresser une demande à la caisse d'assurance maladie par lettre recommandée avec avis de réception ou au moyen du formulaire Cerfa n°12045*01. La caisse doit notifier sa décision dans un délai de deux mois à réception de la demande. En l'absence de réponse de la caisse à l'expiration de ce délai, la demande est réputée acceptée.

e. Indemnisation en cas de décès de la victime

Les ayants droits d'une victime d'un accident du travail décédée peuvent bénéficier :

- ✓ d'une rente viagère (article L.434-c du Code de la Sécurité Sociale) ;
- ✓ d'un capital décès ;
- ✓ d'une indemnisation destinée à compenser les frais funéraires (article L.435-1 du Code de la Sécurité Sociale).

aa. Prise en charge des frais funéraires

Les frais funéraires sont payés par la Caisse primaire d'assurance maladie dans la limite des frais exposés et sans que leur montant puisse excéder un maximum fixé par arrêté ministériel (article L. 435-1 du Code de la Sécurité Sociale). Ce montant est actuellement fixé au 1/24^e du maximum de la rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale c'est-à-dire du plafond de la Sécurité Sociale 1.176 € en 2002. Les frais sont versés à la personne qui a effectivement dépensé les sommes prises en compte sur présentation de la facture. Les frais funéraires viennent en déduction du capital décès versé par le régime des assurances sociales.

Ces frais funéraires comprennent entre autres le cercueil, la mise en bière, les frais de corbillard, les frais

de creusement de la tombe, les frais de cérémonie, les frais d'incinération.

Le capital décès est servi en matière d'assurance sociale. Ayant le même objet, le capital décès et les frais funéraires ne peuvent se cumuler et le montant du forfait frais funéraires vient en déduction du capital décès.

bb. Indemnisation des ayants droits

Sont considérés comme ayants droits de la victime d'un accident du travail pouvant bénéficier d'une rente :

- ✓ le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacs,
- ✓ les enfants,
- ✓ les ascendants.

Les ayants droits de la victime perçoivent une rente viagère suivant l'article L.431-7 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le système du calcul de la rente sera identique à celui des rentes versées à la victime directe d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, en particulier pour la détermination du salaire annuel de base.

La seule différence résidera dans le taux d'IPP corrigé qui variera suivant la qualité de l'ayant droit.

Le total des rentes allouées à l'ensemble des ayants droits d'une victime d'accident du travail décédés ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de base d'après lequel elles ont été établies. Si leur total dépassait ce taux de 85 %, les rentes revenant à chaque catégorie d'ayants droits feraient l'objet d'une réduction proportionnelle.

Cas du déplacement du plafond de 85% en cas de décès imputable à l'accident du travail. Normalement une famille composée de l'un des parents et de trois enfants perçoit une rente à la reconnaissance de l'imputabilité du décès de l'autre parent. Conjoint survivant de moins de 55 ans : 40%.

Premier enfant : 25%.

Second enfant : 25%.

Troisième enfant : 20%.

On aboutit ainsi à un total de 110% mais qui est ramené à 85%. La caisse refait un calcul pour établir





la proposition attribuée à chacun. Le conjoint survivant touchera $40\% \times 85 / 110 = 30,9\%$.

Le premier enfant touchera $25 \times 85 / 110 = 19,3\%$.

Le second enfant touchera $25 \times 85 / 110 = 19,3\%$.

Le troisième enfant touchera $20 \times 85 / 110 = 5,45\%$.

La loi n°2001-1.246 du 21 décembre 2001 n'ayant pas modifié la limite de 85% pour l'indemnisation globale pour une même famille, le seul moyen pour que le taux utile pour une famille soit de 100% est d'obtenir la faute inexcusable de l'employeur.

Les taux de rente calculés pour les ayants droits sont des taux réels, ils ne sont donc pas divisés par 2 ou multipliés par 1,5 comme pour les victimes lorsqu'elles sont vivantes.

Les nouvelles dispositions prévues par la loi n°2001-1.246 du 21 décembre 2001 (conditions d'attribution de la majoration tierce personne, revalorisation des rentes des ayants-droits) détaillées ci-dessous s'appliquent pour les nouveaux taux aux AT-MP déclarés ou révisés depuis le 1er janvier 2002. En ce qui concerne les maladies professionnelles, ces dispositions s'appliquent à la date du certificat médical qui fait le lien entre la maladie et l'activité professionnelle. Cette date est alors assimilable à celle d'un accident du travail.

La circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie n° 70 / 2002 du 7-5-2002 a récemment majoré de 10 % l'indemnisation versée aux ayant droits, ceci concernant les accidents survenus à partir du 1er janvier 2002.

La circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés n° 46 / 2003 du 2-4-2003 a précisé les conditions d'indemnisation des ayants-droits.

Les nouveaux taux sont applicables bien sûr aux AT-MP déclarés ou révisés depuis le 1er janvier 2002, mais également à toutes les rentes d'ayants-droits servies avant cette date, quelle que soit la date de déclaration, avec un rappel à compter du 31 décembre 2002.

α. Le conjoint survivant

Le bénéfice des rentes détaillées ci-dessous s'applique, outre le conjoint, désormais au concubin et au partenaire lié par un PACS (circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés – DRP n° 70 / 2002 du 7-5-2002, ceci concernant

les accidents survenus à partir du 1-9-2001 en application de l'Article L. 434-8 du Code de la Sécurité Sociale modifié par l'article 53 de la loi n°2001-1.246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002).

Le nouveau statut des ayants-droits est applicable à partir du 1 – 9 – 2001.

L'article 515-8 du Code Civil définit le concubinage comme une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

L'article 515-1 du Code Civil quant à lui définit le PACS comme un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune.

La preuve d'une vie commune ne pose pas de difficultés pour le PACS, le greffe du tribunal d'instance concerné délivrant aux intéressés un document intitulé "attestation d'inscription d'un PACS et de ses éventuelles modifications".

S'agissant du concubinage, cette situation pourra être établie par la production d'un certificat délivré par la mairie ou, à défaut, par la production de factures de type EDF, quittance de loyer, ou d'un avis d'impôt sur le revenu mentionnant une adresse conjointe dont il revient à la CPAM d'apprécier la validité. Une enquête administrative permettra le cas échéant de recueillir des éléments permettant de prendre une décision.

Le partenaire suscitait droit à une rente viagère, sous réserve que le mariage a été contracté, ou que le pacte civil de solidarité, ou la situation de concubinage aient été établis avant l'accident ou à défaut que le mariage ait été contracté, que le pacte civil de solidarité, ou la situation de concubinage aient été établis depuis au moins deux ans avant le décès. Ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont nés du mariage, ou si les concubins, les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants (article L. 434-8 du Code de la Sécurité Sociale).

Lors qu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint n'a droit à la rente viagère que si ce conjoint a obtenu une pension alimentaire. Un conjoint séparé ou divorcé et qui a obtenu une pension alimentaire avant le décès de la victime peut bénéficier d'une rente d'ayants droits à la hauteur du montant de la pension alimentaire dans la limite de 20% du salaire annuel de base de la victime.





Si la victime de l'accident du travail laisse un nouveau conjoint, la rente à répartir doit être fixée de telle sorte que le 2^e conjoint ne puisse recevoir moins de la moitié de la rente de 30%.

En cas de remariage, le conjoint cesse de bénéficier de la rente viagère. Ce conjoint touche alors à la place une somme égale aux arrérages de la rente calculée selon le taux en vigueur à la date du mariage et concernant une période déterminée de 3 ans (article R. 434-15 du Code de la Sécurité Sociale). En cas de remariage, le conjoint, s'il n'a pas d'enfant, touche donc un capital égal à trois fois du montant de la rente annuelle.

Si le conjoint a des enfants du mariage avec la victime, même s'il se remarie, il conservera cependant le droit à la rente dont le rachat sera différé aussi longtemps que l'un de ses enfants bénéficiera de la rente d'ayant droit. Le rachat de la rente en cas de conjoint survivant remarié avec des enfants sera donc différé jusqu'à ce que le plus jeune des enfants ait atteint l'âge de 16 ans.

Si le conjoint qui s'est remarié est de nouveau séparé de corps, divorcé, ou veuf, il récupère son droit à la rente.

Si le conjoint est condamné pour abandon de famille, il ne touche aucun avantage, ni rente, ni capital.

Le conjoint survivant âgé de moins de 55 ans bénéficie de la rente viagère s'élevant à 40 % du salaire annuel de base de la victime (Article R. 434-11 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le décret d'application n°2002-1.555 du 24 décembre 2002 publié au Journal Officiel du 29 décembre 2002 applicable aux rentes à compter du 1 - 1 - 2003) au lieu de 30 % antérieurement.

Cette rente est réduite à 20 % pour le conjoint séparé de corps ou divorcé qui peut y prétendre.

Si le conjoint survivant a au moins 55 ans ou si ce conjoint survivant est atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % pendant au moins trois mois, la rente est majorée de 20 % (Articles L. 434-8 5^e alinéa et R. 243-11 3^e alinéa du Code de la Sécurité Sociale). La rente est alors de 40 % + 20 % = 60 %. Dans le cas du conjoint atteint d'une incapacité de travail au minimum de 50% la majoration est versée aussi longtemps que l'incapacité est reconnue.

Cette rente est destinée à compenser le préjudice économique subi du fait de la victime.

Lorsque le conjoint survivant atteint les 55 ans, il doit pour bénéficier de cette majoration présenter une demande à l'aide d'un formulaire disponible dans les caisses.

Si la victime s'était remariée avant son décès, la rente viagère à laquelle son nouveau conjoint peut prétendre est au minimum équivalente à 20% du salaire annuel de base de l'assuré.

β. La rente viagère touchée par les descendants

Les enfants légitimes naturels dont la filiation est légalement établie, et les enfants adoptés ont droit à cette rente.

Les autres descendants de la victime et les enfants recueillis par elle, s'ils sont privés de leur soutien naturel, sont considérés de ce fait à la charge de la victime et bénéficient des mêmes avantages, spécialement les petits enfants de la victime. La notion d'enfants recueillis concerne essentiellement les enfants de l'époux ou de l'épouse ou encore du concubin.

La limite d'âge pour bénéficier de la rente est de 20 ans quelle que soit la situation personnelle de l'enfant y compris en cas de salariat alors qu'auparavant l'âge limite était de 16 ans ou dans certains cas de 17 à 20 ans (décret n° 2002 - 1555 du 24 -12 - 2002 applicable aux rentes à compter du 1 - 1 - 2003).

Le taux de la rente variera suivant que les enfants sont orphelins, de père et de mère au moment du décès, ou le deviennent postérieurement ou seulement orphelin de père ou bien de mère (article L. 434-10 du Code de la Sécurité Sociale). La répartition des taux pour chaque enfant est régie par l'article R.434-16 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le décret n° 2002 - 1555 du 24 - 12 - 2002 applicable aux rentes à compter du 1 - 1 - 2003.

Pour chaque enfant, orphelin de père ou de mère, le taux de est 25 %, au lieu de 15 % auparavant, dans la limite de 2 enfants et de 20 %, au lieu de 10 % auparavant, au delà de 2 enfants. Si l'enfant a perdu ses deux parents lors du décès de la victime postérieurement à celui-ci (orphelin de père et de mère), le taux est de 30 %, au lieu de 20 % auparavant.

En cas de plusieurs enfants, les rentes sont considérées comme collectives et donc réduites au fur et à mesure que les enfants atteignent la limite d'âge.

Exemple de 3 enfants âgés de 15 ans :





La rente totale pour les enfants sera de $25\% + 25\% + 20\% = 70\%$. La part de chaque enfant sera donc de $70\% : 3 = 23,3\%$.

Lorsque l'aîné perdra du fait de la limite d'âge, le droit à une rente, la rente totale sera de 45% .

La part de chaque enfant sera de $45\% : 2 = 22,5\%$.

On pourra constater que la part de chaque enfant augmente lorsqu'un enfant de cette famille atteint la limite d'âge.

Dans le cas d'enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée distinctement.

Toutes les rentes servies pour des enfants sont concernées :

- ✓ les rentes servies le seront jusqu'aux 20 ans révolus de l'enfant,
- ✓ les rentes dues selon les termes de la circulaire, mais ayant cessé d'être servies, devront être reprises pour la période entre le 31 décembre 2002 et les 20 ans de l'enfant.

γ. Rente des ascendants

Le principe de cette rente s'inspire du Code civil (articles 205 et 207 du Code civil) où il est stipulé que chacun doit subvenir à ses ascendants dans le besoin.

L'ascendant peut donc bénéficier d'une rente sous réserve que dans le cas où la victime n'avait ni conjoint, ni enfant, cet ascendant aurait pu obtenir une pension alimentaire et que dans le cas où la victime avait conjoint et enfant, il était à la charge de la victime (article L. 734-13 du Code de la Sécurité Sociale).

Ces conditions doivent être apportées à la date de l'accident ou au jour du décès de la victime. Ce droit à la rente est supprimé si l'ascendant est reconnu coupable d'abandon ou déchu de l'autorité parentale.

La rente d'ascendant est fixée à 10% du salaire annuel de la victime. Le total des rentes allouées aux ascendants ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de base égale à 30% . Si cette quotité a dépassé la rente de chacun des ascendants, elle sera réduite proportionnellement (article L. 434-14 du Code de la Sécurité Sociale).

δ. Exemples

- ✓ Exemple N°1 : cas de la famille Génin

Mr Génin décède des suites d'un accident du travail en 1993.

Il laisse une veuve, Sylvie Génin née en 1960, et deux enfants, Pascal né en 1990 et Amélie née en 1991.

Cette famille a perçu jusqu'à ce jour :

- pour Sylvie : 30% au titre du conjoint survivant,
- pour Pascal : 15% comme premier enfant,
- pour Amélie : 15% comme second enfant.

Soit un total de 60% du salaire de référence.

Ce salaire de référence est de 20.000 euros (chiffre 2003).

Les rentes d'ayants droit de la famille Génin représentaient 60% de ces 20.000 euros soit 12.000 euros par an.

Avant l'application des circulaires, les caisses avaient la consigne d'exclure la famille Génin, comme tous les anciens dossiers, du bénéfice des nouveaux taux.

A compter de l'application par les caisses de la circulaire, et avec un effet rétroactif au 31 décembre 2002, l'indemnisation de la famille Génin sera de :

- 40% pour Sylvie au titre du conjoint survivant,
- 25% pour Pascal au titre du premier enfant,
- 25% pour Amélie au titre du second enfant.

Soit une indemnisation de 90% du salaire de référence.

Mais la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 dont sont issues les nouvelles règles, n'a pas abrogé les articles L. 434-14 et R. 434-17 du Code de sécurité sociale.

Le maximum du taux utile pour une même famille est toujours fixé à 85% .

L'indemnisation de la famille Génin sera donc de 20.000 euros X 85% soit 17.000 euros par an.

Soit une augmentation de 5.000 euros par année pleine.

La famille Génin percevra également un rappel couvrant la période du 31 décembre 2002 à la date de la nouvelle notification.

- ✓ Exemple N°2 : cas de la famille Grandadam

Mr Grandadam décède des suites d'un accident du travail en 2000.



Ses ayants droits sont :

- sa conjointe, Caroline, née en 1946,
- ses trois enfants : Alexandre, né en 1975 ; Julie, née en 1981 et Eric, né en 1984.

En 2000, la famille Grandadam perçoit en application des anciennes règles :

- pour Caroline au titre du conjoint survivant, 30% du salaire de référence ;
- pour Alexandre, âgé de plus de 20 ans au moment du décès, aucune indemnisation ;
- pour Julie, âgée de 19 ans au moment du décès et salariée, aucune indemnisation ;
- pour Eric, âgé de 15 ans au moment du décès, 15% du salaire de référence.

La famille Grandadam perçoit donc en 2000, 30 % + 15 % = 45% du salaire de référence.

En 2001, Mme Caroline Grandadam ayant atteint l'âge de 55 ans, son taux est majoré de 20%.

La famille Grandadam perçoit alors 45% + 20 % = 65% du salaire de référence.

En avril 2002 :

Eric vient de réussir son baccalauréat et a trouvé un emploi salarié.

Le versement de sa rente est arrêté.

La famille Grandadam voit son indemnisation passer à 50% du salaire de référence

(La seule indemnisation est celle de Mme Caroline Grandadam au titre du conjoint survivant avec la majoration de 20%, soit 30 % + 20 % = 50 %).

En 2003 avec l'application des nouvelles règles :

- la rente de Mme Caroline Grandadam passe de 50% à 60% du salaire de référence.
- le versement d'une rente de 25% (et non plus de 15%) va reprendre pour son fils Eric.

Cette rente est versée à compter du 31 décembre 2002 et jusqu'à ce qu'Eric atteigne ses 20 ans.

L'application des nouvelles règles augmentera les prestations de la famille Grandadam de 35% du salaire de référence.

Le salaire de référence étant de 20.000 euros, le gain pour la famille Grandadam sera de 7.000 euros sur une année pleine.

2. Révision de la rente

Suivant les articles L.443 – 1 et R. 443-1, R. 443 - 5 du Code de la Sécurité Sociale, “sous réserve des dispositions du deuxième 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 ou de consolidation de la blessure peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations. Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment dans les deux premières années qui suivent la date de guérison ou de consolidation de la blessure, à intervalles de trois mois. Après l'expiration de ce délai de deux ans, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles d'au moins un an. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués de commun accord”.

Le taux d'IPP peut être révisé :

- ✓ Par l'organisme gestionnaire : les titulaires d'une rente sont tenus de se soumettre aux contrôles médicaux organisés par les organismes gestionnaires sous peine de se voir prononcer la suspension de la rente. Il est possible lors de l'occasion de ces examens de procéder à la révision du taux de l'incapacité.
- ✓ Par les titulaires d'une rente. Le titulaire de la rente peut demander une révision à tout moment pendant les deux premières années à compter de la date de consolidation. Passé ce délai la révision ne peut être effectuée qu'annuellement. Il est conseillé d'appuyer les demandes de révision de rente par un certificat médical circonstancié.

La Cour de cassation a précisé que le premier contrôle de l'état de l'assuré, effectué à l'issue de la période initiale de deux ans, peut avoir lieu sans qu'une durée minimale d'une année ne soit exigée (Arrêt de la Chambre de la Cour de Cassation du 6 octobre 1994, n°92-13.324). Ainsi, ce premier contrôle après la fin de la période initiale de deux ans peut intervenir à tout moment et servir de point de départ au délai d'un an prévu pour les contrôles ultérieurs.

La révision ne sera envisagée que s'il y a modification dans l'état de la victime, c'est à dire un fait nouveau d'ordre médical se traduisant par une amélioration ou une aggravation des lésions après la fixation du taux d'IPP. Si, dans le cadre d'une demande d'aggravation, la victime invoque des lésions nouvelles qui n'ont pas été immédiatement consécutives à l'accident,



ou qui ne sont pas survenues dans les suites du traumatisme ou du traitement, elle doit apporter la preuve directe de la relation certaine entre l'accident et ces nouvelles lésions.

Que la révision soit demandée par la victime, certificat médical à l'appui ou qu'elle soit déclenchée sur initiative de la Caisse Primaire, elle donnera lieu à un examen du Médecin Conseil.

La victime doit être informée, par lettre recommandée, du jour, de l'heure et du lieu de cet examen au moins six jours à l'avance (article R. 443 - 5 du Code de la Sécurité Sociale). Dans le cas où la victime ne peut, en raison de son état, se rendre au lieu indiqué pour cet examen, elle doit en avertir immédiatement la caisse primaire.

La décision de la Caisse sera notifiée à la victime dans les mêmes conditions que pour l'attribution de la rente initiale avec indication des voies de recours. La victime doit se soumettre aux examens du contrôle médical dans tous les cas même si elle estime que son état demeure inchangé, car elle risquerait alors de voir

la Caisse suspendre tout paiement de rente jusqu'au contrôle effectif du Médecin Conseil (article R.443-6 du Code de la sécurité sociale).

Lorsque le taux d'IPP antérieur était inférieur à 10%, il ne justifiait que d'une indemnité en capital. Lorsque le nouveau taux reste inférieur à 10%, l'indemnité en capital correspondant à ce nouveau taux d'IPP est calculée et diminuée d'une somme égale à l'indemnité correspondant à l'ancien taux. Lorsque le nouveau taux d'incapacité est supérieur à 10%, les arriérages annuels de la rente sont diminués de 30% au plus à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.

Lorsque le taux d'IPP antérieur était supérieur ou égal à 10% faisant bénéficier d'une rente et que le nouveau taux d'incapacité est strictement inférieur à 10%, la rente est remplacée par une indemnité en capital.

Lorsque le nouveau taux d'incapacité est supérieur ou égal à 10%, la majoration de la rente se fait au nouveau taux d'IPP. (Article R.434-1-3 et article R.434-1-1 du Code de la Sécurité sociale).

Encadré 4

Modèle de demande de révision d'une rente d'accident du travail

(à adresser en recommandé avec accusé de réception)

Nom, prénom

A (lieu), le (date)

Adresse

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

Objet : demande de révision d'une rente d'accident de travail

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

Suite à un accident du travail (ou à une maladie professionnelle) du ... (date de déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle), je bénéficie d'une rente basée sur un taux d'incapacité de x %.

Mon état de santé consécutif à cet accident du travail (ou à cette maladie professionnelle), s'étant aggravé depuis la fixation de ce taux, ainsi qu'en atteste le certificat médical ci-joint, j'ai l'honneur de solliciter l'augmentation de ce taux, afin que celui-ci soit porté à y %.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur de la

Caisse primaire d'assurance maladie de, à l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Signature





C. LE CONTENTIEUX DE LA FIXATION DU TAUX D'IPP

Il appartient au contentieux technique médical.

Le contentieux technique régit les litiges relatifs à l'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun, l'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'inaptitude au travail. Ce contentieux technique médical est défini dans le Code de la Sécurité Sociale par les Articles L. 143 – 1 à L. 143 – 4, R. 143 – 1 à R.143 – 36.

La composition et le fonctionnement de ce Tribunal du contentieux et de l'incapacité sont décrits dans l'article « La mise en invalidité par la Sécurité sociale et son contentieux ».

Le Tribunal est directement saisi, sans recours préalable à la commission de recours amiable. En effet le

recours amiable est facultatif au titre de l'incapacité permanente. Ceci signifie que les réclamations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle peuvent sur demande du requérant être soumises au préalable à la commission de recours amiable. Lorsque la décision de la commission de recours amiable saisie n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans un délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité.

La date de contestation est la date de notification du taux d'IPP. L'examen des données médicales du patient devra donc être fait théoriquement à la date de notification du taux d'IPP.

Encadré 5

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

nom, prénom, profession,
adresse du requérant

Monsieur ou madame le secrétaire
du contentieux et de l'incapacité

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame,

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

Conformément aux dispositions de l'Article R. 143-6 du Code de la Sécurité sociale, j'ai l'honneur de former un recours contre cette décision dont je conteste le bien-fondé pour les motifs suivants : (à titre d'exemple, dans le cas d'une contestation de la fixation d'un taux d'IPP en accident du travail, la victime pourrait écrire le motif suivant : “en effet, je considère que le taux de rente qui m'est attribué ne peut être considéré comme une juste réparation des conséquences de mon accident du travail”). Je demande donc une modification d'un taux d'IPP pour mon accident du travail du ... de...%

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

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

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

Signature :





Le Tribunal peut rajouter au taux “ médical “ d’IPP un taux professionnel tenant compte essentiellement du déclassement professionnel de la victime, et des difficultés d’embauche, du fait des séquelles de son accident. Ceci est d’autant plus fréquent que dans la majorité des cas, le taux d’IPP accordé par la sécurité sociale se base sur le rapport médical d’IPP du médecin conseil qui ne tient compte que des conséquences médicales du handicap sans appréhender les conséquences professionnelles de ce handicap par le rajout d’un taux professionnel. Dans ce cas précis, l’assuré aura tout intérêt à contester le taux d’IPP accordé par la caisse primaire d’assurance maladie devant le TCI qui, lui, tient compte constamment des conséquences profes-

sionnelles de l’accident du travail en rajoutant un taux professionnel.

La seule exception à la possibilité d’appel d’une décision du Tribunal du contentieux de l’incapacité devant la Cour nationale de l’incapacité de la tarification de l’assurance des accidents du travail concernait jusqu’au 20 – 1 – 2002 les décisions du Tribunal du contentieux de l’incapacité en matière d’incapacité permanente due à l’accident du travail lorsque le taux de cette incapacité était inférieur à 10 %.

Le Tribunal du contentieux de l’incapacité saisi statuant alors en premier et dernier ressort, seul un pourvoi en Cassation était alors possible.

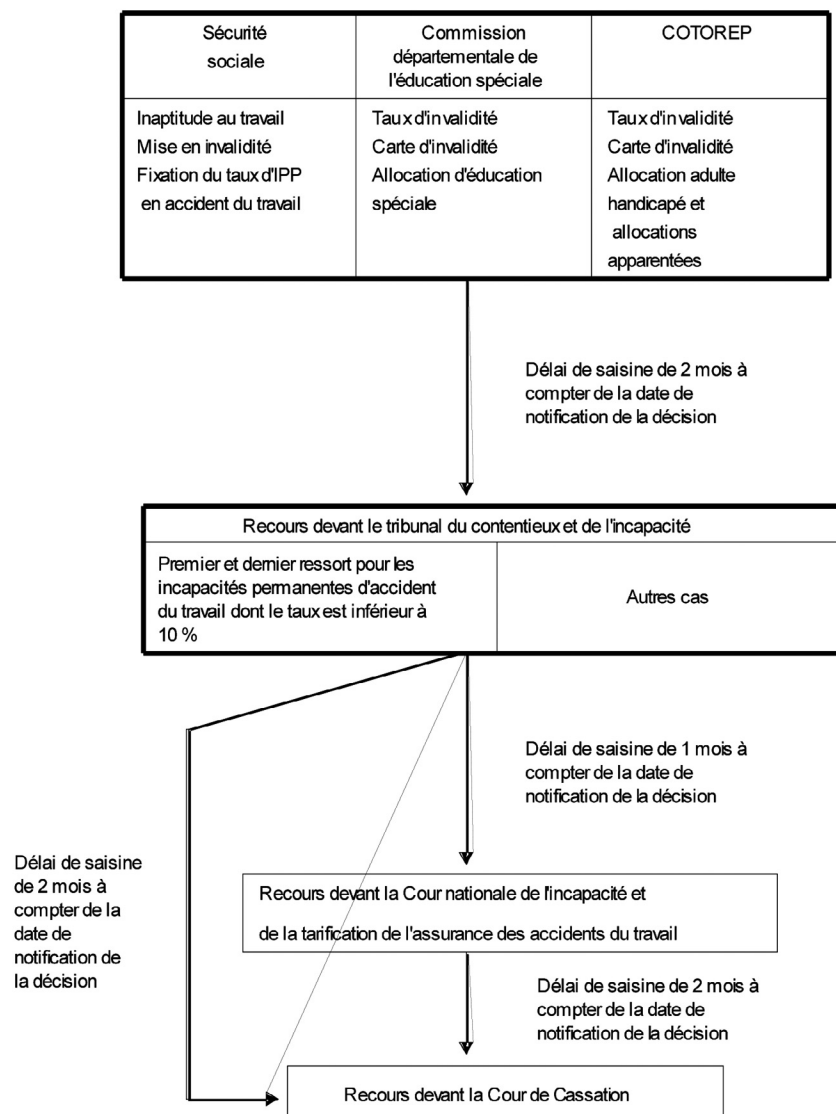


Schéma général du contentieux technique de la Sécurité Sociale (avant le 20-1-2002)



Ceci a été supprimé par l'article 35 de la Loi de modernisation sociale n° 2002 – 73 du 17 – 1 – 2002, avec application de cette Loi par la circulaire ministérielle de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de l'emploi du 7 – 2 – 2002 n° 2002 – 73 qui

concerne toutes les décisions du Tribunal du contentieux de l'incapacité en matière d'incapacité permanente due à l'accident du travail lorsque le taux de cette incapacité était inférieur à 10 % à compter du 20 – 1 – 2002.

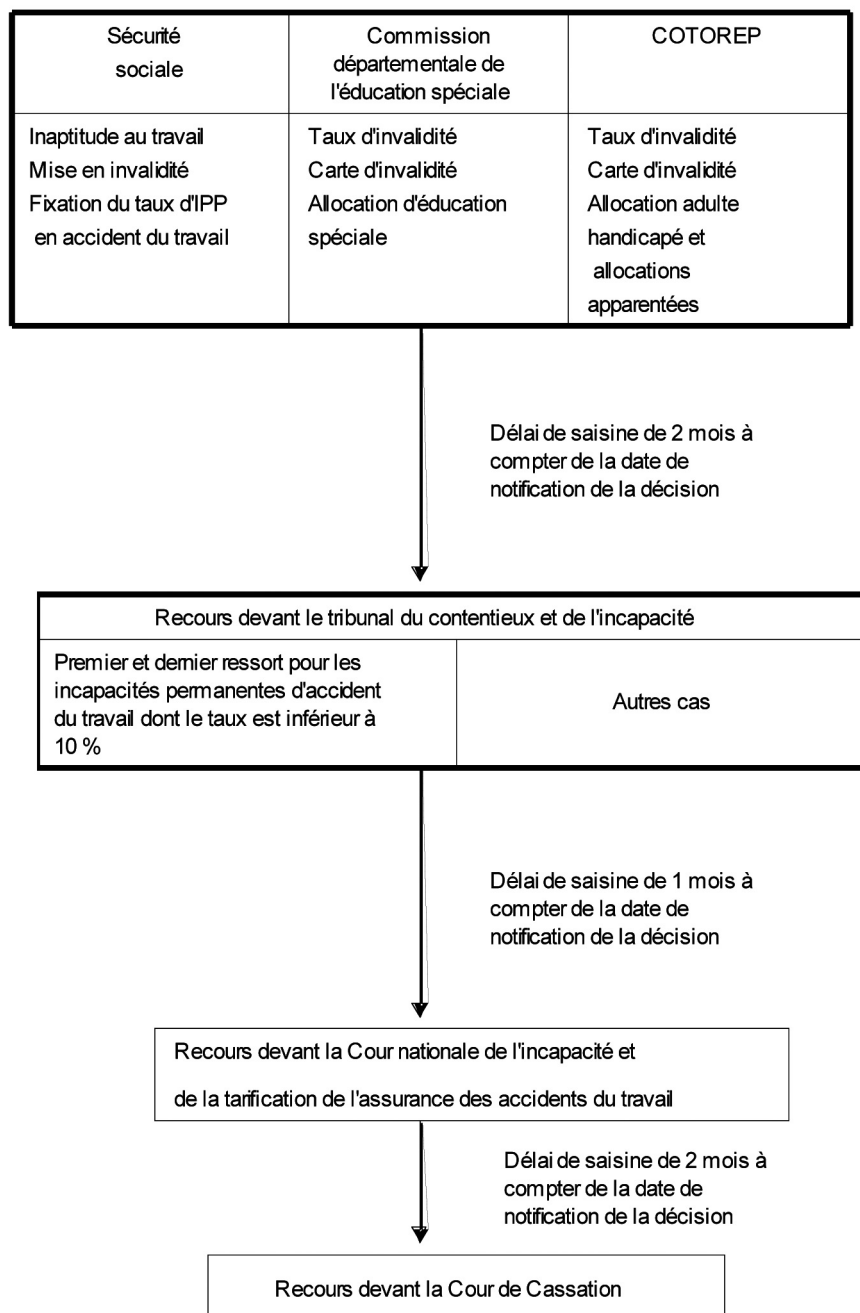


Schéma général du contentieux technique de la Sécurité Sociale (après le 20-1-2002)



D. LA PROTECTION DU SALARIÉ ACCIDENTÉ DU TRAVAIL VIS-À-VIS DU RISQUE DE LICENCIEMENT

1. Réglementation

Les salariés victimes d'un accident du travail (à l'exclusion des accidents de trajet), d'une rechute d'un accident de travail survenu chez le même employeur, ou d'une maladie professionnelle sont protégés contre un licenciement pendant leur arrêt de travail. Le contrat de travail d'un salarié victime d'un accident du travail est considéré comme suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail consécutif à cet accident du travail, qu'il s'agisse d'un CDD ou d'un CDI, ainsi que pendant le délai d'attente et la durée d'un stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle prescrite par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) (Article L. 122 - 32 - 1 et 2 du Code du travail). La même protection contre le licenciement est donc effective pendant la durée du stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle qui est suivie sur avis de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'accident de trajet est considéré comme ne pouvant être ni prévu, ni évité par l'employeur.

Le licenciement pour inaptitude du salarié à la suite d'un accident de trajet suit donc les mêmes règles qu'en cas d'inaptitude résultant d'une maladie (Article L. 122 - 32 - 1 du Code du travail, Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 23.04.80 N° 78 - 40.586, Lesniak contre société Simmac, 5^e partie, N° 335 ; Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, arrêt de la Chambre sociale de la Cour de Cassation du 10.05.84 N° 80 - 41.388, Gouiran contre société métallurgique Le nickel, 5^e partie, N° 185).

Le salarié victime d'un accident du travail, en arrêt de travail est protégé contre un licenciement, tant que la visite médicale de reprise n'a pas eu lieu (Arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation du 25.05.93, société Sade contre Rassoul). La date de reprise effective du travail fixée par le médecin du travail mettra fin à la protection du salarié contre le licenciement.

Cette visite médicale auprès du médecin de travail est obligatoire après un arrêt de travail pour maladie professionnelle ou après un arrêt de travail d'au moins

8 jours pour accident du travail. Elle doit avoir lieu au moment de la reprise du travail. Le médecin du travail ne peut déclarer un salarié inapte qu'après deux examens médicaux espacés de deux semaines sauf si la présence du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé et la sécurité de l'intéressé ou celle des tiers.

2. Le licenciement pendant l'arrêt de travail survenant dans le cadre d'un accident de travail

La réglementation suscitée ne permet donc le licenciement que dans des circonstances bien précises et limitées, c'est-à-dire pour faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat pour des raisons non liées à la maladie professionnelle ou à l'accident du travail.

La faute grave est une faute rendant impossible la poursuite des relations de travail justifiant un licenciement immédiat sans préavis ni indemnité de licenciement. La faute grave reprochée au salarié peut être liée ou non à l'accident. Il peut donc s'agir d'une faute grave de la victime à l'origine de son accident du travail ou d'une faute grave sans rapport avec son accident du travail.

L'impossibilité de maintenir le contrat pour un motif non lié à l'accident ou à la maladie professionnelle peut être consécutive à un motif économique ou à la fin d'un chantier où le salarié avait été embauché (par exemple maçon embauché pour un chantier du bâtiment : Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, arrêt de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 05.04.90, N° 87 - 45.575, Mousbir contre entreprise Bruno ROSTAND, 5^{ème} partie, N° 174). Dans tous les cas où le motif du licenciement est cette impossibilité à maintenir le contrat, l'employeur devra apporter la preuve du bien fondé de son argumentation justifiant ce licenciement.

3. Le licenciement après l'arrêt de travail survenant dans le cadre d'un accident de travail

a. Cas où le salarié est considéré comme apte à la reprise du travail par le médecin du travail

Le salarié pourra retrouver son emploi initial. Si cet emploi n'est plus vacant, l'employeur doit alors lui





proposer un emploi similaire, assorti d'une rémunération équivalente.

Si le salarié est licencié par l'employeur, ce licenciement est alors considéré comme "abusif" avec les indemnités afférentes.

b. Cas où le salarié est déclaré inapte à reprendre son emploi par le médecin du travail

aa. La tentative de reclassement

L'employeur doit alors proposer à l'employé un nouvel emploi en tenant compte des conclusions écrites du médecin de travail et après avis des délégués du personnel.

L'employeur doit tenir compte des indications données par le médecin du travail et en particulier de ses propositions de reclassement.

Si le médecin du travail ne fait aucune proposition de reclassement, l'employeur doit prendre l'initiative de solliciter ses conclusions. Si le médecin du travail ne fait aucune proposition écrite, l'employeur doit demander les conclusions écrites au médecin du travail. L'absence de demande d'avis du médecin du travail conduit à un licenciement irrégulier et là encore le salarié pourra prétendre à une indemnité de 12 mois de salaire minimum sans préjudice de l'indemnité de préavis et de l'indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité légale (arrêt du 24.11.1993 de la Chambre sociale de la Cour de Cassation, Société Beauvieux contre Martin).

L'absence de demande de l'avis des délégués du personnel par l'employeur, obligera ce dernier à verser au salarié une indemnité de 12 mois de salaire minimum (article L.122 - 32 - 7 du Code du travail) et ce même si le reclassement était en fait impossible (arrêt du 30.03.1994 de la Chambre sociale de la Cour de Cassation, Anigo contre Société Delta Route).

L'employeur doit proposer au salarié victime d'un accident du travail un nouvel emploi approprié à ses capacités, aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé mais la rémunération antérieure n'est pas nécessairement maintenue. La procédure de reclassement par l'employeur doit se faire non seulement dans le cadre d'une entreprise mais également dans le groupe auquel appartient l'employeur concerné parmi les entreprises dont les activités, l'organisation ou le lieu d'exploitation lui permettent d'effectuer la

permutation de tout ou partie du personnel (Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 24.10.95, N° 94 - 40.188, Société Décolletage Plastique contre Jadault, 5^e partie, N° 283).

bb. La procédure de licenciement

L'employeur ne peut licencier le salarié victime d'un accident du travail déclaré inapte à son poste de travail que s'il parvient à démontrer l'impossibilité où il se trouve de reclasser ce salarié ou bien le refus par le salarié du poste proposé (Article L. 122 - 3 - 5 du Code du travail).

Si le salarié refuse d'accepter le poste proposé par l'employeur, le licenciement s'effectue alors suivant la procédure de droit commun.

L'employeur doit alors faire connaître au salarié par écrit les raisons de l'impossibilité du reclassement en s'appuyant sur des motifs solides (Article L.122 - 32 - 5 du Code du travail). Le non respect de cette formalité laisse la possibilité au salarié de demander des dommages et intérêts en raison d'un préjudice subi (Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 25.10.95, Vergnol contre Société Spirit; Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 04.01.90, N°86 - 40.740, Doizenet contre société Transpeler, 5^e partie, N°3 ; Bulletin des arrêts de la Cour de Cassation, Chambres civiles, Chambre sociale de la Cour de Cassation, arrêt du 09.05.90, arrêt N°86 - 41.874, Gordien contre Société Climale, 5^e partie, N° 211).

Le licenciement suit la procédure habituelle : convocation du salarié pour entretien et notification du licenciement dans une lettre où il est rappelé les motifs du licenciement et les raisons rendant impossible le reclassement.

L'employeur versera alors au salarié victime d'un accident du travail licencié (Article L. 122 - 32 du Code du travail) :

- ✓ une indemnité compensatrice de préavis d'un montant égal à l'indemnité compensatrice de préavis de droit commun,
- ✓ une indemnité compensatrice de congés payés,
- ✓ une indemnité spéciale de licenciement égale au double de l'indemnité légale de licenciement.





Cette indemnité est donc égale à 1/5 du salaire mensuel par année d'ancienneté et majorée de 2/15 par année au-delà de la 10^e année d'ancienneté. Si l'indemnité de licenciement de la convention collective est plus favorable, c'est cette dernière indemnité qui sera versée mais le salarié ne peut pas demander le double de l'indemnité conventionnelle. Cette procédure de licenciement et le montant de l'indemnité de licenciement sont identiques si le salarié refuse l'offre de reclassement de l'employeur. La seule exception réside dans un refus du salarié d'accepter un reclassement lorsque ce refus est considéré comme "abusif". Le salarié ne pourra alors bénéficier que des indemnités de licenciement prévues par les conditions de droit commun.

Si le salarié victime d'un accident du travail a été licencié alors que le reclassement n'était pas impossible, l'employeur devra alors verser une indemnité pour rupture "abusive" du contrat de travail.

E. LE CAS DE LA FONCTION PUBLIQUE

1. Définitions

a. L'accident de service

La dénomination officielle de l'accident du travail est l'accident de service. L'accident de service se définit par les accidents du travail ou les accidents de trajets "résultant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain" (Circulaire FP4 n° 1 711 du 30.01.1989).

Comme dans le secteur privé, l'appréciation de cette définition reste essentiellement d'origine jurisprudentielle en s'inspirant de la jurisprudence du conseil d'état.

Le concept d'accident de service s'est donc élaboré dans le secteur public à partir de 4 arrêts du conseil d'état (arrêt EVEN du 24.11.1971, arrêt KOHN du 07.10.1981 repris par la circulaire interministérielle du 30.01.1989, arrêt GOGUET du 18.02.1983, arrêt MAZAGUIL du 22.10.1986).

Le fonctionnaire ne bénéficie pas de la présomption d'origine. Le fonctionnaire doit apporter la preuve de l'accident, la réalité d'une pathologie et la relation de cause à effet entre cette pathologie et l'accident. Le doute ne profite donc pas aux fonctionnaires.

Il en ressort que, contrairement au droit de la Sécurité Sociale, le fonctionnaire qu'il soit titulaire ou stagiaire doit apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service. Le fait que l'accident soit survenu sur le lieu et pendant le travail ne présume pas de son imputabilité au service. L'accident de service ne peut résulter d'une cause étrangère à l'exercice des fonctions de l'agent. Le fonctionnaire doit apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service, il n'y a pas de présomption d'imputabilité. Ceci conduit à une enquête administrative afin de rassembler les éléments de preuve d'imputabilité de l'accident de service.

La tendance jurisprudentielle et de l'interprétation de l'administration pour affirmer l'imputabilité oriente vers le fait que l'accident doit être soumis à trois critères : de temps (horaires de service) de lieu (lieu du service) d'activité (le service) du service (ou de la mission) mais qu'en plus il doit être lié à l'exécution même du travail ou survenir à l'occasion de celui-ci.

La notion de blessure ou de maladie survenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions suffit à faire reconnaître cette blessure ou cette maladie comme accident de service ou maladie professionnelle (décret 2 000 - 1 020 du 17.10.2000) pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

aa. Accident lié à l'exécution même du service

Il s'agit souvent :

- ✓ de l'exécution d'une tâche professionnelle qui a directement provoqué l'accident (arrêt du Conseil d'Etat TRONCHON du 30.06.1995; jugement du Tribunal administratif de NANTES LEONEC du 07.02.1996) ;
- ✓ de l'exécution du service qui a impliqué un geste spécifique, une position particulière du corps à l'origine d'un « faux mouvement » (arrêt du Conseil d'Etat ANDRE du 04.03.1988; jugement du Tribunal administratif de NICE, MAMAN du 20.12.1995) ;
- ✓ de l'exécution du service qui a impliqué un effort particulier (arrêt du Conseil d'Etat STAEDLIN du 07.12.1992; jugement du Tribunal administratif de MONTPELLIER, FUENTES, du 10 juillet 1996).

A l'inverse, la jurisprudence administrative estime que certaines circonstances sont sans influence sur l'imputabilité de l'accident au service. Ces circons-





tances n'excluent donc pas la survenue de cet accident du service qui reste reconnu :

- ✓ absence de "cause extérieure" comme origine de l'accident (arrêt du Conseil d'Etat, section Bonmartin, 30 septembre 1988)
- ✓ existence d'un "état de santé pré-existant" ayant favorisé, voire provoqué l'accident (arrêt du Conseil d'Etat Tronchon du 30 juin 1995; arrêt du Conseil d'Etat du 10 au 31 juillet 1996)
- ✓ existence d'une faute de l'agent à l'origine de l'accident (jugement du Tribunal administratif de NANTES, ROBERT, du 27.03.1996).

bb. Accident survenu à l'occasion du service

La jurisprudence considère qu'un accident survenu aux temps et au lieu du service qui n'est pas lié à l'exécution du service mais par contre lié à une circonstance particulière liée au service, pourra être reconnu comme accident de service.

Il pourra s'agir par exemple de l'état des lieux du service, même pendant une pause, compliqué du fait d'un équipement défaillant, d'un sol glissant (arrêt du conseil d'Etat QUITTEAU du 30.05.1995), de même l'accident au cours d'une mission : l'accident qui aura lieu lors d'un acte lié à une exécution de service et à l'occasion de l'exercice des fonctions peut être reconnu comme accident de service selon la Circulaire du 30.01.1989 (circulaire FP4 n° 17 711 34 / CMS 2B n° 9 du 30.01.1989).

cc. Cas particuliers

Les accidents de service survenus à l'occasion d'une activité accessoire accomplie pour le compte d'une collectivité publique (article D.171-11 du code de la sécurité sociale) sont reconnus comme des accidents de service. Il faut que cette activité accessoire souscrive à la réglementation sur les cumuls d'emploi pour le compte d'un second employeur public (Direction générale des collectivités locales / Sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, du ministère délégué aux collectivités territoriales, DGCL-FPT3/2006/n°012808/DEP).

Les accidents survenus au cours d'une activité sportive, socio-éducative ou culturelle organisée par l'autorité territoriale ou des associations reconnues par l'au-

torité territoriale exercée au sein de l'autorité territoriale dans la mesure où elle constitue un prolongement de l'exercice de la fonction sont reconnus comme accidents de service. Il s'agit en particulier des activités sportives qui peuvent être considérées comme le prolongement normal des fonctions dès lors qu'elles sont pratiquées par les fonctionnaires territoriaux dont l'exercice des fonctions requiert une bonne condition physique tel que les personnels des services actifs des pompiers organisés, soit par l'autorité territoriale soit dans le cadre d'une association. L'accident survenu à un fonctionnaire territorial au cours d'activité socio-éducatives culturelles qui font partie de ses obligations de service peut également être reconnu comme accident de service (Direction générale des collectivités locales / Sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, du ministère délégué aux collectivités territoriales, DGCL-FPT3/2006/n°012808/DEP).

b. L'accident de trajet

L'accident de trajet doit se produire pendant le trajet d'aller ou de retour entre la résidence principale (ou un lieu dans lequel l'agent se rend habituellement après son travail) et le lieu de travail ou encore dans le lieu où le fonctionnaire prend habituellement ses repas, à condition que le parcours ne soit pas interrompu ou détourné par un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant du service.

Un accident de trajet est reconnu comme accident de service si cet accident est survenu aux temps et lieu du trajet domicile – travail (Arrêt du conseil d'état SCIPION du 10.05.1995). Les détours, interruptions, dépassements de trajet rentrent dans le cadre des accidents de service s'ils répondent à une nécessité de la vie courante (Arrêt du conseil d'état DUSSAILAND du 02.02.1996) et s'ils restent d'une amplitude raisonnable (Arrêt du conseil d'état CLOATRE du 27.10.1995).

L'accident survenu aux temps et au lieu du trajet en vue de l'accomplissement d'une démarche exigée par l'employeur en dehors d'une mission proprement dite est également pris en charge au titre des accidents du service (Arrêt du conseil d'état SCIPION du 10.05.1995 : convocation à une visite médicale, arrêt du conseil d'état DARENGOSSE du 02.07.1980 : démarche en vue de l'obtention d'une prestation). Il s'agit de même pour un accident de service au cours





d'un déplacement effectué dans le cadre d'une mission.

En matière d'accident du trajet, le principe de la preuve de l'accident de trajet et donc de son imputabilité au service s'inspire fortement de la jurisprudence en vigueur dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale et de son environnement législatif (Article L. 411-2 du Code de la sécurité sociale).

La circulaire relative à la protection sociale des fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps complet ou à temps non complet contre les risques maladies et accidents de service de la Direction générale des collectivités locales / Sous direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale, du Ministère délégué aux collectivités territoriales, DGCL-FPT3/2006/n°012808/DEP stipule d'ailleurs que les dispositions prévues par l'article L.411-2 du Code de la sécurité sociale s'appliquent aux fonctionnaires territoriaux en ce qui concerne les victimes d'un accident du trajet.

c. Circonstances particulières

La blessure ou la maladie peuvent être également contractées ou aggravées dans deux circonstances particulières :

- ✓ En accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public (exemple des fonctionnaires blessés ou atteints d'une maladie à l'occasion d'un don bénévole de leur sang) ;
- ✓ En exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, c'est le cas des fonctionnaires qui ont subi un prélèvement d'organe au bénéfice d'une tierce personne (don de moelle osseuse par exemple).

2. Prise en charge de l'accident de service

Le fonctionnaire dispose d'un délai maximum de 24 heures pour déclarer son accident de service à sa hiérarchie. La commission de réforme, ministérielle ou départementale, assume la gestion du dossier de l'accident de service. En particulier elle donne obligatoirement un avis sur l'imputabilité au service de l'accident ou d'une maladie, les infirmités ou le taux d'invalidité qui en découle, le renouvellement des congés pour accidents de service ou maladie contractées dans l'exercice des fonctions (article 13 du Décret

N° 86 – 442 du 14.03.1986, Circulaire FP4 N° 1 711 du 30.01.1989).

La particularité par rapport au régime de Sécurité Sociale est que c'est l'administration au sens large (administration de l'Etat, administration territoriale ou hospitalière) dont dépend l'agent qui assurera le traitement du dossier de la demande de réparation. L'administration prend en charge la totalité des frais médicaux imputables à l'affection liée au service (Article 34 - 2^e paragraphe de la Loi 84 - 16 du 11.01. 1984 pour les fonctionnaires de l'Etat, Article 57 - 2^e paragraphe de la Loi 84 - 53 du 26.01.1984 pour les fonctionnaires territoriaux et Article 41 - 2^e paragraphe de la Loi 86 - 83 du 09.01.1986 pour les fonctionnaires hospitaliers).

Le fonctionnaire bénéficie d'un arrêt de travail après un certificat médical descriptif de son médecin traitant et avis de la commission de réforme.

A l'issue de cet arrêt de travail, le fonctionnaire, soit reprendra son service, soit sera mis en invalidité définitive imputable au service c'est à dire après que l'on ait considéré son inaptitude définitive à l'exercice de ces fonctions sans reclassement possible.

La commission de réforme peut aussi mettre fin à l'arrêt de travail pour pathologie due au service lorsqu'elle estime que toute reprise du travail est impossible.

Plusieurs alternatives sont donc offertes à la fin de cet arrêt de travail :

- ✓ reprise en mi-temps thérapeutique dans le but d'une réinsertion professionnelle,
- ✓ reprise à plein temps du travail après guérison,
- ✓ reprise du travail après consolidation avec éventuellement reclassement professionnel permettant à l'intéressé l'obtention éventuelle d'une allocation temporaire d'invalidité,
- ✓ non reprise du travail avec mise en invalidité définitive imputable au service.

Le traitement du fonctionnaire se voit intégralement maintenu pendant la durée de l'arrêt de travail, y compris les différents avantages, sauf les indemnités correspondant au remboursement de frais habituellement occasionnés par le service (déplacements, repas, indemnités vestimentaires...).

L'administration de l'agent victime de l'accident de service assure directement le traitement de ce der-





nier (paiement de la totalité du traitement indiciaire hors prime) dans le cas d'arrêt imputable à un accident de service, de trajet ou une maladie survenue en service.

L'administration paie ou rembourse les frais médicaux par l'intermédiaire d'une caisse de sécurité sociale spécifique.

Pour les collectivités territoriales c'est l'employeur qui assure la charge financière des prestations.

3. Le taux d'IPP

a. La fixation du taux d'IPP

Le médecin agréé fixera un taux d'IPP (incapacité permanente partielle). Il sera ensuite entériné par la commission de réforme.

Si ce taux est au moins égal à 10 %, la victime bénéficiera d'une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.). Ce taux sera calculé en fonction du barème du Code des pensions civiles et militaires (publié au décret n° 68 - 756 du 13.08.1968, Décret n° 2. 001 - 99 du 31.07.2001).

Cette A.T.I. est versée par la caisse des dépôts et consignations pour les agents des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière ou par la ministère du budget.

Le taux d'IPP fera l'objet d'une révision quinquennale jusqu'au départ en retraite du fonctionnaire titulaire. Une dernière révision aura lieu au moment du départ en retraite, le taux fixé n'étant alors plus susceptible de modification ultérieure.

La réglementation est légèrement différente pour les agents stagiaires, les agents contractuels ou les agents auxiliaires.

Si ce taux est inférieur à 10 %, la victime ne bénéficiera pas d'une indemnisation en rente ou en capital.

b. Calcul de l'allocation temporaire d'invalidité

Conformément au barème indicatif d'invalidité du Code des pensions civiles et militaires de retraite, lorsqu'il existe une infirmité préexistante à l'accident ou lorsque le fonctionnaire présente plusieurs séquelles, le pourcentage de l'allocation doit être calculé selon la règle de la validité restante.

Prenons l'exemple d'un agent victime d'un accident de service, sans lésion préexistante, sans taux pré-existant d'IPP, présentant trois lésions avec un taux de séquelles d'IPP de 25 %, 10 % et 5 %.

Pour la première lésion présentant un taux d'IPP de 20 % le taux indemnisable est de 20 %.

Pour la deuxième lésion dont le taux imputable est de 10 %, le taux indemnisable est de 10 % x la validité restante c'est à dire $100 - 20 = 80$ %, le taux indemnisable de cette deuxième lésion est donc de 8 %.

Pour la troisième lésion dont le taux imputable est de 5 %, le taux indemnisable est de 5 % x $(100 - 28 = 72)$ %, on arrive donc pour cette troisième lésion à un taux indemnisable de 3.6 %.

Le taux d'invalidité totale s'élève donc à $20 + 8 + 3.6$ soit 31.6 % qui sont arrondis à 32 %. Si le taux d'invalidité totale est inférieur à 10 %, il n'est pas nécessaire d'arrondir puisque un taux inférieur à 10 % ne permet pas d'obtenir, pour un accident de service, une allocation temporaire d'invalidité (voir le Décret n° 63-1 346 du 24.12.1963).

Prenons le deuxième exemple d'une personne présentant un état antérieur non imputable à l'accident de service actuel.

Cette personne présente un taux d'IPP, pour ces séquelles non imputables à l'accident de service, de 20 %.

Le taux d'IPP pour les séquelles indemnissables à son accident de service actuel s'élève à 30 %.

Le taux imputable des séquelles de cet accident de service est calculé par la formule $30 \% \times 80 \% = 24 \%$.

Le montant de la rente est calculé par la multiplication d'un traitement de référence par le taux d'invalidité indemnisable.

Le traitement de référence est celui correspondant à l'indice brut 164.

Ainsi au 01.07.1999 le traitement de référence annuel s'élève à 67 305 F. Une allocation temporaire d'invalidité de 24 % s'élève à $67\,305\text{ F} \times 24 \% / 12$ soit 1 346.10 F.

Dans le cadre de la révision quinquennale c'est à dire tous les 5 ans de cette allocation temporaire d'invalidité, l'administration désigne un médecin agréé qui examinera la victime en évaluant le taux d'IPP. Si le taux est inchangé et si la victime donne son accord écrit, rien ne change bien sûr, dans le cas contraire la





victime passe en commission départementale de réforme.

Si le taux est modifié, l'administration doit transmettre systématiquement le dossier médical à la commission de réforme.

Si l'agent manifeste son désaccord, une procédure de contre-expertise peut-être entamée avec ensuite demande à nouveau de l'avis de la commission de réforme qui statuera au vu des deux rapports médicaux.

Si le taux d'IPP est devenu inférieur à 10 %, en cas d'accident de service, le droit à cette allocation temporaire d'invalidité sera suspendu.

Après cette révision quinquennale, que l'allocation temporaire d'invalidité ait été suspendue au non, la victime pourra solliciter une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité mais au plus tôt 5 ans après la révision antérieure (Décret n° 63 – 1 346 du 24.12.1963, Article 7, alinéas 2 et 3). Les demandes de révisions sont possibles jusqu'à la date de radiation des cadres.

A la réception de la demande de révision, l'administration entame une procédure identique à celle de la révision quinquennale.

A la date de radiation des cadres, le taux d'IPP est de nouveau apprécié mais cette fois ci de façon définitive. L'allocation temporaire d'invalidité ne peut alors plus faire l'objet d'une révision quelconque même si l'aggravation intervient postérieurement.

Si l'invalidité résulte d'une aggravation des séquelles couverte par une allocation temporaire d'invalidité, l'allocation est annulée et remplacée à partir de la date de radiation des cadres par une rente d'invalidité (Article 31 du Décret du 09.09.1965). Si la radiation des cadres est prononcée pour un autre motif que l'accident de service, il est également prévu une révision obligatoire du taux d'IPP avant la radiation des cadres.

4. L'invalidité définitive imputable à un service

Elle reconnaît l'inaptitude définitive et absolue de l'agent à exercer ses fonctions dans les suites d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle (Articles L. 27, L.28, L.30 du Code des pensions civiles et militaires de retraite pour les fonctionnaires de l'Etat, Articles 24 à 33 du Décret n° 65 - 773 du 09.09.1965 pour les autres fonctionnaires). L'administration admet cette invalidité après avis de la commission de réforme. Le fonctionnaire peut ainsi bénéficier :

- ✓ d'une rente viagère d'invalidité sans limitation d'âge ni de durée de service proportionnelle à l'incapacité permanente partielle évaluée en fonction du barème indicatif annexé au Code des pensions civiles et militaires de retraite. Cette rente est établie après avis de la commission de réforme ;
- ✓ une pension de retraite par anticipation rémunérant les services du fonctionnaire, au moins égale à 50 % des derniers émoluments de base lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 60 %.

Cette pension se cumule à la rente viagère d'invalidité. Néanmoins ce cumul ne saurait faire bénéficier le fonctionnaire d'émoluments supérieurs à son dernier traitement.

Une majoration spéciale se voit attribuer en cas de nécessité d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Les modes de réparation sont identiques pour l'accident de service, l'accident de trajet ou la maladie professionnelle.

5. Le contentieux

L'avis de la commission de réforme est ensuite confirmé par l'Administration.

La décision administrative peut être contestée dans un délai de 2 mois à compter de la notification de décision :

- ✓ soit par voie de recours gracieux devant le responsable de la décision ;
- ✓ soit par voie de recours hiérarchique devant l'autorité à laquelle le responsable du rejet se trouve subordonné ;
- ✓ soit par voie de recours contentieux devant la juridiction compétente (tribunal administratif régional).

Cette contestation doit être accompagnée de documents apportant des éléments nouveaux justifiant un nouvel examen.

En cas de recours gracieux ou hiérarchique l'administration propose une nouvelle expertise par un médecin agréé sur une liste de médecins agréés qu'elle propose à la victime de l'accident de service. Le dossier est ensuite réétudié après réception du rapport d'expertise pour réexamen à la commission de réforme





départementale. Cette procédure est en particulier le cas pour les victimes d'accidents de service de l'éducation nationale traitée par l'inspection académique.

Dans certaines administrations telles que par exemple l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, la victime d'un accident de service, après avoir pris connaissance d'un taux d'IPP fixé lors d'une première expertise par un médecin agréé, peut le contester. Dans ce cas, le service central de médecine statutaire de l'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) propose une contre expertise auprès d'un nouveau médecin agréé du service central de médecin statutaire de l'AP-HP. Lors de cette contre expertise, la victime de l'accident de service peut se faire assister du médecin de son choix.

Comme on le voit la réglementation en fait s'articule sur les données jurisprudentielles établies après les recours devant les tribunaux administratifs, les cours administratives d'appel et le conseil d'Etat.

BIBLIOGRAPHIE

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

Barème indicatif d'invalidité des accidents de service des fonctionnaires pris pour l'application de l'article L.28 (3° alinéa) du Code des Pensions Civiles et Militaires de retraite, annexé au décret n° 68-756 du 13-8-1968 publié au Journal Officiel de la République Française du 24-8-1968, modifié par le décret n° 2001-99 du 31-1-2001 publié au Jour-

nal Officiel de la République Française du 4-2-2001 page 1932.

Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, annexé au décret du 24 mai 1939, publié au Journal Officiel de la République Française du 8-6-1939.

Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, publié au Journal Officiel de la République Française du jeudi 30-12-1982 et inséré dans les annexes I et II au livre IV du Code de la Sécurité Sociale deuxième partie – décrets en Conseil d'Etat.

BOUVIGNIES P. – Le médecin agréé, guide pratique à l'usage des médecins et des fonctionnaires. 1 volume, 168 p. Paris : Editions Eska, 1995.

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

DÔMONT A. – Santé, sécurité au travail et fonctions publiques. Paris : Editions Masson, Collection Médecine du travail, 2000.

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

LIBES M. – L'accident et la maladie du fonctionnaire imputables au service. Paris : Editions Berger-Levrault, 1^{re} édition, 2008.

PADOVANI P. ET MIRANDA R. – Barème des accidents du travail et des maladies professionnelles, Paris, Editions Lamarre, 1992.

PIERCHON M. – Le contentieux technique de la Sécurité Sociale, manuel à l'usage des assesseurs. Numéro spécial de la revue La Commission, juin 2004.

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





ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2011

UN AN / <i>ANNUAL SUBSCRIPTION</i>	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 ^{os}) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	253 €	314 €	304 €	367 €	157 €
Journal d'Économie Médicale (8 N ^{os})	197 €	243 €	235 €	285 €	121 €
Journal International de Bioéthique (4 N ^{os}) <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) ☐

« **Journal d'Économie Médicale** » ☐

« **Journal International de Bioéthique** » (bilingue) ☐

Nombre d'abonnements
Number of subscriptions

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

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

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

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





*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.

© 2011 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1857-3

