

Le droit social peut se définir grossièrement comme l'ensemble des droits de l'individu, ici restreint au statut de travailleur salarié dans cette étude, dans une société civilisée dont il peut jouir et qu'il doit défendre.

Il se caractérise comme un droit en perpétuelle évolution surtout cette dernière décennie aussi bien en positif qu'en négatif.

Le montant de l'indemnisation sociale est scruté avec attention par le Gouvernement, la Sécurité sociale du fait de l'importance de son impact financier mais aussi est étudié plus particulièrement par les syndicats de salariés, les associations de victimes car la situation financière et sociale précaire de nombreux travailleurs les rend d'autant plus attentifs à une indemnisation équitable.

Il est donc sujet à un contentieux permanent et une remise en cause régulière par le législateur, le monde des employeurs, les syndicats de salariés et plus récemment, ce qui témoigne de son impact sociétal, par les associations de victimes.

Nous étudierons ainsi successivement les principes directeurs de l'indemnisation en espèces des accidents du travail, des maladies professionnelles, leur évolution, leur contentieux et enfin le nouveau mode de réparation que constitue la retraite anticipée à taux plein pour pénibilité.

Parmi les principes directeurs, les barèmes font office de normes. À ce titre l'article du Dr Privet rappelle la spécificité des barèmes des maladies professionnelles, des accidents du travail par rapport au droit commun, leur finalité à savoir la compensation d'une perte économique et leurs limites puisque justement le taux professionnel ne permet pas d'accomplir cette compensation du préjudice économique.

Le deuxième article du Professeur Meyer détaille tout d'abord les progrès sociaux en particulier le système complémentaire de réparation des maladies professionnelles, la meilleure indemnisation de la faute inexcusable avec l'indemnisation des préjudices moraux des ayants droits, l'indemnisation de nombreux préjudices extrapatrimoniaux des victimes directes, la meilleure protection sociale des victimes (emplois, reclassement...), la reconnaissance du préjudice d'anxiété. Il s'étend aussi sur les régressions des droits sociaux avec le principe d'une réparation forfaitaire et non pas intégrale, la récupération en partie au moins sur la rente de l'incapacité permanente partielle des sommes avancées par la Sécurité Sociale sur le principe du recours des tiers payeurs, la conception restrictive récente du préjudice d'agrément.

Le Professeur Keim-Bagot traite des conséquences de la définition de l'incapacité permanente partielle qui se caractérise par une perte de la capacité de travail de la victime. Est ainsi exclue, l'indemnisation des préjudices subjectifs, elle en explique les conséquences, à savoir la possibilité d'une action récursoire et l'absence de réparation du déficit fonctionnel permanent dans le cadre de la faute inexcusable. Elle propose ainsi de dissocier les préjudices économiques et personnels dans l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Dans une deuxième partie consacrée au contentieux, les différents protagonistes exposent leur expérience.

Le Dr Bécour, expert au Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, décrit le fonctionnement du TCI, le rôle de l'expert, les principes de son raisonnement qui est fondé sur l'indépendance par rapport aux requérants et aux organismes sociaux.

Maître Arvin Bérodt et Maître Berthou, avocates spécialisées en droit social, expliquent les difficultés rencontrées par l'avocat devant le TCI.

DOMMAGE
CORPOREL
EST UNE SÉRIE
DU JOURNAL DE
MÉDECINE LÉGALE

L'avocat, pourtant représentant de la victime, n'est souvent pas convoqué. Il se voit opposé le refus systématique de l'article 700 du nouveau code de procédure civile, le contradictoire n'est souvent pas respecté et les pièces de la partie adverse ne sont quasiment jamais transmises à l'avocat de la victime. Le médecin défendant l'assuré, quand il est présent, n'a pas droit à la parole devant le Tribunal et donc sans suspension d'audience ne peut informer l'avocat du déroulement de l'expertise. Les débats, souvent, ne sont pas publics et les décisions, souvent, non motivées, en particulier pour le coefficient professionnel.

Monsieur Gonon, Docteur en Gestion, responsable d'une association de victimes, dans un article remarquable et didactique explicite le vécu quotidien des démarches de reconnaissance des préjudices en maladie professionnelle et des demandes d'indemnisation par les victimes. Cet exemple emblématique des cancers professionnels dans l'industrie du verre démontre la multiplicité des agents causaux contredisant l'aspect uniciste du principe des tableaux des maladies professionnelles. Il démontre les difficultés de reconnaissance du statut de victime avec un véritable parcours du combattant pour permettre de faire reconnaître leurs blessures et énumère les difficultés procédurales (obtention du dossier de médecine du travail, fermeture des usines, problèmes des maladies hors tableaux des maladies professionnelles). Cet article illustre en pratique l'intérêt des actions collectives. Cet article intéressant montre la nécessité pour les professionnels de santé et du droit d'appréhender le mode de travail des salariés pour en saisir les conséquences sanitaires. La troisième partie s'inscrit dans les nouveaux modes de réparation, cette fois-ci, en nature, des accidents du travail et des maladies professionnelles. La réparation dépasse maintenant la notion de préjudice et son indemnisation en espèces et atteint la notion d'usure prématurée compensée par une retraite anticipée. L'article consacré à la retraite anticipée au titre de la pénibilité illustre cette opportunité très mal connue des salariés, des syndicats et du monde de la santé. Elle est certes limitée car ne concerne pas les fonctionnaires, les professionnels non salariés, les accidents du travail de trajet. De même, elle est restrictive car elle nécessite un certain formalisme qui est plus exigeant pour les accidents du travail que pour les maladies professionnelles. Néanmoins elle constitue une mesure de justice devant l'usure prématurée de certains salariés. À ce titre, elle présente un enjeu financier majeur qui retentit sur l'octroi initial des taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

On le voit, le droit social constitue un domaine en perpétuelle mouvance dont les enjeux éthiques et financiers nécessitent une attention soutenue des différents acteurs. ■

Dr Vincent DANG VU

*Rédacteur en chef adjoint du Journal de Médecine Légale,
Responsable de la section dommage corporel.*

SÉRIE D / SERIES D

D O M M A G E C O R P O R E L

P H Y S I C A L I N J U R Y

Octobre 2015

N° 1 de la série « D » Dommage Corporel • Vol. 2

N° 5 du Journal de médecine légale • Vol. 58

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

291*

ÉDITORIAL V. DANG VU
FOREWORD

295

LES BARÈMES ACCIDENTS
DU TRAVAIL ET MALADIES
PROFESSIONNELLES

*THE SCALES DISABILITY OF OCCUPATIONAL
ACCIDENTS AND DISEASES*

L. PRIVET

299

ACCIDENT DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSION-
NELLES : LA LONGUE MARCHÉ
DES VICTIMES VERS
UNE RÉPARATION AMÉLIORÉE

*INDUSTRIAL ACCIDENTS AND
OCCUPATIONAL DISEASES: THE LONG
ROUTE FOR VICTIMS TOWARDS BETTER
COMPENSATION*

F. MEYER

325

FAIRE ÉCHEC À LA CONCEPTION
HYPERTROPHIÉE DE LA RENTE
ACCIDENTS DU TRAVAIL-
MALADIES PROFESSIONNELLES

*PUTTING A STOP TO THE EXCESSIVE
CONCEPTION OF INDUSTRIAL ACCIDENT-
OCCUPATIONAL DISEASE ANNUITY*

M. KEIM-BAGOT

333

LE CONTENTIEUX TECHNIQUE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
EN PREMIÈRE INSTANCE

*SOCIAL SECURITY TECHNICAL LITIGATION
IN THE FIRST INSTANCE*

B. BECOUR, Z. MEDIOUNI

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

337

L'AVOCAT ET LE TRIBUNAL
DU CONTENTIEUX DE L'IN-
CAPACITÉ

*LAWYER AND INCAPACITY DISPUTE
COURT*

C. ARVIN-BEROD,
H. BERTHOUX

343

MALADIES PROFESSION-
NELLES DES VERRIERS :
LE DÉNI DES DROITS

*OCCUPATIONAL DISEASES
OF GLASSWORKERS: A DENIAL OF RIGHTS*

L. GONON

369

LA RETRAITE ANTICIPÉE
À TAUX PLEIN À RAISON
DE LA PÉNIBILITÉ

*EARLY RETIREMENT WITH FULL PENSION
BECAUSE OF ARDUOUSNESS*

V. DANG VU

368

RECOMMANDATIONS
AUX AUTEURS

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

2° de couverture

BULLETIN D'ABONNEMENT

SUBSCRIPTION FORM

SOMMAIRE
CONTENTS

* N° 4, Vol. 58, série F : Médecine légale du vivant / Series F: Clinical Forensic Medicine : pp. 229-290.

LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Une approche pratique
des médicaments à notre disposition

Jean TRÉDANIEL



ÉDITIONS ESKA

LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Jean TRÉDANIEL

Edition 2015

Qu'y a-t-il de commun entre la doxorubicine et l'adriamycine ? Pourquoi les dérivés du platine ont-ils des indications si différentes ? Les anticorps monoclonaux ont-ils évincé les cytotoxiques ? Qu'est-ce qu'un antibiotique anticancéreux ?

C'est l'objet de ce livre que de répondre à ces questions et à toutes celles que soulève le côtoïement des médicaments des cancers. Pour cela, il fallait commencer par les classer les uns par rapport aux autres. Chaque produit est ensuite envisagé sous l'angle de ses indications officielles, validée par une Autorisation de Mise sur le Marché, puis de sa posologie, de son mode d'administration et des précautions qu'il est nécessaire de suivre avant de l'utiliser, des éventuelles résistances qu'il peut susciter et, enfin, des effets indésirables qu'il peut provoquer.

Alors que les traitements des cancers évoluent quasi quotidiennement, ce livre a pour ambition de permettre à un vaste public, spécialisé ou non, de naviguer plus aisément dans les méandres de ces différentes classes médicamenteuses.

Jean TRÉDANIEL est Professeur de Cancérologie à l'Université Paris Descartes. Il dirige l'unité de cancérologie thoracique du Groupe Hospitalier Paris

Saint Joseph. Il a été membre du Scientific Advisory Group – Oncology qui donne un avis sur les nouveaux médicaments qui déposent une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché auprès de l'European Medicines Agency.

BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **LES MÉDICAMENTS DES CANCERS** », par **Jean Trédaniel** - Code EAN 978-2-7472-2413-0

Prix : 40,00 € + 1,00 € de frais de port, soit € x exemplaire(s) = €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire

☐ Carte Bleue Visa n° ☐ Date d'expiration :

☐ Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA

Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPPE

Société / Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : Fax : E-mail :

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

EDITIONS ESKA – Contact : adv@eska.fr

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

LES BARÈMES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

THE SCALES DISABILITY OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS AND DISEASES

Par **Lucien PRIVET***

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

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

Mots-clés : Barèmes, accident du travail, maladie professionnelle, barème en droit commun, incapacité permanente partielle.

SUMMARY

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

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

* Ancien conseiller en maladies professionnelles au Ministère du Travail, médecin référent pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.
Adresse : Traces - 10 rue du Maine, BP 65184, 57075 Metz Cedex 03.
Mail : tracesmetz@orange.fr
Blog : lprivetatmp

LES BARÈMES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il est précisé au départ que ce barème ne peut avoir qu'un caractère indicatif : « *Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens et le médecin chargé de l'évaluation, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, garde l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème* ».

Mais il est ajouté : « *Il doit alors exposer clairement les raisons qui l'ont conduit* ». En fait c'est rarement le cas, surtout quand les taux divergent vers le bas.

Est alors précisé qu'il ne peut y avoir de confusion, comme c'est parfois le cas, avec les barèmes de droit commun : « *Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun* ». Concernant la détermination du taux d'IPP, le Code de la sécurité sociale précise à l'article L 434-2 : « *Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, de l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après des aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité* ».

Les 4 premiers éléments d'appréciation sont d'ordre médical bien que la question de l'âge (reclassement professionnel) rejoigne plutôt le dernier élément qui est d'ordre médico-social. Le chapitre préliminaire du barème accidents du travail reprend ces 5 éléments en apportant des précisions.

Parmi ces 5 éléments, 2 retiennent spécialement notre attention : facultés physiques et mentales, aptitudes et qualification professionnelle.

Concernant la question « *aptitudes et qualification professionnelle* », il convient de rappeler qu'au départ il s'agissait de la compensation d'une perte de gains, transformée par la suite en incapacité fonctionnelle tenant compte en fait de l'aptitude au travail.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES : LA LONGUE MARCHE DES VICTIMES VERS UNE RÉPARATION AMÉLIORÉE

*INDUSTRIAL ACCIDENTS AND OCCUPATIONAL
DISEASES: THE LONG ROUTE FOR VICTIMS
TOWARDS BETTER COMPENSATION*

Par **Francis MEYER***

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

L'étude de l'évolution de la prise en charge par le droit des préjudices subis par les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle montre que le chemin a été long avant que les travailleurs n'accèdent à une réparation des préjudices corporels qui se rapproche de celle accordée aux autres citoyens.

Le rapport compliqué du droit du travail français à la protection de l'intégrité physique et mentale de l'individu, et son incapacité à penser l'être humain dans sa globalité, repose sur des fondements philosophiques et des mécanismes juridiques qui freinent l'évolution vers une réparation intégrale.

Malgré bien des avancées législatives et jurisprudentielles, la perspective d'une réparation intégrale n'est

pas en voie d'être atteinte car elle est bridée à l'heure actuelle par une jurisprudence défavorable aux victimes qui subissent de ce fait un traitement discriminatoire au regard d'autres régimes de réparation du dommage corporel.

Mots-clés : Accident du travail, maladies professionnelles, dommage corporel, réparation intégrale, discrimination, rente, droits personnels, préjudices indemnisables.

SUMMARY

A study of the evolution of the management by law of the harm done to victims of an industrial accident or an occupational disease shows that workers have come a long way before gaining access to compensation for physical harm that resembles what other citizens get.

The complicated relationship of French work law to the protection of an individual's physical and mental integrity, and its inability to think of human beings in their globality, rests on philosophical foundations and legal mechanisms that hinder the evolution towards integral compensation.

* francis.meyer@unistra.fr
Université de Strasbourg
Maître de conférences en droit privé
UMR DRES 7354 – Equipe de droit social
Institut du travail

Despite many advances in legislation and jurisprudence, the prospect of integral compensation is nowhere in sight since it is held back at the moment by a jurisprudence that is unfavourable to victims who consequently suffer discriminatory treatment compared with other systems of compensation for physical harm.

Keywords: *Industrial accident, occupational diseases, physical harm, integral compensation, discrimination, annuity, personal rights, harm entitled to compensation.*

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES LA LONGUE MARCHÉ DES VICTIMES VERS UNE RÉPARATION AMÉLIORÉE

La prise en charge des victimes d'un risque professionnel est un sujet qui s'inscrit dans une longue histoire, jalonnée de progrès dans la prise en charge des victimes, mais toujours dans le cadre d'un régime dérogatoire à l'écart du droit commun. Les derniers développements sur l'indemnisation du préjudice d'anxiété ne dérogent pas à la règle.

La loi de 1898 sur les accidents du travail est en effet emblématique de l'ambivalence du droit du travail, protecteur mais peu enclin à reconnaître les droits fondamentaux des salariés¹ dans toutes leurs composantes.

En effet, alors que les discussions s'enlisaient depuis la première proposition de Martin Nadaud en 1882, le texte sur la réparation des accidents du travail aboutit « soudainement » en 1998 au moment où le droit commun de la réparation venait de connaître une évolution stupéfiante au travers de son célèbre arrêt « veuve Teffaine » du 16 juin 1896 qui « chamboula l'ordre juridique gravé dans le marbre du code napoléon de 1804 ».²

Sous la pression de faits dramatiques de plus en plus fréquents liés au développement du machinisme, la Cour de cassation bouleverse le droit établi comme elle le fera cent ans après pour l'amiante, et déclare l'employeur responsable de l'explosion de la chaudière, sans exiger de faute, en faisant une lecture totalement nouvelle de l'article 1384 al.1

Au même moment, la loi de 1898 « invente » la notion de risque professionnel et crée un système d'assurances s'écartant des principes définis par le code civil. Ce faisant, elle institue un régime plus facile à mobiliser que les principes de la responsabilité civile classiques, mais en contrepartie de lourdes concessions : une réparation forfaitaire sans rapport réel avec le pré-

judice subi, une immunité de l'employeur contre les recours des salariés hors de ce régime, et une aseptisation totale du phénomène accidentel puisque les dimensions éthiques, morales et pénales sont évacuées au détriment d'une mathématique de la réparation. Le contrat de travail, « inventé » au même moment, va mettre une catégorie de citoyens à l'écart du droit commun. Seront soumis à ce régime d'exception les salariés qui cessent d'être traités comme de citoyens ordinaires : le travail subordonné est soumis à une ségrégation qui ne cessera de s'amplifier. Le sort des victimes sera objectivement amélioré au fil du temps mais sur la base de principes dérogatoires au droit commun et dont le droit actuel porte évidemment de larges traces.³

L'adoption de cette loi relative à l'indemnisation du risque professionnel a été analysée d'une manière très contrastée dès l'époque : certains y ont vu la première pierre de la construction de l'État providence, d'autres l'ont immédiatement analysée comme un texte « scélérat ». Avec le recul, on peut penser que le brusque changement des opposants les plus conservateurs qui a permis finalement son adoption est bien dû au revirement de la position de la Cour de cassation qui risquait d'entraîner les employeurs très tôt vers une obligation de sécurité inscrite implicitement dans le contrat de travail, comme ce sera le cas par la suite pour le contrat de transport, les activités sportives ou médicales.⁴ La loi de 1898 a construit une cloison étanche, en reléguant les salariés dans un statut particulier dont ils ne sont toujours pas sortis aujourd'hui. La prise en charge du salarié invalide du travail, véritable « non-valeur industrielle » pour le ministre du commerce de l'époque, si elle sauve à l'époque les victimes et leur famille de la misère absolue, ne répond que très partiellement à la protection de la personne du salarié. Elle permet tout au plus de désamorcer des situations quasi insurrectionnelles au moment des grandes catastrophes industrielles et notamment minières. L'ouvrier reste avant tout perçu comme un « corps laborieux »⁵ et la prise en compte de sa personne dans sa globalité n'est pas à l'ordre du jour : il s'agit avant tout d'extraire de lui « le maximum de temps et de force »⁶, mais sa subjectivité et sa dignité sont hors d'atteinte du droit, à un moment où les droits de la personnalité n'ont pas encore d'existence dans le droit commun. Le peu de place conférée à la

¹ B. Edelmann « La légalisation de la classe ouvrière », Christian Bourgois Éditeur, 1978.

² Pierre Joxe « Soif de justice » Au secours des juridictions sociales, Fayard, 2014, p. 33.

³ Jean Rivero « Les libertés publiques dans l'entreprise » D. S. 1980 p. 1.

⁴ Arrêt « Veuve Teffaine » du 16 juin 1896 qui bouleverse l'interprétation de l'article 1384 du code civil : la cour déclare l'employeur responsable même sans faute, créant ainsi un droit à indemnisation qui est facilité pour les victimes.

⁵ Michèle Bonnechère, « Le corps laborieux, réflexion sur la place du corps humain dans le contrat de travail », Droit ouvrier, 1^{er} mai 1994, n° 545.

⁶ Michel Foucauld « Surveiller et punir », Naissance de la prison, Essai, 1993.

« dignité corporelle » dans le rapport salarial dérive en effet du peu d'intérêt qui lui est accordé à l'époque par le droit général de la responsabilité civile, mais s'est trouvé aggravé par la place particulière du corps dans la relation de travail subordonnée, de sa fonction utilitaire de force de travail et de la réduction du rapport salarial à l'échange travail – salaire.

Le droit a en effet une conception individualiste, libérale et idéaliste de l'individu qui ne le perçoit qu'à travers l'expression de sa volonté. La conception kantienne du rapport au monde et à soi-même prévaut dans cette approche : la césure entre le corps et l'esprit est forte et le corps est un attribut de la personne. L'esprit est tout, le corps n'est rien. Il n'est pas représenté sur la scène juridique : le droit, contrairement à la philosophie, ne possède pas de terme pour restituer l'unité première du corps et de l'esprit (corporéité ou corporalité). La phénoménologie n'a laissé que peu de trace dans le droit positif.⁷ La langue française, contrairement à d'autres, n'a pas de terme pour traduire le fait que le corps, c'est la personne (l'allemand connaît le terme de « leiblichkeit »).

Ce rapport compliqué du droit du travail français à la protection de l'intégrité physique et mentale de l'individu, et son incapacité à penser l'être dans sa globalité, repose sur des fondements philosophiques. Nous devons à Michel Henry d'avoir analysé avec beaucoup d'acuité cette question dans ses ouvrages et notamment « La phénoménologie du corps ».

Cet auteur, qui donne à connaître la pensée de Maine de Biran, montre très bien que la contingence de la question du corps, et plus profondément la contingence du fait même de l'appartenance d'un corps à la réalité humaine, sont insurmontables « s'il est vrai que ce corps représente, par rapport à la subjectivité transcendante elle-même, quelque chose d'hétérogène et d'irréductible ».⁸

Il relève ainsi que « c'est dans une perspective illusoire que le problème du corps apparaît tellement contingent qu'il n'y a pour ainsi dire aucune raison de la poser. Car cet homme « pur » si l'on peut dire, l'homme abstrait réduit à la condition d'une pure subjectivité, n'a aucun motif de s'interroger sur un corps dont il est dépourvu ou qui, tout au plus, n'est qu'un simple accessoire et comme un appendice contingent. Sujet désincarné comme le spectateur Kantien des « Paralogs », il est un pur esprit qui survole le monde et son propre corps ne peut ni intervenir dans la connaissance qu'il prend de l'univers, ni faire l'objet d'une interrogation spéciale : il constitue à la rigueur une curiosité empirique dépourvue de toute dignité philosophique ».

⁷ Paul Amselek, « Méthode phénoménologique et théorie du droit », L.G.D.J., Paris, 1964, 470 pages.

⁸ Michel Henry, « Philosophie et Phénoménologie du corps », PUF, 1965, 308 p.

Or c'est très exactement la posture du droit par rapport à la personne juridique. La personnalité commence « lorsque le sujet a conscience de soi. » Tout ce qui est extérieur à cette sphère première est extérieur à la liberté, donc à soi-même. Cette difficulté conceptuelle majeure n'a pas été résolue aujourd'hui, ni par le droit en général à propos des dons d'organes, de la procréation médicalement assistée, ni par le droit du travail. Le sujet de droit n'est pas un être de chair et de sang⁹, mais un récepteur de normes juridiques qui peut être aussi bien une personne morale désincarnée. La césure entre le corps et l'esprit marque bien évidemment le droit de la réparation du dommage corporel. Les préjudices sont aujourd'hui encore ventilés entre une supposée intégrité physique et une intégrité morale. Ce qui fait que nous continuons à raisonner d'une manière binaire : le préjudice est soit physique, soit moral. Ainsi dans le barème du FIVA, mais aussi pour d'autres organismes régleurs, on isole le préjudice physique, en mentionnant entre parenthèse qu'il s'agit de la douleur. Ce qui montre bien qu'on est pris dans une contradiction insoluble : indemniser la perte d'une jambe, est-ce physique ou moral ?

La prise en charge difficile des risques psychosociaux, notion apparue il y a une dizaine d'années, est un nouvel avatar de cette dichotomie : pour établir l'existence de ces troubles, il faut cibler uniquement le psychique, les maladies psychosomatiques échappant pour le moment totalement au radar juridique. Le corps ou l'esprit, en dehors de ce clivage, point de salut.

En droit du travail, les effets d'une telle conception sont évidemment lourds de conséquences : le salarié n'est pas une personne mais une force de travail. « La corporalité est une qualité sans valeur pour sa personnalité. »¹⁰ L'esprit contracte (le contrat de travail est défini comme un accord de volonté) et le corps exécute.

Le poids de cette conception reste omniprésent dans le droit actuel, malgré les efforts faits par les juges pour extraire le salarié de cette réification, lui donner un statut protecteur, faire figurer de la dimension psychique et mentale dans les valeurs à protéger.

I. ÉVOLUTION DE LA RÉPARATION DU PRÉJUDICE CORPOREL

Pendant tout le XX^e siècle, la question du droit du dommage corporel spécifique au droit des accidents du travail n'est quasiment pas évoquée. Le « compromis » de 1898 semble satisfaire les différents protagon-

⁹ Michel Henry « Incarnation, une philosophie de la chair » Seuil, 2012.

¹⁰ Zitelman « Begriff und Wesen der sogenannten juristischen Personen », Leipzig, 1873.

nistes, même si à l'occasion d'accidents graves resurgissent des revendications ouvrières sur les carences de la prise en charge des victimes. Le débat a de fait été confisqué par les assureurs qui intervenaient à côté des employeurs avant 1945 et contestaient par divers biais l'existence des préjudices et le niveau des indemnisations. Les victimes étaient peu à même de discuter les sentences des juges de paix et la réparation dite « automatique » aboutissait bien souvent à ne leur concéder que des réparations minimales.

Après la guerre, l'intégration du risque professionnel dans le régime de sécurité sociale et la présence majoritaire des organisations syndicales dans les conseils d'administration ont permis des avancées certaines. Mais le risque professionnel était toujours perçu comme une fatalité, sans que l'on se pose véritablement la question de la liaison entre prévention et réparation. Le code de sécurité sociale comporte toujours un article qui impose à l'employeur de déclarer les activités susceptibles de produire des maladies professionnelles et non de les supprimer, même si les juges ont donné aux tableaux une valeur prédictive. Le droit du travail s'occupe de la prévention et le droit de la sécurité sociale de la réparation. L'exigence de prévenir le risque pour éviter d'aller vers l'indemnisation ne viendra que tardivement, dans les années 2000, et uniquement parce que le droit communautaire l'avait promue (directive cadre-santé sécurité du 14 juin 1989 qui comporte l'obligation d'évaluer les risques).

Le cloisonnement des législations sociales entre droit de la sécurité sociale et droit du travail faisait ainsi qu'au moment où le salarié subissait une altération physique, il « sortait » du code du travail pour « entrer » dans le code de la sécurité sociale. La perte de contact avec l'entreprise, avec le collectif de travail, en faisait une victime atteinte d'un risque social parmi d'autres et pris en charge en tant que tel.

L'existence d'une prise en charge plus favorable que celle accordée à un salarié atteint d'un accident ou d'une maladie « ordinaire » (indemnités journalières, tiers payant, prise en charge de la reconversion dans des centres spécialisés) sur le versant du droit du travail a masqué le fait que la réparation n'était que très incomplète et que la personne n'était pas « représentée » sur la scène juridique, mais uniquement sa force de travail. Dans les discours dominants, le salarié victime d'un AT était favorisé par rapport aux autres victimes et qu'il était malvenu de se plaindre.

Il faut ajouter que les syndicats n'ont porté que faiblement des revendications sur ce terrain. On peut égrener les résolutions des congrès des principales confédérations depuis quelques décennies pour se rendre compte que peu de lignes sont consacrées au sujet. Les mauvaises conditions de travail étaient monnayées contre des primes ou des avantages annexes, mais l'intervention syndicale sur les processus de travail et les risques au travail n'est pas une priorité. Une fois le

dommage survenu, la prise en charge par les instances syndicales fut tout aussi indigente.

Il est significatif que les seuls acteurs qui ont acquis une véritable expertise sur le terrain de la réparation sont la FNATH et l'ANDEVA, structures associatives nées certes grâce à l'engagement de personnes souvent en liaison avec le mouvement syndical, mais devant agir sans grand soutien et souvent prises à revers par des positions confédérales peu attentives à leurs préoccupations. Les épisodes récents sur la stratégie à adopter sur le dossier de l'indemnisation des victimes de l'amiante ont montré à quel point les syndicats et les représentants des victimes étaient peu en phase sur les positions à défendre, divergences qui ont suscité parfois de violents affrontements entre les appareils confédéraux et les militants investis dans la défense des victimes du travail, y compris dans le corps médical.

Le fonctionnement des instances chargées de juger d'éventuels litiges sur les niveaux de réparation est évidemment aussi à incriminer. Le TASS, et surtout les TCI, anciennement commissions régionales d'incapacité, restent des juridictions méconnues par la plupart des salariés qui s'aventurent peu du côté du contentieux social. Seuls les prud'hommes, depuis qu'ils ont été réformés en 1982, ont acquis une certaine visibilité ce qui permet aux salariés de défendre leurs droits, au point que des accords interprofessionnels récents, repris par la loi visent à « déjudiciariser » les conflits du travail par divers moyens.¹¹

Jusque dans les années 1990, la réparation du dommage corporel liée aux risques professionnels est un sujet peu polémique qui ne suscite pas un grand intérêt. La seule organisation investie dans ce dossier est la FNATH qui au travers de ses représentants dans les régions, accompagne les adhérents depuis 1921.

La réparation se fait sur la base de l'article L 411-1 et L 461-1 et les taux d'incapacité fixés par les médecins conseils sont peu remis en cause, les syndicats étant totalement absents de ce contentieux et les victimes incapables de faire face seules au parcours d'obstacles que constitue une procédure en contestation.

Il est acquis communément pour l'ensemble des protagonistes que la rente vise à indemniser une perte de capacité de gain et non des chefs de préjudices personnels. Les préjudices extrapatrimoniaux sont délibérément ignorés car la définition de l'article L. 432-1 concernant les critères à prendre en compte pour le taux d'IPP ne les vise pas en tant que tels.

¹¹ D'abord mise en place de la rupture conventionnelle, puis loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui réduit les durées de prescription « Art. L. 1471-1. - Toute action portant sur l'exécution ou la rupture du contrat de travail se prescrit par deux ans à compter du jour où celui qui l'exerce a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant d'exercer son droit. » **Le premier alinéa n'est toutefois pas applicable aux actions en réparation d'un dommage corporel causé à l'occasion de l'exécution du contrat de travail...** » On se demande d'où sort cette exception puisque le CP n'est pas a priori compétent pour traiter la question.

L'absence de barème officiel jusqu'en 1999 rend par ailleurs les fixations de taux d'IPP très subjectives et les contestations relèvent d'une commission régionale d'incapacité présidée par un représentant de la DRASS de l'époque. Au sein de cette instance, les médecins sont souverains et participent au vote après avoir effectué leur expertise. La représentation des partenaires sociaux existe mais est de pure façade. Pour résumer, on était en présence de deux cas de figures :

Soit la lésion était qualifiée d'AT/MP au sens de la sécurité sociale, et la victime était tenue de se tourner vers la réparation spécifique prévoyant une meilleure prise en charge durant la période de convalescence au niveau des indemnités journalières, du tiers payant et du bénéfice d'un droit à la reconversion et au reclassement, mais limitant le montant de l'indemnisation en cas de séquelles et excluant les préjudices extrapatrimoniaux.

Soit il n'y avait pas de prise en charge possible parce que la maladie ne figurait pas dans un tableau et le recours à une action en responsabilité en droit civil était ouvert devant le TGI sur le fondement de la responsabilité délictuelle (1382 ou 1384). Cette voie étroite permettait certes de recourir à des principes de droit commun, mais exigeait que la victime réponde aux critères correspondant à ce régime, à savoir la faute, le dommage et le lien de causalité, en tout cas lorsqu'était mobilisé l'article 1382. S'agissant de l'article 1384, il renvoie à un autre régime de responsabilité sans faute du fait du gardien, mais nécessite des détours très artificiels (démontrer par exemple que l'employeur avait exercé une mauvaise garde du goudron qui lui appartenait et que celui-ci s'est retrouvé inopinément dans les poumons de la victime...).

II. L'AVÈNEMENT DES DROITS EXTRAPATRIMONIAUX

Le débat sur les préjudices extrapatrimoniaux ne peut émerger qu'à compter de la loi du 6 décembre 1976 qui rajoute à l'augmentation possible du taux d'IPP en cas de faute inexcusable la possibilité pour le juge d'accorder des indemnités « complémentaires ».

L'art. 29 de la loi du 6 décembre modifie en profondeur l'article L. 468 du code de la sécurité sociale, en introduisant la possibilité pour le juge de compléter la réparation forfaitaire par une majoration de la rente permettant d'aller jusqu'à faire coïncider le taux d'IPP et le taux de rente et ouvre la possibilité aux juges d'accorder à la victime des indemnités à caractère personnel empruntées au droit civil mais d'une manière très limitative et en fonction de la gravité de la faute commise par l'employeur.

Il introduit aussi la possibilité pour les ayants-droit de prétendre à une indemnisation de leur propre dom-

mage moral du fait de la perte d'un être cher. La problématique de la réparation commence donc à se teinter d'une prise en compte de préjudices autres qu'économiques et considère la victime et son entourage comme des êtres à part entière.

« Art. L. 468- Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire dans les conditions ci-après :

« 1° La victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre :

a) Le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale...

b) *Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu du présent article, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 p. 100, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.*

De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés à l'article L. 454 ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu dudit article, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée. »

C'est le début d'un renversement de perspective qui fait d'ailleurs hésiter les juges sur la nature juridique de ces compléments indemnitaires : est-on dans une logique civiliste pure ou dans une branche autonome qui fonctionne sur des concepts différents ?

Ainsi les premières décisions de la Cour de cassation rendues à ce sujet vont-elles privilégier la nature indemnitaire au sens du droit commun et autoriser une réduction des sommes allouées à hauteur de la faute commise par le salarié alors même qu'en amont on a déjà reconnu la faute inexcusable de l'employeur, ce qui est évidemment totalement incohérent¹². Puis

¹² Cass. soc. 16 mars 1988, CARAPHINHA C/ Sté GOUYON-GIROUD, Bull. civ. V p. 117 n° 178.

la jurisprudence va opter pour une interprétation propre qui n'autorise plus le partage de responsabilité.¹³ La suite de l'évolution jurisprudentielle va montrer que l'on n'arrivera plus à sortir de cet imbroglio et que le Conseil constitutionnel, par sa décision de juin 2010, a en quelque sorte élevé la contradiction d'un niveau en tentant de concilier réparation forfaitaire et droit à la réparation intégrale, opération qui l'a engagé dans une impasse dont il faudra qu'il sorte un jour. (Voir plus loin).

II.1. Une prise en compte renforcée des préjudices personnels, sous la poussée de la jurisprudence

Jusque dans les années 1990, le contentieux de l'indemnisation des préjudices personnels est cantonné à la faute inexcusable et celle-ci est reconnue dans très peu de cas, du fait de l'absence de connaissance des victimes des procédures à actionner, de la longueur des contentieux et surtout de la définition de la faute inexcusable, extrêmement restrictive, et totalement figée depuis l'arrêt *Veuve Villa* de 1941.

Pour paraphraser un humoriste ayant travaillé avec la FNATH : la reconnaissance d'une faute inexcusable, encore plus qu'une maladie professionnelle, « est aussi rare qu'un miracle à Lourdes » dans cette période. La FNATH recense alors quelques dizaines de cas qui aboutissent chaque année. Les cabinets d'avocats ayant une expertise sur le sujet n'existent pas.

Surtout la reconnaissance d'une telle faute, lorsqu'il s'agit d'une maladie professionnelle s'avère quasiment impossible : une des exigences des juges, à savoir la conscience du danger, ne pouvait quasiment pas être démontrée notamment dans les pathologies de l'amiante qui mettent 40 ans à se déclarer. La question de l'indemnisation des préjudices personnels ne peut devenir un enjeu que si les cas de reconnaissance ne sont pas marginaux. Or la multiplication des maladies professionnelles qui prennent peu à peu le pas sur les accidents du travail, non pas en nombre mais en coût, va révéler la discrimination dont font l'objet les victimes de risque professionnel et la nécessité d'améliorer leur prise en charge en personnalisant l'indemnisation.

La résistance des juges du fond par rapport à la jurisprudence « *Veuve Villa* » va s'organiser peu à peu même si des épisodes « régressifs » vont jalonner ce parcours. Ils admettent une conception plus ouverte de la faute inexcusable, mais sont régulièrement « recadrés » par la Cour de cassation qui les renvoie à sa définition de 1941 et casse les arrêts qui tentent de faire évoluer le système en prenant mieux en compte les préjudices subis par des victimes. Cela va provoquer le revirement de jurisprudence du 28 février

2002, portant sur 28 arrêts ayant admis la faute inexcusable en appel et susceptibles de cassation sur la base de l'ancienne jurisprudence. La Cour va rejeter 27 des 28 pourvois et redéfinir les contours de la faute inexcusable.



II.2. Les préjudices personnels indemnifiables des proches de la victime vont aussi connaître un nouvel essor du fait de revirement de jurisprudence sur des points clés

L'arrêt *CARLAT* de 1990¹⁴ est le point de départ de cette ouverture qui admet que la rente des ayants-droit est très insuffisante à indemniser les proches de la victime. La Cour réinterprète un article du code de sécurité sociale et permet l'indemnisation des préjudices moraux des ayants-droit qui ne perçoivent pas une rente, (conjoint coexistant, frères et sœurs de la victime), qui peuvent désormais agir selon le droit commun de la responsabilité civile et obtenir la réparation de l'intégralité de leur préjudice puisqu'ils ne sont pas ayants-droit au sens des articles L. 434-7 à L. 434-14 du Code de la sécurité sociale.

La plupart des TASS vont dès lors accepter d'examiner des demandes qui relevaient stricto sensu du contentieux civil ordinaire, pour des actions engagées par les proches des victimes lourdement handicapées et notamment des actions en droit commun engagées par des proches touchés au titre du préjudice moral et/ou économique. Certains tribunaux exigent une action séparée devant le TASS et le TGI, selon les règles de dévolution du code de procédure, mais la plupart des TASS acceptent d'examiner les deux requêtes en invoquant l'effet dévolutif de l'appel : c'est la même chambre sociale de cour d'appel qui examine in fine les deux recours. Là encore on est face à un « mix » de régime de responsabilité qui allie la réparation forfaitaire à des aspects du droit civil de la répa-

¹³ Cass. Soc. 11 avril 1991, *Naceri C/ Société TROISEL* et CPAM du Tarn.

¹⁴ Cass. Assemblée pl. 2 février 1990 *Carlat* JCP 1990 II 15805.

ration du dommage corporel. Une position plus récente de la Cour de cassation semble remettre en cause cette faculté.¹⁵

II.3. La réparation sur le versant « droit du travail »

La réparation des préjudices personnels est une donnée récente en droit du travail. L'individu était jusqu'alors appréhendé, comme dans le droit de la sécurité sociale, avant tout comme une force de travail et non comme un être à part entière. L'exposition de la personne aux risques de l'entreprise, potentiels ou avérés, n'était pas du domaine des préjudices indemnisables. La détérioration de l'intégrité physique était une cause de rupture, sans que l'on s'attache à discerner l'origine professionnelle ou non de la pathologie. Le célèbre arrêt « Figaro »¹⁶ est le marqueur de cette position. Le contrat est un accord de volonté et l'incapacité de fournir le travail est analysée comme une perturbation contractuelle et non factuelle. Il faut attendre les années 1980, après bien des vicissitudes jurisprudentielles, pour voir apparaître un « statut » spécifique du salarié qui le protège dans son emploi. Cette imbrication entre le droit de la réparation du dommage corporel et le droit de la santé au travail s'est accentuée dans les années 1990 où la législation a construit une protection particulière au bénéfice des salariés atteints d'une pathologie d'origine professionnelle qu'il s'agisse de la protection de l'emploi, du droit au reclassement ou de la protection de l'état de santé en tant qu'attribut de la personne du travailleur. Du coup, les enjeux de la qualification de l'état de santé sont devenus plus importants, notamment pour la victime qui souhaitait être protégée contre le licenciement, bénéficier d'un droit au reclassement plus contraignant pour l'employeur ou obtenir des indemnités de rupture majorées. Des contentieux nombreux ont émergé à la suite de l'adoption de la loi du 7 janvier 1981, notamment du fait que le juge prud'homal pouvait qualifier les accidents du travail et maladies professionnelles d'une manière autonome au regard de la loi de protection de l'emploi : un sinistre pouvait être un AT aux yeux des règles du travail et ne pas l'être au regard de celles de la sécurité sociale. A l'intérieur même du droit du travail, il pouvait l'être pour le salarié (reconnaissance implicite après dépassement des délais) et ne pas l'être pour l'employeur (contestation ayant abouti devant la commission de recours gracieux ou devant le TASS). Sans parler des hypothèses où le licenciement avait lieu alors que des actions étaient toujours en cours devant les tribunaux, susceptibles de « renverser » la situation.

¹⁵ Cass. 2^e Civ. 20 décembre 2012 n° 11-20798.

¹⁶ Cass. Soc. 14 décembre 1960.

II.4. L'état de santé, un attribut de la personne

Dans les années 1990, à l'occasion de la montée en charge des personnes atteintes du sida exposées aux discriminations, est votée une loi¹⁷ qui protège l'état de santé en tant que « qualité » de la personne. Le salarié cesse d'être simplement de la main d'œuvre pour accéder au statut de « personne ». Encore une décennie supplémentaire pour que le code du travail introduise la notion de protection de l'intégrité mentale¹⁸. Dans la foulée va être débattu la question du harcèlement sexuel, puis moral, qui consacre le droit au respect de la personne dans ses attributs « subjectifs », alors qu'auparavant la terminologie en vigueur utilisait des notions dérivées du droit civil (légèreté blâmable, brusque rupture...). Depuis, le harcèlement a connu un développement exponentiel au point de faire l'objet d'une banalisation qui nuit certainement à son efficacité. Toujours est-il que l'indemnisation de ce chef de préjudice va à nouveau brouiller les cartes : car un harcèlement a souvent pour effet de se répercuter sur la santé physique et/ou mentale de la personne. Le stress, les violences psychologiques provoquent des « lésions » qui sont bien de même nature que celles constatées dans le cadre de contentieux propres à la sécurité sociale, notamment au titre des dépressions professionnelles. La meilleure preuve en est que les éléments fournis par le salarié devant le CP ou le TASS, pour attester de son état, sont souvent identiques : arrêts de travail pour raisons psychologiques, certificats médicaux attestant de la dégradation de l'état de santé, témoignages de collègues sur un climat délétère, apparition de symptômes psychosomatiques... La possibilité de distinguer les préjudices au sens du droit du dommage corporel s'amenuise¹⁹. Néanmoins pour l'heure, on continue d'entretenir l'illusion qu'un stress professionnel provoqué par des pratiques managériales abusives débouche dans un cas sur une indemnisation propre au droit du travail au titre de la réparation du harcèlement et dans l'autre sur la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

La Cour de cassation va par ailleurs prendre un virage majeur en 1994, confirmé en 1997,²⁰ en abandonnant la responsabilité civile délictuelle pour exiger que des demandes des salariés exposés à de mauvaises conditions de travail soient fondées sur la responsabilité contractuelle. Elle consacre ainsi un revirement complet de jurisprudence au sujet du fondement juri-

¹⁷ Loi 92-1446 du 31 décembre 1992.

¹⁸ Loi 2002-73 dite de « modernisation sociale ».

¹⁹ Marie Hautefort « Quelle juridictions pour quels préjudices ? » Jurisprudence sociale Lamy – 11 juillet 2013, n° 347 p.9.

²⁰ Soc. 11 octobre 1994, Bull V n° 269. Soc. 28 octobre 1997, Bull. V n° 339.

dique des actions en réparation fondées sur de mauvaises conditions de travail ayant généré des séquelles non indemnisables par la sécurité sociale. Depuis lors, les actions fondées sur le droit de la responsabilité délictuelle ne sont plus admises et elle exige que le salarié se place sur le terrain de la responsabilité contractuelle. Ce faisant, elle a ouvert une piste qui, plus de 20 ans plus tard, reste très énigmatique : le juge du contrat serait à même de se prononcer sur la réparation des préjudices engendrés par de mauvaises conditions de travail, ce qui est contraire à la doctrine classique. La cour de cassation essaie néanmoins de maintenir une frontière étanche entre les deux juridictions afin de ne pas transférer sur le juge du contrat des actions en réparation qui relèvent traditionnellement du TASS. Mais en réalité elle a du mal à tenir sur cette ligne de crête et elle a contribué elle-même à créer des brèches en admettant dans l'arrêt de 2010²¹ la réparation du préjudice d'anxiété devant le juge du contrat. (Voir plus loin) Les conseils des employeurs continuent à défendre la thèse classique.

Les arrêts postérieurs vont concrétiser cette nouvelle position : intervenus à propos d'une demande d'indemnisation complémentaire au titre du préjudice économique subi par des salariés ayant quitté l'entreprise dans le cadre de l'allocation de préretraite « amiante », les juges vont rejeter cette demande mais accepter incidemment de reconnaître l'existence d'un préjudice d'angoisse, et ceci sur la base de contentieux menés devant les conseils de prud'hommes, ce qui constitue une deuxième « révolution »²², dont on n'a pas fini de mesurer toutes les implications.

Depuis, la Cour a confirmé la possibilité d'agir devant le juge du contrat à condition que la demande concerne un préjudice antérieur à la reconnaissance de la maladie ou non déclaré. Par contre le même préjudice, l'angoisse d'être confronté à une issue fatale dans un avenir proche, qui pourtant peut être plus intense après la déclaration de la maladie, ne pourra plus être indemnisé après déclaration de la maladie, sauf dans le cadre global du préjudice fonctionnel permanent dans lequel la cour inclut désormais une dimension subjective toute virtuelle. (Voir plus loin) Or il est difficilement soutenable d'un point de vue conceptuel que l'angoisse générée avant déclaration de la maladie relève d'une voie contentieuse et que celle qui se manifeste pendant le développement de la maladie doive suivre une autre voie.

La responsabilité contractuelle devient le creuset de l'obligation de l'employeur, qu'il y ait simplement exposition à des conditions de travail néfastes ou que cela se traduise par des séquelles indemnisables. Les

conseils des employeurs ont perçu le danger qu'il y avait à introduire un aspect de la réparation corporelle devant le juge du contrat et ont, par diverses voies judiciaires, dont le recours à la question prioritaire de constitutionnalité, tentés de faire valoir l'immutabilité des contentieux en s'arquant sur la dichotomie entre droit du travail et droit de la sécurité sociale.²³ Les magistrats suprêmes tentent également de préserver les digues et de limiter les implications de leur nouvelle jurisprudence, mais elles ont déjà cédées en bien des endroits : la perte d'emploi liée à une inaptitude du salarié dont l'origine est à rechercher dans une faute inexcusable donne lieu à une indemnisation spécifique, le préjudice d'angoisse est réparable des deux côtés du contentieux : devant le CP pour les préjudices antérieurs à la déclaration, devant le TASS au titre des préjudices moraux subis par le salarié en cas de reconnaissance de la faute inexcusable. Mais la ligne de démarcation est artificielle et les arguments des défenseurs dans les pourvois en cassation ne manquent pas de pertinence.²⁴

II.5. L'adoption d'un système de réparation complémentaire dans le cadre du régime de réparation des maladies professionnelles

L'introduction du système de réparation complémentaire par la loi de 1993 intervient en réponse à l'adoption des normes communautaires, certes non contraignantes, mais qui demandent aux États de mettre en place un « filet de rattrapage » pour les pathologies non répertoriées dans les tableaux. Il s'avère en effet que l'évolution des modes de production et la précarisation de l'emploi et la mise en concurrence des salariés dans une compétition internationale génèrent des pathologies qui ne peuvent être appréhendées dans le cadre classique mis en place dans la plupart des pays au début du XX^e siècle, à savoir la confection des tableaux. Ces derniers reposent sur les logiques particulières (grand nombre de personnes exposées à des conditions similaires, exposition habituelle, travaux pathogènes repérés...) qui sont de moins en moins remplies par le « nouveau salariat ». En France, l'introduction de ce dispositif a donné l'espoir de pouvoir

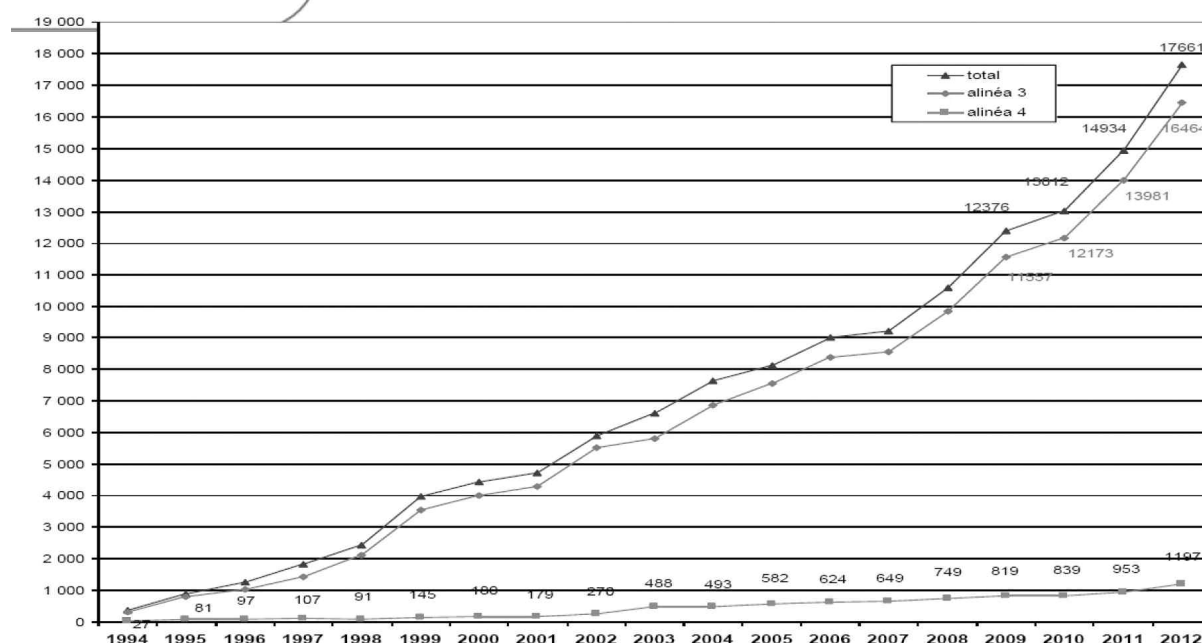
²¹ n°09-42241.

²² Voir l'article d'Antoine Lyon Caen « Une révolution dans le droit des accidents du travail » D.S. 2002 p.445.

²³ Ils font valoir que « si l'anxiété suscitée par l'exposition au risque constituait un trouble psychologique suffisamment caractérisé pour appeler une réparation spécifique, il ne saurait être pris en charge que dans les conditions prévues par les articles L. 451-1 et 461-1 et 461-2 du CSS, qu'à défaut de la moindre demande formulée par le demandeur au titre d'une quelconque maladie professionnelle, la Cour d'appel ne pouvait transférer l'indemnisation d'un tel trouble sur l'entreprise... ».

²⁴ « Le CGEA qui relève que l'ancien salarié de la NORMED formule une prétention fondée sur la reconnaissance de sa qualité de victime de contamination du fait de l'exposition à l'amiante soutient que celle-ci doit s'analyser en une demande de reconnaissance de maladie professionnelle qui ressort de la compétence soit du FIVA sur le fondement de l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000, soit de la juridiction en matière de sécurité sociale au visa de l'article L. 451-1 du code de la sécurité sociale, quand bien même aucune pathologie n'a été constatée au jour des débats. » Cass. Soc. 2 juillet 2014 - 12-29788 et s.

Nombre de dossiers soumis aux CRRMP de 1994 à 2012



Activité CRRMP 2012
CNAMTS
Direction des Risques Professionnels



FRANCIS MEYER

mieux indemniser notamment les maladies psychiques provoquées par les nouvelles « techniques managériales ». Cet espoir sera rapidement déçu et avec le recul on peut mesurer le faible impact de ce mécanisme.

Surtout, les « angles morts » de la loi allaient très rapidement apparaître. La réparation complémentaire est encadrée par des exigences telles que la chance d'aboutir est minime : une des exigences pour accéder à une pathologie non reconnue dans un tableau est en effet de pouvoir justifier d'un taux de 66 %, (passé ensuite à 25 %), en plus de la démonstration du lien direct et essentiel entre la maladie et le travail. Il faut y ajouter la perte de la présomption d'imputabilité. Ces critères, complètement inadaptés, sont en réalité quasi impraticables, surtout pour les pathologies évolutives comme le cancer ou les dépressions professionnelles, si l'on veut respecter strictement le texte. Ils vont aboutir à exclure de la réparation la quasi-totalité des victimes atteintes d'une pathologie hors tableau. Il faudra attendre 2011²⁵ pour que la caisse reconnaisse cet état de fait et propose, à propos des pathologies psychiques, une interprétation plus souple qui est loin de régler la difficulté. La dernière circulaire du 12 juin 2014²⁶ et les recommandations du groupe de travail

sont à ce sujet illustratives des difficultés à faire le lien entre la pathologie et le travail²⁷.

II.6. La multiplication des régimes indemnitaires au contact du droit spécifique de la réparation AT/MP

Le traitement différencié des salariés victimes du travail a pu se maintenir tant que les points de contact avec d'autres systèmes d'indemnisation étaient peu fréquents. Mais la mise en place du régime de réparation propre aux maladies de l'amiante, combiné avec l'extension de la loi Badinter couvrant la réparation des accidentés de la route, ont définitivement fait tomber l'illusion que l'on pouvait continuer à maintenir « sous cloche » le régime AT/MP.

Une des injustices les plus criantes qui subsistait dans notre législation est inscrite dans l'article L451-1 qui stipule que « Sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1 et L. 455-2 aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnés par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit. »

²⁵ Lettre réseau – 16/2011 du 15.03.2011.

²⁶ Circulaire 12/2014.

²⁷ « Recommandations sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles » Groupe de travail sur les pathologies professionnelles.

Cet article est l'expression du contexte social et politique de la fin du XIX^e siècle qui posa le cadre d'une réparation exorbitante du droit commun en direction d'un prolétariat suspect de vouloir faire la révolution et de déstabiliser le gouvernement en place. On est donc face à un compromis historiquement daté qui échange des concessions envers la classe ouvrière contre des garanties de paix sociale. L'impossibilité de recourir à une autre voie de réparation a évidemment une dimension symbolique énorme et il est à remarquer que le conseil constitutionnel a validé l'équation qui perpétue le principe de concessions globales au détriment d'une évaluation personnalisée des préjudices. Pour tenter de réduire l'écart dans le traitement des victimes, on a ainsi étendu le bénéfice de la loi Badinter qui autorise une réparation automatique et intégrale des dommages subis par les victimes accidentés de la route, sauf exceptions tout à fait marginales. Mais le caractère alambiqué de la loi, associé au fait qu'il faut combiner deux régimes dérogatoires au droit commun de la responsabilité civile, vont à nouveau donner un caractère de « loterie » quant aux hypothèses qui permettent aux victimes de recourir à ce régime de réparation complémentaire. Mais cette entorse ne va pas se faire sans incidences majeures sur l'ensemble du régime AT/MP.

En effet le droit commun de la réparation du dommage corporel s'est construit sur une multiplication des préjudices indemnisables au nombre de 23 selon certains. Le principe qui a guidé les juges pour construire ce pan du droit repose sur un seul article du code civil, l'article 1382, dont les auteurs n'avaient évidemment pas imaginé l'appliquer aux préjudices extrapatrimoniaux. De ce texte, ils ont extrait un principe général du droit, qui veut que l'on indemnise tout le préjudice, rien que le préjudice.

Or une victime de la route qui est aussi en mission dans le cadre du travail va recevoir une indemnisation

forfaitaire à laquelle elle pourra adjoindre les sommes dues par le tiers responsable, dont l'assureur acquitte les montants.

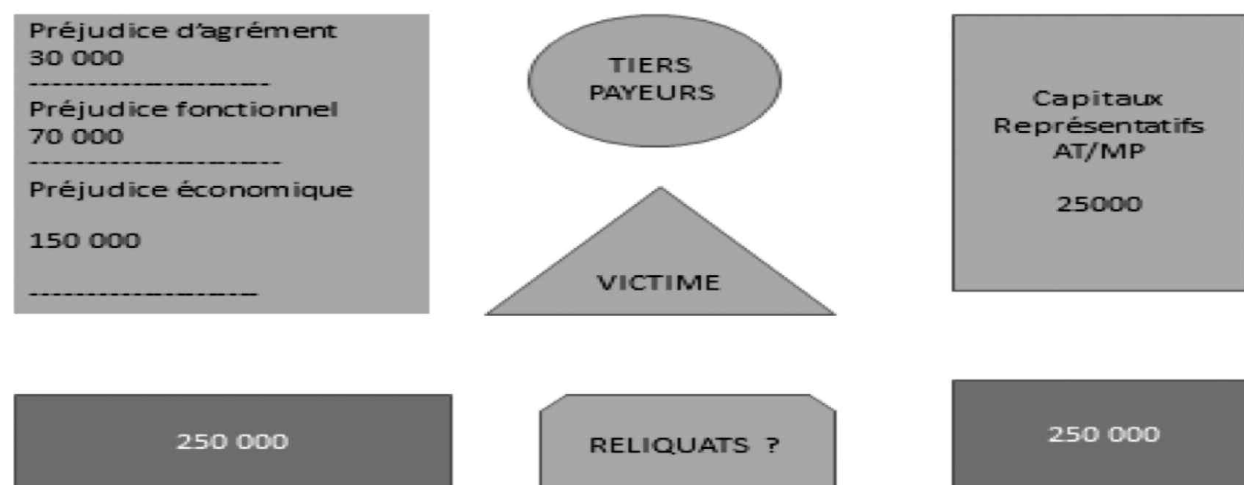
La difficulté réside dans le fait que la loi ne fixe pas de nomenclature des chefs de préjudices : les juges du fond sont souverains pour apprécier le montant et la nature des préjudices indemnisés. Ce qui fait que se pose la question de savoir quelle somme indemnise quel préjudice. Afin de vérifier s'il n'y a pas eu double, il faut absolument pouvoir établir une « table des correspondances » pour permettre aux différents tiers payeurs de récupérer les sommes qu'ils ont payées à la victime au titre de leur obligation d'assurances (sécurité sociale, mutuelles, assurances privées, caisses complémentaires...).

Ce mécanisme très technique connu sous la terminologie de « recours des tiers payeurs » fait l'objet d'atermoiements des magistrats et de déconvenues pour les victimes.

En effet, il s'agit d'un côté de protéger les droits des victimes en leur permettant de protéger les sommes qui leur sont allouées au titre des préjudices non couverts par la sécurité sociale ou d'autres tiers payeurs qui se sont substitués dans la prise en charge financière. Mais il s'agit aussi de protéger les finances de la sécurité sociale en lui permettant de récupérer les sommes avancées.

Du coup, les magistrats ont eu tendance à attirer dans le champ ouvert au recours des tiers payeurs des chefs de préjudices relevant manifestement de la sphère personnelle.

Le législateur s'est ému de cette création de droit « pré-torien » générateur d'injustices criantes et est intervenu pour protéger le droit des victimes. Mais la dialectique juridique est pleine de ressources et ces dernières années, la jurisprudence a réussi l'exploit de contourner totalement les textes légaux et de « réinventer » une définition de la nature juridique de la rente des acci-



Mécanisme de recours du tiers payeur pour une victime d'un accident du travail qui est aussi un accident de la circulation (les chiffres sont fictifs).

dentés du travail qui n'a aucun fondement légal et qui ne s'inscrit dans aucune continuité historique.

La difficulté de procéder à ces péréquations entre préjudices évalués dans le cadre du droit commun et préjudices couverts dans le régime des AT/MP a été attisée par la mise en place de la réparation spécifique aux

maladies de l'amiante qui a nécessité, sur tous les dossiers ayant déjà transités par les TASS, ou qui avaient fait l'objet d'une reconnaissance de base par les caisses, de se prononcer sur ce problème de cumul des indemnités versées dans la perspective d'une réparation intégrale.

Nomenclature DINTILHAC

Proposition de nomenclature des préjudices corporels de la victime directe

1° Préjudices patrimoniaux

a) Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Dépenses de santé actuelles (D.S.A.) - Frais divers (F.D.)
- Pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)

b) Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Dépenses de santé futures (D.S.F.)
- Frais de logement adapté (F.L.A.)
- Frais de véhicule adapté (F.V.A.)
- Assistance par tierce personne (A.T.P.)
- Pertes de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)
- Incidence professionnelle (I.P.)
- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

2° Préjudices extra-patrimoniaux

a) Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)
- Souffrances endurées (S.E.)
- Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

b) Préjudices extra-patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)
- Préjudice d'agrément (P.A.)
- Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)
- Préjudice sexuel (P.S.)
- Préjudice d'établissement (P.E.)
- Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)

c) Préjudices extra-patrimoniaux évolutifs (hors consolidation) :

- Préjudices liés à des pathologies évolutives (P.EV.)

3° Proposition de nomenclature des préjudices corporels des victimes indirectes (victimes par ricochet)

1° Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe

a) Préjudices patrimoniaux

- Frais d'obsèques (F.O.)
- Pertes de revenus des proches (P.R.)
- Frais divers des proches (F.D.)

b) Préjudices extra-patrimoniaux

- Préjudice d'accompagnement (P.A.C.)
- Préjudice d'affection (P.A.F.)

2° Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe

a) Préjudices patrimoniaux

- Pertes de revenus des proches (P.R.)
- Frais divers des proches (F.D.)

b) Préjudices extra-patrimoniaux

- Préjudice d'affection (P.A.F.)
- Préjudices extra-patrimoniaux exceptionnels (P.EX.)

Enfin l'extension du recours par les juges à la nomenclature Dintilhac a modifié la physionomie des préjudices indemnissables. Ce qui nous amène à évoquer en seconde partie la saga des préjudices indemnissables, qui est pleine de rebondissement, malheureusement pas de cohérence.

III. LA SPÉCIFICITÉ DES PRÉJUDICES RÉPARABLES DANS LE CADRE DU RÉGIME DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

La réparation des préjudices personnels comme indiqué plus haut, n'avait pas été envisagée par la loi de 1898. Les défenseurs des victimes ont imaginé diverses voies pour obtenir un complément d'indemnisation. Mais la nature juridique de la rente, objet juridique non identifié, a empêché dans le passé que les groupes de réflexion qui se sont penchés sur le sujet, à savoir le rapport Faivre Lambert et le rapport Dintilhac, puissent proposer des solutions juridiques cohérentes pour articuler le droit commun et ils ont à chaque fois mis entre parenthèse la question de la normalisation des préjudices et leur correspondance avec le droit commun.²⁸ Il faut donc examiner dans un premier temps où en est cette réflexion et quels sont les préjudices qui sont censés être pris en charge, par les différents systèmes de réparation, sachant que l'on est le plus souvent en présence de fictions juridiques qui ne correspondent pas à une véritable prise en charge, mais à l'affirmation qu'elle l'est.

Dans un deuxième temps, la croissance forte du contentieux de la faute inexcusable a abouti à renouveler la réflexion sur les préjudices indemnissables. L'introduction d'un recours en constitutionnalité a permis de discuter la légalité de notre système d'indemnisation au regard de l'égalité de traitement des citoyens devant la loi. La réponse en demi-teinte a relancé tous les espoirs d'une indemnisation complète au moins pour les victimes aboutissant dans leur recours, espoirs rapidement déçus au regard d'une jurisprudence frileuse, changeante et peu cohérente. C'est le deuxième volet qui sera analysé.

La généralisation des contentieux sur le préjudice d'anxiété devant les juridictions prud'homales amène à s'interroger sur l'opportunité de maintenir un système de réparation duale. Ce sera le troisième volet de l'analyse.

²⁸ Pour une analyse générale voir G. Mor et B. Heurton « Evaluation du préjudice corporel / stratégie d'indemnisation / méthodes d'évaluation », Première édition 2010 Delmas.

A. A la recherche de la nature juridique de la rente

Cette question n'a connu une actualité qu'à partir du moment où la réparation a été confrontée à des régimes différents qui devaient répondre à la même question : qu'indemnise la rente comme type de préjudice ?

Un regard historique amène une réponse simple : la perte de capacité de gain. La loi du 9 avril 1898 dans son article 3, prévoit le versement d'une rente calculée en fonction de la réduction que l'accident avait fait subir au salaire perçu par la victime. L'article 50 de la loi du 30 octobre 1946 qui incorpore la loi de 1898 dans la sécurité sociale prévoit que « le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité ».

Si ce texte s'éloigne incontestablement de la définition initiale de la loi de 1898, il met toujours l'accent sur la prise en compte de l'état de santé au regard de l'incidence professionnelle.

De nombreux indices montrent d'ailleurs que tout le dispositif est orienté vers l'aspect économique : la rente renvoie à un salaire utile et non à un barème d'actuaire, les atteintes fonctionnelles sont cotées en fonction de la gêne qu'elles occasionnent dans le travail. Ainsi dans le barème « accident de travail », pour l'indemnisation des cicatrices, on prend en compte le fait qu'elles nécessitent ou non une protection pendant le travail.

Dans cette logique, la rente a donc entièrement une nature patrimoniale. Il faut rappeler aussi que l'IPP sert de base au calcul d'une rente amputée de moitié en dessous de 50 % et toujours inférieure à ce taux au-dessus de 50 %. Cette rente répare en fait le préjudice subi par le « corps laborieux »²⁹ et c'est ce corps qui subit « pénibilité, préjudice de carrière, dévalorisation sur le marché de l'emploi, perte de capacité de gains ». Le caractère forfaitaire de la réparation et un mode de calcul de la rente lié au niveau du salaire et non à l'estimation des atteintes personnelles subies n'autorisent aucun autre raisonnement.

Néanmoins les observateurs vont constater qu'il y a un mélange des genres assez inextricable : en effet on postule que la perte de capacité de gain est proportionnelle au niveau d'IPP : ce que remarquent les rédacteurs du rapport Faivre Lambert.

« La confusion totale du système repose sur un postulat totalement faux selon lequel une même lésion traumatique aurait des conséquences semblables pour toutes les victimes, et le préjudice économique professionnel serait, comme le préjudice physiologique personnel, proportionnel au taux d'incapacité fonction-

²⁹ M. Bonnechère « Le corps laborieux : réflexion sur la place du corps humain dans le contrat de travail », D.O. 1994 p.17.

nelle. Or à l'évidence les incidences professionnelles d'une même lésion traumatique sont totalement différentes selon les activités : la perte d'un œil met fin à la carrière du pilote de ligne, pas à celle du facteur ; l'amputation d'une jambe est incompatible avec le métier de maçon-couvreur, pas avec celui de l'administratif sédentaire. »³⁰

Lors de la discussion sur le champ d'application de la loi sur le recours du tiers-payeurs l'expectative est aussi de mise chez l'Avocat général près la Cour de Cassation³¹ « si la nature de la rente est incertaine ou hybride en ce qu'elle indemnise à la fois un préjudice patrimonial et extrapatrimonial, il n'en demeure pas moins possible de ventiler cette prestation pour l'affecter à tel ou tel poste de préjudice ». Il appuie sa conviction sur le rapport Dintilhac qui justement a refusé de conclure expressément et envisagé par dépit un partage forfaitaire (!) entre les préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux. Mais il tempère par la suite son propos en indiquant que « la réforme ne pourrait être applicable aux accidents du travail qu'après une clarification des textes relatifs au mode de calcul de la rente AT ».

C'est l'adoption de la loi sur le recours des tiers payeurs qui va amener les juges entre 2007 et 2009 à « réinventer » la nature juridique de la rente, ce qui a pour triple avantage de ménager les finances de la sécurité sociale, de permettre de désamorcer le débat sur la réparation intégrale des victimes d'accident et de pouvoir s'adapter à toutes les situations puisque la rente, à l'instar du caméléon, en fonction des cas de figures, peut être en capacité de représenter dans la sphère du droit totalement, partiellement ou pas du tout les préjudices extrapatrimoniaux ! C'est un acte de magie « sociale » qui repose malheureusement sur une erreur de droit permanente décrite minutieusement par le président Sargos et dont il convient d'exposer rapidement les prémices et les implications. Selon M. Sargos, « l'erreur de droit permanente » commence en 1959 dans l'arrêt Cesbron du 27 avril 1959, où les chambres réunies jugèrent que « l'article 68, § 3 de la loi du 30 octobre 1946 ne *faisant aucune distinction entre les éléments matériels ou moraux du préjudice* qu'elle a pour objet de réparer, l'indemnité mise à la charge du tiers, même réduite en raison du partage des responsabilités, doit être intégralement affectée, à due concurrence, au remboursement des dépenses effectuées par les caisses ». Or cet article 68 n'imposait pas une telle interprétation et cette jurisprudence n'avait déjà comme seul objectif d'asseoir le recours des caisses pour leur permettre de récupérer auprès des victimes le montant des préju-

dices de nature personnelle non pris en charge par le régime accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP).

Devant ce détournement, une loi du 27 décembre 1973, relative à « l'étendue de l'action récursoire des caisses de sécurité sociale en cas d'accident occasionné à un assuré social par un tiers » a décidé que ce recours en remboursement contre le tiers totalement ou partiellement responsable de l'accident « *s'exerçait sur la part d'indemnité qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la personne, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique.* »

Puis la « loi Badinter » du 5 juillet 1985 sur les victimes de la route a étendu cette règle en affirmant le caractère subrogatoire de leur recours et en ajoutant à l'exclusion de l'assiette du recours le préjudice d'agrément (CSS, art. L. 376-1 et L. 5 juill. 1985, art. 31). « Mais un arrêt qualifié de « lamentable » par le rapport Lambert-Faivre de juin 2003, décide que le recours d'une caisse « pouvait s'exercer sur la part d'indemnité mise à la charge du tiers partiellement responsable **correspondant à l'achat de matériels médicaux, d'un fauteuil roulant électrique, au surcoût d'un appartement plus vaste et aux frais d'adaptation de ce logement, alors que la caisse n'avait versé aucune prestation de ces chefs.** »

Devant cette persistance dans une voie qui spoliait les victimes, les rapports Lambert-Faivre de juin 2003, et Dintilhac en juillet 2005 dénoncent l'« inadmissible globalisation » conduisant, au mépris du droit de la subrogation, à intégrer dans l'assiette du recours des chefs de préjudice non pris en charge par les caisses, et l'inopposabilité du partage de responsabilité à ces dernières.

Le rapport Dintilhac va jouer un rôle primordial dans la reconfiguration des préjudices en proposant de créer un chef d'indemnisation intitulé « déficit fonctionnel permanent » et classé dans les préjudices extrapatrimoniaux permanents.

D'une manière générale, le groupe de travail « recommande de dissocier la nature du préjudice de son inclusion ou non dans l'assiette du recours des tiers payeurs afin de leur permettre de recouvrer la totalité des prestations versées aux victimes correspondant à l'indemnisation d'un préjudice « patrimonial » ou « extra-patrimonial » à condition que ce poste ait effectivement été indemnisé par le tiers payeur. Ceci interdit, bien évidemment, que le tiers payeur puisse exercer son recours sur des postes de préjudice (économique ou personnel) qu'il n'aurait pas indemnisés à un titre ou un autre. Ce mécanisme conduit à préconiser que les postes de préjudice corporel soient désormais indemnisés poste par poste et non globalement comme c'est aujourd'hui encore le cas.

Afin d'éviter une double indemnisation de la victime entre ce poste « déficit fonctionnel permanent » et une

³⁰ Rapport Faivre – Lambert Remis à Dominique PERBEN, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, 22 juillet 2003.

³¹ Avis n° 0070015P du 29 octobre 2007.

rente, notamment comme cela est le cas en matière de victime d'accident du travail, le groupe de travail recommande que les tiers payeurs soient désormais contraints de présenter à l'organe d'indemnisation un état de leur créance relative à la rente versée à la victime qui contienne une ventilation entre la part de cette créance destinée à indemniser la partie patrimoniale du préjudice corporel et celle visant à indemniser la partie extra-patrimoniale.

A défaut, si le tiers payeur n'effectue aucune diligence pour procéder à cette "clé" de répartition, le groupe recommande que l'organe d'indemnisation pose une présomption réfragable de partage à égalité entre les parts patrimoniale et extra-patrimoniale du préjudice corporel ainsi indemnisé par l'intermédiaire du versement de la rente. »

On ne peut que constater aujourd'hui que ce poste de « déficit fonctionnel permanent » a servi selon la redéfinition de la Cour de cassation de réceptacle à toutes sortes de préjudices susceptibles d'indemnisation, bien loin des préconisations du rapport Dintilhac.

Après plusieurs hésitations et tâtonnements de la Cour de cassation qui ont induit certains juges du fond dans l'erreur, elle a fixé les contours de la nouvelle nature juridique de la rente sans qu'une modification législative ne soit intervenue.

« Attendu qu'il résulte du dernier de ces textes (L. 434-2) que la rente versée à la victime d'un accident du travail, indemnise, d'une part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité et, d'autre part, le déficit fonctionnel permanent ; qu'en l'absence de perte de gains professionnels ou d'incidence professionnelle, cette rente indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent » Cass. 11 juin 2009 – 5 arrêts.

Or cette définition ne peut s'appuyer sur aucun fondement légal ni doctrinal, personne n'ayant prétendu jusqu'alors que la rente puisse indemniser de tels préjudices. Comme le souligne M. Sargos, le DFP est d'abord une notion médicale définie comme étant « La réduction définitive du potentiel physique, psychique, psychosensoriel ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomophysiologique médicalement constatée [...] à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ». C'est un constat purement médical résultant du rapport des médecins experts commis qui proposeront un taux d'incapacité fonctionnel.

Dans le rapport Dintilhac, ce chef de préjudice a pour objet de « réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime. Il convient d'indemniser, à ce titre, non seulement, les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu'elle res-

sent, la perte de la qualité de la vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation... en raison de son caractère général, ce déficit fonctionnel permanent ne se confond pas avec le préjudice d'agrément, lequel a pour sa part un objet spécifique en ce qu'il porte sur la privation d'une activité déterminée de loisirs ».

Le DFP couvre donc uniquement des préjudices liés à la vie personnelle, et lie la perte des fonctions physiologiques et le ressenti que peut en avoir la victime dans ses dimensions subjectives : perte de qualité de vie, troubles des conditions d'existence.

« Il s'agit là d'une globalisation incompatible avec la nécessité de déterminer des postes de préjudice homogènes... Sont mélangés, en effet, l'atteinte objective à l'intégrité physique de la personne et des éléments subjectifs souvent vécus atrocement par les victimes les plus atteintes. » P. Sargos

Cette globalisation méconnaît les dispositions du Code de la sécurité sociale consacrées à l'indemnisation de certains postes précisément énumérés que sont les souffrances physiques et morales et le préjudice d'agrément (CSS, art. L. 452-3).

Pour satisfaire au besoin des tiers payeurs, et notamment la possibilité pour la sécurité sociale de récupérer un maximum d'indemnités, on va consacrer « une interprétation contra legem des principes d'imputation au profit des tiers payeurs ». (Stéphanie Porchy-Simon)

Conséquences : la rente AT couvre selon les juges suprêmes les préjudices patrimoniaux et éventuellement extrapatrimoniaux sans que l'on sache selon quelle proportion, ce qui permet une récupération « tous azimuts ». Il s'agit bien d'une « main basse sur les préjudices extra-patrimoniaux »³²

Pour prendre l'exemple d'un arrêt qui a entraîné la cassation, il s'agissait d'un accident subi par un agent public qui avait bénéficié d'une allocation d'invalidité mais dont la rémunération n'avait pas diminué. Il percevait au titre de cet accident une rente AT dont le capital constitutif était d'un peu plus de 25 000 euros. La caisse entendait inclure cette somme dans l'assiette de son recours. Le Conseil d'État, en application de la réforme du recours des tiers payeurs, a procédé à une ventilation en estimant qu'une part du capital constitutif de cette rente indemnisait la perte de chance de progression professionnelle de la victime ; évaluant cette part à 10 000 euros, il a limité l'assiette du recours de la caisse à ce montant, en énonçant le principe déjà rappelé quant à l'objet exclusif de la rente AT. Ainsi la victime « sauvait » 15 000 euros de l'assiette du recours de la caisse.

³² C.B. « Main basse sur les préjudices extrapatrimoniaux » GP 29 décembre 2009 n° 363 p. 46 note sous Cass.civ. 19 novembre 2009 - n° 08 - 18019.

La chambre criminelle, s'alignant sur les positions de la chambre sociale, constate que lorsque le montant de la rente accident du travail excède les pertes de revenus et l'incidence professionnelle, cette allocation répare nécessairement, en tout ou en partie, le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent.

La Cour de cassation a par la suite inclut dans le champ d'indemnisation de la rente y compris le déficit fonctionnel temporaire, c'est-à-dire « l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle ainsi que le temps d'hospitalisation et les pertes de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante durant la maladie traumatique » ce qui est tout de même un exploit puisque ce dernier est antérieur à la consolidation : donc s'il n'y pas de séquelles, il ne pourra y avoir réparation de ce préjudice. S'il y a une rente, on présumera qu'elle répare aussi ce chef de préjudice. La position sera différente en cas de faute inexcusable où le déficit fonctionnel temporaire sera réparé séparément. Comprenez qui pourra.

Or, comme le souligne le président Sargos, « même aux pires moments de la globalisation des préjudices, ceux subis avant la consolidation n'entraient pas dans la détermination des rentes AT/MP et, partant, dans l'assiette des recours ».

Il conclut ainsi sa démonstration : « La combinaison du « forçage » de la nomenclature Dintilhac, dans son aspect le plus contestable qu'est le poste de préjudice trop global du déficit fonctionnel permanent, du maintien du caractère mixte de l'objet de la rente AT/MP, et de la négation de la portée de la réforme du recours des tiers payeurs, ont abouti à une extension de l'assiette du recours des caisses à des préjudices personnels (le préjudice d'agrément et les souffrances physiques) qui, avant la loi du 21 décembre 2006, en étaient exclus ». À titre d'exemple il évoque le cas d'une victime ne justifiant pas de la pratique régulière d'un sport ou d'un loisir déterminé qui se serait vue attribuer, avant la réforme, 20 000 € au titre de la réparation des troubles ressentis dans ses conditions d'existence (ancienne définition du préjudice d'agrément). Une telle somme échappait alors totalement au recours des caisses. Maintenant, par la faute de la jurisprudence sus-évoquée, cette somme est appréhendée par les caisses versant une rente AT ou MP.

On est donc dans un cas de figure inédit les préjudices indemnifiables sont à géométrie variable.

Exemple 1 : un salarié subit une amputation du doigt mais qui n'a aucune incidence sur son salaire ni sur la qualification : sa rente traduit une réparation d'un préjudice purement fonctionnel. C'est du « pur » préjudice extrapatrimonial.

Exemple 2 : un salarié subit une amputation du doigt et est reclassé dans un poste inférieur : la rente répare à la fois du préjudice fonctionnel et un préjudice au titre de l'incidence professionnelle. Dans quelle proportion ? Mystère.

Exemple 3 : le salarié subit une amputation du doigt et ne peut plus exercer sa profession : la rente serait dédiée à la réparation de la perte de salaire. Elle est entièrement (c'est-à-dire très insuffisamment) dédiée à la réparation d'un préjudice économique de nature patrimoniale.

Dernier exemple : le salarié accidenté se voit allouer une rente 6 mois avant la cessation d'activité pour cause de retraite : sa rente qui ne couvre évidemment pas le montant du salaire perdu est entièrement dédiée à la réparation du préjudice de nature patrimoniale au titre des pertes de revenu. Au moment où il part à la retraite, sa rente change subitement de nature et devient une rente extrapatrimoniale dans sa globalité puisqu'il n'y a plus de perte de salaires.

Cette jurisprudence repose sur « un raisonnement, primitif et fallacieux, suivant lequel dès lors qu'il n'y a pas de perte effective de gains professionnels, c'est que cette rente indemnise autre chose. Mais ceci est une question de cumul entre la rente et le salaire maintenu – voire augmenté – qu'il appartient au législateur de régler, non de changement de nature de la rente AT et d'extension abusive de l'assiette du recours des caisses. On ajoutera que la rente AT/MP de base n'indemnise même pas tous les aspects du retentissement professionnel puisque c'est seulement en cas de faute inexcusable que les caisses versent une prestation réparant le préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle de la victime, prestation qu'elles récupèrent ensuite sur l'employeur (CSS, art. L. 452-3) ».

Ce qui aggrave encore la situation des victimes c'est que le conseil d'Etat n'a pas du tout la même position. Ce dernier ne s'écarte pas du texte de la loi et formule dans un avis contentieux du 4 juin 2007 une interprétation conforme à l'esprit de la loi.³³

Le Conseil d'Etat définit la notion de poste de préjudice comme un ensemble de préjudices de même nature directement liés aux dommages corporels subis par la victime. Puis il souligne que l'objet de la réforme est « essentiellement de limiter le recours subsidiaire des caisses de sécurité sociale aux seules indemnités mises à la charge du responsable du dommage qui réparent des préjudices ayant donné lieu au versement d'une prestation ». Enfin il préconise de distinguer les préjudices de nature patrimoniale, et ceux de nature personnelle, ces derniers comprenant les troubles dans les conditions d'existence envisagées indépendamment de leurs conséquences pécuniaires. »

Un arrêt du 5 mars 2008 vient appliquer ces principes : « Considérant, en troisième lieu, que bien

³³ Stéphanie Porchy-Simon « Imputation de la rente accident du travail : le divorce entre le CE et la C. Cass. est consommé » Recueil Dalloz 2013 p. 1258.

qu'ayant, à l'issue de cette période, retrouvé un emploi mieux rémunéré que celui qu'il occupait avant son accident, la nature de son handicap, qui affecte la mobilité de sa main gauche alors qu'il est travailleur manuel et gaucher et qui est à l'origine d'un taux d'invalidité de 7%, a fait perdre à l'intéressé des chances de progression professionnelle dont il sera fait une juste appréciation en les fixant à 10 000 euros ; que la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE SEINE-SAINT-DENIS verse à M. A. une rente dont le capital constitutif s'est élevé à 25 144,16 euros au 1^{er} janvier 2005 ; que l'objet exclusif de cette rente est de contribuer à la réparation du préjudice subi par l'intéressé dans sa vie professionnelle du fait du handicap ; qu'il y a lieu, par suite, d'imputer cette rente sur l'indemnité réparant l'incidence professionnelle du handicap, dans la limite des 10 000 euros fixés ci-dessus et d'allouer cette somme à la caisse ».

On peut donc considérer que c'est le Conseil d'État, et non la Cour de cassation, qui a raison quant à l'objet de la rente accident du travail.

« Il a aussi raison lorsqu'il refuse de retenir le poste trop global du déficit fonctionnel permanent en tant que préjudice. La notion de déficit fonctionnel permanent ne devrait être que médicale, les préjudices en découlant étant de nature patrimoniale et de nature personnelle, ces derniers se déclinant entre, d'une part, un préjudice objectif de nature physiologique, d'autre part, mais de façon distincte, un préjudice résultant des troubles dans les conditions d'existence, largement entendus »³⁴

Claudine Bernfeld, avocate spécialisée dans le droit de la réparation analyse de façon très critique les derniers arrêts de la Cour de cassation expliquant que la réforme de 2006 visant à mettre à l'abri des recours des tiers payeurs les préjudices personnels « est totalement bafouée, les organismes sociaux sont dispensés de toute démonstration suivant laquelle la rente AT ou l'ATI indemniserait de façon incontestable un poste personnel, il est considéré que la notification de rente vaut versement préalable. La Cour de cassation passe outre le concept de poste par poste pour ponctionner quatre postes de préjudice, jusqu'à remboursement le plus complet possible des sommes qu'elle a exposées. »

Or, après le revirement qui attribue à la rente des propriétés qu'elle n'a manifestement pas, la Cour s'est attaquée à un autre volet des droits subjectifs, à savoir l'indemnisation du préjudice d'agrément.

B. Une conception restrictive du préjudice d'agrément

Un arrêt du 28 mai 2009 aggrave encore la situation en incorporant dans le déficit fonctionnel permanent le préjudice d'agrément « ordinaire ». La Cour revient

ainsi sur sa position de 2010 qui autorisait l'indemnisation « des troubles ressentis dans les conditions d'existence »³⁵. Dans son arrêt du 28 février 2013, qui figurera au rapport et sur le site de la Cour, elle restreint la définition en renvoyant au DFP la prise en charge implicite des troubles dans les conditions d'existence liés à l'incapacité fonctionnelle, c'est-à-dire la privation des joies usuelles de la vie courante. Ce faisant elle renforce la fiction d'une soit disant indemnisation qui n'existe que sur le papier.

Le DFP englobe désormais « les atteintes aux fonctions physiologiques, la perte de la qualité de la vie et les troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales », ce qui réduit à quasi rien le préjudice d'agrément qui « vise exclusivement à l'indemnisation du préjudice lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisir ». Elle impose à la victime de justifier « d'une activité spécifique sportive ou de loisir antérieure à la maladie », ce qui aboutit à étendre aux accidents du travail la solution qu'elle retient depuis 2009 sur le fondement du droit commun.

Il s'agissait en l'espèce d'un ouvrier de fabrication qui avait déclaré une affection prise en charge au titre des maladies professionnelles liées à l'exposition aux fibres d'amiante. Dans le cadre d'une procédure en faute inexcusable il réclame et obtient de la cour d'appel 10 000 € pour son préjudice d'agrément. L'employeur forme un pourvoi en cassation et la cour profite de cet arrêt pour modifier la définition du préjudice d'agrément dans le cadre des accidents du travail. Elle retient que la cour d'appel a accordé ces indemnisations « sans rechercher si, au titre du préjudice d'agrément, la victime justifiait d'une activité spécifique sportive ou de loisir antérieure à la maladie... ». La victime doit désormais justifier qu'elle se livrait avant l'accident à des activités sportives ou des distractions autres que celles qu'autorise « une vie normale » ; une personne non licenciée dans un club ou n'exerçant pas une activité « patentée » n'est plus recevable à réclamer une indemnisation pour les troubles qu'elle subit dans ses conditions d'existence.

Puisque la rente est censée indemniser un préjudice fonctionnel permanent incorporant du subjectif et de l'objectif, une partie de la privation des agréments de la vie serait déjà prise en compte dans la définition du déficit fonctionnel permanent, car le préjudice physiologique et la gêne qui l'accompagne sont « deux faces d'une même pièce, les deux aspects d'une même réalité et les deux expressions d'un même dommage »³⁶. Pourtant comme l'indique un auteur, « il est

³⁵ 8 avril 2010 n° 09-14047.

³⁶ P. Jourdain, JCP 2004. II. 10008.

³⁴ S. Porchy-Simon surcité.

peu vraisemblable que la rente indemnise aussi les troubles dans les conditions d'existence. »³⁷

La Cour a ainsi solennellement renié sa position précédente qui énonçait qu'il fallait distinguer le déficit fonctionnel de caractère objectif du « préjudice subjectif de caractère personnel résultant des troubles ressentis dans les conditions d'existence ». ³⁸ La victime devra ainsi produire, par exemple, une licence ou une pièce justificative de son inscription à un club, pour prouver l'antériorité de la pratique, effective et régulière, d'une activité sportive ou de loisir, ce qui semble exclure les activités sociales. S'agissant d'une indemnisation dans le cadre d'une rente forfaitaire susceptible d'être majorée et accompagnée de préjudices complémentaires nommément cités dans le code de sécurité sociale, la nouvelle jurisprudence aboutit de fait à gommer un chef de préjudice indemnisable dans de nombreux cas. L'avancée de la loi de 1976, qui tendait à reconnaître le salarié victime en tant que personne « souffrante » est remise en cause. Elle stigmatise particulièrement une catégorie de victimes ayant des loisirs « simples » et non tarifés. Comme le souligne un auteur « elle confère au préjudice d'agrément un caractère « élitiste », dans la mesure où ce sont généralement les victimes appartenant aux couches les plus favorisées de la population qui sont en mesure d'établir la pratique antérieure régulière d'une activité sportive ou de loisir. ³⁹ La logique civiliste qui avait pour but de progresser vers une réparation intégrale, vient en réalité dépouiller un peu plus les victimes en exigeant d'elles des preuves qui n'ont pas cours dans le régime de réparation des accidents du travail.

Claudine Bernfeld rappelle quant à elle les trois composantes du DFP : déficit physiologique et psychique, souffrances après la consolidation et perte de la qualité de vie. Si le juge ne retient plus au titre du préjudice d'agrément que le préjudice spécifique en rapport avec les sports ou les loisirs particuliers et « si l'on ne modifie pas notre mode de chiffrage du DFP, les victimes (les plus grièvement touchées) vont perdre jusqu'à 50 000 € à 70 000 €, sommes qui ne seront pas reportées du préjudice d'agrément vers le DFP » *Gazette du Palais*, 10 avril 2010 n° 100, P. 43 – Elle pointe la nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation qui comporte « le risque de déduire la rente AT du préjudice d'agrément ainsi inclus dans le DFP. »

Il faut rappeler que les préjudices complémentaires sont limitativement énumérés et ne sont indemnifiables que dans le cadre de la reconnaissance d'une faute inexcusable. Les derniers chiffres connus se situent

autour de 1 500 procédures par an, dont toutes n'aboutissent pas à une reconnaissance. L'immense majorité des victimes ne bénéficient donc d'aucune indemnisation des préjudices corporels. Pour le salarié bénéficiaire d'une rente de base, totalement insuffisante pour remplacer le revenu d'activité lorsqu'il perd son emploi, ce préjudice n'est pas pris en compte, seule la qualification de faute inexcusable permet d'y accéder. Comme le signale un auteur, cet arrêt marque un nouveau point d'orgue dans une « évolution chaotique » dont il pense que c'est l'épilogue, ce dont nous sommes moins sûrs.

C. Le bénéfice d'une indemnisation des souffrances physiques et morales conditionnées par une certaine « intensité » ?

Dans le même arrêt du 28 février 2013, la Cour de cassation semble s'orienter vers la remise en cause d'un deuxième chef de préjudice qui constitue le socle de la réparation des préjudices personnels, à savoir l'indemnisation des préjudices physiques et moraux de la victime. L'article L452-3 prévoit que « indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales endurées... ».

Selon une jurisprudence bien établie, cet article couvre divers préjudices, qui sont notamment la souffrance endurée du fait de la maladie, de l'atteinte morale résultant de la prise de conscience de son handicap, de la nécessité de subir des opérations à répétition ou des examens invasifs extrêmement pénibles, mais aussi de l'angoisse et de la perte d'estime de soi que subit la victime au regard de ses perspectives d'avenir et de l'image qu'elle renvoie à son entourage et sa famille. Il englobait également le préjudice sexuel avant que la cour de cassation ne l'autonomise récemment. Les sommes accordées par les juges étaient à ce titre souvent conséquentes car la vie normale des victimes est souvent totalement détruite notamment quand elles sont gravement atteintes.

Dans l'affaire citée, le salarié avait demandé une réparation sur ce fondement. La cour d'appel de Bordeaux lui alloue 60 000 € pour son préjudice causé par les souffrances physiques et morales. La deuxième chambre civile casse l'arrêt et retient que la cour d'appel a privé sa décision de base légale en accordant cette indemnisation « sans rechercher si ... les souffrances invoquées par elle n'étaient pas déjà réparées au titre du déficit fonctionnel permanent ».

L'arrêt est cassé au visa des articles L. 434-1, L. 434-2, L. 452-2 et L. 452-3 du code de la sécurité sociale ; la Cour énonce dans un « chapeau » sa nouvelle conception de la rente et qui réécrit une fois de plus la loi en rajoutant une condition à l'indemnisation des souffrances morales :

³⁷ P. Jourdain « Nouvelles évolutions sur la définition des préjudices corporels extrapatrimoniaux : préjudice d'agrément en matière d'accident du travail, souffrances endurées » *RTD Civ.* 2013 p. 383.

³⁸ Cass. Ass. Plén. 19 déc. 2003, n° 02-14.783.

³⁹ En ce sens, G. Viney, *JCP* 1995. I. 3853, obs. 22.

« Attendu qu'il résulte des trois premiers de ces textes que la rente versée à la victime d'un accident du travail indemnise, d'une part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, d'autre part, le déficit fonctionnel permanent ; que le préjudice d'agrément réparable en application du quatrième de ces textes est constitué par l'impossibilité pour la victime de continuer à pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisir ; que sont réparables en application du même texte les **souffrances physiques et morales non indemnisées au titre du déficit fonctionnel permanent** ».

On franchit donc un nouveau palier puisque la Cour suggère aux juges de vérifier si les préjudices personnels liés à la souffrance n'étaient pas déjà indemnisés dans le cadre du déficit fonctionnel permanent nouvelle version. Les souffrances « persistantes » seraient incluses dans le DFP. Seules des souffrances exceptionnelles survenues avant la consolidation seraient susceptibles d'une indemnisation autonome. Il va sans dire que le code de sécurité sociale ne fait pas un tel distinguo et que les victimes ont obtenu jusqu'à ce jour une indemnisation au titre des 4 chefs de préjudices sans que l'on s'interroge sur la question de savoir si elles avaient plus souffert avant ou après la consolidation. Certains auteurs tout en soulignant la position « ambiguë » des juges, pensent qu'il pourrait s'agir d'une avancée si on peut dans certains cas isoler les souffrances morales des préjudices réparés par le DFP. Pour les victimes des accidents du travail ayant obtenu la reconnaissance d'une faute inexcusable, il s'agit d'une sacrée régression.⁴⁰

Comme le préjudice d'agrément, la souffrance comporterait deux paliers : une souffrance « normale » liée à l'accident ou la maladie et une souffrance « qualifiée » pouvant faire l'objet d'une indemnisation spécifique. A charge pour la victime et son défenseur de faire cette démonstration.

A nouveau on est en plein déni et du texte de loi et du simple bon sens : dans la mesure où ce sont les magistrats qui ont « inventé » la nouvelle configuration de la rente, en y incluant toutes sortes de préjudices subjectifs, et que ces derniers accaparent tout le montant de la rente lorsque la victime n'a pas de perte de salaires ou lorsqu'elle est retraitée, il sera difficile de démontrer que la douleur n'a pas déjà été indemnisée par la rente, ce qui fait qu'on ne peut qu'être stupéfait devant une telle position ; c'est selon les termes mêmes de l'ancien président de la chambre sociale de la cour de cassation et ancien président du FIVA le règne « du chaos des incohérences et des inégalités ».⁴¹ On peut se demander quelle preuve devra apporter la victime pour démontrer qu'elle souffrait « plus que de

normal ». Il est possible que la cour s'oriente vers un alignement sur une autre rubrique de la nomenclature Dintilhac, à savoir les préjudices extra-patrimoniaux exceptionnels (P.EX.). Dans ce cas, on ferme aux victimes dans la quasi-totalité des cas une possibilité d'indemnisation des préjudices personnels pourtant prévue expressément par le code de sécurité sociale. Ce qui est pour le moins cocasse quand on sait que par ailleurs le Conseil constitutionnel a orienté la réparation en cas de faute inexcusable vers la réparation intégrale.

D. Le conseil Constitutionnel au secours des victimes du travail

Le droit français a longtemps refusé aux citoyens de pouvoir contester la légalité d'une loi au regard de la Constitution. Cela ne pouvait se faire qu'avant l'entrée en vigueur de la loi et le mode de saisine était très restreint (à la demande de 60 députés ou sénateurs). Cette situation a changé avec l'entrée en vigueur, le 1er mars 2010, de la question prioritaire de constitutionnalité ou QPC qui est une procédure de contrôle de constitutionnalité sur les lois déjà promulguées (dit « contrôle de constitutionnalité a posteriori »). Elle a été introduite en droit français à l'occasion de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 qui a créé l'article 61-1 de la Constitution et modifié l'article 62.

Cette question permet, sous certaines conditions, de demander au Conseil constitutionnel de vérifier si une disposition législative ne serait pas inconstitutionnelle en ce qu'elle « porte atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution »⁴².

Une des premières questions posées et la première en droit de la sécurité sociale va concerner la question de l'égalité de traitement des citoyens devant la loi.

Les requérants faisaient valoir que les dispositions législatives qui figurent dans le code de la sécurité sociale au titre du régime d'indemnisation spécifique étaient contraires au principe d'égalité devant la loi et les charges publiques énoncé aux articles 1^{er}, 6 et 13

⁴² Constitution Française

ARTICLE 61

Lorsque, à l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction, il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du Conseil d'État ou de la Cour de cassation qui se prononce dans un délai déterminé. Une loi organique détermine les conditions d'application du présent article.

ARTICLE 62

Une disposition déclarée inconstitutionnelle sur le fondement de l'article 61 ne peut être promulguée ni mise en application. Une disposition déclarée inconstitutionnelle sur le fondement de l'article 61-1 est abrogée à compter de la publication de la décision du Conseil constitutionnel ou d'une date ultérieure fixée par cette décision. Le Conseil constitutionnel détermine les conditions et limites dans lesquelles les effets que la disposition a produits sont susceptibles d'être remis en cause. Les décisions du Conseil constitutionnel ne sont susceptibles d'aucun recours. Elles s'imposent aux pouvoirs publics et à toutes les autorités administratives et juridictionnelles.

⁴⁰ P. Jourdain surcité.

⁴¹ Libres propos de P. Sargos « AT/MP : le chaos des incohérences et des inégalités JCP social n° 42 oct. 2009, act. 495.

de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ainsi qu'au principe de responsabilité, qui découle de son article 4 ; ils indiquent que le régime d'indemnisation des accidents du travail fait obstacle à ce que la victime **obtienne de son employeur la réparation intégrale de son préjudice même dans l'hypothèse où ce dernier a commis une faute à l'origine de l'accident**, que le dispositif de majoration applicable lorsque l'employeur a commis une faute jugée inexcusable ne permet pas à la victime de l'accident d'obtenir la réparation de tous les préjudices subis et que sont, en particulier, exclus du droit à réparation les préjudices qui ne sont pas mentionnés par l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale.

Est donc clairement visée la mise à l'écart des préjudices personnels qui met le salarié-citoyen, victime d'une altération physique, dans une situation d'inégalité par rapport aux autres citoyens.

Le Conseil Constitutionnel va rendre une décision une fois de plus marquée par le sens du compromis en validant le régime de base, mais en infléchissant la situation des victimes qui ont obtenu la reconnaissance de la faute inexcusable :

« qu'il résulte de ces dispositions qu'en principe, tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ; que la faculté d'agir en responsabilité met en œuvre cette exigence constitutionnelle ; que, toutefois, cette dernière ne fait pas obstacle à ce que le législateur aménage, pour un motif d'intérêt général, les conditions dans lesquelles la responsabilité peut être engagée ; qu'il peut ainsi, pour un tel motif, apporter à ce principe des exclusions ou des limitations à condition qu'il n'en résulte pas une atteinte disproportionnée aux droits des victimes d'actes fautifs ainsi qu'au droit à un recours juridictionnel effectif qui découle de l'article 16 de la Déclaration de 1789. »

La mise à l'écart de la réparation des préjudices personnels est donc validée, sous couvert d'un aménagement au nom de l'intérêt général dont on ne sait pas plus avant de quel intérêt il pourrait s'agir. Les arguments avancés sont en premier lieu l'existence d'un régime d'assurance sociale des accidents du travail et des maladies professionnelles protecteur qui garantit « à la collectivité des moyens convenables d'existence, en second lieu le bénéfice de prestations complémentaires telles la rééducation, la réadaptation et le reclassement et en troisième lieu la prise en charge des prestations en nature, de l'indemnisation de l'incapacité temporaire et de l'incapacité permanente des victimes, ainsi que de certains frais. Par ailleurs, le régime est à la charge exclusive des employeurs. »

Tout ceci justifierait la limitation des réparations et la mise en place par les articles L. 451-1 et suivants du code de la sécurité sociale d'un régime spécifique de réparation se substituant partiellement à la responsabilité de l'employeur.

La voie de la réparation intégrale est donc écartée par l'instance suprême et même si on peut espérer qu'un jour elle change d'avis, on ne peut qu'être interloqué par ce choix de société consistant à sacrifier les victimes des risques professionnels au nom d'un intérêt général, alors que 90 % des citoyens sont des salariés et que leur intérêt est d'être indemnisés convenablement. Par ailleurs la notion de « garanties accordées à la collectivité » reproduit les termes du compromis social de 1898 envers la classe ouvrière : une compensation en échange d'une renonciation au droit commun.

Pour contrebalancer cette atteinte aux droits des victimes, le Conseil propose d'améliorer la situation des salariés s'étant vu reconnaître une faute inexcusable, qui pourront obtenir réparation de nouveaux préjudices, économiques et personnels, qui n'étaient pas réparés jusque-là. Mais en distinguant la majoration de rente qui est considérée comme une amélioration suffisante des autres préjudices.

« Considérant, en outre, qu'indépendamment de cette majoration, la victime ou, en cas de décès, ses ayants droit peuvent, devant la juridiction de sécurité sociale, demander à l'employeur la réparation de certains chefs de préjudice énumérés par l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale ; **qu'en présence d'une faute inexcusable de l'employeur, les dispositions de ce texte ne sauraient toutefois, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce que ces mêmes personnes, devant les mêmes juridictions, puissent demander à l'employeur réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale ;**

Le Conseil Constitutionnel introduit donc une « réserve d'interprétation » et valide tout le reste du dispositif. La formulation sibylline va laisser nombre de juges du fond perplexes et l'on va assister à un florilège de décisions qui tentent de donner un contenu à cette formule : nomination d'experts pour évaluer tous les préjudices, application intégrale de la nomenclature Dintilhac...

La question la plus sujette à discussion est celle de savoir quels sont les dommages non couverts par le livre 4 : tous ceux indemnisables dans le droit commun et non pris en compte ? Les préjudices partiellement réparés qui peuvent être complétés par une indemnisation complémentaire ? Les auteurs et les juges vont ouvrir diverses pistes mais ils seront rapidement recadrés par la Cour de cassation qui va faire sa propre lecture de cette extension d'indemnisation. Au fil des décisions rendues, on peut donc faire un inventaire de ce qui est admis et de ce qui est rejeté, en sachant que toute cette construction est uniquement l'œuvre des juges et que le débat démocratique n'a pas droit de cité, ce qui est profondément choquant.

Le fil conducteur de la Cour de cassation est de considérer que ce qui a déjà été indemnisé par le livre 4,

même faiblement et d'une manière tout à fait insuffisante, ne peut plus faire l'objet d'un complément d'indemnisation.

IV. LA PRISE EN CHARGE DES PRÉJUDICES : REVUE DE DÉTAIL

A. Les préjudices indemnissables

1. Les frais d'aménagement des locaux et de voiture

Sont admis les demandes d'indemnisation en raison de l'aménagement de son logement et des frais d'un véhicule adapté du fait que ces préjudices ne sont pas couverts par le livre IV du Code de la sécurité sociale.

2. Le préjudice esthétique temporaire

La nouvelle jurisprudence rendue par la Cour de cassation fait une distinction claire entre deux types de préjudices esthétiques : temporaire (c'est-à-dire avant consolidation), puis définitif. En effet, l'article L 452-3 du code de la sécurité sociale cite les préjudices esthétiques (au pluriel) parmi ceux dont la victime d'un accident du travail dû à une faute inexcusable peut demander réparation, mais il ne précise pas ce que cette notion recouvre.

La Cour précise à cette occasion que « le préjudice esthétique temporaire est un préjudice distinct du préjudice esthétique permanent, qui doit être évalué en considération de son existence avant consolidation de l'état de la victime ». Ce qui revient à augmenter les sommes allouées à la victime (de 500 euros en l'espèce).⁴³

La référence implicite à la Nomenclature Dintilhac est patente, puisque celle-ci vise de façon spécifique, l'altération de l'apparence physique avant la consolidation de l'état de santé (notamment chez les grands brûlés ou les traumatisés de la face). Les hématomes, les plaies, et autres « traces » temporaires de l'accident justifient ainsi une indemnisation distincte de celle des lésions qui perdurent de façon permanente.

3. Le déficit fonctionnel temporaire

La réparation du déficit fonctionnel temporaire qui comporte, avant la consolidation, l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle ainsi que la période d'hospitalisation et les pertes de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante pendant la maladie, ne sont

pas pris en charge par le livre IV du Code de la sécurité sociale. Il peut donc être indemnisé à part. Il faut noter que la Cour reprend ici la même acception que celle qui a désormais cours du côté du déficit fonctionnel permanent : il y a une composante « incapacité fonctionnelle » et une composante « perte de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante ». La confusion dénoncée par le président Sargos se perpétue donc. Cependant il est à noter que le revenu de remplacement qui est versé à la victime pendant son arrêt est ici considéré comme uniquement patrimonial, ne faisant pas doublon avec le déficit fonctionnel, alors que la rente définitive comme indiquée plus haut serait le réceptacle d'une indemnisation à « tiroir », un peu de patrimonial « pur » (réparation de la perte de salaire), un peu de patrimonial teinté de préjudices plus subjectifs (dévalorisation sur le marché du travail, augmentation de la pénibilité de l'emploi, abandon d'une profession choisie au profit d'une profession compatible avec la réduction de capacité) et un peu personnels (pertes de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante). Cette solution est favorable à la victime mais n'est guère cohérente. Dans une solution antérieure de 2009, la Cour avait décidé au contraire que la rente indemnise aussi le déficit fonctionnel temporaire, ce qui permettait de faire rentrer ces préjudices dans l'assiette des recours.⁴⁴ Désormais le déficit fonctionnel temporaire peut cohabiter avec le versement d'une indemnité au titre de l'incapacité de travail temporaire qui n'est porteuse d'autres préjudices que patrimoniaux, alors que l'IPP serait elle susceptible d'abriter des préjudices patrimoniaux et éventuellement ou exclusivement extra-patrimoniaux.

4. L'assistance temporaire d'une tierce personne

Le besoin d'être assisté en permanence pour des personnes lourdement atteintes pose la question de la prise en charge financière. On sait qu'il peut s'agir d'un poste extrêmement coûteux et que cela exige parfois une rotation sur plusieurs personnes, notamment pour que la législation sur la durée du travail puisse être respectée à l'égard des aidants. Le droit commun reconnaît que la victime puisse demander un complément d'indemnisation du fait du passage aux 35 h qui a renchérit le coût de la prestation : la Cour de cassation censure les juges du fond qui « ne se sont pas expliqués sur les conséquences de la modification de la législation sociale sur la nécessité d'une assistance permanente par une tierce personne ». ⁴⁵ Pour la victime d'un accident du travail, les difficultés sont de même nature. La Cour de cassation a ouvert ce champ à une indemnisation spécifique et interdit de la réduire du montant des charges sociales sous

⁴³ Cass. 2^e civ. 7 mai 2014, n° 13-16.204.

⁴⁴ Cass. 2^e civ., 19 nov. 2009, n° 08-18019.

⁴⁵ Cass. 2^e chambre civile 22 octobre 2009 – n°08-17333.

prétexte que c'est un membre de la famille qui remplit ce rôle :

« le montant de l'indemnité allouée au titre de l'assistance d'une tierce personne ne saurait être réduit en cas d'assistance d'un membre de la famille ni subordonné à la production de justificatifs des dépenses effectives. »⁴⁶

5. Le préjudice sexuel

Ce préjudice était le plus souvent évalué dans le cadre du poste « souffrances physiques et morales. » La Cour, redessinant les contours de l'ensemble des préjudices indemnisables, fixe les nouvelles règles dans un arrêt du 28 juin 2012⁴⁷ :

« Vu l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'interprété à la lumière de la décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010 du Conseil constitutionnel ; Attendu que le préjudice sexuel, qui comprend tous les préjudices touchant à la sphère sexuelle, doit désormais être apprécié distinctement du préjudice d'agrément mentionné au texte susvisé, lequel vise exclusivement à l'indemnisation du préjudice lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs. » Elle entérine ainsi un autre volet de la nomenclature Dintilhac.

6. Des préjudices moraux distincts en cas de reconnaissance de deux maladies professionnelles

Le salarié peut développer d'abord une pathologie légère (des plaques pleurales bilatérales calcifiées) puis un carcinome péritonéal aboutissant au décès. Les souffrances physiques morales et le préjudice d'agrément subis lors de la première maladie ne font pas doublon avec la demande des ayants droits pour obtenir au titre de l'action successorale une indemnisation au même titre pour les nouvelles souffrances endurées avant le décès : les juges ont alloué en l'occurrence la somme de 25 000 euros pour l'indemnisation des souffrances endurées, celle de 25 000 euros pour l'indemnisation du préjudice moral et celle de 15 000 euros pour la réparation du préjudice esthétique subi. Leur décision est confirmée en cassation.⁴⁸

7. Le préjudice moral de la victime avant décès

En dehors des hypothèses couvertes par le droit spécial de la réparation du risque professionnel postérieures à la décision du conseil constitutionnel, reste

applicable le droit commun pour les proches de la victime qui veulent obtenir réparation au titre d'héritiers qui trouvent dans le cadre de droits de succession, les créances que pouvait revendiquer le défunt, et notamment l'indemnisation de la souffrance morale qu'il a endurée. Ce droit depuis longtemps reconnu dans le droit commun de la réparation n'est ouvert pour les victimes du travail que depuis récemment. Ainsi les conjoints X peuvent saisir d'un recours une juridiction de sécurité sociale, à l'occasion de la procédure en faute inexcusable, aux fins d'obtenir une indemnisation sur le fondement de la responsabilité de droit commun. Ce droit est ouvert à condition que la victime ne soit pas morte sur le coup, ce qui empêche le préjudice lié à la souffrance de se constituer. Dans un cas récent, l'employeur a contesté la possibilité de transmettre le droit à indemnisation au motif que la victime a été découverte 10 minutes après l'accident. Les juges considèrent que ce délai est suffisant pour générer l'indemnisation car on ne sait s'il est mort sur le champ ou s'il a souffert pendant ce laps de temps.⁴⁹

B. Les préjudices non réparables

1. Le déficit fonctionnel permanent et le retentissement professionnel de l'incapacité à la suite de l'accident du travail ne peuvent être réparés⁵⁰ dès lors que la rente accordée selon l'article L. 452-2 est censée les indemniser, selon la nouvelle nature juridique que la Cour de cassation a conféré à la rente. La rente « absorbe » donc tous les préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux et la faiblesse de son montant ne peut que conforter les victimes ou leurs ayants-droit qu'ils ont fait l'objet d'un marché de dupes. C'est particulièrement vrai pour les veuves, qui ne touchent qu'une partie d'une rente déjà forfaitaire. Lorsqu'on compare la situation à celles des veuves d'une personne décédée de l'amiante, l'écart est particulièrement criant : l'an dernier, les juges ont ainsi admis que le conjoint survivant puisse demander réparation de son préjudice économique – préjudice économique, non pas seulement actuel, mais également futur – par l'attribution d'un capital.⁵¹ S'agissant du chiffrage, une jurisprudence de 2012 la question se posait de savoir quelle « table de capitalisation » il faut utiliser : celle de l'espérance de vie du conjoint prédécédé, à partir de la date de son décès ou au contraire, celle en fonction de l'âge de la veuve de la victime (soit en l'occurrence 51 ans). Dans ce cas, son préjudice économique « futur et viager » doit être évalué en fonction de l'espérance de vie de celle-ci et non pas du défunt.

⁴⁶ Cour de cassation, chambre civile 2, 7 mai 2014, n°13-16204.

⁴⁷ n°11-16120.

⁴⁸ 13 mars 2014 n° de pourvoi : 13-13507.

⁴⁹ 7 mai 2014 n° 13-14381.

⁵⁰ 4 avril 2012, n° 11-393 et 11-308.

⁵¹ Cass. 2^e civ., 10 févr. 2011, n° 10-10.089, FIVA c/ Dumarquez et a.

La Cour de cassation a partagé cette seconde analyse. La veuve a donc bénéficié d'un « taux de capitalisation » de 16 700 euros (ce qui, appliqué à la perte d'ores et déjà arrêtée de 8 000 euros, a permis d'obtenir un total avoisinant les 136 000 euros).⁵²

2. Le complément des pertes de salaires durant la période d'incapacité

« Attendu que pour allouer à M. Comté une indemnisation des pertes de salaire subies pendant la période d'incapacité, l'arrêt énonce qu'au titre de la réparation intégrale, la victime de l'accident du travail a droit à la différence entre les salaires qu'elle aurait perçus de son employeur et les indemnités journalières reçues en application des articles L. 433-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Qu'en statuant par de tels motifs, d'où il ressort que le préjudice était, fût-ce de manière incomplète, couvert par le livre précité, la cour d'appel a violé les textes susvisés ».⁵³

3. Les dépenses de santé et de déplacement

La même solution vaut pour les dépenses de santé et les frais de déplacement figurant au titre des préjudices expressément couverts par le livre IV, même si concrètement les victimes sont de moins en moins remboursés du fait du dépassement d'honoraires et de la limitation du remboursement par la caisse de sécurité sociale.

4. Les frais accessoires

En l'espèce la victime avait demandé et obtenu en appel la condamnation de la société à payer à l'intéressé la somme de 35 452,29 euros au titre des frais divers consécutifs à son accident, notamment, ceux relatifs aux frais de changes et d'alèses, de frais de table de lit et de fauteuil, l'arrêt accepte que soit pris en charge « la table, le lit, le fauteuil électrique complémentaire ou de repos, les changes, les alèses et le savon, parce que ces frais n'avaient pas été pris en charge au titre des prestations de sécurité sociale, ce jusqu'à la date de consolidation et que les frais de changes, d'alèses et de savon sont de nature à devoir persister après la consolidation. »

Réponse de principe de la Cour : « Qu'en statuant ainsi, alors que ces frais constituent des dépenses de santé et d'appareillage au sens de l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale, couverts par le livre IV et ne pouvant, dès lors, donner lieu à indemnisation sur

le fondement de l'article L. 452-3, la cour d'appel a violé les textes susvisés ».⁵⁴

La question n'est donc pas de savoir si la victime a été indemnisée vraiment, mais si elle aurait pu l'être aux termes d'une législation qui ne couvre justement pas ou plus la prise en charge de ces frais. La fiction juridique est totale et le résultat pénalisant pour les victimes.

Il est en de même pour les frais chirurgicaux, pharmaceutiques, les frais de transport ou les frais de reclassement, de réadaptation fonctionnelle⁵⁵.

5. Les frais funéraires

La demande des ayants droit a été rejetée dès 2011 du fait que le livre 4 mentionne une telle prise en charge, même si elle est souvent insuffisante⁵⁶.

C. Les préjudices non « balisés » à ce jour

1. La prise en charge des frais liés à l'assistance d'une tierce personne

Cette indemnisation est bien prévue par l'article L. 434-2 al. 3 mais ne concerne que les victimes atteintes d'un taux d'au moins 80 %. En deçà, la victime n'a droit à rien mais peut néanmoins nécessiter une aide. Est-ce que l'absence de toute aide de la sécurité sociale permettra de mettre en œuvre une réparation complémentaire ? Rien n'est moins sûr. L'existence dans le code de sécurité sociale d'une potentielle indemnisation même à des conditions très restrictives semble suffire pour écarter l'indemnisation.

2. Les préjudices scolaires, universitaires et de formation

Ils ne sont mentionnés à aucun titre dans le code et devraient pouvoir être indemnisés.

3. Le préjudice d'établissement,

c'est-à-dire celui correspondant à la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale normale en raison de la gravité du handicap permanent dont reste atteinte la victime après sa consolidation (perte de chance de se marier, de fonder une famille, d'élever des enfants...). Il est distinct des autres préjudices et devrait pouvoir faire l'objet d'une indemnisation.

⁵² Cass. 2^e civ. 8 mars 2012, n° 10-23.043, FIVA c/ Bossy.

⁵³ 2^e civile 20 décembre 2012 – n°11-20798.

⁵⁴ 19 septembre 2013 n° 12-18.074. Arrêt étiqueté F-P+B donc destiné à faire jurisprudence.

⁵⁵ n°11-18014.

⁵⁶ 25 avril 2001, n°10-771.

4. Les éventuels préjudices extra patrimoniaux évolutifs hors consolidation

Il s'agit notamment des préjudices découlant de pathologies évolutives et dont le risque d'évolution constitue en lui-même un préjudice, tel par exemple la nécessité de se soumettre à des bilans médicaux réguliers, rasant à chaque examen l'anxiété de se savoir atteint par une maladie grave (Voir plus loin). Doivent également être pris en compte les effets secondaires sévères des traitements qui peuvent être prescrits, tant par rapport à la victime elle-même que dans ses rapports avec son entourage social et professionnel.

5. Les préjudices exceptionnels

Il existe des préjudices atypiques qui sont directement liés aux handicaps permanents, dont reste atteinte la victime après sa consolidation et dont elle peut légitimement souhaiter obtenir une réparation. Ce poste a été expressément envisagé par le groupe de travail « Dintilhac » et doit permettre, le cas échéant, d'indemniser, à titre exceptionnel, tel ou tel préjudice extra-patrimonial permanent particulier non indemnisable par un autre biais.

Dans le champ de la rente nouvellement circonscrit, il n'a pas droit de cité dans le régime de base car inclus dans la réparation forfaitaire. En cas de reconnaissance de la faute inexcusable, le fait que le déficit fonctionnel permanent inclut désormais les atteintes à la qualité de vie et en partie les souffrances physiques et morales « non qualifiées » ne présage pas d'un bon accueil d'une telle demande par les magistrats de la Cour de cassation. Certaines juridictions du fond ont pourtant accepté de statuer sur de tels préjudices⁵⁷ : « Au regard de la décision du Conseil Constitutionnel du 18 juin 2010 il y a lieu de compléter la mission initiale aux fins d'évaluation des postes de préjudices suivants : frais d'aménagement d'un véhicule et ou d'un logement, assistance d'une tierce personne avant la date de consolidation, **préjudices exceptionnels**. »

V. LE PRÉJUDICE D'ANGOISSE : UNE NOUVELLE POMME DE DISCORDE ?

S'il est une atteinte à l'intégrité de l'individu de nature subjective, c'est bien le préjudice d'angoisse qui se fonde sur la prise de conscience que son état peut évoluer vers une maladie grave, invalidante, voire mortelle. Le traumatisme subi peut être très violent puisqu'il constitue « un point de rupture dans la continuité du sujet... la reconnaissance de ce préjudice se fonde donc sur son caractère subjectif »⁵⁸.

⁵⁷ Cour d'appel d'Angers 01, 1^{er} février 2011 n° 09/01482.

⁵⁸ Jean Baptiste Prévot « Le préjudice d'angoisse » GP 29 décembre 2009 n° 363.

Le chemin pris par les magistrats suprêmes est cependant très différent de celui emprunté dans le cadre du droit commun.

La première affaire qui a admis cette prétention des parties date de 2010⁵⁹. Les salariés réclamaient à titre principal une indemnisation au titre de la perte de revenu subie du fait de leur départ anticipé à la retraite dans le cadre de l'ACAATA⁶⁰, et accessoirement un préjudice d'angoisse. La Cour rejette la première demande mais donne satisfaction à la deuxième : « les salariés se trouvaient par le fait de l'employeur dans une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante et étaient amenés à subir des contrôles et examens réguliers propres à réactiver cette angoisse... » Dès lors est « caractérisée l'existence d'un préjudice spécifique d'anxiété ».

Les employeurs n'ont pas manqué de relever que l'indemnisation est accordée « en dehors de « tout état pathologique constaté » et qu'en l'absence de toute « preuve médicale » on ne pouvait sérieusement évaluer ce préjudice. Pour eux, la demande ne peut aboutir sans que soit établi médicalement « le trouble psycho-social invoqué ». Ils relèvent également que cette indemnité est accordée alors que dans le même temps les juges déclarent « que les salariés appelant ne sont pas malades » ce qui est quelque peu contradictoire. Enfin, à supposer qu'il s'agisse d'une anxiété consécutive à une exposition professionnelle, la demande aurait dû être examinée dans le cadre des reconnaissances hors tableaux, versant sécurité sociale et non droit du travail. Tous ces arguments sont très pertinents dans l'ordre juridique ancien. Mais comme la Cour réécrit sans cesse le droit, elle admet la demande. Elle consolide la position dans un arrêt du 25 septembre 2013⁶¹ tout en fusionnant le préjudice d'angoisse avec celui lié aux bouleversements des conditions d'existence. Le préjudice d'angoisse « répare l'ensemble des troubles psychologiques, y compris ceux liés au bouleversement dans les conditions d'existence, résultant du risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante... ».

Dans deux affaires récentes⁶² classées FS-P+B⁶³ Cour de cassation précise le régime de la preuve du préjudice d'anxiété résultant de l'exposition à l'amiante.

⁵⁹ n° 09-42241 à 09-42257.

⁶⁰ Allocation de cessation anticipée d'activité (Acaata).

⁶¹ n° 12-20157 classée un cran au-dessus (FP+P+B+R),

⁶² Cass. soc. 2 avr. 2014, n° 12-29.825, FS-P+B, M. B. et a. c/ Sté Garlock France et Cass. soc., 2 avr. 2014, n° 12-28.616 à 12-28.60, n° 12-28.632, n° 12-28.634 à 12-28.651 et n° 12-28.653, FS-P+B, M. B. et a. c/ Sté Iveco France.

⁶³ P : publié au bulletin des arrêts de la Cour de Cassation - B : arrêté mentionné au bulletin d'information de la Cour (Bimensuel) - FS : formation de section.

Dans les deux affaires, plusieurs anciens salariés admis au régime de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), en application de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, ont saisi la juridiction prud'homale pour obtenir des dommages-intérêts en réparation d'un préjudice économique, d'un préjudice d'anxiété et d'un préjudice lié au bouleversement dans les conditions d'existence. Dans les deux espèces, la Cour d'appel de Lyon a refusé de leur accorder une indemnisation à ces titres, au motif que : « les intéressés ne versent ni document objectif ni témoignage de tiers sur leur anxiété, qu'aucun salarié n'évoque ses conditions d'existence et n'apporte d'élément sur un changement de ses conditions d'existence et qu'ils ne rapportent donc pas la preuve qui leur incombe d'un sentiment d'anxiété ni d'une modification des conditions d'existence »⁶⁴ ; « les intéressés ne versent aucune pièce sur leur état de santé, sur une éventuelle anxiété, sur un suivi médical et sur leurs conditions d'existence de sorte qu'ils ne prouvent pas que leur exposition à l'amiante leur ait généré de tels préjudices »⁶⁵.

La Cour de cassation a cassé les deux décisions. Elle pose le principe que les bénéficiaires de l'ACAATA n'ont pas à démontrer la réalité de l'anxiété ressentie, celle-ci étant induite par l'exposition au risque : « les salariés avaient travaillé dans l'un des établissements mentionnés à l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 et figurant sur une liste établie par arrêté ministériel pendant une période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante, en sorte qu'ils pouvaient prétendre à l'indemnisation d'un préjudice d'anxiété réparant l'ensemble des troubles psychologiques induits par l'exposition au risque » ; ils n'ont pas davantage à prouver qu'ils se soumettent à des contrôles et examens médicaux réguliers de nature à réactiver cette angoisse.

On est donc en présence d'un régime de la preuve dérogatoire, avec à la clé une différence majeure dans l'administration de la preuve pour ce type de préjudice puisque le salarié bénéficie en quelque sorte d'une triple présomption : s'il a travaillé dans un établissement dans lequel était utilisé de l'amiante, il est présumé avoir été exposé. Mais uniquement si son établissement « figure sur une liste établie par arrêté ministériel », ce qui laisse de côté tous ceux qui en tant que sous-traitants sont intervenus dans ces établissements. Par ailleurs, l'employeur est présumé ne pas avoir rempli son obligation de sécurité. Enfin le préjudice n'a pas à être étayé par des constatations médicales. L'angoisse est présumée en quelque sorte, mais aussi tarifé, puisque c'est la même somme qui va

être allouée à tous les salariés, ce qui va à terme provoquer de nouvelles difficultés d'articulation avec le droit commun de la réparation du dommage corporel : il est incohérent juridiquement de faire dépendre l'existence d'un préjudice éminemment subjectif et personnel d'une constatation objective, à savoir le fait d'avoir travaillé dans une entreprise figurant sur une liste établie par arrêté, dont on sait que les critères d'admission sont par ailleurs fortement contestés, et qui permet aux salariés concernés d'obtenir une indemnisation forfaitaire en contradiction totale avec tous les principes civilistes de personnalisation et d'individualisation des préjudices.

Ce régime dérogatoire prête le flanc à la critique car il s'agit d'une démarche exorbitante du droit commun qui connaîtra probablement des ajustements dans l'avenir. Si la solution est évidemment favorable aux victimes, elle s'inscrit dans une conception surannée du droit de la réparation corporelle. Placée devant l'alternative de faire payer aux employeurs des sommes colossales au titre de la perte de chance de pouvoir conserver un emploi avec des conditions de travail non pathogènes ou de concéder en quelque sorte « un lot de consolation », les juges ont choisi la deuxième voie qui reste dans la logique de la loi de 1898 : réparation forfaitaire dans le cadre d'un compromis social où l'on vise indistinctement une population exposée indument à des risques et non des individus « souffrants » qui ont chacun une histoire et une perception différente. Le fait que le montant de l'allocation soit elle-même souvent identique ou proportionnée à l'ancienneté est un autre indice du caractère incongru de cette réparation.

Même si l'on peut être contre une « médicalisation de l'anxiété », l'histoire montre que la réparation globale et forfaitaire nie la dignité de l'individu et noie la spécificité de ses souffrances dans un compromis social dont il sort toujours perdant.

Les premières traces de cette incohérence se trouvent dans un arrêt du 2 juillet 2014 qui d'une part conforte le statut objectif de la preuve, à savoir la présence du salarié dans une entreprise où était traitée ou fabriquée de l'amiante et inscrite sur une liste établie par arrêté ministériel, mais se prononce aussi sur la prise en charge par l'AGS de la créance fixée au passif de la société en liquidation au titre du préjudice d'anxiété. Et contre toute attente, elle rejette la créance au motif « que le préjudice d'anxiété n'est pas né durant l'exécution du contrat de travail mais « à la date à laquelle les salariés avaient eu connaissance de l'arrêté ministériel d'inscription de l'activité de réparation et de construction navale de la société... »⁶⁶. On ne peut qu'être interloqué par cette vision des choses qui lie la naissance du préjudice d'angoisse à l'inscription sur une liste ministérielle. Il est fort pro-

⁶⁴ n° 12-29.825.

⁶⁵ n° 12-28.616.

⁶⁶ n° 12-29788 et 12-29801.

bable que tous ces salariés avaient connaissance des risques auxquels ils étaient exposés, ne serait-ce que du fait des décès nombreux parmi les collègues de travail qui sont intervenus au fil du temps. Il y a des raisons de penser que la logique comptable l'a à nouveau emportée, les finances de l'AGS n'étant pas au beau fixe dans ces périodes de chômage massif. Pour les victimes, cet arrêt est une catastrophe, car il casse sans renvoi, ce qui est fort critiquable car la Cour tranche d'elle-même des questions qui n'avaient pas été soulevées à savoir le point de départ de la connaissance de l'exposition à l'amiante et du danger que cela représente. En outre, cet arrêt de cassation sans renvoi empêche les victimes de proposer d'autres arguments devant une cour de renvoi. Or, des centaines d'autres dossiers sont pendants devant la Cour de cassation sur le même sujet. Les salariés ayant gagné en appel ont touché l'argent de l'AGS et vu la précarité dans laquelle se trouve la plupart d'entre eux, ils ont déjà dépensé cet argent. Il y a en plus encore des centaines de dossiers qui n'en sont qu'au stade du CPH donc pour qui il est encore temps de changer d'argumentaire même si du coup, en changeant d'arguments les victimes vont se heurter à la prescription. L'épisode des victimes de l'amiante sommées de rembourser le trop perçu de leurs indemnités suite au revirement de la Cour de cassation en 2009 sur la nature juridique de la rente va se reproduire. Sachant que, à l'époque, l'arrivée d'un nouveau gouvernement avait permis au ministre de tutelle de donner des consignes pour arrêter les actions en récupération du FIVA, et qu'en l'espèce les victimes ne bénéficieront pas a priori d'une telle mansuétude.

CONCLUSION

La Cour de cassation, dans son rapport annuel pour 2013 qui vient d'être diffusé sur son site, se prononce pour une amélioration de l'indemnisation des victimes d'accident du travail lorsque celui-ci est dû à une faute inexcusable de leur employeur. Elle en appelle au législateur pour permettre l'indemnisation intégrale des victimes. Le sort des victimes soumis au régime de réparation de base n'est pas évoqué. Selon les Hauts magistrats, il faudrait modifier l'article L. 452-3 du code de la sécurité (texte régissant les réparations complémentaires dues par l'employeur au titre de sa faute) car « ses dispositions ne permettent pas une indemnisation intégrale des victimes. » La Cour regrette ainsi que le libellé de ce texte ait eu comme conséquence de priver les accidentés du travail de certains dédommagements (assistance par une tierce personne après consolidation, frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, etc.). Des restrictions qui sont parfois difficiles à justifier, rappelle-t-elle.

Cela étant, la Cour est aussi sensible à l'argument économique selon lequel « une réparation intégrale pourrait compromettre nombre d'entreprises de taille moyenne, dès lors que leur assureur se refuserait à supporter la conséquence d'un risque ainsi étendu ». En conséquence, la Haute juridiction propose « d'opter, à titre transitoire, pour une imputation à la branche accidents du travail et maladies professionnelles sur le modèle de ce qui avait été prévu par le législateur pour l'indemnisation des victimes de maladies de l'amiante (L. 98-1194, 23 déc. 1998, art. 40). Le coût de ce « surplus » d'indemnisation serait donc supporté par la branche AT/MP (tout au moins pour les accidents du travail et les maladies professionnelles antérieurs à la réforme). Le rapport indique que cette question fait, actuellement, l'objet de discussions interministérielles.

Cette position est certes louable mais elle fait l'impasse sur la contribution propre de la Cour aux vicissitudes de la réparation des victimes. La redéfinition de la nature juridique de la rente, associée à l'interprétation erronée de la loi de 2006 sur le recours des tiers payeurs (présomption d'avoir fait l'avance des sommes, présomption d'avoir indemnisé des chefs de préjudices personnels) et à une lecture restrictive de la réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel ont grandement contribué aux déboires actuels des victimes.

D'autres facteurs ont contribué à laisser s'installer cet état du droit. Les cabinets d'avocats en pointe dans la défense des victimes de l'amiante n'ont pas réagi assez vite lorsque que les victimes ont été impactées par la redéfinition de la nature juridique de la rente⁶⁷. Ils se sont battus sur la remise en cause de la linéarité du barème et non sur l'imputation de la rente sur l'incapacité fonctionnelle versée par le FIVA.

Au terme de cette présentation, on ne peut qu'être désappointé devant l'énorme chantier qu'il faudrait entreprendre pour reconstruire un droit de la réparation du dommage corporel et personnel digne du XXI^e siècle et souffrant la comparaison avec des régimes de réparation environnants. C'est le sujet d'un autre article.

On peut finir avec cette interrogation posée par Pierre Joxe dans son livre récent « Soif de justice » : « De nos jours les victimes, très nombreuses, d'accidents de la route et les victimes, heureusement fort rares, d'attentats terroristes, bénéficient d'une garantie publique, à travers des fonds spécialisés, supérieure à celle des accidents du travail. Pourquoi ? »⁶⁸

⁶⁷ Arrêt de la cour d'appel de DOUAI statuant à nouveau sur les recours des victimes après le revirement de la cour de cassation de juin 2009 – l'affaire avait été très médiatisée car le FIVA avait ordonné la récupération des sommes versées auprès des victimes. Sur instruction du ministre, les procédures en recouvrement ont été abandonnées.

⁶⁸ Pierre Joxe « Soif de justice » Au secours des juridictions sociales, Fayard, janvier 2014, p.34.

The Musculoskeletal Examination



ESKA PUBLISHING

The Musculoskeletal Examination

Jean-Luc Tremblay

Intended for students and established practitioners alike, this unique guide gives a comprehensive view of the musculoskeletal physical examination procedure. Each joint group and all types of symptoms are described in detail with case histories, including diagnostic techniques and manipulations accompanied by numerous illustrations and photographs. The neurological exam, laboratory analyses and joint injection/aspiration methods are also described with particular attention to a systematic description of the principal rheumatic diseases.

- Detailed anatomical charts
- Diseases and manipulations illustrated
- Diagnostic algorithms
- Complete clinical vignettes
- Simple exercises for patients.

Dr. Jean-Luc Tremblay is a rheumatologist at the Centre hospitalier régional of Trois-Rivières and senior clinical lecturer at the University of Montreal's Faculty of Medicine (Mauricie campus). He is very involved in teaching both students and general practitioners.

ORDER FORM

☐ I want to receive..... book example(s): « **THE MUSCULOSKELETAL EXAMINATION** », by **Jean-Luc TREMBLAY** - Code EAN 978-2-7472-2096-5

Price: 88,00 € + 1,00 € shipping cost, either € x example(s) = €

I join my payment by:

☐ Check

☐ Credit Card n° Expiration date:

☐ Bank Transfer

BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

☐ Signature:

Society / Last name, first name

Adresse :

Zip code : **City:** **Country:**

Phone : **Fax :** **E-mail :**

Please return the order form with the payment to following address:

EDITIONS ESKA – Contact : adv@eska.fr

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Phone : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

FAIRE ÉCHEC À LA CONCEPTION HYPERTROPHIÉE DE LA RENTE ACCIDENTS DU TRAVAIL- MALADIES PROFESSIONNELLES

*PUTTING A STOP TO THE EXCESSIVE
CONCEPTION OF INDUSTRIAL ACCIDENT-
OCCUPATIONAL DISEASE ANNUITY*

Par **Morane KEIM-BAGOT***

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Les tribunaux sont confrontés à un débat important concernant la nature de la rente accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP), ainsi que cela a déjà été exposé par Monsieur Francis Meyer. Ce débat résulte de la conception hypertrophiée retenue, à ce jour de la rente censée indemniser tout à la fois le déficit fonctionnel permanent et la perte de capacité de gains de la victime¹. Ces difficultés sont engendrées par une difficulté première conceptuelle inhérente à la réparation du dommage corporel. Elles se matérialisent en droit des risques professionnels dans la notion trouble d'incapacité permanente partielle. L'abandon de cette notion semble impératif mais se heurte à des difficultés qui semblent, pour l'heure, inextricables.

Mots-clés : Rente, accident du travail, maladie professionnelle, déficit fonctionnel permanent, incapacité permanente partielle, hypertrophie de la rente, préjudices personnels, préjudices économiques, perte de capacité de gains.

* Maître de conférences, Ecole de droit de la Sorbonne, université Paris 1 Panthéon Sorbonne
17 rue de la Sorbonne, 75005 Paris,
Morane.Keim-Bagot@univ-paris1.fr

¹ V. Civ. 2^e, 28 févr. 2013, n° 11-21.015, *Bull. civ. II*, à paraître ; Civ. 2^e, 28 mai 2009, n° 08-16.829, *Bull. civ. II*, n° 131, selon lequel le déficit fonctionnel permanent répare : « Les atteintes aux fonctions physiologiques, la perte de la qualité de vie et les troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales ».

SUMMARY

The law courts are confronted with an important debate concerning the nature of the AT-MP (industrial accident-occupational disease) annuity, as has already been explained by Monsieur Francis Meyer. This debate results from the excessive conception retained up to now of the annuity which is supposed to indemnify at one and the same time the permanent functional deficit and the loss of earning ability of victim¹. These difficulties are caused by a first conceptual difficulty inherent to compensation for bodily harm. They are materialised in the law of professional risks in the unclear notion of partial permanent inability. It seems imperative to give up this notion but then there are difficulties which, for the moment, seem inextricable.

Keywords: Annuity, industrial accident, occupational disease, permanent functional deficit, partial permanent inability, excessive annuity, personal damage, economic damage, loss of earning ability.

I. L'HYPERTROPHIE DE LA RENTE AT-MP

Le « droit » du dommage corporel se heurte à des difficultés car il peine à appréhender les préjudices qui découlent du dommage corporel dans leur dimension subjective du fait de certaines lacunes conceptuelles

relatives au corps² de la personne³. Ainsi, « *le vocabulaire juridique ne connaît pas de terme restituant la globalité de l'être dans son existence concrète* ». Monsieur Francis Meyer, maître de conférences à l'Université de Strasbourg, relevait, le « *hiatus permanent* », qui demeure quant à l'appréhension de la personne et de son corps par le Droit⁴. Il relève un « *éclatement de la personne humaine* » qui est alternativement sujet de droit ou objet de droit. S'y ajoute l'idée selon laquelle l'essence de l'Homme réside dans sa pensée, dans sa volonté, non dans son corps⁵. Il n'existe pas, en Droit, de concept semblable à celui de « corporéité », que l'on peut retrouver en philosophie et qui consiste à considérer le corps humain comme : « *l'incarnation de la personne* »⁶. Comment appréhender, alors, certains préjudices, tels la souffrance physique, qui ne relèvent ni de l'atteinte strictement physique, ni de l'atteinte strictement morale ? Cette dichotomie entre le corps-être et le corps-avoir génère des confusions dans la conception même des préjudices dont souffre la victime du dommage corporel. Les professeurs Porchy-Simon et Lambert-Faivre l'exprimaient dans les termes suivants: « *Peut-on distinguer le corps de la personne ? Si le corps "est" la personne, signe visible de l'invisible, la dignité de ce corps-personne humaine ne permet pas de la considérer comme un bien économique, et le préjudice atteint à l'intégrité physique de la personne ne saurait être un préjudice économique. Si l'on classe le préjudice physiologique avec les préjudices économiques c'est que l'on considère que le corps "n'est" pas la personne mais est la propriété de la personne. C'est tout le problème de l'être et de l'avoir* »⁷.

L'exemple le plus frappant de cette difficulté conceptuelle est la notion, confuse s'il en est, d'« incapacité permanente » ou de « déficit fonctionnel », héritée du droit des accidents du travail et des maladies professionnelles⁸. Le droit commun a adopté la notion alors même que contrairement à la législation des risques professionnels, il n'existe pas de méthode obligatoire d'évaluation de l'incapacité que subit la victime. Et, il

n'existe pas d'obligation de se référer à un quelconque taux d'incapacité⁹ pour procéder à l'évaluation des préjudices. Qu'est-ce que l'incapacité permanente ? Le président Le Roy, président de chambre honoraire près la cour d'appel de Paris, la définit comme « *la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel dont reste atteinte une victime* »¹⁰. La pratique consiste à déduire de cette incapacité – préjudice physique –, le préjudice économique subi par la victime. L'on considère, en effet, que le préjudice économique est proportionnel à l'importance du préjudice physique. Le professeur Yvonne Lambert-Faivre, qui dès 1990 publiait un manuel de droit du dommage corporel, dénonce l'assimilation ainsi faite entre le physiologique et l'économique qui « *procède d'un postulat faux selon lequel une même lésion traumatique aurait des conséquences semblables pour toutes les victimes et le préjudice économique professionnel serait proportionnel au taux d'incapacité fonctionnelle* »¹¹. L'incapacité fonctionnelle mêle, par conséquent, le physiologique et l'économique, le patrimonial et l'extrapatrimonial et est, dès lors, à l'origine de nombreuses confusions et difficultés. Elle doit être distinguée du déficit fonctionnel permanent, d'une part en ce qu'elle n'a pour finalité de réparer que la « valeur industrielle » perdue par le salarié, d'autre part en ce qu'elle ne fait qu'une place très marginale à l'appréciation des préjudices subjectifs de la victime.

A. L'IPP : l'évaluation de la perte de valeur industrielle du travailleur

La nomenclature Dintilhac, du nom du défunt président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, définit le déficit fonctionnel permanent comme un poste de préjudice extrapatrimonial. Il s'agit de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime. Il convient d'indemniser, à ce titre, non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, mais aussi la douleur permanente qu'elle ressent, la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation¹². Dans un arrêt du

² V. R. Dekkers, « Aspects philosophiques », in Travaux de l'Association Henri Capitant, *Le corps humain et le Droit (Journées Belges)*, Dalloz, t. 26, 1977, p. 1.

³ V. Travaux de l'Association Henri Capitant, *Le corps humain et le Droit (Journées Belges)*, Dalloz, t. 26, 1977.

⁴ F. Meyer, *Le corps humain en droit du travail*, Thèse, Strasbourg 1985, p. 3.

⁵ J. Carbonnier, *Droit civil*, t. 1, PUF, coll. « Quadrige Manuels », 2004, spéc. p. 381 s. « Entre le corps humain et l'homme ou la personne, point de notion qui permette d'isoler la qualité subjective du corps et de caractériser son statut ».

⁶ V. R. Harré, « La corporéité ou l'être incarné », in C. Garnier (dir.), *Le corps rassemblé. Pour une perspective interdisciplinaire et culturelle de la corporéité*, Éditions Agence D'arc, 1991.

⁷ V. Y. Lambert-Faivre, S. Porchy-Simon, *Droit du dommage corporel*, 7 éd. 2009 Dalloz.

⁸ V. S. David Constant, « L'influence de la Sécurité sociale sur la responsabilité civile », in *Mélanges offerts à René Savatier*, Librairie Dalloz, 1965, p. 253.

⁹ V. Soc. 20 déc. 1966, D. 1967. 669, note M. Le Roy : « Mais attendu qu'aucune règle légale ne prescrit aux juges d'employer une méthode déterminée pour estimer l'importance du préjudice subi ».

¹⁰ M. Le Roy, *L'évaluation du préjudice corporel*, Litec, 15^e éd., 2000.

¹¹ V. supra.

¹² Les travaux du congrès de l'Académie de droit européen de Trèves des 8 et 9 juin 2000 définissaient le déficit fonctionnel permanent comme : « la réduction définitive du potentiel physique, psychique, psychosensoriel ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomophysiologique médicalement constatée donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ».

28 mai 2009, la Cour de cassation a, dans la continuité de la nomenclature Dintilhac, défini le déficit fonctionnel permanent comme l'atteinte : « *aux fonctions physiologiques, pertes de la qualité de vie et troubles ressentis par la victime dans ses conditions d'existence personnelles, familiales et sociales* ». En cela il ne se confond pas avec le taux d'incapacité permanente partielle qui est avant tout un taux médical évalué par un médecin. Il se fonde sur la prise en compte de l'atteinte physique au regard du barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles¹³. Mais il faut réfuter l'idée que le barème indemnise les séquelles telles qu'entendues au titre du déficit fonctionnel permanent, c'est-à-dire l'atteinte objective à l'intégrité physique. En effet, ce barème a été conçu pour prendre en considération non pas l'atteinte physique en soi, mais en ce qu'elle apporte une réduction d'une fonction de l'homme au travail. L'atteinte physique n'est prise en compte qu'en tant qu'atteinte au corps laborieux. Les savants calculs qui gouvernent l'évaluation des taux d'incapacité permanente partielle en témoignent, tout particulièrement ceux qui s'appliquent en cas d'accidents successifs. Dans ce cas, les séquelles nouvelles causent la réduction d'une capacité de travail qui avait déjà été préalablement entamée. Le calcul du taux, appelé également *formule de Balthazard*¹⁴, va intégrer la lésion antérieure, puisqu'il va imposer de se référer à la capacité résiduelle de travail du salarié. La formule a pour effet une minoration du taux attribué à la lésion nouvelle. L'on peut prendre l'exemple d'un salarié qui souffre d'une lombosciatalgie reconnue au titre du tableau 98 des maladies professionnelles¹⁵, pour laquelle, la caisse primaire lui a reconnu un taux d'incapacité permanente partielle de 20 %¹⁶. Quelques années plus tard, il est victime d'un accident du travail, qui entraîne l'amputation de la phalange unguéale du pouce de sa main droite. Conformément au barème, cette lésion nouvelle justifie un taux d'incapacité de 14 %¹⁷. Mais en l'espèce, la capacité de travail du salarié n'était pas de 100 % mais de 80 % puisqu'elle était amputée par les séquelles de la lombosciatalgie. Le taux ne sera donc pas de 14 pour cent mais de 14 pour quatre vingt. En vertu de cette méthode de calcul, le salarié ne se verra pas accorder un taux d'incapacité perma-

nente partielle de 14 % pour la lésion nouvelle, mais de 11 %¹⁸. Cette minoration du taux d'incapacité, lorsque les atteintes affectent deux fonctions différentes¹⁹, démontre que l'on ne prend pas en compte la totalité de l'atteinte physique objective du salarié. Par ailleurs, elle démontre également que, dans l'évaluation du taux d'incapacité permanente partielle, il ne s'agit pas de prendre en compte l'impact de l'atteinte physique dans la vie du salarié. En effet, comment admettre que le taux d'incapacité soit réduit de la sorte, alors que les difficultés personnelles du salarié ne peuvent qu'être exacerbées par cette deuxième atteinte ?

B. L'absence de prise en compte des préjudices subjectifs dans l'évaluation de l'IPP

Autre source de distinction entre les notions d'incapacité permanente partielle (IPP) et de déficit fonctionnel permanent (DFP) : la prise en compte de la douleur de la victime. La définition du déficit fonctionnel permanent inclut la douleur ressentie par la victime du fait de son atteinte physique. Qu'est ce que la douleur ? La douleur est une souffrance plus ou moins vive produite par une atteinte à l'intégrité physique ou une autre cause qui manifeste une rupture de bien être, de l'équilibre. L'Organisation mondiale de la santé définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes* ». La notion de douleur recouvre aussi bien la douleur physique éprouvée de façon permanente par la victime, que ses souffrances psychologiques. Or, il faut rappeler que le barème indicatif d'invalidité ne prend jamais en considération la douleur pour l'évaluation du taux, que ce soit dans son aspect physique ou psychologique. Tout au plus peut-on concéder que le barème, lorsqu'il est question de limitations des mouvements de l'épaule, ne distingue pas celles qui sont dues à une atteinte fonctionnelle de celles découlant d'un phénomène douloureux²⁰. Il n'existe pas, dans le barème, d'*item* pour la douleur ni de taux additionnel en fonction de la douleur. En réalité, la douleur physique n'est jamais prise en considération. Il en est de même des souffrances psychologiques. Dans le droit des risques professionnels, les souffrances morales de la victime seront admises en tant que séquelles à part entière, notamment en cas de

¹³ Le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles est annexé au Code de la Sécurité sociale.

¹⁴ V. Code de la Sécurité sociale, *Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Chapitre préliminaire.

¹⁵ Code de la Sécurité sociale, annexe, Tableau 98 : « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ».

¹⁶ Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles *item* 3.2 « Rachis lombaire ».

¹⁷ *Supra*, *item* 1.2.1 « Amputation ».

¹⁸ $(14 \times 80) / 100 = 11,2 \%$.

¹⁹ Lorsque les atteintes successives touchent la même fonction, la jurisprudence a dégagé une autre règle de calcul, dite *formule de Gabrielli*, qui contrairement à la formule de Balthazard, a pour effet d'augmenter le taux attribué à la deuxième lésion. Néanmoins, cette formule n'étant pas impérative, son application est rarement observée. V. Soc. 9 déc. 1981, n° 80-14.612, *Bull. civ.* V, n° 955.

²⁰ *Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles*, 1.1.2 « atteinte des fonctions articulaires ».

stress post traumatique ou lorsque le salarié souffre de troubles psychiatriques engendrés par une atteinte cérébrale²¹. Mais le barème ne prend pas en considération les souffrances psychiques attachées à une séquelle physique. Par ailleurs, il faut rappeler que les « souffrances endurées » font partie depuis 1976 des postes de préjudices indemnissables au titre de la faute inexcusable²², preuve s'il le fallait que ces souffrances n'ont jamais été considérées comme prises en charge au sein du système de la réparation forfaitaire²³. L'on a ainsi démontré que la deuxième composante du déficit fonctionnel permanent n'est pas indemnisée au titre de la rente accident du travail.

De même que pour la douleur, le barème ne s'intéresse pas à la question de la perte de qualité de vie du salarié. Il n'existe pas de valorisation du taux pour les troubles dans les conditions d'existence. Le barème ne fait jamais référence à la vie privée du salarié. Le médecin conseil n'est pas amené à se prononcer sur la question, pas plus que le service administratif de la caisse. Il n'existe pas de revalorisation de la rente sur ce fondement.

Le montant de la rente est obtenu par la multiplication du montant du salaire annuel et du taux d'incapacité permanente partielle. Ce mode de calcul de la rente accident du travail est l'argument central du Conseil d'État lorsqu'il affirme que la rente n'indemnise pas les préjudices personnels de la victime de l'accident²⁴. En effet, selon la Haute juridiction administrative: « *Eu égard à sa finalité de réparation d'une incapacité permanente de travail, qui lui est assignée par l'article L. 431-1, et à son mode de calcul, appliquant au salaire de référence de la victime le taux d'incapacité permanente défini par l'article L. 434-2, la rente d'accident du travail doit être regardée comme ayant pour objet exclusif de réparer, sur une base forfaitaire, les préjudices subis par la victime dans sa vie professionnelle en conséquence de l'accident, c'est-à-dire ses pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité* ».

Admettre que la rente indemnise le déficit fonctionnel permanent, reviendrait, de plus, à admettre que la douleur d'un cadre vaut plus que celle d'un ouvrier, que les troubles de l'existence n'ont pas la même valeur selon la catégorie socio-professionnelle de la

victime. Or, Monsieur Francis Meyer rappelle que, par définition, le déficit fonctionnel, préjudice extrapatrimonial, est détaché de toute valeur économique de l'individu²⁵.

Il nous faut conclure que la rente accident du travail n'indemnise pas le déficit fonctionnel permanent. Deux conséquences en découlent. Premièrement il faut constater que le raisonnement adopté par la Cour de cassation est erroné et que l'imputation des créances des tiers payeurs sur la rente accident du travail au titre du déficit fonctionnel permanent ne repose sur aucun fondement. Deuxièmement, il faut constater que, à ce jour, les victimes d'accidents du travail ne sont pas indemnisées au titre de leur déficit fonctionnel permanent. Elles ne bénéficient pas d'une réparation au titre de l'atteinte à leurs conditions d'existence. Ce poste de préjudice n'est pas indemnisé au titre du Livre IV du Code de la Sécurité sociale. Or, au regard de la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010²⁶, les postes de préjudices non indemnisés par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une demande d'indemnisation de la part des victimes. La solution de la Cour de cassation les prive donc doublement : elles ne peuvent réclamer la réparation de leur déficit fonctionnel permanent, la haute juridiction considérant qu'il est déjà indemnisé par la rente, et, elles voient imputer la créance des tiers payeurs sur un poste de préjudice dont elles ne bénéficient pas. Si la Cour de cassation devait maintenir sa position, il faut une évolution des modalités d'évaluation du taux d'incapacité permanente partielle afin de permettre la prise en compte de ce déficit fonctionnel permanent.

II. RÉFORMER LA RÉPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES : UNE MISSION IMPOSSIBLE ?

Dans ces conditions, il faut penser la réforme de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Evidemment il serait souhaitable d'abandonner la réparation forfaitaire au profit de la réparation intégrale des préjudices. Toutefois ce passage à la réparation intégrale n'est pas souhaité par les employeurs, et la légitimité du principe de la réparation forfaitaire a été confortée par la décision QPC du 18 juin 2010. Il faut alors penser des réformes dans la réparation forfaitaire pour faire échec à la conception hypertrophiée de la rente AT-MP. Sans prétendre à

²¹ V. Barème indicatif des accidents du travail et des maladies professionnelles, *supra.*, item 4.2.1.11 « Séquelles psychonévrotiques ».

²² V. l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale.

²³ Il y a lieu de distinguer les « souffrances endurées » visées par l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale de celles qui figurent dans la nomenclature Dintilhac. En effet, cette dernière vise, par cette expression les douleurs physiques et morales éprouvées pendant la période traumatique de la maladie ou de l'accident. Il s'agit donc de préjudices personnels temporaires. Les « souffrances endurées » prises en charge dans le cadre des préjudices complémentaires de la faute inexcusable sont des préjudices permanents.

²⁴ CE, sect., 8 mars 2013, n° 361273, *Lebon* : V. également A. Lallet, « La rente d'accident du travail ne peut donner lieu à un recours subrogatoire du tiers payeur sur un poste de préjudice personnel, note sous C E (sect.), 8 mars 2013 », *Droit ouvrier* 2013, p. 361.

²⁵ F. Meyer, « L'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles : une jurisprudence incohérente », *Dr. ouvrier* 2010. 509 s., spécialement p. 511.

²⁶ Cons. const. 18 juin 2010, n° 2010-8 QPC. Depuis le 1^{er} mars 2010, l'article 61-1 de la Constitution permet aux justiciables de demander que soit effectué un contrôle a posteriori de la constitutionnalité de la loi applicable à leur litige. C'est ce que l'on appelle la question prioritaire de constitutionnalité (QPC).

l'exhaustivité, nous pouvons évoquer deux pistes. La première, qu'il nous faut écarter, consiste dans la réforme du barème des accidents du travail et des maladies professionnelles. La réparation forfaitaire des accidents du travail emporte l'intrication au sein de la rente AT-MP de l'économique et du personnel, du patrimonial et de l'extrapatrimonial. La seconde solution, préférable, implique de dissocier la réparation des préjudices économiques et personnels. Elle nécessite, pour ce faire, l'abandon de la notion confuse d'incapacité permanente partielle, ce qui induit néanmoins d'importantes difficultés.

A. Réformer le barème des accidents du travail et des maladies professionnelles ?

Le principe même du recours à un barème d'évaluation est en soi critiquable. Il faut convenir avec les professeurs Porchy-Simon et Lambert-Faivre qu'un barème médical d'évaluation « *est une échelle de mesure dont la rigidité arithmétique semble très réductrice de la complexité du corps humain qui détermine toute la richesse spirituelle, intellectuelle, sensorielle, affective, professionnelle, ou simplement matérielle et ludique de la vie d'un individu* ». Plus particulièrement, le système consacré par le barème actuel d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles est critiqué. Dès lors, une solution consistant dans sa révision pourrait être envisagée. Elle l'est d'ailleurs par le rapport « Laroque » de 2004. Néanmoins, cette solution ne nous semble pas pertinente. Premièrement, la seule modernisation du barème, qui continuerait à recourir à la notion globalisante d'incapacité permanente partielle, ne permettrait pas d'aboutir à une clarification de la nature juridique de la rente accident du travail. Elle ne saurait donc suffire à faire échec à la solution consacrée par la Cour de cassation quant à la nature de la rente accident du travail. Deuxièmement, il est à noter qu'il existe de fortes réticences à la révision de ce barème, notamment de la part des organisations syndicales qui craignent un alignement sur le barème de droit commun²⁷.

²⁷ Dans le droit commun, il existe une multitude de barèmes dont deux principaux, le Barème d'évaluation médico-légale et le Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Ils sont le fruit « d'une guerre pricrocholine » entre la société de médecine légale et de criminologie de France et l'Association des médecins-experts en dommage corporel (AMEDOC), d'une part, et l'Association pour l'étude de la Réparation du dommage corporel (AREDOC) et le Concours médical, d'autre part. Ces deux barèmes ne retiennent pas les mêmes conceptions : « le barème du Concours médical s'attache à une analyse plus anatomique et le barème d'évaluation médico-légale à une analyse plus fonctionnelle des séquelles : il en résulte une évaluation des taux d'incapacité souvent plus faible dans le barème du Concours médical que dans le barème médico-légal, notamment dans les séquelles neuro-psychiques des traumatisés crâniens ». V. Y. Lambert-Faivre, S. Porchy-Simon, *Droit du dommage corporel*, Dalloz, coll. « Précis », 7^e éd., 2012, p. 117. Le barème AREDOC Concours médical est devenu l'instrument de référence réglementaire en matière d'accidents médicaux, v. le décret n° 2003-314, 4 avril 2003 *relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique*, *Journal officiel* 5 avr. 2003, p. 6114, spécialement voir l'Annexe. C'est à ce barème que nous faisons référence lorsque nous évoquons le « barème de droit commun ».

Cette crainte est justifiée par les distorsions existant entre les barèmes, les taux indiqués dans le barème AT étant plus généreux que ceux du barème de droit commun. La réparation du dommage corporel en droit commun a été basée sur le barème accidents du travail jusqu'au milieu des années 1960. Toutefois, le taux d'incapacité évalué n'était pas multiplié par le salaire de référence de la victime, mais par la valeur du point d'IPP, qui tient compte de l'âge de la victime. Le droit commun a entamé son autonomisation²⁸, notamment en se référant au barème du « Concours médical » publié en 1982. Depuis, alors que le barème AT est resté figé, le droit commun a vu se succéder de nombreux référentiels d'évaluation. Dans le cadre d'une étude datant de 1997, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avait mesuré l'écart entre les taux d'incapacité au sens de la branche AT-MP et du droit commun, en l'occurrence le barème du Concours médical. Le rapport « Yahiel » reprenant les résultats de cette étude en 2002²⁹, faisait apparaître un écart moyen entre les deux barèmes d'environ 40 %³⁰. Plus récemment, le rapport « Laroque » recourait à l'exemple de l'épilepsie pour illustrer cet écart. Le taux le plus important prévu par le barème du « Concours médical » est de 35 % pour les épilepsies difficilement contrôlées, avec crises fréquentes et effet secondaires des traitements. Le barème indicatif accident du travail prévoit jusqu'à 100 % d'incapacité pour cette même forme d'épilepsie rendant impossible toute activité³¹. Comment expliquer de tels écarts ? Leur fondement est à rechercher dans le fait que la rente accidents du travail est la seule compensation ouverte aux victimes du risque professionnel, alors que les victimes de droit commun sont indemnisées, par ailleurs, de leurs préjudices extrapatrimoniaux. La réforme consistant dans la seule remise en cause du barème accidents du travail ne permettrait pas de remédier aux inégalités subies par les victimes d'accidents du travail. Elle risquerait, au contraire, d'entraîner une réduction de l'indemnisation des victimes. Or, les réformes ne sauraient avoir pour effet une régression des droits des victimes d'accidents du travail. Dans ces conditions, elle doit être écartée.

²⁸ V. C. Fournier, « Histoire des barèmes », *L'Assurance Mutuelle*, 1985, p. 107.

²⁹ M. Yahiel, *Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles : éléments de méthode*, Rapport à l'intention de Madame Elisabeth Guigou, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation française, 2002, <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/yahiel.pdf>.

³⁰ Il appelait néanmoins à la prudence dans l'analyse de ces résultats, Document de travail, p. 16 : « L'écart moyen de 40 % estimé est donc à considérer avec prudence comme une simple indication d'un ordre de grandeur. L'étude de ces écarts devrait être affinée par niveau d'IPP, une fois réalisé un volet d'étude complémentaire, ciblée sur les taux d'IPP élevés ».

³¹ V. M. Laroque, v. supra spécialement p. 17-19. V. Barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles, *item* 4.2.1.3.1 « Épilepsie généralisée ».

B. Adopter la réparation dissociée des préjudices économiques et personnels

La notion « globalisante » d'incapacité permanente partielle est responsable selon nous de la conception hybride de la rente accident du travail retenue par la deuxième chambre civile. Dépasser les difficultés induites nécessite dès lors d'abandonner cette notion. Les solutions tendant à seulement réformer les modalités d'évaluation de l'IPP doivent être rejetées. Toutefois l'abandon de la notion d'IPP bute sur les difficultés conceptuelles déjà énoncées et induit une complexité qui semble inextricable.

Le barème indicatif des accidents du travail a été conçu « *en prenant comme référence et paradigme la perte de capacité de gains d'un ouvrier de l'industrie accidenté* »³². Dans ce contexte, la perte de capacité de gains était censée être strictement corrélée au déficit physique occasionné par le dommage. Cette conception ne peut plus perdurer. Il faut d'abord relever que, déjà approximative lors de l'adoption de la loi de 1898, elle est devenue totalement inadaptée à un monde du travail qui a profondément évolué. Il n'est plus possible de concevoir la victime comme une simple « *machine à travailler* »³³. D'abord, parce que la diversité des métiers, compétences et savoirs mobilisés rend impossible toute corrélation mathématique entre les dommages subis et leurs répercussions professionnelles. Ensuite, parce qu'elle consacre une conception du salarié réduit à sa seule force de travail. Enfin, parce que l'évaluation de la perte de capacité de gains mêlant préjudices personnel et économique alimente le mythe d'une rente qui indemnise bien plus qu'en réalité. Son ambiguïté avait d'ailleurs été fortement critiquée en droit commun, conduisant le rapport « Lambert-Faivre »³⁴ à lui substituer la notion de « préjudice fonctionnel permanent »³⁵, et la nomenclature Dintilhac celle de « déficit fonctionnel permanent »³⁶, pour ne pas se heurter aux mêmes écueils. Sous des dénominations différentes, ces postes de préjudice ont vocation à réparer seulement des préjudices extrapatrimoniaux de la victime à l'exclusion de ses préjudices économiques. Pour les mêmes raisons, nous considérons qu'il faut abandonner la notion d'incapacité permanente partielle en ce qui concerne la réparation des préjudices des victimes du risque

professionnel. Mais envisager cet abandon conduit inévitablement à se heurter aux écueils conceptuels déjà dénoncés et qui semblent, pour l'heure, indépassables.

Les difficultés rencontrées par les victimes devant la deuxième chambre civile résultent principalement de la nature trouble de l'incapacité permanente partielle qui mêle préjudice physiologique et perte de capacité de gains de façon indissociée. Cette confusion est renforcée par la définition du déficit fonctionnel permanent retenue par la même chambre. Sortir de cette situation nécessite d'abandonner cette notion confuse et de lui préférer une dissociation et de la qualification et de l'indemnisation des préjudices. Pour ce faire, les postes de préjudices doivent être définis de façon étanche. Déjà pratiquée par un certain nombre de pays européens³⁷, l'indemnisation dissociée a pour mérite de délimiter clairement la frontière de ce qui relève du patrimonial et de ce qui relève de l'extrapatrimonial. Bien évidemment cette réforme engendrerait des dépenses supplémentaires, et il semble peu probable qu'elle puisse être réalisée « à coût constant » comme cela est souhaité par les organisations patronales. Nous sommes conscients qu'il pourrait nous être reproché de privilégier une réforme venant grever le coût du travail en France, alors même qu'il est aujourd'hui pointé du doigt comme l'un des principaux responsables du nombre croissant de demandeurs d'emplois.

Nous avons marqué notre désaccord avec une réforme se résumant à l'abandon du barème indicatif d'invalidité des accidents du travail et des maladies professionnelles au profit du barème de droit commun. Il nous faut néanmoins nous résoudre dans le cadre de la mise en place d'une indemnisation dissociée des préjudices à ce que le barème AT soit révisé, dans la mesure où il ne sera plus question de la perte de gains ou de capacités de gains du salarié. Quel barème utiliser alors ? Nous avons écrit que les organisations syndicales considèrent le passage au barème de droit commun comme une « catastrophe ». En effet, le barème de droit commun, moins généreux n'est par ailleurs pas adapté aux maladies professionnelles³⁸, particulièrement à toutes les affections dermatologiques, ni aux psychopathologies. Il faudrait établir un nouveau barème, indicatif, qui intègre ces affections. Une solution consisterait à ce que le droit des risques professionnels impulse la création du barème unique³⁹ applicable à toutes les victimes du dommage

³² V. Y. Lambert-Faivre, S. Porchy-Simon, *supra* p. 115.

³³ V. G. Lyon-Caen, « Les victimes d'accidents du travail, victimes aussi d'une discrimination », *Dr. soc.* 1990. 737.

³⁴ V. Y. Lambert-Faivre, *Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel*, La Documentation française, 2003, spéc. p. 24.

³⁵ Le rapport définissait le terme « fonctionnel », comme ce qui est « médicalement évalué d'après les fonctions du corps humain ».

³⁶ La nomenclature Dintilhac, lorsqu'elle dégage la notion de déficit fonctionnel permanent prend également soin de préciser que celle-ci n'indemnise que les préjudices extrapatrimoniaux de la victime.

³⁷ V. notre article « Le sort des victimes hors de France : quels enseignements en droit comparé ? », *Droit ouvrier* 2011, p. 268.

³⁸ V. M. Laroque, *supra*, p. 18.

³⁹ V. Rapport n° 2297 au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur la proposition de loi visant à améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels à la suite d'un accident de la circulation, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 février 2010, www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r2297.asp

corporel, appelé de leurs vœux par de nombreux acteurs⁴⁰. Le droit des risques professionnels pourrait ainsi être moteur dans une perspective d'unification des multiples barèmes existants, et relancer la réflexion sur une nouvelle nomenclature des préjudices, qui pourrait prendre appui sur la nomenclature Dintilhac, une fois débarrassée de toute référence au déficit fonctionnel permanent.

La mesure de l'atteinte physiologique donne lieu, en droit commun, à l'évaluation d'un taux d'Atteinte à l'Intégrité Physique ou Psychique (AIPP)⁴¹. Le taux d'AIPP ainsi évalué ne serait plus multiplié par le salaire du salarié, n'ayant plus aucun lien avec sa capacité de gains, ni aucune dimension professionnelle. Le montant de l'indemnisation serait obtenu en recourant à un « calcul au point », comme c'est actuellement le cas en droit commun. Le calcul au point consiste à multiplier le taux d'AIPP par la valeur du point d'incapacité qui varie en fonction de l'âge de la victime. La valeur du point ne fait pas l'objet d'un référentiel unique officiel et national, d'où des disparités assez importantes selon les juridictions⁴². La loi du 5 juillet 1985 avait prévu dans son article 26 qu'une publication périodique devrait rendre compte « des indemnités fixées par les jugements et les transactions »⁴³. En application de ce texte, l'association pour la gestion des informations sur le risque automobile (AGIRA) publie un fichier national des indemnités des victimes d'accidents de la circulation. Toutefois, ce fichier contient selon les auteurs des données « brutes assez peu exploitables »⁴⁴. Le professeur Lambert-Faivre proposait la mise en place d'une base de références unique sous la forme d'un « Référentiel indicatif national statistique et évolutif (RINSE) »⁴⁵, qui permettrait d'établir des fourchettes

et moyennes d'indemnités sur la base de données statistiques nationales⁴⁶ collectées à partir des décisions des cours d'appel. Un tel référentiel, associé à un barème unique d'évaluation du préjudice physique de toutes les victimes de dommages corporels permettrait de réduire les inégalités.

Le préjudice physique pose de nombreuses difficultés conceptuelles. Que doit-il recouvrir ? Quelle est son étendue ? Comment l'évaluer ? Ces questions sont centrales et suscitent de nombreux désaccords. La nomenclature Dintilhac pensait avoir résolu ces problèmes par la création du déficit fonctionnel permanent. L'interprétation qu'en fait la deuxième chambre civile de la Cour de cassation démontre qu'il faut restreindre encore le poste de préjudice qui indemnise le préjudice physique. Cette restriction engendre néanmoins des difficultés concernant le périmètre du préjudice physique.

Immédiatement une difficulté émerge : ne doit-on indemniser au titre du préjudice physique que cette atteinte objective ou faut-il prendre en compte des éléments subjectifs tels la douleur ou les répercussions de l'atteinte physique dans la sphère privée de la victime ? Le préjudice physique peut-il être réductible à la seule atteinte physique, qui pourrait être considérée comme ne constituant pas un préjudice mais le dommage initial dont découlent les préjudices⁴⁷ ? Doit-on, au contraire, comme c'est le cas pour le déficit permanent y adjoindre « la douleur permanente » ressentie par la victime, « la perte de sa qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation » ? En ce cas qui intègre une dimension subjective au préjudice physique, il devient difficile de concevoir comment ce préjudice pourrait être évalué par un médecin, fût-il expert, au moyen d'un barème médical.

Répondre à ces questions nécessite de concilier deux impératifs : d'une part, ne pas nier la dimension complexe de l'être humain et son unité, d'autre part dépouiller le poste de préjudice physique afin de le rendre intelligible, mesurable et insusceptible de recours subrogatoire par le tiers-payeur. À ce jour, ces dimensions subjectives ne sont pas prises en compte par le barème accidents du travail maladies professionnelles. Au risque de nous attirer de vives critiques, il nous semble qu'il serait plus opportun de ne pas mêler au sein d'un même poste de préjudice des éléments objectifs et des éléments subjectifs. Le préju-

⁴⁰ La diversité des barèmes engendre aujourd'hui des situations incompréhensibles pour les victimes. Pour l'un des nombreux exemples mis en exergue par la doctrine v. L. Cadiet, « Les métamorphoses du préjudice », in *Les métamorphoses de la responsabilité. Sixièmes Journées René Savatier*, PUF, 1997, p. 37 s., spéc. p. 54 : « L'incapacité de la perte d'un rein est évaluée, selon les cas, à 5 % (accident de la voie publique), à 20 % (s'il s'agit d'un accident du travail), 30 % (si la victime est fonctionnaire) et à 50 % (si le régime applicable est celui des pensions militaires d'invalidité).

⁴¹ V. CEREDOC, *Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique*, 25 mai 2003, www.ceredoc.eu/?page=bareme, selon lequel le taux d'AIPP « n'est pas une unité de mesure mais une unité d'appréciation, résultat de l'intégration de mesures de phénomènes divers à l'aide d'instruments divers, donc exprimées en unités diverses, et par une opinion intuitive nourrie par l'expérience et l'art d'appréhender les impondérables ».

⁴² V. Ph. Bourdier, J. Castede, « *Vae victimis* encore et toujours ou embarquement sur le Titanic ! », *Gaz. Pal.* 7 juill. 2012, *Dommage corporel*, p. 16.

⁴³ Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 *tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation*, *JORF* 6 juill. 1985, p. 7584.

⁴⁴ V. G. Viney, P. Jourdain, *supra*, p. 313.

⁴⁵ V. Y. Lambert-Faivre (prés.), *Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel*, v. *supra*.

⁴⁶ Au niveau régional, il est à noter qu'il existe un référentiel régional recoupant les statistiques de l'indemnisation du dommage corporel par les cours d'appel d'Agen, Angers, Bordeaux, Grenoble, Limoges, Nîmes, Orléans, Pau, Poitiers, et Toulouse. Sa version à jour en novembre 2010 est reproduite dans l'ouvrage de droit du dommage corporel des professeurs Lambert-Faivre et Porchy-Simon v. *supra* p. 202.

⁴⁷ V. A. Lallet : « L'atteinte à l'intégrité physique n'est pas un préjudice, c'est le dommage lui-même dont découlent tous les différents préjudices ».

dice physique doit être réduit à sa seule acception médicale, ce qui permet une clarification de ce poste de préjudice, facilite son évaluation et borne l'appréciation des médecins experts à la seule dimension médicale du préjudice subi par la victime. Elle aurait également pour effet de limiter l'« évaluation barémique » à cette seule dimension médicale. Il ne s'agirait pas de ne plus indemniser les répercussions de l'atteinte physiologique sur la qualité de vie de la victime mais de le faire dans le cadre de la réparation des préjudices extrapatrimoniaux⁴⁸, en la détachant de l'évaluation médicale.

Une telle définition du préjudice physique est artificielle en ce qu'elle réduit la personne humaine à sa seule dimension corporelle. Mais cette solution semble également échouer sur la question des maladies professionnelles et plus encore lorsque l'on s'attaque à l'épineux problème de l'évaluation et de l'indemnisation de la douleur. En effet, la conception objective du préjudice physique exclut nécessairement la douleur, d'appréciation subjective. Ainsi, littérature médicale définit la douleur chronique comme celle qui induit des modifications du comportement du patient, partant elle est définie également par ses répercussions personnelles et sociales⁴⁹.

Or, certaines pathologies s'expriment essentiellement sous la forme de phénomènes douloureux, tout particulièrement en matière de troubles musculosquelettiques. Par ailleurs, la douleur ne doit pas être entendue seulement comme physique elle est également psychique. Exclure la souffrance psychique de l'in-

demnisation du préjudice physique reviendrait à nier la prise en charge des psychopathologies. Il faut prendre la mesure de la très grande complexité de la question. Il s'agirait de prendre en considération la douleur ressentie par la personne sans pour autant retomber dans les méandres induits par la notion de déficit fonctionnel permanent.

La réflexion bute alors sur cette difficulté que les catégories juridiques actuelles ne permettent pas de surmonter. Elle met en exergue la nécessité d'un débat médico-légal qui aiderait le Droit à repenser l'évaluation et la réparation allouées aux victimes.

Cette réflexion ne doit pas être envisagée comme circonscrite au seul droit des risques professionnels. Elle serait porteuse de progrès pour tout le droit du dommage corporel. Elle devient plus que souhaitable, impérative. ■

⁴⁹ v. notamment : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES), *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*, 1999, <http://cofemer.fr/UserFiles/File/HASEvaluationSuiviDouleurChronique2005.pdf>, p. 15 : « Une douleur chronique se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient ». Sur la composante comportementale éminemment subjective v. p. 63 : « La composante comportementale englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal, etc.). Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue. Elles constituent des indices reflétant l'importance du problème de douleur. Elles assurent aussi une fonction de communication avec l'entourage. Les apprentissages antérieurs, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, sont susceptibles de modifier la réaction actuelle d'un individu. Les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux et contribuer à son entretien ».

⁴⁸ En revenant à la définition antérieure du préjudice d'agrément qui ne se limitait pas qu'à l'impossibilité d'exercer une activité sportive ou de loisirs spécifique antérieure au dommage, v. F. Meyer.

LE CONTENTIEUX TECHNIQUE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN PREMIÈRE INSTANCE

SOCIAL SECURITY TECHNICAL LITIGATION IN THE FIRST INSTANCE

Par **Bertrand BECOUR** (1), **Zakia MEDIOUNI** (2,3,4)

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Depuis 1994, le contentieux de l'invalidité, de l'incapacité permanente et de l'inaptitude au travail est dévolu en première instance, aux tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI), en ce qui concerne les professions non agricoles. Les TCI ont succédé aux anciennes Commissions régionales d'invalidité instituées en 1958. Ils font partie de l'ordre administratif. La consultation médicale, ordonnée par le président du TCI, tient une place essentielle dans l'instruction du dossier. Le rôle du médecin consultant est important à préciser d'autant que cette instance est peu connue des justiciables. Or ses compétences sont étendues. Nous présenterons la composition de la formation, la procédure et le champ de compétence de cette instance et le rôle du médecin au sein de cette juridiction.

Mots-clés : Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, médecin consultant, Cour Nationale d'Incapacité, expertise médicale, invalidité.

SUMMARY

Since 1994 litigation concerning invalidity, permanent inability and unfitness for work has, in the first instance, been attributed to the TCI (Inability Litigation Tribunals) as far as the non-agricultural professions are concerned. The TCI succeeded to the former Regional Invalidity Commissions set up in 1958. They are part of the administrative order. The medical consultation ordered by the president of the TCI holds an essential place in the examination of the case. It is important to specify the role of the consultant doctor especially as this body is not well known to the people under examination. However it has wide-ranging authority. We shall present the composition of the group, the procedure and the area of competence of this body and the role of the doctor within this jurisdiction.

Keywords: *Inability Litigation Tribunal, consultant doctor, National Inability Court, medical report, invalidity.*

INTRODUCTION

Depuis 1994, le contentieux de l'invalidité, de l'incapacité permanente et de l'inaptitude au travail est dévolu en première instance, aux tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI), en ce qui concerne les professions non agricoles. Les TCI ont succédé aux anciennes Commissions régionales d'invalidité instituées en 1958. Ils font partie de l'ordre administratif.

(1) AP-HP, Hôtel-Dieu, Unité médico-judiciaire, 1, place du Parvis Notre-Dame, F75004, Paris, France

(2) Inserm, Unité de suivi épidémiologique des cohortes de population, UMS 011, F-94807, Villejuif, France

(3) Versailles St-Quentin University, UMS 011, F-94807, Villejuif, France

(4) AP-HP, Service de pathologies professionnelles, Hôpital de Raymond Poincaré (AP-HP), F92380 Garches, France

La consultation médicale, ordonnée par le président du TCI, tient une place essentielle dans l'instruction du dossier. Le rôle du médecin consultant est important à préciser d'autant que cette instance est peu connue des justiciables. Or ses compétences sont étendues. Nous présenterons la composition de la formation, la procédure et le champ de compétence de cette instance (I) et le rôle du médecin au sein de cette juridiction (II).

I. PRÉSENTATION DU FONCTIONNEMENT DU TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ

La composition du TCI permet d'établir un jugement indépendant et impartial (I.1). Sa procédure est simple (I.2). Sa compétence est étendue (I.3).

I.1. Une composition visant à établir un jugement indépendant et impartial

Les TCI sont des juridictions consulaires composés de deux magistrats non professionnels (un représentant élu des salariés et un représentant élu des employeurs) et présidée par un magistrat professionnel. Il existe un TCI par région. Depuis 2002, les TCI ne comprennent plus que 3 membres. Il est présidé par un magistrat professionnel honoraire de l'ordre administratif ou judiciaire. Il comprend deux assesseurs : un représentant des employeurs et travailleurs indépendants, et un représentant des salariés. Si un magistrat honoraire n'est pas disponible, le TCI peut être présidé par une personnalité donnant des garanties d'indépendance et d'impartialité, compétente et expérimentée dans le domaine juridique.

I.2. La procédure devant les Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité

La caisse de sécurité sociale est tenue d'adresser au TCI dans les 10 jours suivant la demande les documents médicaux concernant l'affaire et d'en adresser copie au requérant ou, le cas échéant, au médecin qu'il a désigné [1]. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ne peuvent s'exonérer de cette obligation en arguant que le service du contrôle médical n'a pas voulu transmettre à leur service administratif les éléments médicaux du dossier couverts par le secret médical. Le droit à un procès équitable exige que le débat soit contradictoire et que le demandeur puisse exercer de manière effective son droit à un recours. À défaut, la décision de la caisse ne lui est pas opposable c'est-à-dire non juridiquement valide. Le président de la formation de jugement peut ordonner d'office ou à la demande des parties une consulta-

tion médicale à l'audience, une expertise approfondie ou une enquête portant notamment sur l'orientation professionnelle du requérant ou sur ses possibilités de placement. L'expertise médicale devant le TCI est une expertise judiciaire, à la différence de l'expertise technique qui se déroule devant le TASS. Dans les deux contentieux, existe un conflit entre le droit au secret médical et l'exigence d'un débat contradictoire.

Les parties comparaissent en personne. Elles se défendent elles-mêmes ou se font représenter par un avocat. Elles peuvent se faire assister d'un médecin conseil de victime. Ce médecin de recours ne représente pas le malade ou le blessé, mais l'aide dans la présentation de ses doléances et de son dommage. Un membre de sa famille ne peut représenter le malade ou le blessé. Cette procédure est orale.

La décision du TCI doit être motivée et prononcée en audience publique. L'appel contre cette décision se fait devant la Cour Nationale d'Incapacité (CNI) qui siège à Amiens. Le pourvoi en cassation s'effectue devant le Conseil d'État.

I.3. La compétence des Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité

I.3.1. Une compétence matérielle étendue

L'organisation du contentieux technique de la sécurité sociale règle les contestations relatives à l'état ou au degré d'invalidité en cas de maladie ou d'accident, à l'incapacité au travail, à l'exclusion des litiges touchant la cause de l'arrêt de travail. Ce contentieux technique règle également les litiges concernant l'état d'incapacité permanente et le taux d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Sur demande du requérant, ces réclamations peuvent être soumises au préalable à la commission de recours amiable de la caisse de sécurité sociale. Est également dévolue au TCI la fixation du taux de cotisation accident de travail-maladie professionnelle (AT-MP) en matière de travail agricole et non agricole par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), par les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) encore existantes – CRAM d'Ile de France (CRAMIF) et CRAM d'Alsace-Moselle (CRAMAM) – et les caisses de mutualité sociale agricole (MSA). Les TCI ont également pour compétence le recours contre la décision des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). À cet effet, le médecin de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) transmet dans un délai de 20 jours au médecin expert ou au médecin consultant désigné par le TCI l'intégralité du rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité ou à la décision contestée, sans que puisse lui être opposé le secret professionnel.

1.3.2. La compétence territoriale des Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité

La compétence territoriale des TCI dépend du lieu de résidence du demandeur. Si le demandeur ne réside pas en France, le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de sécurité sociale ou de mutualité agricole dont il relève a son siège. Les TCI sont établis dans la ville où se situe la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC) qui a remplacé la DRASS.

II. LE RÔLE DU MÉDECIN CONSULTANT DES TRIBUNAUX DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ

La consultation médicale est une mesure d'instruction exécutée sur le champ (II.1). Le médecin consultant exerce une fonction de sachant, auxiliaire de justice auprès du Tribunal (II.2).

II.1. La consultation médicale : une mesure d'instruction exécutée sur le champ

La consultation médicale ordonnée par le président du TCI est une mesure d'instruction exécutée immédiatement par un médecin. Il examine le patient dans un cabinet adjacent à la salle d'audience, éventuellement en présence du médecin de recours. L'expert recueille des informations orales ou écrites, notamment l'avis du médecin traitant et celui du représentant de la caisse de sécurité sociale. Il rapporte ses constatations au tribunal en présence des parties. Ce rapport médical est une des pièces de la procédure. Il est adressé au patient en annexe du jugement. Lorsque la mesure d'instruction n'est pas exécutée immédiatement – expertise ou enquête –, le patient est convoqué au cabinet de l'expert. Celui-ci établit un rapport d'expertise qu'il adresse au Tribunal. Le secrétariat du tribunal fait parvenir à chaque partie une copie des rapports établis et un courrier précisant la date de l'audience.

Le médecin consultant doit être indépendant : il ne peut avoir soigné le malade ou le blessé, être attaché à l'entreprise ni membre du conseil d'administration ou attaché au contrôle médical de la caisse intéressée à

l'instance [2]. Il n'a pas à être expert inscrit sur la liste d'une Cour d'appel, mais s'il n'est pas expert judiciaire, il doit prêter serment devant le tribunal.

II.2. Le rôle du médecin : auxiliaire de justice auprès du tribunal

Le médecin consultant a pour tâche de dresser un rapport indépendant sur le degré d'invalidité ou toute autre question relative au contentieux technique de la sécurité sociale. Il s'interroge sur le bien-fondé de la requête présentée par l'assuré, met en question le point de vue du médecin traitant et se prononce sur l'octroi ou non d'une rente ou des avantages sollicités [3]. En matière d'assurance invalidité, il se trouve confronté à la nécessité de prononcer un avis sur la légitimité de l'octroi d'une rente dans un contexte où les points de vue du médecin traitant et du médecin conseil de la MDPH sont opposés. Le médecin traitant formule des demandes de prestations d'assurance invalidité qu'il considère comme justes dans la perspective du bien-être du patient. Il estime que sa réhabilitation renvoie à la responsabilité de l'assurance sociale, dans la mesure où la cause du mal-être du patient est, à ses yeux, sociale.

Le système d'assurance sociale se fonde sur une approche communautariste de soin. La solidarité sociale dont il fait preuve en octroyant des prestations d'invalidité devrait être compensée par une responsabilisation individuelle du patient face à sa maladie. L'expert est fondé à demander une évaluation psychique du patient. Le médecin consultant peut, contre l'avis du médecin traitant, soutenir l'avis du médecin conseil de la MDPH de ne pas attribuer une rente et estimer que l'autonomie du patient est partiellement conservée : la perte d'autonomie est alors inférieure ou égale à 79 %. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] MORVAN P. *Droit de la protection sociale*. Paris, LexisNexis, 6^e ed. 2013 637-43.
- [2] BENAROYO L. Ethique et responsabilité en médecine. Genève, *Médecine & Hygiène* 2006 131-40.
- [3] SAPENET M., CREUSOT G., ROUGÉ D., DUMASDELAGE G., CARBONNIÉ C. *Expertises médicales*. Paris, Elsevier/Masson, 7^e ed. 2012 48-54.

ERRATUM

Une erreur s'est glissée en page 13 de l'article intitulé : **L'évaluation neuropsychologique dans l'expertise du blessé traumatisé crânio-cérébral** de *Caroline Bourdon et Virginie Orsoni*, paru dans le n° 3 de cette série (novembre 2014 - volume 57).

En effet, au paragraphe « 1. La mémoire à court terme, elle comprend la mémoire immédiate / mémoire de travail ». Il devait être écrit ce qui suit :

1. La mémoire à court terme, elle comprend :

- **La mémoire immédiate** évaluée à l'aide d'empans présentés, soit oralement pour la modalité auditivo-verbale, soit par la désignation de séquence de cubes pour la modalité visuo-spatiale. L'empan mnésique désigne le nombre d'éléments que l'on peut restituer immédiatement après les avoir entendus. Comme pour l'ensemble des tests neuropsychologiques, il existe des normes bien établies prenant en compte l'âge et le niveau socio-culturel (Grégoire *et al.*, 1997). L'épreuve consiste à citer oralement des séries de chiffres que le sujet doit restituer à l'endroit puis à l'envers, telles que présenté sur la figure 3 ; la taille de l'empan correspond au nombre d'éléments maximum que le sujet peut restituer sans erreur. L'empan visuo-spatial est évalué à l'aide de l'épreuve des blocs de Corsi (Corsi, 1972) (figure 4) : 10 cubes sont disposés de manière aléatoire sur une planche face au sujet, et le thérapeute touche un nombre croissant de cubes suivant une séquence particulière que le sujet doit reproduire, à l'endroit, puis à l'envers.
- **La mémoire de travail** qui permet de stocker et de manipuler des petites quantités d'informations sur

de courtes durées : elle est constamment sollicitée dans nos activités quotidiennes :

Exemples :

- **Lors de la recherche d'informations** : vous allez à un rdv, vous ne connaissez pas le quartier, vous regardez le plan qui vous indique 36B (p3-4) : pour trouver la rue il vous faudra retenir ce code le temps de trouver la bonne page, la bonne zone, la bonne case,
- **Lors d'une activité de raisonnement** « Fabrice et Bruno réalisent un projet, chacun a plusieurs idées en tête et y réfléchit avant de les soumettre à l'autre. **Pour élaborer et comparer** les différentes idées qui leur viennent à l'esprit, **ils gardent en mémoire** les avantages et les inconvénients de chacune des solutions proposées,
- **Lors de la compréhension verbale** : pour **comprendre le sens de la phrase** ci-après vous devez garder le début en mémoire, **le temps de lire** ou de l'entendre jusqu'à la fin. Vous devez retenir le sujet et les compléments qui s'y rapportent. Sans cela vous arriverez à lire/à entendre la phrase mais **sans en saisir le sens**, cela permet également de *suivre une conversation*.

Item/essai	réponse	Note (0 ou 1)
1	Essai 1 : 1-7	
	Essai 2 : 6-3	
2	Essai 1 : 5-8-2	
	Essai 2 : 6-9-4	
3	Essai 1 : 6-4-3-9	
	Essai 2 : 7-2-8-6	
4	Essai 1 : 4-2-7-3-1	
	Essai 2 : 7-5-8-3-6	
5	Essai 1 : 6-1-9-4-3-7	
	Essai 2 : 3-9-2-4-6-7	
6	Essai 1 : 5-9-1-7-4-2-8	
	Essai 2 : 4-1-7-9-3-8-6	
7	Essai 1 : 5-8-1-9-2-6-4-7	
	Essai 2 : 3-8-3-9-5-1-7-4	
8	Essai 1 : 2-7-5-8-6-2-5-8-4	
	Essai 2 : 7-1-3-9-4-2-5-6-8	

Figure 3 : Liste des séries d'items présentée pour l'empan chiffré endroit.

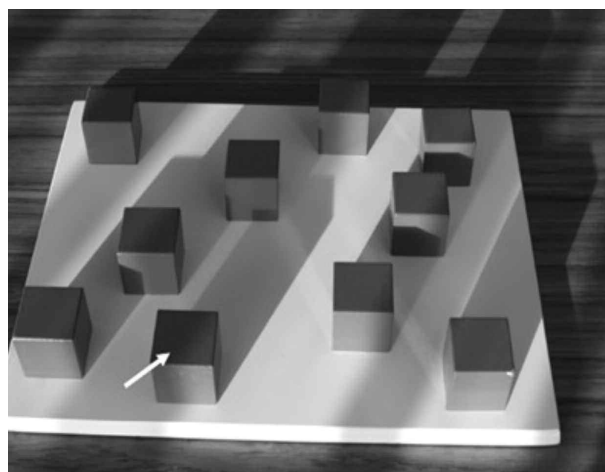


Figure 4 : L'épreuve des blocs de Corsi permettant de mesurer les empan visuo-spatiaux.

L'AVOCAT ET LE TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ

LAWYER AND INCAPACITY DISPUTE COURT

Par Cécile ARVIN-BEROD*, Hélène BERTHOUX**

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Le Tribunal du contentieux de l'incapacité est une juridiction du premier degré qui statue notamment sur les litiges relatifs à la contestation du taux d'incapacité permanente partielle attribué aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

En principe, les règles régissant l'intervention de l'avocat dans ce contentieux sont similaires à celles applicables aux procédures devant les autres juridictions de sécurité sociale. En pratique pourtant, on constate que la place qui lui est accordée est réduite. En effet, qu'il s'agisse du déroulement de l'audience ou de la rédaction des jugements rendus par la Juridiction, les pratiques observées tendent à limiter l'opportunité pour le justiciable de faire appel à un avocat, ou à tout le moins, à minorer l'impact des diligences de son conseil.

Cet article se donne pour objectif de pointer ces difficultés, au regard des principes généraux du droit.

Mots-clés : Tribunal du contentieux de l'incapacité, taux d'incapacité permanente partielle, avocat, procès équitable.

SUMMARY

The incapacity dispute Court is a first degree jurisdiction which rules in particular in disputes relating to the con-

tests of the rate of partial permanent disability given to the victims of work accidents or occupational diseases.

In principal, the rules governing the intervention of the lawyer in this dispute are similar to those applicable in the procedures before the other social security jurisdictions.

Yet in practice, the place accorded to the lawyer is diminished.

Indeed, when it comes to the procedure of a hearing or to the drafting of the judgments handed down by the Jurisdiction, the actual practices tend to reduce or limit the opportunity for the litigant to call in a defense counsel, or at the very least to diminish the impact of the diligences of his lawyer.

This article aims to point out these difficulties.

Keywords: Incapacity dispute court, rate of partial permanent disability, defense counsel, fair justice.

INTRODUCTION

Le Tribunal du contentieux de l'incapacité (ci-après, TCI) jouit d'une compétence exclusive¹, et statue en première instance, notamment sur les litiges relatifs à la contestation du taux d'incapacité permanente partielle (ci-après, IPP), attribué aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Ce taux d'IPP 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 qualification professionnelle, compte tenu d'un barème

* Avocat au barreau de Paris, 15 rue du Louvre 75001 Paris - avocat.arvinberod@gmail.com

** Avocat au barreau de Paris, Cabinet Arnaud OLIVIER, 15 avenue de l'opéra 75001 Paris - berthoux.avocat@gmail.com

¹ Articles L 143-1 et L 143-3 du Code de la sécurité sociale.

indicatif d'invalidité »², et se compose donc de deux volets : un médical et un professionnel.

Depuis la réforme issue de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, et complétée par le décret n°2003-614 du 3 juillet 2003, on constate « *l'interpénétration des principes* [relatifs aux droits de la défense] *posés par les textes internationaux et ceux affirmés en droit interne* »³, dans le cadre d'une instance pendante devant le TCI.

Ces droits de la défense recouvrent tant la nécessaire indépendance et impartialité du TCI, que la « *soumission des juridictions du contentieux de la sécurité sociale aux principes directeurs du procès civil* »⁴ (respect du contradictoire, loyauté des débats, droit d'être assisté, exigence de motivation des décisions de Justice et exercice des voies de recours).

Sans s'étendre sur les différentes étapes de la réforme⁵, il convient de préciser qu'à la fin des années 90, la Cour de cassation avait mis en cause la composition et le fonctionnement des juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale⁶.

Laissant volontairement de côté la problématique de l'ancienne composition du TCI, au regard de l'article 6-1 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme, il s'agit ici d'appréhender les règles relatives à la procédure devant cette Juridiction qui sont fixées par le livre 1 du Code de procédure civile, sur renvoi du Code de la sécurité sociale⁷.

En théorie, comme le relève Pierre-Yves VERKINDT, « *une attention particulière est désormais portée au respect de la contradiction, qu'il s'agisse de la convocation des parties, des modalités et délais de transmission des informations, de la possibilité de présenter des observations écrites ou orales, ou encore de la faculté pour le Tribunal ou la Cour d'ordonner soit d'office, soit à la demande des parties une consultation ou expertise* »⁸.

En pratique pourtant, il appert que les principes directeurs du procès civil ne sont pas toujours parfaitement respectés.

En effet, il peut être tour à tour observé que :

- la pratique devant d'autres juridictions pour lesquelles le ministère d'avocat n'est pas obligatoire

(par exemple, le Tribunal des affaires de sécurité sociale, le Conseil de prud'hommes), garantit à ces derniers une véritable place en qualité de conseil ;

- alors que l'accueil fait par les TCI aux avocats ne leur permet pas de remplir pleinement leur rôle, pourtant essentiel au regard des principes précités.

Rappelant ainsi les vestiges du fonctionnement passé de ces juridictions du contentieux technique, la pratique des TCI tend à exclure les avocats de la procédure, depuis la convocation des parties jusqu'à la rédaction des décisions.

Le dessein des observations formulées, ci-après, est d'attirer l'attention du lecteur sur les difficultés rencontrées par les avocats au cours d'une procédure en contestation du taux d'IPP introduite devant le TCI, tout en rappelant brièvement les règles applicables.

Droit d'être défendu par un avocat

L'article L 144-3 du Code de la sécurité sociale dispose que l'assuré peut se défendre lui-même ou se faire assister ou représenter par :

- un avocat,
- son conjoint, concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité,
- un ascendant ou descendant en ligne directe,
- une personne exerçant la même profession, ou un représentant qualifié des organisations syndicales,
- un délégué des associations de mutilés et invalides du travail « les plus représentatives ».

Bien que la procédure devant le TCI n'exige pas une représentation obligatoire par avocat, l'apport de l'intervention de ce dernier, au vu des nouvelles règles de procédure, devrait être une véritable valeur ajoutée.

Claude VANDERMAESEN, ancien Président du TCI de Lille, relève en effet que depuis la réforme, « *le conseil retrouve [...] son rôle comme « assistant » du plaideur pour le guider, le conseiller, préparer son dossier médical, faire valoir ses moyens de fait et de droit qui doivent être soumis à la sagacité du Tribunal pour assurer correctement la défense des intérêts qui lui sont confiés face aux organismes sociaux* »⁹.

Pourtant, il nous semble au contraire que le rôle d'« assistant » du plaideur tel qu'il se décline aujourd'hui, ne permet pas toujours d'assurer correctement la défense des intérêts de l'assuré.

Au stade tout d'abord de l'envoi de la convocation aux parties, il faut préciser que certains TCI n'hésitent pas à refuser d'en adresser copie au conseil de l'assuré, malgré l'information donnée au Tribunal de son intervention dans le dossier.

Si cette omission passe le plus souvent sans encombre, il arrive cependant qu'elle soit à l'origine de situations

² Article L 434-2 alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale.

³ P-Y. VERKINDT, Les droits de la défense dans le contentieux de la sécurité sociale, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 2004, p. 406.

⁴ Idem.

⁵ Voir, dans ce but, l'ouvrage de Michel PIERCHON, *Les contentieux de la sécurité sociale*, Editions Resoc, 2006, p. 212 et s.

⁶ Cass. Soc, 17 décembre 1998, H. LIFFRAN, *Droit Social* n°2, 1999, p 158 & Cass. Ass. Plén. 22 décembre 2000, n°98-15.567, n°98-21.238 et n°99-11.303.

⁷ Article R 143-6 du Code de la sécurité sociale : le déroulement de l'instance devant le TCI suit les dispositions des articles 1 à 748 du Code de procédure civile.

⁸ P-Y. VERKINDT, Les droits de la défense dans le contentieux de la sécurité sociale, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 2004, p. 406.

⁹ C. VANDERMAESEN, Une révolution judiciaire méconnue : la réforme des tribunaux du contentieux de l'Incapacité, *Gazette du Palais*, 9 Août 2005, n°221, p. 3.

délicates. Par exemple, le cas d'un assuré qui ne sait pas correctement lire le français et qui n'a pas été en mesure d'informer son conseil de la date d'audience. Dans le même esprit, et contrairement à la pratique judiciaire, les TCI procèdent régulièrement à la radiation d'affaires, alors même qu'une demande d'aide juridictionnelle est en cours, mais que l'avocat n'a pas encore été officiellement désigné. Cette situation devrait justifier un renvoi et non une radiation, afin de favoriser l'accès au droit et à la défense des assurés sociaux.

Enfin, le refus régulier de faire droit à la demande de l'assuré formulée au titre de l'article 700 du Code de procédure civile, pour les frais exposés pour la procédure, tend incontestablement à réduire le recours à l'avocat par les assurés sociaux.

Principe du contradictoire et de l'égalité des armes

Après la saisine de la Juridiction, la Caisse défenderesse est tenue de transmettre, dans un délai de 10 jours suivant l'invitation faite par le greffe du TCI, les documents médicaux concernant l'affaire¹⁰, y compris les comptes rendus d'examens médicaux, et d'en adresser copie au requérant ou au médecin qu'il a désigné¹¹.

Cette seconde obligation n'est malheureusement que rarement respectée par les Caisses, de sorte que non seulement les pièces produites ne sont pas communiquées à l'assuré avant l'audience, mais en plus, les Caisses n'étant quasiment jamais présentes à l'audience, l'assuré n'en prend même pas connaissance à ce stade.

Le déroulement de l'instance devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale implique pourtant le respect du contradictoire, et ainsi la faculté pour chacune des parties de prendre connaissance et de discuter de toute pièce ou observation présentée au juge en vue d'influencer sa décision¹².

Or, malgré ce non-respect manifeste du principe du contradictoire par les Caisses, les TCI n'hésitent pas à prendre en compte ces pièces, entérinant par là même la pratique de certains organismes de sécurité sociale.

Droit à une mesure d'instruction en cas de difficulté d'ordre médical

Les textes prévoient que la Juridiction peut, d'office ou sur demande des parties, ordonner une expertise

médicale qui sera confiée à un expert présent à l'audience, et réalisée pendant celle-ci¹³.

Or, comme le relève Marcel VOXEUR¹⁴, « *certaines TCI font obligation aux avocats d'exposer les raisons médicales pour lesquelles ils demandent que soit ordonnée une consultation ou une expertise. Cet exposé se fait devant des juges qui n'ont aucune compétence médicale, par un plaideur qui n'a aucune compétence médicale, alors que la jurisprudence de la Cour de cassation fait obligation aux tribunaux d'ordonner une mesure d'instruction chaque fois qu'une difficulté d'ordre médical se présente dans le dossier* »¹⁵.

Une telle pratique peut conduire à se voir opposer un refus de la Juridiction, qui aura considéré que les motifs médicaux avancés par l'avocat ne justifient pas la mise en œuvre d'une expertise médicale, alors même que ni l'avocat, ni le Tribunal ne sont experts en médecine.

Cette mesure d'instruction est cependant très souvent ordonnée par le TCI dans le contentieux de l'incapacité.

Comme pour toute expertise, elle mérite la présence d'un médecin conseil pour assister le demandeur, l'avocat n'étant, d'une part, pas qualifié sur le volet médical, et d'autre part et en tout état de cause, pas présent aux opérations d'expertise.

Une fois l'expertise diligentée, l'expert, l'assuré et son médecin conseil reviennent dans la salle d'audience, pour que l'expert fasse état de ses conclusions médicales. Une difficulté intervient alors : en principe, le médecin conseil n'est pas autorisé à parler au cours de l'audience, de sorte qu'il ne peut faire part de ses observations médicales à la Juridiction.

Or, en l'absence de suspension d'audience, le médecin conseil ne peut pas non plus attirer l'attention du conseil de l'assuré sur les points importants à contester d'un point de vue médical, tant sur le déroulement de l'examen médical lui-même, que sur les conclusions retenues par l'expert.

Cette organisation au cours de l'audience conduit à réduire l'intérêt de l'expertise médicale, puisque l'avocat de l'assuré n'est pas mis en mesure de faire valoir les observations utiles qui en découlent.

Oralité des débats

La réforme issue de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 visait à rétablir « *l'équilibre en insistant sur la partie verbale des débats* »¹⁶.

¹³ Décret n°2003-614 du 3 juillet 2003.

¹⁴ Associé Alma Consulting Groupe en 2004, Rédacteur en chef de la Lettre des cotisations sociales.

¹⁵ M. VOXEUR, Les Nouveaux TCI : des débuts calamiteux, *Semaine Sociale LAMY*, n°1881, p.6.

¹⁶ Michel PIERCHON, *Les contentieux de la sécurité sociale*, Editions Resoc, 2006.

¹⁰ Sauf le rapport d'évaluation du taux d'IPP de l'assuré établi par le médecin-conseil de la Caisse (Cass. Civ. 2^e, 11 juillet 2013, n°12-20.708).

¹¹ Article R 143-8 du Code de la sécurité sociale.

¹² Cass. Ass. Plén. 22 décembre 2000, n°93-11.303.

Malgré le principe de l'oralité des débats, le temps de parole de l'avocat au cours de l'audience devant le TCI est en pratique souvent très réduit, quand il n'est pas interrompu constamment.

L'absence de suspension d'audience après l'expertise telle qu'évoquée en amont, amoindrit par ailleurs l'intérêt de la plaidoirie de l'avocat qui, de fait, ne pourra faire des observations utiles que sur le volet professionnel du taux d'IPP, n'ayant pas accès aux données médicales.

On pourrait penser que la Juridiction, marquée par l'habitude de statuer sur pièces, s'intéressera alors plus aux écritures et pièces versées au dossier de plaidoiries. Mais compte tenu de l'absence, dans le jugement, de mentions des arguments du demandeur, le justiciable ne peut être certain que ses pièces et conclusions aient bien été examinées.

Publicité des débats

Conformément aux principes du procès civil, les audiences devant le TCI sont publiques¹⁷.

La pratique prouve, au contraire, que dans certains TCI, la Juridiction de 1^{re} instance siège uniquement en chambre du conseil, sans public.

L'impossibilité pour tout public d'assister à une audience devant le TCI est d'autant plus troublante que rien n'est fait pour remédier à ce manquement aux règles de procédure civile (absence de sièges, portes résolument fermées, etc.).

On ne peut que s'interroger et déplorer la persistance de l'absence de caractère public des audiences devant le TCI, qui aurait pourtant probablement des vertus quant au respect d'autres principes évoqués ci-dessus.

L'exigence de motivation des décisions

L'article R 434-35 du Code de la sécurité sociale oblige à la motivation des décisions rendues par le TCI.

Force est de constater que cette motivation est réduite à son plus strict minimum, quand elle n'est pas inexistante. Cela ressort de manière assez flagrante s'agissant du second volet du taux d'IPP qu'est le coefficient professionnel, intégré au taux d'IPP global, pour compenser les conséquences professionnelles de cette incapacité, comme un licenciement, des pertes de revenus, etc.

La lecture des décisions rendues démontre clairement que le coefficient professionnel n'est que rarement pris en compte, et que tant son rejet, et que son chiffrage en cas d'admission, ne sont jamais motivés.

Après la reprise *in extenso* des observations de l'expert judiciaire, qui se concluent par le taux d'IPP retenu d'un point médical, on peut régulièrement lire : « Compte tenu de ce rapport qui a été exposé oralement, débattu contradictoirement dont le Tribunal adopte les

conclusions, le Tribunal (...) dit qu'à la date du (...), les séquelles présentées par Monsieur X n'ont pas été correctement évaluées et justifient l'attribution d'un taux d'incapacité permanente de (...) % », le taux indiqué étant identique à celui retenu par l'expert.

Cela démontre que le Tribunal a fait fi des pièces versées aux débats sur les conséquences d'un point de vue professionnel, et n'a pas répondu à la demande formulée au titre du coefficient professionnel, le rejetant purement et simplement.

De même, lorsqu'un coefficient professionnel est admis, on peut généralement lire les mêmes lignes qu'indiquées en amont, à la différence que la décision se termine ainsi : « *les séquelles présentées par Monsieur X n'ont pas été correctement évaluées et justifient l'attribution d'un taux d'incapacité permanente de (...) %, dont (...) % au titre du coefficient professionnel.* »

Le taux du coefficient professionnel ainsi retenu n'est pas plus motivé.

La difficulté pour le conseil de l'assuré est ici de taille, puisqu'il aura tendance à favoriser un recours devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (juridiction d'appel pour le contentieux de l'incapacité), sans pour autant être en mesure de préciser au justiciable pour quelle raison il n'a pas obtenu gain de cause devant le Tribunal, et par conséquent, l'opportunité réelle d'un recours.

Cette absence de motivation constitue nécessairement une atteinte aux droits de la défense¹⁸.

CONCLUSION

Les exigences du procès équitable issues de l'article 6-1 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme excèdent le principe selon lequel toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue par un tribunal indépendant et impartial.

Les modifications substantielles apportées par les dispositions légales et réglementaires issues de la réforme de 2002 touchent également aux « *traits classiques de la procédure* »¹⁹.

Néanmoins, nous l'avons vu, les modifications textuelles, tout en imprégnant le contentieux technique de la sécurité sociale, n'a pas suffisamment impacter le fonctionnement réel du TCI, dans la mesure où – *a minima* – le respect du contradictoire et de l'exigence de motivation des décisions est régulièrement mis à mal.

¹⁸ P-Y. VERKINDT, A propos du respect du contradictoire dans le contentieux technique, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1998, p. 841 (Soc, 28 mai 1998).

¹⁹ C. VANDERMAESEN, Une révolution judiciaire méconnue : la réforme des tribunaux du contentieux de l'Incapacité, *Gazette du Palais*, 9 Août 2005, n°221, p. 3

¹⁷ Article 433 du Code de procédure civile.

Aussi, si en principe le conseil aurait dû retrouver son rôle comme « *assistant* » du plaideur²⁰, on constate que son intervention est sérieusement atteinte par certaines pratiques du TCI.

Les avocats ne semblent donc pas les bienvenus devant le TCI, au mépris du droit à un procès équitable, défavorisant les assurés sociaux dont le taux d'IPP n'a pas été correctement évalué, ce qui entraîne des conséquences financières lourdes, puisque de ce taux dépend le montant de la rente viagère versée à l'accidenté du travail.

Malgré les difficultés, le recours à un avocat ainsi qu'à un médecin conseil nous semble indispensable, compte tenu des contraintes procédurales et de la particularité de ce contentieux, dans lequel des progrès sont à espérer pour se rapprocher des standards procéduraux européens. ■

BIBLIOGRAPHIE

Articles de codes

- Articles R 143-6 à R 143-14, et R 143-21 à R 143-34 du Code de la sécurité sociale
- Articles 1 à 748 du Code de procédure civile

Textes de lois et réglementaires

- Décret n°2003-614 du 3 juillet 2003
- Loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004
- Ordonnance n°2005-656 du 8 juin 2005

²⁰ *Idem*

Ouvrage

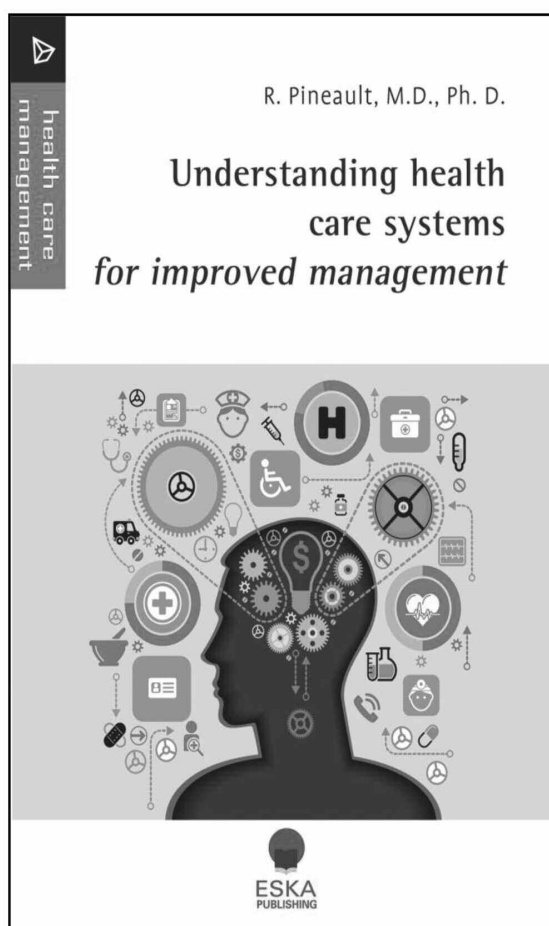
- Michel PIERCHON, *Les contentieux de la sécurité sociale*, Editions Resoc, 2006

Articles de doctrine

- P-Y. VERKINDT, A propos du respect du contradictoire dans le contentieux technique, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1998, p. 841 (Soc, 28 mai 1998)
- C. CANTEGREL, Le contentieux français de la sécurité sociale et la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme, *Jurisprudence Sociale Lamy*, n°49-1, du 11 janvier 2000
- P-Y. VERKINDT, Les droits de la défense dans le contentieux de la sécurité sociale, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 2004, p. 406
- Michel PIERCHON, *Le nouveau visage du contentieux technique de la sécurité sociale après la loi de modernisation sociale*, *Jurisprudence Sociale Lamy*, n°137, 2004
- M. VOXEUR, Les Nouveaux TCI : des débuts calamiteux, *Semaine Sociale LAMY*, n°1881, 2004, p. 6
- C. VANDERMAESEN, Une révolution judiciaire méconnue : la réforme des tribunaux du contentieux de l'Incapacité, *Gazette du Palais*, 9 Août 2005, n°221, p. 3
- M. PELTIER, Le droit à un procès équitable au secours de l'assuré social ?, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 2014, p. 326

Jurisprudences

- CEDH, 23 juin 1981, arrêt Lecompte et autres
- Ass. Plén. 6 novembre 1998, n°94-17709
- Soc, 17 décembre 1998, Droit social n°2 de 1999, p. 158, H. Liffra et RDSS 1999, p. 576, P-Y. Verkindt
- Soc, 9 mars 2000, n°98-22435
- Soc, 1^{er} mars 2001, Bull. civ. V, n°66, p.51
- Civ. 2^e, 6 avril 2004, n°02-20825 ; 25 mai 2004, n°02-31236 ; 16 novembre 2004, n°03-30410 (entre autres)



ESKA PUBLISHING

Understanding health care systems for improved management

Raynald Pineault

Preface by Victor G. RODWIN

Health systems are extremely complex organizations that must respond to multiple needs. Providing coordinated and integrated delivery of services involves a great number of professionals, managers, organizations and support staff.

The purpose of this book is to simplify this reality to make it more easily understandable and manageable. The various aspects of the systems and the many inter-related activities are explained here in an approach geared to self-learning. Each chapter opens with specific objectives and gives exercises at the end to verify knowledge acquisition.

KEY FEATURES OF THE BOOK INCLUDE:

3 MAJOR GOALS: locate and analyze the components of an Health Care System; identify and explain the relations between the components; apply concepts and methods to the Health Care and its components.

27 SPECIFIC APPROACHES: Each chapter covers several specific goals for a better understanding and management of Health Care Systems.

UNDERSTANDING HEALTH Care systems for Improved

Management: provides the reader with necessary tools to maintain an effective Health Care framework within the various particular organization.

Raynald Pineault has been researcher and Professor Emeritus at the Université de Montréal. He is currently medical advisor at the Direction de santé publique of the Agence régionale de la santé and services sociaux de Montréal (Montreal Regional Health and Social Services Board/ Department of Public Health) and the Institut national de santé publique du Québec.

BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **Understanding health care systems for improved management** », par **Raynald Pineault** - Code EAN 978-2-7472-2234-1

Prix : 52,00 € + 1,00 € de frais de port, soit € x exemplaire(s) = €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire

☐ Carte Bleue Visa n° ☐ Date d'expiration :

☐ Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA

Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

Société / Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : **Ville :** **Pays :**

Tél. : **Fax :** **E-mail :**

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

EDITIONS ESKA – Contact : adv@eska.fr

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 92 - Fax : 01 42 60 45 35

MALADIES PROFESSIONNELLES DES VERRIERS : LE DÉNI DES DROITS

OCCUPATIONAL DISEASES OF GLASSWORKERS: A DENIAL OF RIGHTS

Par **Laurent GONON***

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Pour un secteur industriel, celui de la fabrication, du façonnage et de la transformation du verre creux (bouteilles et pots), comptant environ quatorze mille salariés, les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) nous montrent sur quatre ans (2009 à 2012) une faible reconnaissance en maladies professionnelles (cf. III.4 ci-dessous). Pourtant, la recherche conduite par l'association des anciens verriers de Givors (département du Rhône, France), sur les causes des maladies qui emportent nombre de ses membres est révélatrice de tout un processus méconnu des conditions de travail et d'expositions à de multiples produits toxiques sans protection efficace. Cette recherche révèle en outre les difficultés quasi insurmontables pour une victime isolée à dépasser les obstacles à la reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies qu'elle développe.

Mots-clés : Exposition, produit, risque, amiante, CMR, classification, pathologie, tableau.

SUMMARY

In France, the industry of hollow glass, which encompasses the manufacture, shaping and transformation of containers (bottles and jars), employs about fourteen thousand workers. According to the statistics of the National Health Insurance for Salaried Workers (CNAMTS) analyzed over a period of four years (2009 to 2012), few occupational diseases are officially recognized in this sector. However, the research carried out by the Association of Former Glassworkers of Givors (département du Rhône, France) which focuses on the causes of the illnesses that have stricken their group, reveals ignored aspects of their former working conditions, and in particular, exposure to multiple toxicants without proper protection. The research also reveals the almost insuperable difficulties that await isolated victims when they try to get recognition of the occupational nature of their illnesses.

Keywords: *Exposure, toxicant, risk, asbestos, CMR, classification, pathology, table.*

* Docteur en gestion
Coordinateur "maladies professionnelles"
Association des anciens verriers de Givors.
gononlau@orange.fr - www.verriers-givors.com

I. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Chaque année, dans l'Union européenne, environ 1,2 million de personnes meurent d'un cancer. Entre 65.000 et 100.000 de ces décès seraient directement

causés par les conditions de travail. En 1984, un ouvrier avait quatre fois plus de chance de mourir d'un cancer qu'un cadre supérieur, en 2008 ce risque est dix fois plus élevé¹. D'autres cancers résultent d'expositions environnementales qui, dans la plupart des cas, sont elles-mêmes liées aux activités économiques des entreprises. En 2012, le nombre de cancers est estimé à 355.000 nouveaux cas en France métropolitaine, dont 200.000 chez l'homme et 155.000 chez la femme². Ces morts n'ont rien d'accidentel. Elles peuvent être évitées. Dans la majorité des cas, elles ne découlent pas d'un dysfonctionnement du processus de production et elles n'en interrompent pas le cours normal. Elles sont causées par les choix techniques de substances et de procédés, par l'organisation du travail et par l'insuffisance des mesures de prévention³.

1.1. Effets synergiques des expositions toxiques

En outre, expositions professionnelles et expositions environnementales ont des effets synergiques et déterminent ensemble d'immenses inégalités sociales de santé. Les effets de synergie surviennent entre les molécules lorsque, non pas une seule mais plusieurs molécules sont mises en présence dans le milieu biologique, le métabolisme de l'une peut modifier le métabolisme de l'autre et produire des effets non plus seulement additifs, mais multiplicatifs. Cela peut concerner la présence de plusieurs molécules entrant dans la composition d'un seul produit, ou bien la mise en présence de plusieurs molécules qui s'accumulent dans l'organisme et l'incorporation de ces différentes substances chimiques au fil du temps, y compris les substances thérapeutiques dont les principes actifs peuvent avoir des propriétés toxiques, souvent désignées comme « effets secondaires ». Il existe des effets de synergie possibles, probables, entre la contamination des pesticides et le fait de prendre des médicaments, mais aussi entre, d'une part, les différents molécules chimiques et, d'autre part, les composés inorganiques, tels que l'amiante, l'arsenic ou les radiations. Notons ici que, même lorsqu'ils sont testés, les effets toxiques de substances organiques, inorganiques ou radioactives sont très rarement examinés sous l'angle des effets de synergie, sauf, dans une certaine mesure, pour les médicaments⁴.

¹ Cour des comptes, *La mise en œuvre du plan cancer 2003-2007*, La Documentation française, Paris, 2008.

² Institut national du cancer (INCa), *Les cancers en France*, Paris, 2013. Consultable en ligne sur : <http://www.e-cancer.fr>

³ *Prévenir les cancers professionnels, une priorité pour la santé au travail*. M-A Mengeot, Y. Misu et L. Vogel, European Trade Union Institute, Bruxelles, 2014. Consultable en ligne : www.etui.org/fr

⁴ *La science asservie*, Annie Thébaud-Mony, Editions La Découverte, Paris, novembre 2014.

Aucun seuil ne garantit l'absence de risque⁵. D'ailleurs, en 2009 l'ANSES⁶ concluait qu'il n'y a pas de seuil en dessous duquel les particules fines n'auraient pas d'impact et recommandait des actions de réduction de l'émission.

1.2. Immenses inégalités sociales

Entre les années 1980 et aujourd'hui, nous sommes passés de 150.000 nouveaux cas de cancers par an à 365.000⁷. Ce ne sont que des estimations, il n'existe des registres de décès par cancer que dans une vingtaine de départements et pas dans le département du Rhône, pourtant avec son « couloir de la chimie ». Avec les restrictions budgétaires, la pérennité des registres n'est d'ailleurs pas assurée. Un ouvrier a dix fois plus de risques de mourir du cancer avant 65 ans qu'un cadre supérieur⁸. La différence entre ces hommes ne réside-t-elle pas, pour l'essentiel, dans des conditions de travail différentes ? Les ouvriers sont les plus touchés : 13,5 % des salariés, soit 2.370.000 personnes sont exposés à un ou plusieurs produits cancérigènes au cours de leur travail. 70 % des salariés exposés sont des ouvriers. Les salariés employés à des fonctions de maintenance (installation, entretien, réglage et réparation) sont souvent plus exposés que les autres à des produits cancérigènes et généralement en contact avec plusieurs produits⁹ (16 % des hommes étaient exposés à au moins un cancérigène au travail et 7 % à trois). Ces proportions varient fortement selon le métier exercé¹⁰.

⁵ Otto Warburg, *On the origine of cancer cells*, *Science*, vol. 123, n°v 3191, 24 février 1956, p. 309-314.

⁶ ANSES, (agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) <https://www.anses.fr/fr>

⁷ *C'est la double peine pour les victimes de l'amiante*, Annie Thébaud-Mony, in L'Humanité, Paris, 25/11/2013.

⁸ Rapport de la Cour des comptes, 11 mai 2010, consultable en ligne : www.ccomptes.fr/ Cour des comptes, *La mise en œuvre du plan cancer 2003-2007*, La Documentation française, Paris, 2008. Institut national du cancer (INCa), *Les cancers en France*, Paris, 2013. Consultable en ligne sur : <http://www.e-cancer.fr> *Prévenir les cancers professionnels, une priorité pour la santé au travail*. M-A Mengeot, Y. Misu et L. Vogel, European Trade Union Institute, Bruxelles, 2014. Consultable en ligne : www.etui.org/fr

La science asservie, Annie Thébaud-Mony, Editions La Découverte, Paris, novembre 2014. Otto Warburg, *On the origine of cancer cells*, *Science*, vol. 123, n°v 3191, 24 février 1956, p. 309-314. ANSES (agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) <https://www.anses.fr/fr> *C'est la double peine pour les victimes de l'amiante*, Annie Thébaud-Mony, in L'Humanité, Paris, 25/11/2013.

⁹ Enquête SUMER (Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels) 2 octobre 2013. Consultable en ligne : <http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de-76/statistiques/78/conditions-de-travail-et-sante,80/les-enquetes-surveillance-medicale,1999/l-enquete-sumer-2010,15981.html>

¹⁰ Elisabeth Algava et Selma Amira, *Des riches et des métiers. Quelques résultats de l'enquête SUMER*, in *Les risques du travail*, (pages 80-83) sous la direction de Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Volkoff, éditions La Découverte, Paris, mars 2015.

I.3. Alcool, tabac et/ou expositions toxiques ?

Et ce ne sont pas l'alcool et le tabac qui font la différence entre ces deux populations. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a mené une étude dans 15 hôpitaux français sur les cancers du larynx et de l'hypopharynx, cancers en général reliés au tabagisme et à la consommation d'alcool. Les résultats indiquent que les travailleurs manuels ont un risque deux fois et demi supérieur aux non-manuels de développer ces cancers. Un tiers de cet excès de risque a été attribué, par les auteurs de l'étude, à des facteurs professionnels¹¹. Ceci n'est pas étonnant quand on sait que l'exposition à toutes les formes d'amiante est une cause de cancers du larynx et du pharynx et que d'autres substances comme les poussières de ciment ou la silice sont aussi impliquées¹². Si les disparités de consommation tabagique entre groupes sociaux existent bien, elles sont sans commune mesure avec l'inégalité observée concernant les cancers. Chez les hommes, la différence entre les ouvriers et les cadres est de 20 % en ce qui concerne la proportion de fumeurs, mais l'excès de mortalité précoce chez les ouvriers par rapport aux cadres est de l'ordre de 200 %¹³. Ces données sont fort importantes pour la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies des verriers, car les CRRMP¹⁴ ont souvent tendance à rejeter les reconnaissances en maladies professionnelles à partir des « modes de vie à risques » des ouvriers.

I.4. Suivis médicaux post-professionnels... non suivis

Les suivis médicaux post-professionnels (pour les retraités et les privés d'emplois) bénéficient de dispositifs réglementaires. Par le Code de la Sécurité sociale avec le décret 93-644 du 26 mars 1993, l'article D 461-25 ouvre droit à toute personne inactive, retraitée ou demandeur d'emploi ayant été exposée à un produit CMR (*Cancérogènes, Mutagènes, toxiques à la Reproduction*) dans le cadre de son activité professionnelle de bénéficier d'une surveillance médicale post professionnelle. Ce droit a été étendu aux agents de l'État par décret 2009-1546 du 11 décembre 2009,

sous la législation de la Directive européenne 2009/148/CE. Les attestations d'exposition sont aussi réglementées par l'article R4412-58 du Code du travail ; les fiches d'exposition (Article R 4412-41 du Code du travail) ; la circulaire DRT (Direction des relations du travail) n° 12 du 24/5/2008 ; l'arrêté du 28/02/1995 fixe le modèle d'attestation et les modalités d'examen. Mais ces dispositions sont loin de rencontrer l'écho nécessaire à la prévention de la santé au travail.

Lors de l'« Audition publique » organisée le 19 janvier 2010 au Ministère de la santé et des sports reposant sur le travail d'une commission d'audition qui rédige un rapport d'orientation et des recommandations – sous le contrôle de la Haute autorité de la santé¹⁵ qui s'assure de la conformité avec les principes méthodologiques – des éléments de compréhension des problèmes furent mis en évidence. La commission d'audition était présidée par le Pr Paris Christophe, médecin du travail à Nancy et composée d'éminents professeurs, médecins, chercheurs, experts.

Le bilan souligne la non utilisation du dispositif. En 2006, alors que 4.898 demandes sont formulées pour l'amiante, on considère qu'il existe pourtant 62.000 demandes potentielles par an. À cela, il y a des causes d'origine réglementaire notamment le faible nombre d'attestations établies par les employeurs. Du côté des entreprises, on évoque la difficulté de retrouver les expositions anciennes, difficulté de repérage de certaines expositions actuelles, mais aussi la réticence à délivrer les attestations mettant en évidence une responsabilité juridique. Dans les dossiers médicaux, ne figurent que très peu de données d'exposition. Très peu de fiches d'exposition normalement établies par les entreprises sont données aux médecins. Aucune information n'est délivrée au salarié lors de son départ de entreprise. On notera la non application de l'article L 461-4 du code de la Sécurité sociale qui impose à l'employeur la déclaration des produits utilisés dans l'entreprise pouvant être responsables d'une maladie professionnelle. On remarquera une cause procédurale, le salarié est dans l'obligation de faire une demande pour chaque nouvel examen médical.

Le rapport met en évidence le cas de menace grave pour la santé publique notamment avec le cancer bronchique primitif et le mésothéliome. Sans sous-estimer la « grande variabilité entre CPAM » qui se prêtent plus ou moins à l'application de leurs obligations. Pourtant, le suivi post-professionnel contribue à l'utilisation des dispositifs de réparation, et ainsi à la visibilité du problème de l'amiante, par exemple. En 1999, 458 cancers du poumon ont été indemnisés, 808 en 2004 et 1161 en 2006. Mais nous sommes loin de la réalité, la proportion du nombre estimé de cas de cancer du poumon indemnisés est de 27 % à

¹¹ Menvielle G. *et al.* (2004) Smoking, alcohol drinking, occupational exposures and social inequalities in hypopharyngeal and laryngeal cancer, *International Journal of Epidemiology*, 33 (4), 799-806.

¹² Paget-Bailly S. (2012) Facteurs de risques professionnels des cancers des voies aéro-digestives supérieures : synthèse des données épidémiologiques et analyse d'une étude cas-témoins, l'étude Icare, Thèse de doctorat, Université Paris Sud.

¹³ Thébaud-Mony A. (2006) Histoires professionnelles et cancer, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, 18-31.

¹⁴ CRRMP, Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles qui interviennent à la requête des victimes après le rejet de reconnaissance de leurs maladies ne figurant pas sur les tableaux des maladies professionnelles de la Sécurité sociale.

¹⁵ <http://www.has-sante.fr/>

66 %, alors que le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est saisi de 8 à 10.000 demandes chaque année. C'est à dire que la reconnaissance en maladie professionnelle se situe à moins du dixième.

Outre qu'elle ne contribue pas à la visibilité de la santé du monde du travail et ne favorise pas l'amélioration de la prévention, cette situation conduit à dégrader les comptes du régime général de la Sécurité sociale. Les pathologies non reconnues en maladies professionnelles sont prises en charge par la branche maladie. La sous-indemnisation des maladies professionnelles est inéquitable, déséquilibre les comptes de l'assurance maladie au détriment des salariés. La Commission Diricq chiffré ce coût de 222 M€ à 563 M€ (hors indemnités journalières) pour l'ensemble des cancers (dont la très grande majorité induits par l'amiante) pris en charge en 2005 par la branche maladie qui « peuvent être légitimement considérés comme engagés au titre des risques professionnels ».

II. L'HISTOIRE D'UNE VERRERIE POUR COMPRENDRE

L'arrêt du Conseil du roi pris à Marly le 10 mai 1749, portait création de la Verrerie royale de Givors, et accordait privilège pour vingt ans – à Givors et 10 lieues alentour – à Michel Robichon, Maître verrier à Miellin (Hte Saône) et Joseph Esnard, marchand verrier du Bief d'Etoz, commune de Charmavillers (Doubs). La verrerie royale de Givors utilisait, pour la première fois en France, une technique nouvelle pour la fusion, le charbon de pierre, selon l'affirmation de l'Intendant du Lyonnais¹⁶. Dès 1834, la verrerie intensifiait sa production et voyait de nombreux ouvriers travailler à ses fours. Venant du Haut Doubs, Esnard copropriétaire sera enterré à Miellin et quelques années plus tard sa veuve épousera en secondes noces le maître verrier Michel Robichon. Enfin, les fils Robichon partiront fonder une verrerie à Givors accompagnés par leur beau-frère également verrier : Neuvesel. C'est en 1864 que naît, à Givors dans le quartier de la Freydière, une dynastie de maîtres verriers : Neuvesel, Souchon, Frachon, Riboud. Dès 1878, l'installation du four à gaz Siemens permet de réduire les coûts de consommation d'énergie de 30 %. Mais aussi la transformation de l'organisation du travail en initialisant le travail en équipes alternées (les 3 fois 8 heures) qui voient les ouvriers se remplacer successivement dans la journée aux mêmes postes de travail. Dans la période 1907-1914, avec l'introduction des machines Boucher, la production d'un même article s'organise en continu. Les pre-

mières machines automatiques – issues du procédé Libbey Owens – font leur apparition en 1921-1922, conduisant aux accords d'assistance technique avec Owens-Illinois (USA), pour la période 1940-1965. Plusieurs mutations financières dans l'actionnariat conduisent à la naissance de BSN (Boussois-Souchon-Neuvesel), réalisant en 1966 l'alliance du verre creux (pots et bouteilles, aussi appelé verre d'emballage ou mécanique) et du verre plat (vitres). La fusion de trois usines – Reims, Rive-de-Gier et Givors – donne naissance à la société VMC (Verrerie Mécanique Champenoise), filiale du groupe BSN, en 1986. Le groupe BSN change d'appellation et devient le Groupe Danone en 1994. Ensuite, par un montage financier dans le cadre d'un LBO (Leverage Buy-Out : acquisition par endettement), le groupe Danone – s'étant déjà délesté en 1984 du verre plat – amorce son désengagement de la production du verre d'emballage. Il cède en 1999 la majorité du capital à une nouvelle société – BSN-Glasspack – basée au Luxembourg, contrôlée par un fonds d'investissements anglo-saxon, CVC Capital Partners. Celui-ci cédera rapidement l'ensemble de l'activité verrière du groupe Danone à O.I.-Manufacturing, filiale du groupe verrier nord-américain Owens-Illinois, déjà connu dans la maison.

Un long conflit avec les salariés verriers de Givors – qui refusent la liquidation de leur entreprise et de leurs emplois pour la recherche du profit financier maximal dans l'opération boursière – s'engage dès lors et s'achèvera par le reclassement de tous les salariés, en janvier 2003 où le dernier four (n° 8) sera « coulé ». Cependant, les syndicats auront obtenu, dans le cadre du plan « social », la cession à l'euro symbolique d'un appartement, dans l'ensemble immobilier du groupe, pour assurer le maintien du contrat collectif de la Mutuelle dont ils bénéficiaient pendant leur activité. Cette permanence de l'organisation ouvrière, sous une forme associative, permettra l'étude des causes des maladies qui emportent prématurément les verriers. Sans anticiper, les conditions furent ainsi créées pour qu'un combat s'organise, six ans plus tard, pour la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies développées chez les anciens verriers. Ce rapide historique permet de brosser le contexte de l'action présente des verriers de Givors.

L'attention des ouvriers verriers sur les risques du métier pour leur santé est quasiment aussi ancienne que le métier à Givors. Les enfants ne sont pas épargnés. Dans la période 1872-1886, les verreries de Givors privilégient la main d'œuvre enfantine en raison des faibles rémunérations, de la mécanisation et de la flexibilité selon les fluctuations économiques des débouchés du marché. La main-d'œuvre des enfants peut représenter 30% à 50% de l'effectif total des ouvriers au sein de l'entreprise. Bien antérieurement et précédant la mécanisation, les sources pour l'étude du travail des enfants sont importantes tout au long

¹⁶ Archives départementales du Rhône, cote C13 pièce 33.

de la période – 1841 (date de la première loi du droit du travail des enfants) – 1900 – période de profonds bouleversements techniques¹⁷. A Givors, dès 9 ans on travaille à la verrerie, et le nombre de jours d'absence à l'école est important, le travail à l'usine passant avant l'enseignement. L'examen de la situation au regard de l'application de la loi du 22 mars 1841¹⁸ montre assez que la réglementation n'est pas respectée. Le 10 décembre 1843, Camille Dugas, maître-verrier, maire de Givors, en 1843 chargé de la circonscription répond au préfet : « Le travail des enfants est nécessaire. Ces enfants sont âgés de douze ans environ, ils travaillent dix heures environ, soit de jour, soit de nuit... Du reste dans aucune de ces usines, les travaux affectés aux enfants ne sont pénibles ». Le 14 mai 1867, son successeur au fauteuil de maire répond à un questionnaire d'enquête envoyé par le préfet qui nous révèle l'étendue de l'exploitation juvénile. 270 enfants sont employés dans l'industrie : 14 dans les agglomérations de houille, 4 dans les ateliers d'ajustage, 20 dans les fonderies de 2^e fusion, 19 dans les forges, 36 dans les moulineries et 177 dans les verreries. Il existe alors 12 verreries à Givors qui emploient 2 enfants de 8 à 10 ans, 63 de 10 à 12 ans et 112 de 12 à 16 ans. Le maire note – vingt-six ans après la promulgation de la loi – que son « exécution laisse beaucoup à désirer dans les manufactures de Givors ». Évoquant les enfants au travail, il précise : « condamnés à un travail de douze heures devant un four tellement ardent qu'il leur brûle la face, qui est constamment rouge et crevassée... » On observera que le maire de 1843 est aussi en charge des intérêts des actionnaires de la verrerie ; aujourd'hui cette situation serait qualifiée de « conflit d'intérêts ». En matière de sécurité – et de maladies d'origine professionnelle – la responsabilité patronale sera engagée par un arrêt du tribunal de Montbrison (Loire) le 21 février 1903, à propos de la syphilis qui se propage parmi les souffleurs qui se passent les cannes de bouche en bouche sans avoir subi la plus élémentaire désinfection. Poussière, fibres de verre, chaleur, saturnisme, oxyde de plomb, étain, zinc sont déjà pointés dans les affections pulmonaires provoquées par les poussières (pneumoconioses)¹⁹.

¹⁷ *Le travail des enfants dans le Rhône à la fin du XIX^e siècle : l'exemple givordin 1872-1886*, mémoire de DEA présenté par Christine Anthonioz-Blanc, année universitaire 2003-2004, Archives départementales du Rhône.

¹⁸ Loi du 22 mars 1841, *Relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines et ateliers*. Article 2 : « les enfants devront, pour être admis, avoir au moins huit ans. De huit à douze ans, ils ne pourront être employés au travail effectif plus de huit heures sur vingt quatre, divisées par des repos. Ce travail ne pourra avoir lieu que de cinq heures du matin à neuf heures du soir ».

¹⁹ Léon et Maurice Bonneff, *Les métiers qui tuent, enquête auprès des syndicats ouvriers sur les maladies professionnelles*. Bibliographie sociale, Paris, 1900, réédition 1930, p. 91-93. Consultable en ligne sur le site de la BNF, Gallica <http://gallica.bnf.fr/>

II.1. Les verriers de Givors marqués par la maladie

Sur 104 décès de verriers, dont leur association connaît l'âge de décès, 35 % disparaissent avant 66 ans et 74 % avant 79 ans, durée moyenne de vie des hommes en France²⁰. Cette inégalité devant la mort ne doit-elle pas être combattue courageusement ? Mais cette action n'est pas simple à mener, d'autant que la recherche sur une longue période des données liées à l'exposition est compliquée par la modification constante au cours d'une longue carrière de 25, 30, 35 ans, voire plus dans la même usine des procédés de fabrication. Ils évoluent sans cesse, avec l'introduction constante de nouveaux produits chimiques réagissant diversement aux mélanges²¹ et à la chaleur d'application (le verre commence sa transformation à 1550° pour recevoir son dernier traitement de surface vers 200°). Durant cette carrière, les ouvriers changent aussi de postes, normalement les affectations évoluant, mais aussi exceptionnellement car nous sommes dans une industrie à feu continu où les incidents ne manquent pas, pour lesquels les hommes sont appelés à parer au plus pressé : surproduction du four, variation de température de la matière en fusion, blocage de chaînes, incendies, coulée de four, démolition, reconstruction, nettoyages, remplacements d'outils, polyvalence, etc. Ces salariés, pour l'essentiel travaillent en horaires décalés (5 équipes de 8 heures), jours et nuits, dimanches et fêtes inclus. Ce seul rythme de travail étant déjà considéré « probablement cancérigène »²². Difficulté supplémentaire, le temps de latence de ces maladies, qui peuvent se déclarer dix, vingt, trente ans après, voire davantage^{22bis}.

²⁰ *Contribution à la reconnaissance des maladies professionnelles des verriers exposés aux produits toxiques : silice, amiante et CMR (Cancérigène, Mutagène et toxique pour la Reproduction)*, Colloque des anciens verriers de Givors, tenu à Grigny (Rhône) en octobre 2012. Consultable en ligne sur : www.verriers-givors.com

²¹ Lors de la réunion du Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail de la verrerie de Givors (CHSCT) du 17 mars 1998 à la verrerie de Givors, le médecin du travail pose le problème des mélanges de produits : « la difficulté d'utiliser des produits chimiques augmente lorsqu'il s'agit des mélanges car il n'existe pas de fiche de sécurité concernant le produit obtenu, or, ses propriétés et ses risques peuvent être différents de ceux de chacun de ses constituants ». L'inspecteur du travail interroge : « Est-ce qu'il y en a en atelier qui sont transvasés ? » les délégués du CHSCT répondent affirmativement. - En 1982, sept ordonnances sont adoptées suite aux célèbres « lois Auroux » : développement des Institutions Représentatives du Personnel (IRP), création des CHSCT, les 39 heures, la retraite à 60 ans. Les CHSCT (Comités d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail) sont rendus obligatoires dans les entreprises de plus de 50 salariés. Cette instance réunit l'employeur et des délégués du personnel. Y sont discutées toutes les questions relatives à la santé des salariés, à la sécurité, et aux conditions de travail, dont la recherche de solution concernant l'environnement physique de travail (poussières, substances, etc). Le médecin du travail assiste à ses réunions avec une voix consultative.

²² En 2010, le Centre International de recherche sur le cancer (CIRC/IARC) a considéré le travail de nuit et en horaires décalés entraînant des troubles du rythme circadien et classé « probablement cancérigène ». Consultable en ligne sur <http://monographs.iarc.fr/FR/Classification/>

^{22bis} Philippe Davezies, Les atteintes à la santé par le travail, in *Les risques du travail*, A. Thébaud-Mony, Ph. Davezies, L. Vogel et S. Volkoff, La Découverte, Paris, avril 2015.

II.2. Des matériaux et conditions de travail sources d'atteintes à la santé

Les matériaux entrant dans la composition du verre d'emballage (bouteilles et pots) sont : la silice ; l'oxyde de sodium ; l'oxyde de calcium, magnésium, aluminium ; des décolorants (cobalt, sélénium) ; des colorants (oxyde de fer, chrome, manganèse, cobalt) ; des oxydants et réducteurs (sulfates, charbon, soufre). Les traitements à chaud sont des oxydes de titane ou d'étain déposés sur le verre à partir de tétrachlorure de titane et d'étain. Les traitements à froid sont des acides gras ou des émulsions de polyéthylène et de polyoxyéthylène appliqués par pulvérisation à l'aide d'un pistolet qui circule entre rangées sur ou sous le tapis d'arche. La fabrication expose aussi aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) ; brais de houille et suies de combustion du charbon ; arsenic ; chromates ; amines aromatiques²³. Le tout combiné avec des mélanges de matériaux, dont on ignore les risques cumulés, et soumis à des températures élevées (1550° à 200°), et dont le médecin du travail souligne la « *multi-expositions à différents produits CMR*²⁴ ». Le travail en équipes alternées met de surcroît les organismes humains à rudes épreuves. Horaires postés, travail de nuit, tôt le matin, tard le soir, horaires longs²⁵, coupés, horaires imprévisibles, travail du dimanche, etc., l'ensemble de ces horaires de travail, qualifiés aujourd'hui, à tort, « d'atypiques », déboussole l'alternance veille/sommeil des travailleurs, ébranle leurs rythmes biologiques²⁶. Les rythmes de travail sont classés agent probablement cancérigène pour l'homme (dans la catégorie 2A) par le Centre international de recherche pour le cancer / International Agency for Research on Cancer (CIRC/IARC).

II.3. La Carsat²⁷ Rhône-Alpes confirme les risques chimiques

Dans une étude réalisée en 2013 sur quatre verreries d'emballages de la région, semblables à celle de Givors et comptant ensemble un millier de salariés, la CAR-

SAT-Rhône-Alpes constate que le « *risque chimique* » y est très présent et préconise des mesures de protection pour les salariés²⁸. Cette étude générale fut complétée par un document adapté à chacune des entreprises observées, accompagné de préconisations de mesures de prévention aux postes problématiques observés. Cette étude demandée par l'association des anciens verriers de Givors à la Direction des risques professionnelles de la CARSAT lors d'une réunion, fut décidée après validation unanime du Comité technique régional (CTR), organisme paritaire de la CARSAT. Mais elle ne fut pas la première recherche en ce domaine.

Le CHSCT de la verrerie de Veauche (Loire) avait préalablement demandé à la direction de faire analyser les fumées sur les chaînes de fabrication. Deux études²⁹ révélèrent que les deux tiers des postes de travail étaient exposés à des taux d'exposition aux HAP supérieurs aux normes « admissibles » (0,5 mg/m³). Le CHSCT de la verrerie de Puy-Guillaume (Puy-de-Dôme), inquiet de cette situation, demanda également une étude semblable³⁰. Sur ces trois études toxicologiques le même constat se révéla : la majorité des postes de travail sur la chaîne de fabrication en « partie chaude » étaient hors normes. Notons en plus que ces études se sont bornées à observer la production en « cycle stabilisé », sur seulement une période de la journée de travail (environ quatre heures). Ont été exclues les périodes de démarrage et d'arrêt du cycle, les incidents, les changements de fabrications, notamment. Autant dire que pendant ces périodes écartées des études les expositions toxiques sont bien supérieures à une période dite « stabilisée ». Pourtant, les hommes sont encore opérationnels pendant ces périodes, car ce sont eux qui arrêtent, puis relancent la production après installation de nouveaux moules ou réparation des incidents.

Les études toxicologiques ci-dessus se basent sur une « valeur limite d'exposition » (VLE) de 0,5 µg/m³ (nous avons vu aussi dans quelles conditions limites d'analyse) mais il faut bien avoir à l'esprit que ces « valeurs limites » sont limitées dans le temps et contraintes par les rapports de forces agissant dans le

²³ Attestations délivrées par le service interentreprises de santé-travail (AGEMETRA) de Givors, prenant en charge le suivi médical des verriers, le 23 oct. 2009.

²⁴ CMR : Cancérogènes, Mutagènes, toxiques à la Reproduction.

²⁵ Le travail posté est un mode d'organisation temporelle du travail dans lequel plusieurs équipes se succèdent sur les mêmes postes de travail, à des heures différentes pour assurer la continuité d'un bien ou d'un service (selon la directive européenne 93/104/CE, complétée par la directive européenne 2003/88/CE).

²⁶ Béatrice Barthe, *La déstabilisation des horaires de travail*, in *Les risques du travail* (op. cit., pages 223-232).

²⁷ CARSAT, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, succédant aux CRAM (Caisse régionale d'assurance maladie).

²⁸ *Évaluation de l'exposition aux produits chimiques du personnel en verreries de verre creux de la région Rhône-Alpes*, 8 novembre 2013, pour les verreries de Veauche (42), Saint-Romain-le-Puy (42), Lagnieu (01) et La Bégude (07). Filiales de deux grands groupes verriers Saint-Gobain et O.I.-Manufacturing.

²⁹ *Étude du risque lié à l'exposition aux aérosols de fluides d'usinage*, étude réalisée par Sud Loire Santé au Travail (SLST), Carole Duplaine, Pharmacien-Toxicologue, 13 janvier 2010. Puis, certaines machines étant vraiment très au-delà des normes une nouvelle étude fut présentée le 2 mars 2011, mais ne convaincant pas davantage.

³⁰ *Étude sur l'exposition aux brouillards d'huile sur les lignes de fabrication en partie chaude*. O.I. Manufacturing (Puy-Guillaume), réalisée par l'AIST, Cellule Toxicologique/Hygiène/Sécurité/Environnement, Dr Chassagne Pierre, médecin du travail, référent en toxicologie ; Viala Curiane, Hygiéniste du travail ; Blanchet Didier, intervenant en prévention des risques professionnels, novembre 2011 / janvier 2012.

contexte des organismes les fixant. La preuve, elles sont évolutives comme le montre le cas de l'amiante : la Fondation pour l'hygiène industrielle (IHF)³¹, créée en 1938, fixe la VLE à 170 fibres d'amiante ou particules de silice par cm³ ; début des années 1970 l'AIA (Asbestos Information association) propose une VLE qui s'imposera à 5 fibres par cm³ ; en 1977, 2 fibres par cm³ ; 1987, 1 fibre par cm³ ; 1992, 0,60 fibre par cm³ ; février 1996, 0,3 fibres par cm³ ; en octobre 2014, l'ANSES³² recommande un seuil maximale abaissé à 0,50 fibres/litre. Pour Rachel Carson, l'action simultanée de plusieurs cancérogènes tend à renforcer mutuellement leurs effets, en conséquence « Dans ce kaléidoscope de réactions et d'interactions, la seule dose « inoffensive » de carcinogène est la dose zéro³³ ».

II.4. L'enquête santé de l'association des anciens verriers

La verrerie de Givors étant fermée depuis janvier 2003, l'association des anciens verriers lança en 2009 une enquête sommaire de santé auprès de ses adhérents, devant le nombre inquiétant de malades et décès dans ses rangs. Les données de l'analyse réalisée furent communiquées lors d'une réunion initiée par le maire de Givors le 19 octobre 2009, à laquelle participaient, outre les représentants du maire et de l'association, des représentants de la DRTEFP³⁴ ; la CIRE³⁵ ; le SLST³⁶ ; l'AGEMETRA³⁷. A partir de 209 réponses aux 645 questionnaires envoyés ; soit près du tiers de réponses, on observait 127 cas de malades ou décédés, soit plus de 50 %. Ce sont 210 pathologies qui sont observées (un même individu pouvant en développer plusieurs). Parmi ces pathologies, on relève 93 cancers, 82 autres pathologies déterminées, 10 autres non déterminées, 11 morts subites et 10 décès dont les causes n'étaient pas précisées. Les cancers touchaient les poumons, la prostate, les intestins, le cerveau, l'appareil digestif, le foie, les glandes, l'appareil ORL, les reins, le sang, la vessie, le foie, les os ; les problèmes cardiaques apparaissaient en grand

nombre ; un nombre impressionnant de morts subites, etc.³⁸. Évidemment l'étude était contestée, et sans doute contestable, mais la CIRE déclinait la possibilité de faire une étude épidémiologique : « *il en existe plein les tiroirs* » et cela « *coûterait 300.000 euros* ». Vérification faite auprès de l'Observatoire régional de la santé, il n'en existe aucune concernant les verriers. Il n'en reste pas moins inquiétant que – comparée à l'enquête ESTEV³⁹ initiée en 1990 par 400 médecins volontaires à l'occasion des visites annuelles en médecine du travail de 21.378 salariés des deux sexes et de quatre tranches d'âges (nés en 1938, 1943, 1948 et 1953), tirés au sort pour l'enquête, issus de sept régions – le taux de cancers relevé à Givors serait dix fois supérieur. Ceci en supposant que tous ceux qui n'ont pas répondu à l'enquête étaient en bonne santé, ce qui hélas est loin d'être prouvé !

III. LES DIVERSES CLASSIFICATIONS DES CANCÉROGÈNES

Afin de mieux éclairer la démarche des verriers et surtout la positionner vis-à-vis des connaissances validées sur les risques cancérogènes par les instances scientifiques, il nous paraît utile de rappeler les classifications des risques connues.

III.1. La classification du Centre international de recherche sur le cancer CIRC/IARC⁴⁰ comporte cinq catégories :

- groupe 1 : cancérogène pour l'homme ;
- groupe 2A : probablement cancérogène pour l'homme ;
- groupe 2B : cancérogène possible pour l'homme ;
- groupe 3 : ne peut être classé du point de vue de sa cancérogénicité pour l'homme ;
- groupe 4 : probablement non cancérogène pour l'homme.

Le CIRC/IARC reconnaît plusieurs centaines de substances et agents toxiques comme étant cancérogènes avérés pour l'homme, mais les tableaux de maladies professionnelles de la Sécurité sociale française, sur

³¹ Annie Thébaud-Mony, *La Science asservie*, Ed. La Découverte, novembre 2014.

³² Agence nationale de sécurité sanitaire, octobre 2014.

³³ *Printemps silencieux*, Rachel Carson, ex-fonctionnaire du Bureau américain des pêches, Wildproject, Paris, 2009.

³⁴ Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP), aujourd'hui remplacée par la DIRECCTE, Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

³⁵ Cellule Interrégionale d'Études Épidémiologiques.

³⁶ Service de Santé au Travail.

³⁷ Service de médecine du travail interentreprises chargé de la surveillance médicale des salariés, verrerie de Givors.

³⁸ *Actes du Colloque*, organisé par l'association des anciens verriers, à Grigny (Rhône) en octobre 2012, téléchargeables sur www.verriers-givors.com

³⁹ ESTEV, Enquête Santé, Travail et Vieillesse, est une enquête épidémiologique longitudinale en milieu professionnel se déroulant dans sept régions de France. Derriennic, Touranchet, Volkoff, 1996, www.ined.fr

⁴⁰ Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC/IARC), dépend de l'Organisation Mondiale de la Santé. Consultable en ligne sur <http://www.cancer-environnement.fr/226-Classification-du-CIRC.ce.aspx>

lesquels figure la maladie « cancer », n'en fait apparaître que vingt-deux.

III.2. La classification de l'Union européenne pour les substances cancérogènes⁴¹

Catégorie 1A : Substances que l'on sait être cancérogènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition de l'homme à de telles substances et l'apparition d'un cancer.

Catégorie 1B : Substances devant être assimilées à des substances cancérogènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances peut provoquer un cancer. Cette présomption est généralement fondée sur des études appropriées à long terme sur l'animal et/ou d'autres informations appropriées.

Catégorie 2 : Substances préoccupantes pour l'homme en raison d'effets cancérogènes possibles, mais pour lesquelles les informations disponibles ne permettent pas une évaluation satisfaisante. Il existe des informations issues d'études adéquates sur les animaux, mais elles sont insuffisantes pour classer la substance dans la deuxième catégorie.

Si, dans l'ensemble, les classements du CIRC/IARC et de l'UE se recoupent, ils ne sont pas identiques. La classification qui a valeur réglementaire est celle de l'Union Européenne, qui ne porte que sur les substances chimiques CMR : C1, cancérogène avéré ; C2, cancérogène probable ; C3, cancérogène possible. La réglementation ACD (agents chimiques dangereux) est applicable⁴².

III.3. Les probabilités des Fiches d'Aide au Repérage⁴³ (FAR)

Ces fiches recensent, par profession, les principaux types de postes, de tâches, et de sources d'émissions exposant potentiellement à des agents cancérogènes, « sans prétendre à l'exhaustivité ». Quatre probabilités de présence de cancérogènes sont décrites :

- certaine,
- très probable,

⁴¹ *Prévenir les cancers professionnels, une priorité pour la santé au travail*, Marie-Anne Mègeot, Tony Musu et Laurent Vogel, European Trade Union Institut, 2014, consultable en ligne sur www.etui.org/fr

⁴² *Agir pour la prévention des cancers professionnels*, guide téléchargeable sur www.secafi.com

⁴³ Fiches d'aide au repérage (FAR 5) établies pour la fabrication du verre plat ou technique, le 2 avril 2015, par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et un groupe d'ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité des Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat), Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), www.inrs.fr

- possible,
- exceptionnelle.

III.4. Les tableaux de maladies professionnelles de la Sécurité sociale désignant des cancers et des travaux en verrerie⁴⁴

Six tableaux de maladies professionnelles du régime général (RG) de la Sécurité sociale concernent des travaux réalisés en verrerie⁴⁵. Parmi eux, deux incluent des affections cancéreuses dues à une exposition à un agent chimique :

Le tableau RG20 : Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux. Ce tableau désigne les affections cancéreuses suivantes : dyskératose lenticulaire en disque (maladie de Bowen), épithélioma cutané primitif, angiocarcinome du foie, pour, entre autres, les travaux suivants : « Emploi de composés minéraux arsenicaux dans le travail du cuir, en verrerie, en électronique », avec un délai de prise en charge de 40 ans.

Le tableau RG25 : Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice cristalline (quartz, cristobalite, tridymite), des silicates cristallins (kaolin, talc), du graphite ou de la houille. Ce tableau désigne les silicoses aiguë et chronique, et leurs complications telles que le cancer broncho-pulmonaire primitif, pour, entre autres, la fabrication du verre, avec un délai de prise en charge de 35 ans.

Les quatre autres tableaux de maladies professionnelles (n°39, 42, 71 et 71bis) incluant des travaux de verrerie désignent des affections non cancéreuses (respectivement syndrome parkinsonien, hypoacousie, cataracte, ptérygion).

D'autres tableaux de maladies professionnelles désignent des affections cancéreuses provoquées par des substances présentes en verrerie, mais n'incluent pas les travaux de verrerie dans la liste des travaux pouvant provoquer ces affections. Ils concernent l'amiante (RG30 et RG30 bis), les HAP (RG16 et 36bis), l'arsenic (RG20bis), le chrome (RG10ter), le cobalt (RG70ter), et le nickel (RG37ter).

D'après les chiffres de la CNAMTS, au niveau national, de 2009 à 2012, dans le secteur de la fabrication, du façonnage et de la transformation du verre creux⁴⁶ :

- 1 cancer professionnel a été indemnisé au titre du tableau n°20 (arsenic)

⁴⁴ INRS. Tableaux des maladies professionnelles [Internet]. Disponible sur: <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?>

⁴⁵ Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. Diagnostic local de santé de Givors, chapitre sur les anciens verriers de Givors. En cours de publication, <http://www.ors-rhone-alpes.org/>

⁴⁶ CNAMTS. Sinistralité AT-MP. Risque 261ED. Maladies professionnelles [Internet]. [cité 14 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/sinistralite-atmp.html>

- 4 maladies professionnelles ont été indemnisées au titre du tableau n°25 (silice)
- 20 cancers broncho-pulmonaires ont été indemnisés au titre du tableau n°30bis (amiante)
- 3 affections ont été indemnisées au titre de l'alinéa 4, c'est-à-dire des affections non listées dans un des tableaux de maladies professionnelles.

A ce jour, cinq cas d'anciens verriers de Givors ayant développé des cancers ont obtenu la reconnaissance de ceux-ci en maladie professionnelle :

- Trois cas de cancer du broncho-pulmonaires reconnus au titre du tableau de maladie professionnelle n°30bis : cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante (mars 2008, janvier 2011 et septembre 2011) ;
- Un cas d'épithélioma cutané reconnu au titre du tableau de maladie professionnelle n°20 : affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux (août 2013) ;
- Un cas de cancer du plancher buccal et du pharynx reconnus en avril et novembre 2014, sur décisions du tribunal des affaires de sécurité sociale de Lyon (TASS).

On remarquera que les reconnaissances à Givors se situent dans un contexte national de faible reconnaissance en maladie professionnelle des verriers. Et pour un cas sur cinq, il faut passer par la justice pour obtenir satisfaction.

IV. IDENTIFICATION DES RISQUES TOXIQUES A LA VERRERIE DE GIVORS DITE VMC - GIVORS

IV.1. Les produits cancérogènes sur les chaînes de fabrication du verre creux

Sur les chaînes de fabrication de verre d'emballage (bouteilles et pots), les produits cancérogènes sont très présents dans le processus de production. Le médecin du travail de l'entreprise les énumère dans les attestations indiquées plus avant. Mais il est nécessaire pour la compréhension des risques de les examiner de plus près. C'est ce que fit l'association à partir de cinquante-quatre fiches de données de sécurité (FDS) des produits utilisés. Ces fiches furent communiquées à la Direction des risques professionnels de la Carsat-Rhône-Alpes, lors d'une réunion de travail, en mars 2012. L'examen porte plus précisément sur l'usage de ces produits à chacun des postes de travail afin d'être plus proche des risques individuels, dans les conditions de la production. Une carte des risques par poste fut établie avec une reconstitution de la chaîne de fabrication⁴⁷ et des produits utilisés à chacun des

postes⁴⁸. Il suffit d'affecter à chacun de ces produits les classements de risques cancérogènes reconnus par la Sécurité sociale pour ses tableaux de reconnaissance en maladies professionnelles ; ceux du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC/IARC) ; ceux des fiches d'aide au repérage (FAR 5) de risques établies pour la fabrication du verre plat ou technique, par la CNAMTS et l'INRS et enfin ceux identifiés par les directives européennes sur la sécurité au travail pour mesurer le niveau du cocktail cancérogène auquel sont exposés les verriers dans le secteur du verre d'emballage.

IV.2. Un schéma de fabrication et d'exposition des hommes, pour comprendre

Le schéma de fabrication du verre d'emballage que l'on peut trouver sur différents sites internet, ainsi que sur ceux des diverses filiales d'O.I.-Manufacturing se limite à informer sur le circuit du verre dans ses différents états physiques. Le schéma des verriers de Givors est davantage destiné à observer les conditions de travail et d'exposition des hommes à leurs postes de travail, destiné à comprendre les causes et l'origine de leurs maladies.

C'est ainsi que l'on parcourt depuis la composition (silice, soude, chaux, alumine, sodium, etc., avec le chauffage à haute température au moyen de l'électricité ou du fuel lourd, avec les « protections » amiantées), jusqu'au dernier traitement de surface pour la finition du produit, en partie dite « froide », à 150-200° tout de même, avec des produits toxiques (AP5, Duracote, Polyglass, etc.). Ce schéma intègre également les « métiers transversaux », la maintenance et le groisil (parmi les postes les plus exposés aux produits toxiques avec la manipulation de résidus de combustion et de mélanges soumis à hautes températures broyés et pulvérisés). Tous éléments ne figurant sur aucun schéma classique de production du verre.

Nous conseillons au lecteur d'avoir sous les yeux ce schéma, pour comprendre. Car, ci-dessous l'objet est plus complexe, il vise à faire apparaître, pour chacun des postes et produits (soulignés) utilisés en fabrication, les risques pathogènes identifiés et classés par les différents organismes (CIRC/IARC ; FAR 5 ; Union Européenne (UE), Sécurité sociale dans ses tableaux de maladies professionnelles). Nous ne donnons pas forcément la signification de chaque appellation de produit utilisé, car elles peuvent n'être significatives que pour le fabricant ou son revendeur, n'être qu'une marque commerciale. Nous nous sommes limités à reprendre l'identifiant connu à la verrerie de Givors pour chacun des produits, avec leurs spécifications reprises dans les fiches de données de sécurité (FDS),

⁴⁷ Laurent Gonon, *Recherche des causes de maladies professionnelles des anciens verriers de Givors (69)*, téléchargeable sur le site www.verriers-givors.com

⁴⁸ Schéma de fabrication établi le 3 mai 2012, consultable en ligne sur www.verriers-givors.com

en pensant que le produit est ainsi suffisamment identifiable pour qui veut poursuivre la recherche.

IV.3. Postes de travail, produits toxiques et risques classés

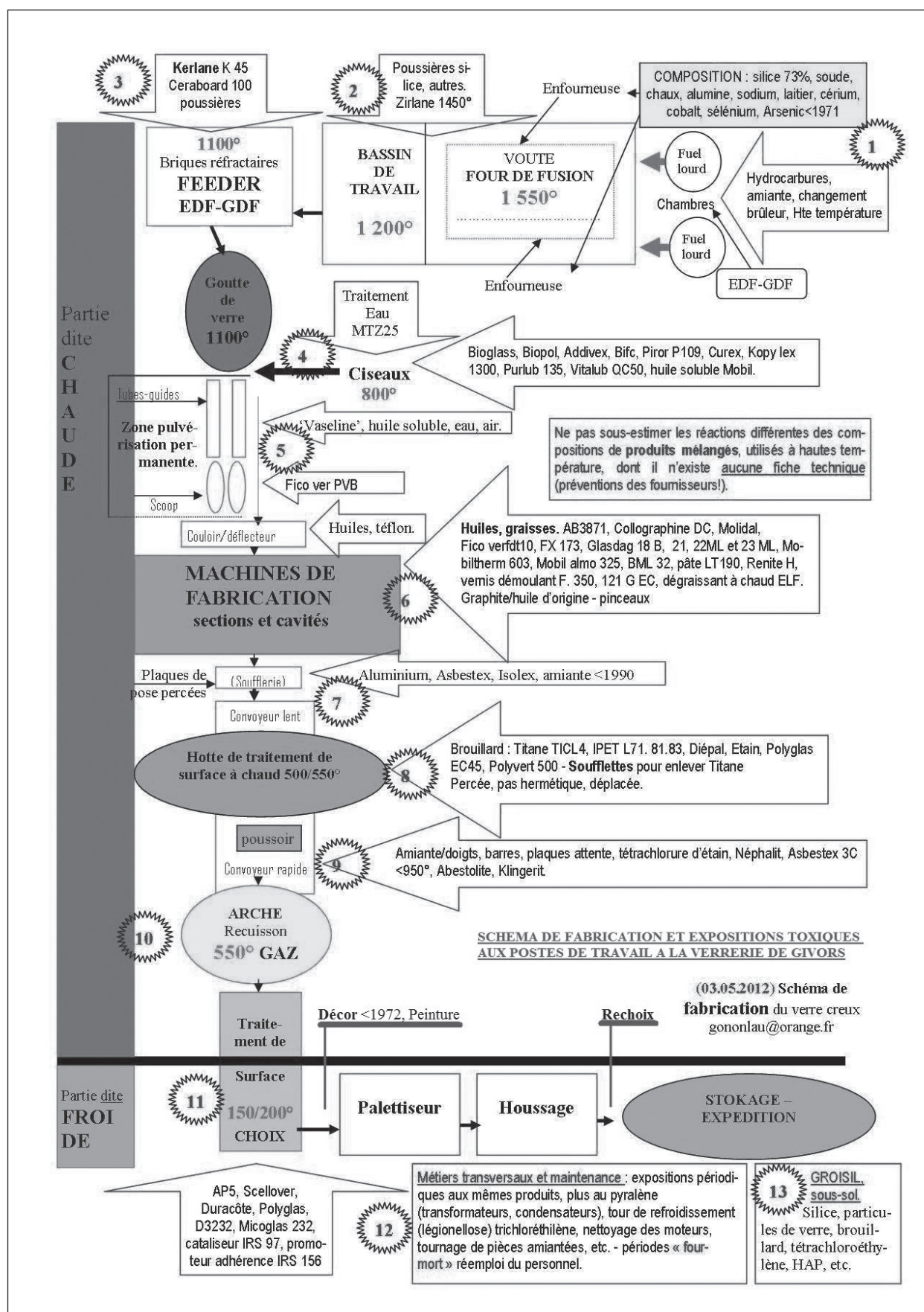
La fabrication du verre d'emballage s'effectue suivant un processus intégré et continu qui permet, à l'intérieur d'une même usine, d'obtenir directement le produit fini à partir de matières premières. Situation très différente des emballages en métal, matières plastiques ou carton, où les matériaux d'origine sont d'abord produits sous forme de lingots, granulés, poudres ou feuilles dans une ou plusieurs usines et transformés ensuite dans d'autres ateliers⁴⁹. Dans le descriptif ci-dessous, nous indiquons les produits connus en fabrication, mais nous ne connaissons que partiellement, pour quelques-uns, les classements officiels de leur toxicité. Tous les produits identifiés ci-dessous sont utilisés à la verrerie de Givors, aussi appelée VMC ou BSN selon les restructurations industrielles ou recombinaison du capital intervenant au cours cette période. **Le processus de fabrication du verre d'emballage (pots et bouteilles).** La production du verre en continu est réalisée par les équipes d'hommes et femmes qui se relaient 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Depuis la composition jusqu'au stockage et à l'expédition, sans omettre les métiers transversaux et la maintenance. **A la composition** (1) s'opère la préparation, le mélange des matières premières entrant dans la composition vitrifiable du verre à commencer par le sable, la soude, la chaux, etc. avant d'être introduites dans le four de fusion chauffé à 1550°C, avec du fuel lourd comme combustible. Ce verre en fusion coule ensuite dans le **bassin de travail** (2) à 1200°C où s'effectue le conditionnement chimique du verre, avant que le **Feeder** (3) ne distribue le verre en fusion aux machines par l'action des **ciseaux** (4) réalisant la goutte (ou paraison dont la grosseur varie selon le volume du produit à réaliser [petit pot ou bouteille]) au travers des **tubes-guides** (5). La haute température des opérations (800°C à cet instant) nécessite une pulvérisation permanente d'eau de refroidissement des équipements, l'eau contient une solution de produits assainissants afin d'éviter les moisissures. Nous entrons alors dans le secteur proprement appelé la **fabrication** (6) qui comporte 6, 8, 10 ou 12 sections individuelles, constituant autant de lignes de production. Le processus de fabrication comprend toujours deux étapes : tout d'abord une préformation du produit à réaliser, avec l'usage d'un moule ébaucheur, puis le gonflage de cette ébauche du produit dans un moule finisseur pour obtenir le produit définitif. Ces produits sont ensuite **convoyés** (7) sur des plaques de poses perfo-

rées, permettant l'action d'une soufflerie, et défilant sans fin jusqu'à la hotte de **traitement de surface** (8). Ce **traitement à chaud** (500 à 550°) permet d'améliorer les propriétés mécaniques du verre, déjà soumis à rudes épreuves (rayures et abrasions). Les articles fabriqués poursuivent leur voyage sur le **convoyeur** (9) où ils sont constamment mis en ordre, sous l'effet d'un poussoir, jusqu'à l'**arche de recuisson** (10). La recuisson du verre à 550°, au gaz naturel, permet d'augmenter sa dureté et sa résistance aux frottements et rayures. Ensuite, les bouteilles et pots passent sous une **arche de traitement de surface** (11) afin d'améliorer la dureté de la surface du verre et prévenir sa détérioration. Les produits entrent alors dans ce qu'on appelle le secteur « froid », même si ce dernier traitement de surface est encore à 150-200°, ou secteur du « choix ». À cet endroit interviennent les « choisisseurs » ou « picoreurs » intervenant – depuis l'arche de recuisson (10) jusqu'à l'entrée en stock – par prélèvements sur la chaîne des produits finis afin d'en contrôler la qualité ultime et éliminer les produits défectueux. Ce service compte en outre les régulateurs de machines, les palettiseurs et convoyeurs, les gestionnaires de stock et d'expéditions, avec les conducteurs d'engins auto-portés et d'élévateurs, caristes, etc. Les **métiers transversaux et la maintenance** (12) comprennent les électriciens, les régulateurs et réparateurs de moules, moulistes, ajusteurs, tourneurs et tous opérateurs assurant le bon fonctionnement de tout l'appareil de production, jusqu'au **groisil** (13) en sous-sol de la production, sous le plancher des machines assurant la gestion des rebuts et déchets de production ou produits accompagnant le processus (graisses et solvants, notamment). Ces déchets sont mêlés aux verres de recyclages publics, broyés et réintroduits dans le cycle de production par le poste de composition (1). La numérotation de chacun des postes (de 1 à 13) renvoie à leur identification sur le schéma sus-indiqué.

1 – Composition, matières premières, fusion du verre dans un four (1550°). Ici s'opère la préparation et le mélange des matières premières entrant dans la composition vitrifiable du verre : Silice (cancérogène certain FAR 5), (Tableaux de maladies professionnelles (MP) de la Sécurité sociale n° 20, 20 bis, 25)⁵⁰ ; poussière de verre, verre de recyclage broyé, (1b, UE), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 71 bis) ; oxyde de plomb (cancérogène très probable, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 1) ; oxyde de chrome VI (très probablement cancérogène, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 10 ter) ; oxyde de nickel (très probablement cancérogène, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 37, 37 bis) ; oxyde de cobalt (très probablement cancérogène, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 65) ; oxyde

⁴⁹ *L'emballage des denrées alimentaires de grande consommation*, coordonnateurs : G. Bureau et J.L. Multon, Editions Lavoisier, Tec & Doc, 1989.

⁵⁰ Indication du classement dans les tableaux de maladies professionnelles de la Sécurité sociale.



de cobalt, (R-22, R-24, R-37, R-43, R-50, R-53, R-60, UE), (probablement cancérigène, FAR 5), (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 65) ; dioxyde d'arsenic (très probablement cancérigène, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 20) ; oxyde de cadmium (cancérigène possible, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 61 bis) ; chromate de potassium (cancérigène possible, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 67) ; trioxyde d'antimoine (cancérigène possible, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 73) ; chauffage au fuel lourd, (R-10, R-45, R-51, R-53, R-65, R-66, UE)⁵¹, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 4, 4 bis) ; plaques d'amiante (2a, 2b, CIRC/IARC)⁵², (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 30, 30 bis) ; autoporteurs au diesel (groupe 1, CIRC/IARC). Avant l'automatisation, en 1972, le sulfate de barium y était utilisé, les ouvriers travaillant à ce poste voyaient leur salaire majoré de 30 % pour compenser sa dangerosité.

2 – Bassin de travail (1200°) destiné au conditionnement chimique du verre. Zirlane, (2a, 2b, CIRC/IARC) ; Fibres céramiques réfractaires, FCR, (cancérigène certain, FAR 5), (2b, CIRC/IARC), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 25 a) ; Céroboard (2a, 2b, CIRC/IARC) ; fibre en vrac (2a, 2b, CIRC/IARC) ; cordon K 45 (2a, 2b, CIRC/IARC) ; Fibre en vrac K 45 type A (2a, 2b, CIRC/IARC) ; Zirlane nappe (2a, 2b, CIRC/IARC) ; Kerlane k45 (2b, CIRC/IARC), (R-20, R-36, R-37, R-38, R-40, UE).

3 – Feeder (1100°), distribution du verre en fusion aux machines. Kerlane k45 (2b, CIRC/IARC), (R-20, R-36, R-37, R-38, R-40, UE) ; Céroboard 100⁵³ (2a, 2b, CIRC/IARC) ; poussières, briques réfractaires ; Fibres céramiques réfractaires (FCR) (2b, CIRC/IARC), (cancérigène certain FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 25 a) ; silice cristalline (2a, CIRC/IARC), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 22 bis et 25a) ; fibre en vrac (2a, 2b, CIRC/IARC).

⁵¹ Classement des cancérigènes par l'Union européenne : R-45, peut provoquer le cancer ; R-66 nocif, peut provoquer une atteinte des poumons en cas d'ingestion ; R-66 l'exposition répétée peut provoquer dessèchement ou gerçure de la peau. *Prévenir les cancers professionnels, une priorité pour la santé au travail*, Marie-Anne Menges, Tony Musu et Laurent Vogel, European Trade Union Institut, 2014, consultable en ligne sur www.etui.org/fr

⁵² FAR 5, (Fiche d'aide au repérage) fabrication de verre plat ou technique, 2 avril 2015, établie par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) et un groupe d'ingénieurs-conseil, contrôleurs de sécurité et conseillers médicaux de la CRAM (Caisse régionale d'assurance maladie) qui classe les produits selon leur probabilité de présence de cancérigènes : certaine ; très probable ; possible ; exceptionnelle, consultable en ligne sur le site web.inrs.fr

⁵³ Pour utiliser ces produits, indique le médecin du travail lors du CHSCT de VMC-Givors du 1^{er} trimestre 1998, « il faut absolument porter des protections spécifiques : masques, gants, puisque ce sont des produits cancérigènes ».

4 – Ciseaux (800°) destinés à couper la « paraison » (goutte de verre) d'importance suffisante pour le produit à fabriquer, le volume est différent pour produire une bouteille ou un pot de yaourt. La qualité du produit de refroidissement pulvérisé doit être constamment surveillée. Pour éviter sa dégradation, la formation de moisissures et champignons dans le bac d'alimentation un traitement fongicide est incorporé à l'eau. Mais à son tour, à 800°, il se transforme en vapeur et devient pathogène. Traitement de l'eau MTZ25 ; Bioglass ; Biopol⁵⁴ ; Addivex ; Bifc ; Piror P 109 ; Curex ; Kopy lex 1300 ; Purlub 135 ; Vitalub QC50 ; huile soluble mobil ; Bioglass 08, classé XI-irritant les yeux et la peau par l'UE ; extrait de Javel ; toxicité de l'hypochlorite de sodium ; chlore, corrosif pour les yeux et la peau (R-23, R-36, R-37, R-38, R-69 UE) ; MobilAlmo 325 (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 34 et 36). Certains de ces produits sont toxiques, cancérigènes, voire toxique pour la reproduction.

5 – Zone de pulvérisation permanente afin de faciliter l'écoulement de la goutte de verre dans les tubes-guides et couloirs-défecteurs. Vaseline ; huile soluble ; eau ; air ; Ficover PVB ; huile ; Téflon. Produits toxiques à 230°, au-delà de 350° émissions mortelles pour les oiseaux, à 800° nous sommes à des températures dépassant de loin ces niveaux.

6 – Machines de fabrication I.S. (1100°). Comportent des sections individuelles (6, 8, 10, 12) pouvant travailler avec une ou plusieurs paraisons (gouttes de verre), aussi qualifiées de « gob ». Le processus de fabrication comprend toujours deux étapes : la formation d'une ébauche dans le moule ébaucheur, puis le gonflage de cette ébauche dans un moule finisseur pour obtenir l'article définitif. HAP, hydrocarbure aromatiques polycycliques, (2a, 2b CIRC/IARC), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 4, 4 bis, 15 ter) ; huiles ; graisses ; AB 3871 ; Collographine DC ; Molidal ; Fico verfdt 10 ; FX 73 ; Glasdag18B ; Glasdag21 ; Glasdag22ML ; Mobitherm 603 ; MobilAlmo 325 (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 34 et 36) ; BML 32 ; pâte LT 190 ; Renite H ; Vernis démoulant F.350 ; 121 GEC ; dégraissage à chaud ELF ; Graphite/huile d'origine ; Hydrocarbure aromatiques polycycliques (HAP) dont benzo(a)pyrène (cancérigène possible, FAR 5) ; Parafine, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36) ; Glasdag 21ML ; soufre, (C, R-35, UE), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 22), risques dermatoses, peau, irritation des voies respiratoires ; brai de houille, après cuisson de la graisse, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 16 bis et 36 bis) ; Mobil (Xi, R-43, UE) ; Mobil Delvac 1400 (R-53 UE) ; Mobil DT oil AA,

⁵⁴ Le Biopol fut l'objet d'un débat au CHSCT de VMC-Givors, le 17 mars 1998 ; l'eau de javel, produit anodin qu'on utilise dans les ciseaux à 800° se transforme en oxyde, lorsqu'elle est pulvérisée, et devient toxique.

(Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36) ; Mobil DT oil Heavy, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 15 bis et 36) ; Mobil DT oil Light, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 15 bis et 36) ; Mobil DT oil Médium, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 15 bis, 36, 46 bis et 49) ; Mobil gear 630, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36, 49 et 49 bis) ; Mobil GPO 736, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36, 49 et 49 bis) ; Mobil HD 80w90, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36, 49 et 49 bis) ; Mobil Rarus 427, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 15 bis et 36) ; Mobil Therm 603, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36) ; Mobil Vectra Oil extra Heavy, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36) ; Mobilub HD 85w140, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 36, 49 et 49 bis) ; Néfalit 11, (1 et 2b, CIRC/IARC) ; Néfalit 5, (1 et 2b, CIRC/IARC) ; Pâte 1155 B, (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 12) ; trichloréthylène (R-36, R-38, R-45, R-52, R-53, R-67, UE), (1a, 1b, 2, CIRC/IARC), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 9, 13 et 15).

7 – Convoyeur lent destiné au transport des produits en cours de finition, équipé de plaques de poses perforées et d'une soufflerie. Aluminium ; Asbestex⁵⁵ (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 30, 30 bis) ; Isolex, plaques de pose percée, amiante (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 30 et 30 bis)⁵⁶.

8 – Hotte de traitement de surface à chaud (500-550°). Dès la sortie de machine et surtout durant le transport et sur les chaînes de conditionnement la surface des articles en verre est soumise à de nombreux traumatismes (rayures, abrasions, etc.) qui affaiblissent de façon importante les propriétés mécaniques du verre. Pour remédier à ces dégradations, les articles subissent sur la ligne de fabrication divers traitements de surface. Les traitements à chaud couramment appliqués sont des oxydes de titane ou des oxydes d'étain déposés sur le verre à partir de tétrachlorure de titane et d'étain, ou à partir d'organo-titane et d'organo-étain. Ces constituants sont appliqués à l'inté-

rieur d'une hotte dans laquelle circulent les vapeurs des produits réactifs. Ces hottes ne sont pas hermétiques et, quotidiennement, les conducteurs de machines doivent les soulever pendant les changements de fabrication pour nettoyer les divers organes de pulvérisation, dégraisser les buses et les souffler à grand air, à la soufflette, polluant largement l'atmosphère alentour. Les vernis sont souvent constitués à partir de mélanges de produits, pour lesquels on ne connaît pas le degré de toxicité. Brouillard⁵⁷ : Titane TICAL4 (C-corrosif, UE) ; IPET L71.81.83 ; Diépal ; Etain ; Polyglass EC45 ; Polyglass CT 51 (R-22, R-36, R-38, UE) ; Polyglass EC 75, (R-36, R-38, UE) ; Polyver 500 ; Tétrachlorure de titane, (C, R-14, R-34, UE) ; Tyzor IPET, (Xi, R-36, R-11, UE) ; soufflettes pour dépoussiérer le Titane ; Hotte percée, pas hermétique⁵⁸, etc.

9 – Convoyeur et poussoir, destinés à conduire automatiquement en bon ordre les produits jusqu'à l'arche de cuisson, sont équipés de protections contre la chaleur. Amiante/doigts/barres/plaques d'attente⁵⁹, (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 30, 30 bis) ; Tétrachlorure d'étain ; Néphalit ; Asbestex 3C à moins de 950° ; Abestolite ; Klingérit ; Asbestex 3C ; (25 % amiante, 75 % ciment) ; CPA 55, (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 30, 30 bis), produit de décomposition dangereux ; fibre d'amiante (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 30, 30 bis), réactions dangereuses, ne pas inhaler ; Fibre en vrac (2a, 2b, CIRC/IARC) ; Tétrachlorure de titane, (C, R-14, R-34, UE).

10 – Arche de cuisson (550°). Recuison des articles en verre afin d'augmenter la dureté superficielle du verre, et donc sa résistance à la rayure. La source d'énergie est le Gaz naturel.

11 – Traitement de surface à froid (150/200°), la chaîne de fabrication arrive au secteur « Choix », où les « picoreurs », « choisisseurs » prélèvent des échantillons de contrôle. Les traitements à froid sont des

⁵⁵ Au CHSCT de VMC-Givors du 1^{er} trimestre 1998 est posée la question du remplacement de l'Asbestex 3C (75 % ciment, 25 % amiante) par le Ciment 500 pour les plaques de pose, les barres de poussoir et camembert. Le directeur des ressources humaines (DRH) répond : « on se rend compte aujourd'hui que ce n'est pas la solution la plus simple car les plaques s'usent. Le Ciment 500 n'est pas la solution idéale pour les plaques de pose, on va voir s'il n'y a pas de solution meilleure ». A cette date on perçoit nettement que l'amiante est encore utilisée dans le processus, alors qu'elle est désormais interdite d'usage !

⁵⁶ La poussière d'amiante pénètre jusqu'au fond de l'appareil respiratoire, jusqu'aux alvéoles par lesquelles s'effectue les échanges gazeux entre l'air et la circulation du sang. On saura, dans les années 50, qu'il provoque deux maladies redoutables : cancers du poumon et de la plèvre, ou mésothéliome. Mais le larynx, l'appareil digestif, le colon, le rectum et l'appareil urogénital peuvent être aussi touchés. Ce sont les organes qui apparaissent touchés dans l'enquête de l'association des verriers, en 2009. Toutes les variétés d'amiante sont cancérogènes selon l'INSERM en 1996. Le chrysotile et le crocidolite sont clairement identifiés comme la cause de pathologies mortelles. Les pathologies peuvent se déclarer jusqu'à plus de cinquante ans après les premières expositions aux fibres d'amiante.

⁵⁷ Corrosif, brûlures, nocif par inhalation, irritant pour les yeux et les voies respiratoires supérieures. Masques respiratoires à cartouches spécifiques, obligatoires mais rarement utilisés car inadaptés à l'emploi.

⁵⁸ Procès-verbal du CHSCT de VMC-Givors du 17 mars 1998, selon les délégués du syndicat CGT : « on respire beaucoup de vapeurs de produits chimiques en fabrication, titane, étain. En effet, les vapeurs ne sont pas complètement aspirées par les hottes d'aspiration et souvent cela déborde de tous les côtés. Le titane nécessite une protection complète du corps, or on n'a pas cela à l'usine... Ces produits en s'évaporant bouffent littéralement la toiture en acier... Et puis il y a aussi le problème de ceux qui nettoient les hottes deux fois par jour ».

⁵⁹ Procès-verbal du CHSCT de VMC-Givors du 1^{er} trimestre 1998 : « Les cordons d'amiante 6 mm et 8 mm seront éliminés selon les procédures en vigueur ». Ce qui signifie que bien au-delà des dates indiquées sur les « fiches d'exposition à l'amiante » (1996) délivrées par la direction aux salariés à la fermeture de l'entreprise ce produit toxique est encore en usage. Lors de cette réunion, le médecin du travail observe : « Pour utiliser ces produits, il faut absolument porter des protections spécifiques : masques, gants puisque ce sont des produits cancérogènes ». Ce qui signifie que l'amiante est encore largement utilisée après 1996, date d'interdiction !

acides gras ou des émulsions de polyéthylène appliqués par pulvérisation à l'aide de pistolets qui circulent entre les rangées, sur et sous le tapis de transfert. Les ateliers ne sont pas étanches, sur 111 anciens salariés du « choix », les anciens verriers comptent 63 décédés dont 14 du cancer du poumon et sur 18 malades 3 ont les poumons atteints (8/10/2014). Les ouvriers rappellent en outre : « ces produits qui faisaient pêter les plaques Éternit du toit, elles ont dû être remplacées par de la tôle métallique qui s'oxydait ensuite. A tel point qu'il fut rapidement interdit de marcher sur le toit ». Silane (avant 1985)⁶⁰ ; AP5 ; Scellover⁶¹ ; Duracôte ; Polyglas D3232 ; Microglas 232 ; catalyseur IRS 97 ; promoteur adhérence IRS 156 ; Certicoat TC100⁶² ; autoporteurs au diesel (groupe 1, CIRC/IARC) ; Polyglass CT 51 (R-22, R-36, R-38, UE) ; Polyglass EC 75, (R-36, R-38, UE) ; Pulvésol 138, (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 36, 13).

12 – Maintenance, métiers transversaux. Les électriciens interviennent dans tous les secteurs de production pour reconstituer les circuits, nettoyage et réparation des moteurs, dans les transformateurs, condensateurs, tour de refroidissement (légionellose) ; les mécaniciens montent et démontent les moules, à l'atelier d'entretien les moules sont décapés, surfacés, réparés, etc. Les ouvriers employés dans les services connexes à la production sont exposés aux mêmes risques qu'en fabrication. Même l'encadrement de production, ou les employés des méthodes sont contraints de fréquenter les mêmes expositions toxiques, rappelons que nous sommes en production à feu continu ; Pyralène (PCB), (R-33, R-50, R-53, UE), (1 et 2a CIRC/IARC), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 9) ; Alkali (R-34 UE) ; Trichloréthylène (R-36, R-38, R-45, R-52, R-53, R-67, dans la classification de l'Union Européenne), (1a, 1b, 2, CIRC/IARC), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 9, 13 et 15) ; tournage-perçage de l'amiante (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 30, 30 bis) ; polissage des pièces : silice (cancérogène certain, FAR 5), (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 20, 20 bis, 25) ; brouillard d'acide sulfurique (cancérogène possi-

ble, FAR) ; nettoyage des moules⁶³ : silice (cancérogène certain, FAR 5), (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 20, 20 bis, 25) ; métallisation des moules usés : oxyde de chrome VI (cancérogène probable, FAR 5), (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 10) ; oxyde de nickel (cancérogène probable, FAR 5), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 37 et 37 bis) ; maintenance et entretien des fours : fibres céramiques réfractaires (cancérogène certain, FAR 5) ; L'UE classe les fibres céramiques réfractaires en catégorie 2 (cancérogène possible) ; le CIRC/IARC le confirme en groupe (2b) ; Dartoline (R-45 UE), (Tableaux MP de la Sécurité sociale n° 84) ; fibre en vrac (2a, 2b, CIRC/IARC) ; Kerlane k45 (2b, CIRC/IARC), (R-20, R-36, R-37, R-38, R-40, UE) ; Néfalit 11, (1 et 2b, CIRC/IARC) ; Néfalit 5, (1 et 2b, CIRC/IARC) ; soufre, (C, R-35, UE), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 22). En périodes de « four-mort », pour l'entretien du four, le personnel disponible d'autres services est appelé en renfort (polyexposition).

13 – Groisil⁶⁴ (sous-sol). Ainsi est nommé le sous-sol, sous le plancher des machines. C'est le réceptacle de tous les déchets de fabrication : le verre en fusion y est déversé lors des incidents de production, arrêts, réglages de démarrages de fabrications nouvelles, mais aussi tous les autres résidus (graisses, huiles, solvants, etc.) qui, souvent déversés sur le verre en fusion, s'enflamment et dégagent d'importantes fumées d'hydrocarbure. Ces déchets de verre refroidi sont ensuite, à cet endroit, broyés, pulvérisés et remontés par tapis roulant au secteur de la composition pour être réintroduits dans le cycle de production. Particules de verre, (1b, UE), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 71 bis) ; Trichloréthylène (R-36, R-38, R-45, R-52, R-53, R-67, dans la classification de l'Union Européenne), (1a, 1b, 2, CIRC/IARC), (Tableau MP de la Sécurité sociale n° 9, 13 et 15) ; Perchloréthylène (2a, CIRC/IARC). Emploi d'engins au diesel (groupe 1 CIRC/IARC), en atmosphère confinée.

V. LES HOMMES NE SORTENT PAS INDEMNES D'ANNÉES D'EXPOSITIONS

A ce cocktail toxique quotidien les hommes en sortent meurtris. L'influence nocive sur le corps est loin d'être ignorée. « Les substances ne demeurent pas identiques

⁶⁰ Selon la fiche de sécurité de 1986, « Ce produit peut causer l'irritation de la peau, des yeux et des voies respiratoires supérieures ». Elle précise la conduite à tenir en cas d'accident : « En cas d'inhalation des vapeurs, amener la personne dans un endroit aéré. Si elle ne respire plus, pratiquer la respiration artificielle. Lui donner de l'oxygène, la maintenir au chaud et la transférer au service médical d'urgence le plus près ».

⁶¹ Extrait du procès-verbal du CHSCT de VMC-Givors du 1^{er} trimestre 1998, concernant le Scellover : « On avait crû comprendre que le Scellover était interdit, or on s'en est servi à la machine n° 71 il y a environ un mois et demi et sans hotte d'aspiration », relèvent les délégués ouvriers.

⁶² Corrosif, provoque des brûlures, nocif par inhalation, irritant pour les voies respiratoires, toxique pour les organismes aquatiques, selon la FDS.

⁶³ Lors de la réunion du CHSCT de VMC-Givors du 17 mars 1998, le collectif « aimerait savoir, peut être au moyen de prises de sang, si le produit dont on se sert pour laquer les moules au département 11 n'a pas un effet néfaste sur ceux qui l'emploient. Et pour l'étain, quel contrôle y a-t-il ? Ne pourrait-on pas faire appel à un organisme spécialisé ? »

⁶⁴ GROISIL – Déchets de verre que l'on réintroduit dans le mélange vitrifiable. Syn. : GRESIL. A la verrerie de Givors c'est aussi le nom du secteur de travail (sous les machines) où l'on récupère les déchets de verre tombés au cours de la fabrication – avec toutes les impuretés – et que l'on réintroduit dans le cycle de production mêlé à l'arrivée de groisil du recyclage public.

à elles-mêmes en milieu biologique⁶⁵. Lorsqu'elle pénètre dans l'organisme (par aspiration, ingestion ou contact cutané), une molécule subit un phénomène de transformation que l'on désigne de façon globale par le terme « métabolisme ». Des modifications chimiques des molécules vont générer ce qu'on appelle des métabolites. Ces derniers sont eux-mêmes susceptibles de demeurer dans l'un ou l'autre des organes, dans le sang, les graisses, le système nerveux ou les os, et produire des effets toxiques, immédiats ou différés, semblables à ceux de la molécule d'origine, ou différents de ces derniers. Ajoutons ici que selon sa forme (en poudre ou en solution, par exemple), le mode de pénétration dans l'organisme pourra être différent (respiratoire ou transcutané) et ses effets toxiques ne seront pas les mêmes ».

Un autre phénomène, celui des effets de synergie entre les molécules ne peut être sous-estimé. « Lorsque non pas une seule mais plusieurs molécules sont mises en présence dans le milieu biologique. Le métabolisme de l'une peut modifier le métabolisme de l'autre et produire des effets non plus seulement additifs, mais multiplicatifs. Cela peut concerner la présence de plusieurs molécules entrant dans la composition d'un seul produit, ou bien la mise en présence de plusieurs molécules qui s'accumulent dans l'organisme et l'incorporation de ces différentes substances chimiques au fil du temps, y compris les substances thérapeutiques dont les principes actifs peuvent avoir des propriétés toxiques, souvent désignées comme « effets secondaires ». Il existe des effets de synergie possibles, probables, entre la contamination des pesticides et le fait de prendre des médicaments, mais aussi entre, d'une part, les différents molécules chimiques et, d'autre part, les composés inorganiques, tels que l'amiante, l'arsenic ou les radiations. Notons ici que, même lorsqu'ils sont testés, les effets toxiques de substances organiques, inorganiques ou radioactives sont très rarement examinés sous l'angle des effets de synergie, sauf, dans une certaine mesure, pour les médicaments »⁶⁶.

D'autres éléments précieux pour la compréhension des phénomènes de transformation biochimiques, intéressant directement les verriers, nous sont donnés par l'approche des travaux scientifiques du Dr Malcom Hargraves, de l'un des centres de soins prestigieux aux États-Unis la clinique Mayo dans le Wisconsin, la relation entre exposition aux produits chimiques et leucémie, en insistant sur la polyexposition (repris par Annie Thébaud-Mony *La science asservie*, p.119)⁶⁶ ; ceux du biologiste allemand, le Dr

Otto Warburg, de l'institut Max Planck de physiologie consacrés à l'étude des processus complexes d'oxydation à l'intérieur des cellules, parvenant ainsi à expliquer par quel phénomène un organisme sain se transforme en une cellule pathologique. Il a publié ses résultats dans la revue scientifique *Science*⁶⁷. Pour le Professeur Warburg, même à très faible dose et surtout en cas d'expositions répétées, la radioactivité et surtout les carcinogènes chimiques privent les cellules de leur énergie, en détruisant leur respiration. Sa théorie permet d'expliquer un certain nombre de phénomènes caractéristiques du processus de cancer, en particulier l'extrême lenteur de l'évolution de la plupart des cancers, qui correspond au temps pris par les millions de cellules affaiblies pour atteindre ce stade. Cette théorie rend compte également du processus par lequel les petites doses répétées d'exposition à des substances cancérogènes sont parfois plus dangereuses que l'empoisonnement à forte dose, qui, lui, a la capacité de tuer les cellules.

Nous sommes précisément dans le processus de développement des cancers chez les verriers, exposés à une multitude de produits, à petites doses, sur une longue période, conduisant à développer des cancers dans différentes parties du corps, cinq, dix, vingt, trente ans après leur exposition professionnelle !

V.1. La polyvalence à divers postes de travail favorise la polyexposition aux produits toxiques

Au poste de travail lui-même, en maintenance ou électro-mécanique par exemple, l'ouvrier peut être appelé à travailler sur tous les postes à risques, dans les armoires électriques ou dans les systèmes d'aspiration et ventilation empoussiérés ; à l'atelier d'entretien ou à la moulerie, l'ouvrier peut manipuler les matières toxiques par l'usinage d'amiante ou le décapage des moules, etc. La configuration des lieux de travail peut aussi conduire des ouvriers affectés à des postes à priori sans risque – le secteur dit « froid » ou « choix » par exemple – à traverser quotidiennement des lieux fortement exposés comme la fabrication. C'est ce que nous montre un mémoire de maîtrise⁶⁸ sur l'« aménagement du circuit de prise de poste au secteur choix, entre le lieu où se situe l'entrée de l'usine, les sanitaires, les locaux de repos et les emplacements de travail des employés au choix, s'intercale le secteur fabrication. Cette implantation de l'usine nécessite pour les opérateurs, lorsqu'ils veulent prendre ou quitter leur poste de travail, un passage dans une zone où le

⁶⁵ *Printemps silencieux*, Rachel Carson, ex-fonctionnaire du Bureau américain des pêches, Wildproject, Paris, 2009.

⁶⁶ Nous remercions Annie Thébaud-Mony d'avoir mis à notre disposition ces analyses scientifiques des processus conduisant au développement des cellules cancéreuses à partir des expositions toxiques, avec son livre récent : *La science asservie*, Editions *La Découverte*, novembre 2014.

⁶⁷ Otto Warburg, *On the origine of cancer cells*, *Science*, vol. 123, n° 3191, 24 février 1956, p. 309-314.

⁶⁸ *Réduction du bruit dans l'industrie verrière*, Eddy Piegay, Rapport de stage de fin d'études universitaires réalisé à VMC-Givors, sous la direction de M. Bonnet Claude, responsable du service de sécurité, Institut universitaire de technologie d'Aix-en-Provence, département hygiène et sécurité, juin 1990, page 45.

niveau sonore est très élevé (104db). Or c'est précisément pendant cette période que les ouvriers omettent de se protéger au niveau auditif. La création d'un local spécifique réservé à l'habillage, à la restauration et au repos des employés du secteur choix uniquement n'est pas envisageable. En effet, mis à part l'investissement qu'un tel projet engagerait, on détériorerait l'esprit d'équipe nécessaire entre ces deux ateliers. Il serait préférable d'aménager un passage protégé au niveau acoustique, sorte de SAS, à travers le secteur fabrication jusqu'au secteur « choix ». On diminuerait ainsi le niveau sonore d'exposition quotidienne des employés en partie froide ». Il s'agit d'un mémoire sur le bruit, on l'a bien perçu, mais les mêmes salariés du secteur froid sont aussi – pour les mêmes raisons – exposés aux risques d'exposition aux produits toxiques largement utilisés en fabrication. Ils ne sont pas davantage équipés de protections des produits chimiques, pour traverser l'atelier de production. Outre cela, l'organisation de la production en continu fait que certains salariés de ce secteur « froid » sont appelés à effectuer des remplacements en fabrication, dans les sous-sols du « groisil » ou en « composition ». Cette organisation de la rotation des hommes, pour les remplacements, est codifiée régulièrement par des notes de service de la direction de VMC-Givors. Le 29 septembre 1969, restructuration du secteur « froid » avec un « relais » conducteur occasionnel de machine destiné à pallier aux absences, mais « affectés à ce titre au département choix ». « Ces choisisseurs remplaçants conducteurs de machine (CDM) bénéficieront » d'une majoration de salaires. Une note de service du 6 janvier 1976 prévoit des remplacements et des nominations au poste de conducteur de machine, de « relais » et de « remplaçants relais », issus du « secteur Choix ». Un accord sur l'organisation du travail en date du 8 février 1984 organise l'effectif de base de l'équipe postée avec quatre « relais » (conducteurs remplaçants). Le potentiel de remplacement de cette équipe de base est géré par le secteur « choix ». La mise en place de ce remplacement nécessite la formation de cinq personnes, voire l'utilisation du remplaçant exceptionnel (RRX). L'effectif comprend le remplacement d'une équipe de fabrication pour huit machines. Les remplaçants retournent au secteur « choix » ou n'y retournent pas, car leur retour dans ce service n'est plus « forcé ». Pour la rémunération, l'ancienneté est prise en compte depuis la titularisation au service fabrication, c'est à dire, dès la prise de fonction « relais ». Ceci signifie que l'exposition toxique des remplaçants au poste de CDM devient transparente lorsque le remplaçant n'est jamais titularisé à ce poste. Car, sur son certificat de travail ne figurera jamais son affectation périodique à la conduite des machines de fabrication. Cette polyvalence entre les secteurs fabrication et choix apparaît encore au travers des notes de service du 2 mai 1985 ; du 14 février 1986 concernant les taux horaires des remplaçants en fabrication,

au plancher machine ; à propos des remplaçants exceptionnels (RRX) en fabrication (conducteurs de machines remplaçants relais)⁶⁹ qui ne sont pas montés en fabrication depuis longtemps, la direction constate que se pose le problème de leur sécurité et de leur compétence, il faut « trouver une formule satisfaisante » ; le 10 mai 1988, il est précisé : « La direction de l'établissement formera un nombre de renforts ou de RRX nécessaires au bon fonctionnement de l'accord ». On pourrait multiplier les indications de cette polyvalence du personnel organisée pour les besoins de la production en feu continu, et citer de nombreux salariés passés dans ces postes. Qui peuvent en outre énumérer leurs postes au cours de leur carrière : « au choix, puis cariste, a travaillé au « groisil » – sans jamais porter de masque – où il y avait de fréquents remplacements à effectuer ; au « picorage »⁷⁰ sur l'arche de traitement de surface en sortie de fabrication. Lorsque la grue était en panne, tous les gars du secteur « choix » allaient décharger les trains de sable (silice) à la pelle.

Il convient d'aller plus loin. Si les services sont clairement identifiés par leurs fonctions, ils restent néanmoins perméables aux hommes, pour la circulation nécessaire, comme nous l'avons vu plus haut dans le mémoire cité, mais aussi par l'organisation de la production. Un autre aspect non négligeable de l'exposition des ouvriers du « secteur froid » apparaît lorsque l'on parle des « choisisseurs » ou « picoreurs » en sortie d'arche de traitement de surface de finition « il y avait huit lignes avec chacune une arche »⁷¹. L'installation de ces hottes de traitement de surface dans le secteur froid est clairement identifiée, avec les risques chimiques qu'elles génèrent en ce lieu. En outre, ce secteur n'est pas isolé des fumées provenant du secteur fabrication, comme le soulignent les inci-

⁶⁹ RRX, Ces ouvriers sont affectés à un poste autre que celui de la fabrication, au secteur « choix » ou « froid » notamment, mais ils peuvent être appelés spontanément pour remplacer une absence, un repos, un temps de délégation, une visite médicale, etc. Ils sont appelés « conducteurs de machines, remplaçants - relais » et leur salaire varie en fonction de ces affectations. Ils peuvent à un moment donné accéder au poste de conducteur à temps plein ou ne jamais le devenir... Mais pendant les temps de remplacement ils ont pu être exposés suffisamment aux produits toxiques pour être un jour atteint d'un cancer...

⁷⁰ Le picorage, réalisé par les « picoreurs » ou « choisisseurs », est une opération manuelle en bout de chaîne de fabrication visant à prélever ponctuellement des produits afin d'effectuer les diverses opérations de contrôle de qualité.

⁷¹ Le directeur de l'établissement, lors de la réunion du CHSCT à VMC-Givors du 17 mars 1998, indique clairement : « Pour en revenir au nettoyage des hottes, au choix, deux personnes par équipe pourraient faire cette intervention ». Les délégués présents demandent un examen médical spécial pour les personnes exposées au Titane et à l'étain. Le médecin du travail indique : « Ces produits présentent deux risques : de corrosion par leur fonction acide qui provoque des irritations cutanées et des irritations des voies respiratoires ; de surcharges pulmonaires des particules très fines de titane et d'étain qui pénètrent dans les voies respiratoires. Tous les salariés sont suivis de façon systématique lors de la visite médicale mais la meilleure protection actuelle, en attendant l'aménagement du poste, consiste à porter des protections individuelles adaptées. Le directeur suggère aux gens d'en « parler à leur médecin traitant ».

dents révélés dans les débats au CHSCT : « lors de cet incendie [au niveau de l'aspiration des vapeurs et une coulée de verre au four 8] il y a eu aussi de la fumée côté choix et les ouvertures de fumée ne fonctionnaient pas... »⁷²

V.2. Pollution des sols et des eaux, amiante

La question de la pollution industrielle de la verrerie, implantée au cœur des habitations a toujours constitué une préoccupation de la population et des salariés. La question des fumées, comme des eaux fit l'objet d'articles dans la presse⁷³, particulièrement lorsqu'une cheminée fut ré-haussée pour disperser la fumée au loin. La question posant toujours problèmes économique et écologique.

L'analyse des sols de la verrerie, après la fermeture, relève les fortes pollutions à l'arsenic, au plomb, au chrome, aux hydrocarbures... aux lieux mêmes des postes de travail. Normal ! Et les hommes, ne seraient-ils pas pollués ? De plus, ils ont utilisé des produits volatils ne se trouvant pas dans le sol, évidemment. Les cancers développés se superposent à ces zones polluées.

La pollution du sol de l'ancienne verrerie est avérée : le rapport Blondel⁷⁴ constate la présence d'Hydrocarbures totaux HCT ; hydrocarbure aromatique polycycliques HAP ; de métaux lourds, particulièrement de l'arsenic ; et dans les eaux souterraines des composés volatils BTEX, COHV. La fiche BASOL⁷⁵ du 5 décembre 2005 est sans équivoque concernant le site VMC à Givors : « diagnostic 1998, hydrocarbures totaux (HCT), hydrocarbure aromatique polycycliques (HAP), métaux lourds, plus particulièrement arsenic. » Cette pollution demeure toujours nocive pour la santé, comme le soulignent deux arrêtés du préfet : « l'étude détaillée des risques sanitaires permet de conclure à l'existence effective de risques pour la santé humaine » ; confirme et renforce, le 3 décembre 2003, la surveillance des eaux souterraines⁷⁶ ; le 6 mars 2006, il confirme la contamination sol (arsenic, plomb, hydrocarbures, chrome...) et en

conséquence limite d'usage du terrain : interdit l'installation de jardins d'agrément et d'enfants, potagers, terrains de sport, gens du voyage, écoles, établissements sanitaires, habitations, résidences hôtelières⁷⁷. Pourtant, malgré la découverte d'une nouvelle pollution, un nouvel « arrêté d'autorisation a été notifié le 1^{er} décembre 2011, permettant l'engagement des travaux modificatifs du réseau d'eaux pluviales de la ZAC [Zone d'aménagement concerté] VMC (Givors) pour les rejeter dans le Gier », affluent du Rhône, au droit de la zone de captage des eaux de consommation courante de l'agglomération⁷⁸. La pollution du site aurait-elle été résorbée ? Que non. Comme l'indique la Société Givors-Développement⁷⁹, les travaux engagés pour réaliser la modification du réseau d'eaux pluviales le démontrent précisément. « à l'occasion de ces travaux d'assainissement, des terres ont été excavées et, contrairement à ce qu'on attendait sur cette zone de la ZAC, ces terres se sont avérées polluées, notamment à l'arsenic », note le rapport. Ce qui n'est pas en soi une révélation puisque le rapport Blondel notait déjà que l'ensemble du site était « potentiellement pollué » sur les 8 hectares. Les pollutions sur le lieu de travail ne manquent pas d'avoir des conséquences sur l'environnement.

L'amiante est évidemment présente dans les ateliers, nous l'avons vu, mais aussi dans leur environnement. Il suffit de rappeler le contenu de ce marché public conclu par EPORA « pour les travaux de désamiantage (32.000 m²) et démolition d'une cheminée de grande hauteur (55 m), d'un hangar industriel et d'une ancienne infirmerie »⁸⁰.

V.3. Un absentéisme constamment observé, jamais vraiment interrogé

A VMC-Givors, le taux d'absence pour maladie est dix fois supérieur au taux d'absence pour accidents du travail (et il n'y a pas d'arrêt pour congé maternité !) ; quasiment aussi important, voire certaines années supérieur au taux d'absence pour congés payés ! ; mais il n'est jamais précisé le taux d'absence pour « mala-

⁷² Compte rendu de la réunion du CHSCT à VMC-Givors du 15 décembre 1998.

⁷³ *VMC et la pollution : un problème économique autant qu'écologique*, *Le Progrès*, 29 septembre 1993.

⁷⁴ *Institution servitudes d'utilité publique SUP*, 21 sept. 2004, produits toxiques (ministère de l'écologie).

⁷⁵ <http://basol.developpement-durable.gouv.fr/> Ce site Internet du Ministère de l'Écologie, du Développement Durable et de l'Énergie (MEDDE) - Direction Générale de la Prévention et des Risques (DGPR) présente la Base de données BASOL sur les sites et sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif.

⁷⁶ Préfecture du Rhône, bureau de l'environnement et des installations classées, *arrêté imposant des prescriptions complémentaires à la société VMC*, Lyon, 3 décembre 2003.

⁷⁷ Préfecture du Rhône, Direction de la citoyenneté et de l'environnement, *arrêté instituant des servitudes d'utilité publique sur le site de l'ancienne usine VMC, quai Eugène Souchon à Givors*, Lyon, 6 décembre 2006.

⁷⁸ Zone dite *Puits du Syndicat mixte d'eau potable (SMPE) Rhône-Sud*, situés en nappe alluviale du Rhône, au niveau du méandre Chasse-Ternay.

⁷⁹ *Aménagement de la ZAC VMC à Givors, compte rendu annuel à la collectivité locale (CRACL)*, exercice 2012, II.3. Rapport annuel de *Givors développement*, société d'économie mixte, présenté au Conseil municipal de Givors, en décembre 2013, (II – note de conjoncture opérationnelle, p. 6-7).

⁸⁰ Avis d'attribution d'un marché de travaux de désamiantage. *EPORA (Établissement Public Foncier de l'Ouest Rhône-Alpes)*, organisme qui passe le marché. *Le Progrès*, 13 août 2004.

dies professionnelles »⁸¹. Une étude commanditée par la direction et rendue le 6 septembre 1988⁸² ne donne pas les véritables causes de l'absentéisme qu'elle attribue à l'« anxiété » du personnel, et se révèle particulièrement complaisante avec les commanditaires. Comme le montre le procès-verbal du Comité d'entreprise⁸³ : « La CFDT considère que ce rapport souligne des points importants. Elle avait l'intention de débattre [...] Elle pense qu'un grand nombre de problèmes ne sont pas discutés sérieusement, et n'aboutissent jamais ». Le représentant de la direction pense que « la CFDT a une position trop pessimiste ». La CGT n'a pas eu le temps de prendre suffisamment connaissance de ce rapport et demande que la discussion soit reportée à un CE à l'ordre du jour moins important. La CGC « estime que ce rapport n'apporte rien de nouveau à ce qui est connu depuis de longues années. Elle a noté, au cours des entretiens une tendance à dévier du sujet, et refusé de répondre à certaines questions ». Le représentant de la direction « précise qu'il n'a pas donné à Mlle Bernard de directives particulières, ni exercé de pressions de quelque ordre que ce soit ».

Pourtant l'absentéisme représente un problème constant et important dans l'entreprise. En septembre 1988, la direction diffuse des chiffres⁸⁴ : l'absentéisme atteint un taux de 7,59 %, en progression sur l'année précédente (6,79%). Même au niveau des accidents du travail nous constatons une progression des jours d'incapacité 1.377 contre 1.108 l'année précédente. Les compte rendus des réunions du CHSCT de VMC-Givors donnent une partie de la réponse de l'importance de l'absentéisme maladie. Après que le représentant de la direction eut avancé « à titre indicatif un jour d'absence en A.T. [accident du travail] coûte en moyenne de 5 à 6.000 francs/jour », « les membres du CHSCT demandent que sous prétexte de faire baisser les A.T. on ne fasse pas changer les A.T. en maladie »⁸⁵. Le taux d'absentéisme ne sera pas maîtrisé. Dans les journaux d'entreprise « Topo » et « Point fusion », comme dans le Bilan social annuel de VMC-Givors, les pourcentages annuels sont révélateurs : 7,1% en 1991, 7,2 % en 1992, 8,7 % en 1999, 11,0 % en 2000, 10,3 % en 2001. En 2003, selon

l'enquête de la DARES de 2013 (<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-009.pdf>), le taux d'absentéisme ouvrier était de 3,8 % dans l'industrie manufacturière, ce qui souligne combien ce taux était notablement dégradé à la verrerie de Givors.

Les conditions de travail dégradées, souvent évoquées dans les réunions de sécurité, ne sont pas étrangères à ce constat. Une étude réalisée et publiée par l'association des anciens verriers relève que dans l'industrie du verre d'emballage (fabrication de pots et bouteilles)⁸⁶, l'évolution parallèle de la dégradation de la santé de ses ouvriers et des gains de productivité du travail est édifiante. En cinq ans (2006-2010), la production régresse un peu mais les effectifs diminuent beaucoup plus, tandis que les arrêts maladies explosent. Le nombre de jours d'arrêts en maladie croît rapidement à mesure de la décroissance des effectifs. C'est une logique que nous retrouvons aussi dans l'industrie du verre plat (vitres).

VI. UNE DIFFICILE RECONNAISSANCE EN MALADIE PROFESSIONNELLE

VI.1. Les dossiers médicaux du travail expurgés

Nombre d'anciens salariés de la verrerie se sont adressés au service interentreprise de médecine du travail (AGEMETRA) pour demander communication de la copie de leur dossier médical. Surprise, un dossier médical de salariés ayant passé 30 ans et plus dans l'entreprise, en fabrication, ne compte pas plus de 3 à 4 feuilles de notes pratiquement illisibles même par un médecin de famille, aucune radio, aucun examen médical spécialisé. L'employeur répond pourtant à chacun de ces salariés « qu'une fiche médicale spéciale pouvait être sollicitée auprès de l'association de la médecine du travail de la région de Givors ». Mais celle-ci ne contient pas davantage d'information. Cependant, les verriers apprennent que le médecin inspecteur de la Direction régionale du travail a donné des ordres⁸⁷ : « [...] 1) vous avez 8 jours pour lui transmettre [...] 2) garder tout ce qui n'a pas trait directement avec les faits objectifs médicaux ; surtout ne pas transmettre ce qui a trait à des tiers ; le poste de travail, s'il n'a pas été visé par l'employeur et le salarié, n'est pas à transmettre (constations personnelles) ; ce qui a trait à l'entreprise figure dans la

⁸¹ Selon les chiffres du « bilan social » annuel de VMC-Givors pour l'exercice 2001, donnant aussi les chiffres des deux exercices précédents et remis aux instances représentatives du personnel.

⁸² « Synthèse de l'étude réalisée par Mademoiselle Bernard, sur l'absentéisme », remise par la direction de VMC-Givors aux élus du Comité d'entreprise et secrétaires des organisations syndicales, le 6 septembre 1988.

⁸³ Procès-verbal de réunion du Comité d'entreprise de VMC-Givors du 28 septembre 1988.

⁸⁴ Le tableau de bord social de l'entreprise VMC-Givors, indicateurs du mois de septembre 1988.

⁸⁵ Procès-verbal de réunion du CHSCT de VMC-Givors, du 6 mai 1988.

⁸⁶ http://www.verriers-givors.com/index.php?option=com_content&view=article&id=380:productivite-contre-sante&catid=80&Itemid=484.

⁸⁷ Courriel du 9 février 2010, adressé par le Médecin-inspecteur de la Direction régionale du travail au médecin du service interentreprises de santé au travail, suivant les salariés de VMC-Givors.

fiche d'entreprise que le juge peut se faire communiquer ; les CR [compte-rendus] de CHSCT, les RA [rapports d'activité] et FDS [fiches de données de sécurité] sont du domaine de l'entreprise. 3) doivent être communiqués les examens cliniques et les examens complémentaires, les courriers médicaux spécialisés s'il n'y a pas de passage ayant trait à des tiers » (les passages en gras sont dans l'original). Inutile de dire que personne n'obtiendra jamais les examens cliniques et les examens complémentaires, ni les courriers médicaux spécialisés. C'est le meilleur moyen de couper le « lien direct et essentiel » si cher aux CRRMP dans la reconnaissance de l'origine professionnelle des maladies développées par les salariés ou retraités. Ne sommes-nous pas en présence d'une infraction pénale, punie par l'art. 434-4 alinéa 1, 2° du Code pénal pour : « destruction, soustraction, recel, altération d'un document public ou privé ou d'un objet de nature à faciliter la découverte d'un crime ou d'un délit, la recherche des preuves ou la condamnation des coupables » ? On constate même que le médecin inspecteur dénie aux salariés le droit d'accès aux procès-verbaux du CHSCT, qui reste une institution représentative du personnel dont les délibérations ne sont nullement la propriété exclusive de l'entreprise. Ne sous-estimons donc pas les pressions mises sur le corps médical pour qu'il ne contribue pas à faciliter la reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies développées par les salariés.

VI.2. Médecins sous pressions

Le médecin du travail⁸⁸. Le CHSCT de l'entreprise en première ligne, contribue à l'amélioration des conditions de travail et veille au respect des prescriptions légales (art. L4612-1 du Code du travail). Le médecin du travail de l'entreprise y siège, avec voix consultative. C'est dire que son pouvoir est déjà limité. Soit ce médecin fait partie du personnel de l'entreprise et est rémunéré par elle ; soit il fait partie d'un service interentreprises dont le financement est assuré par une cotisation patronale. C'est, employé par l'AGEMETRA service de santé au travail, que le médecin intervenait à BSN-VMC.

Au CHSCT de mars 1998, en poste depuis huit ans, il se plaint de ne pas obtenir les fiches de données de sécurité (FDS) des produits utilisés. Alors que c'est une obligation pour les fournisseurs, établie depuis le 1^{er} avril 1988. Elle note à juste raison qu'elle n'est pas ingénieur chimiste et qu'en conséquence ces informations lui sont absolument indispensables pour contrôler les protections et assurer le suivi médical du personnel exposé. Le médecin doit rappeler à maintes

reprises les risques chimiques de ces produits – balayage de poussières volatiles à la composition, déchargement des wagons de sable, etc. – et la nécessité de porter les protections individuelles. Mais en même temps souligne que celles-ci ne sont pas toujours adaptées aux conditions de travail : chaleur ou positions inconfortables.

Au CHSCT du 2^e trimestre 1998, les délégués demandent « pour les gens exposés à certains produits ou certaines conditions de travail, une surveillance médicale accrue et envisager des contrôles médicaux tous les six mois ». Le médecin répond : « si vous me demandez de faire des visites supplémentaires, je vais être obligée de diminuer certains travaux ». Ce à quoi les délégués ajoutent : « il faut que vous ayez plus d'heures d'intervention à l'usine, à savoir plus de service médical en fabrication ». La direction n'est pas d'accord : « je ne vois pas pourquoi on aurait un médecin à temps plein [...] il y a des règles, le médecin fait déjà 12 % d'heures de plus que la durée légale ». Nous sommes aux limites de la médecine du travail.

Le médecin généraliste⁸⁹. C'est le médecin du patient, mais ce n'est pas un spécialiste des maladies d'origine professionnelle, sa formation en ce domaine n'a représentée que deux heures de cours sur une scolarité de 8-9 ans. Il ne connaît pas tous les tableaux de la Sécurité sociale, et n'est pas ou peu informé des expositions de son patient en milieu professionnel. Ce dernier l'est-il lui-même ?

Quand le médecin a repéré la suspicion de maladie professionnelle et qu'il va suggérer à son patient de faire une déclaration de maladie professionnelle, il va devoir dans un premier temps convaincre son patient du bien fondé de cette démarche. Le patient est alors dans une espèce de crainte et culpabilité face à une démarche qui est inhabituelle et le renvoie à ses rapports à l'entreprise et sa position sociale de travailleur. Il faut alors souvent convaincre le patient du bien fondé de cette démarche en l'avertissant des lourdeurs administratives, des enquêtes et des refus auxquels il va être confronté. Le patient qui est déjà en situation de vulnérabilité ne perçoit pas les enjeux ni l'utilité de telles « complications », et quand bien même il accepte le Certificat Médical Initial (CMI) – qui lui permettrait de faire sa déclaration en maladie professionnelle – le premier refus ou la première demande de renseignements complémentaires viendront souvent mettre un terme à cette démarche...

De son côté le généraliste se sent bien seul dans une consultation pour à la fois soigner, prendre en charge le patient, et ensuite lui expliquer le parcours médico-administratif complexe et semé d'embûches qui l'at-

⁸⁸ Extraits des procès-verbaux du CHSCT de VMC-BSN à Givors. Pour plus d'informations sur le sujet on se reportera à l'ouvrage de Pascal Marichalar : *Médecin du travail, médecin du patron ?* Editions SciencesPo-les Presses, Paris, juillet 2014.

⁸⁹ Plusieurs témoignages de médecins généralistes nous ont été communiqués, mais ces praticiens ont souhaité conserver l'anonymat. Nous le respectons d'autant plus facilement que chaque médecin de famille confronté à telle situation se retrouvera dans ce témoignage, car cette situation est assez généralement répandue. Hélas.

tend. Le généraliste est lui-même sous pression : trois ou quatre médecins du bassin givordin ne se sont-ils pas fait épingleur par la CPAM pour avoir trop délivré de CMI, beaucoup plus que dans les quartiers huppés de Lyon !

VI.3. Suivi médical et reconnaissance de maladies : le parcours d'obstacles

Pour les anciens salariés de la verrerie de Givors le suivi médical post-professionnel est loin d'aller de soi. Qu'ils soient encore actifs ou déjà retraités, l'historique de leurs expositions aux produits toxiques a totalement disparu. Pour les actifs, encore jeunes qui ont été reclassés dans d'autres unités du groupe ou dans d'autres usines, leur nouvelle affectation devrait leur permettre de bénéficier d'un suivi médical post-expositions par le nouveau service de santé au travail auquel ils sont affectés. Mais ce dernier ne détient aucune information sur l'antériorité des expositions toxiques du salarié ; son dossier médical du travail s'il l'a suivi ne renseigne en rien, car il ne contient pas davantage d'informations sur les conditions de travail et les produits auxquels le salarié a été antérieurement exposé. Pour le retraité, c'est pire encore toute la prévoyance du législateur ou de l'administration⁹⁰ n'a été d'aucun secours pour les verriers de Givors sans les attestations individuelles d'exposition aux produits toxiques. Les CPAM tant à Lyon qu'à Saint-Etienne ont refusé de prendre en compte ces demandes de suivis post-expositions, pour les CMR⁹¹ ; la CPAM de Lyon réclame même, le 26 mars 2013 à un demandeur « l'ORIGINAL » (en capitales dans le texte) – pour l'en dessaisir, comme ce fut le cas plusieurs fois – de l'attestation d'exposition à un agent cancérigène. À une exception près, celle d'un ancien verrier de Rive-de-Gier (Loire), reclassé à Veauche à la fermeture, qui obtint une attestation à deux expositions : 1-poussière d'amiante, 2- aux brouillards d'huile. Mais lorsque le praticien eut fait les examens, à partir de la feuille de soins délivrée par la CPAM⁹², le médecin-conseil s'opposa au paiement des honoraires et lui

suggéra d'établir une feuille de soin du régime général⁹³. Il convient de noter que la CPAM veut conserver le contrôle de ces « suivis post-professionnels » et qu'elle oriente exclusivement les visites vers les Centres de consultations de pathologies professionnelles, c'est à dire que le patient n'a même plus le libre choix du médecin, en violation du principe fondamental édicté par la loi⁹⁴. Un ancien verrier domicilié dans l'Isère qui eut droit à plusieurs examens de suivi médical post-professionnel dans le cadre de la caisse AT/MP⁹⁵ n'obtint pas pour autant les remboursements des frais médicaux à 100 % comme c'est de droit. À ses demandes d'explications auprès de la CPAM de Vienne (Isère), il n'obtient aucune réponse. Pour la reconnaissance en maladie professionnelle, c'est encore autre chose. Un seul exemple, mais nous pourrions en prendre d'autres aussi édifiants, celui de Christian Cervantes. Le 21 avril 2009, le CRRMP⁹⁶ de Lyon, refuse la reconnaissance du lien entre « adénocarcinome de la paroi pharyngée de l'amygdale et le travail », précisant : « les facteurs de risques connus du cancer de l'amygdale sont : le tabagisme, la consommation chronique d'alcool, les infections par le virus HPV ». Le 20 mai 2011, le CRRMP de Lyon, refuse la reconnaissance pour « un carcinome primitif du plancher de la bouche de type malpighien. Il s'agit d'un deuxième cancer, différent de l'adénocarcinome du pharynx survenu en 2005... L'enquête administrative retient de nombreuses expositions, dont en particulier des HAP, de la silice, des fibres, des poussières de métaux, et différents composés organiques » [...] « Le comité ne reconnaît pas le lien direct et essentiel entre la maladie et l'activité professionnelle ». Le 20 janvier 2014, le CRRMP de Dijon, désigné par le TASS⁹⁷ de Lyon à cet effet, refuse de reconnaître le lien entre les expositions au travail et le cancer du pharynx « adénocarcinome de la paroi pharyngée de l'amygdale étendue jusqu'à la vallécule ».

VI.4. Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Lyon en décide autrement

Le 9 avril 2014 le TASS rend une première décision concernant les cancers développés par Christian : « [...]

⁹⁰ Surveillance post-professionnelle des salariés ayant été exposés à un risque professionnel. Application des articles D.461-23 et D.461-25 du code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 28 février 1995 (J.O. du 22 mars 1995), Circulaire CNAMTS, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, du 31 janvier 1996.

⁹¹ Circulaire adressée aux verriers, suite aux demandes des suivis médicaux post-expositions, par la CPAM de Lyon, agences risques professionnels « [...] l'exposition à l'amiante peut être retenue dans votre cas après étude de votre dossier ; mais l'exposition aux autres produits tels que suies de combustion du charbon, arsenic, chromates, silices, amines aromatiques... ne l'est pas. Les médecins spécialistes dans le domaine du travail ont besoin de constituer une base d'information suffisante pour déterminer la relation entre vos pathologies et votre métier. Ainsi je vous invite à vous faire connaître dans l'un de ces centres : Hôpital Lyon-Sud à Pierre-Bénite, service du Pr Bergeret, Hôpital Bellevue à Saint-Etienne, service du Pr Fontana, CHU de Grenoble, service du Pr De Gaudemaris ».

⁹² Formulaire imprimé Cerfa n°10130*01

⁹³ CPAM de la Loire, 16 juillet 2012 : « Seul l'établissement d'une feuille de soins au titre maladie pourra nous permettre d'effectuer un remboursement ».

⁹⁴ Loi du 4 mars 2002 et codifiée à l'article L.11110-8 du Code de la santé publique.

⁹⁵ Caisse accident du travail, maladies professionnelles AT/MP de la Sécurité sociale.

⁹⁶ Le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles CRRMP, intervient à la demande du patient qui n'a pas obtenu la reconnaissance comme telle de sa maladie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), dans les tableaux de reconnaissance en maladies professionnelles établis par la Sécurité sociale.

⁹⁷ TASS : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

Dans la mesure où aucun facteur de risque d'ordre privé, notamment génétique, environnemental ou comportemental (alcoolisme et/ou tabagisme) n'a été identifié par les médecins qui ont eu à connaître du dossier de monsieur C., et nonobstant les avis convergents des Comités de Lyon et de Dijon, refusant tout lien causal entre la maladie et le travail, le Tribunal considère que la conjugaison de ces différents éléments substantiels et concordants, établit, avec un degré de certitude suffisant, que le « cancer du plancher buccal » dont ce dernier était atteint, au moment de son décès, a été « directement et essentiellement » causé par son « travail habituel », au service de ses différents employeurs de 1963 à 2003, et particulièrement, par ses trente années de présence au sein de la verrerie de Givors, qu'exploitait la Société BSN GLASSPACK, étant ici souligné que l'instruction de la demande par la Caisse et l'administration de la preuve par la victime et ses ayants-droit, se sont trouvées considérablement entravées par la disparition de cette Société en 2003. En conséquence, le « cancer du plancher buccal », diagnostiqué le 17 juin 2010, dont était atteint monsieur Christian Cervantes, au moment de son décès, doit être pris en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, dans le cadre de la législation professionnelle ». Le Tribunal « Renvoie la Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, à régulariser la situation de la victime et des ayants-droit au regard des prestations auxquelles ils peuvent prétendre. [...] ». Ce jugement reconnaît que la polyexposition (amiante, hydrocarbures et dérivés) au poste de travail est cause de développement de ces cancers. C'est une première, **la Sécurité sociale n'ayant pas interjeté appel, la décision fait jurisprudence.**

Le 19 novembre 2014, au terme de cinq années de combat, à partir de la déclaration d'un cancer du pharynx par Christian Cervantes ancien verrier de Givors, aujourd'hui décédé, le Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) de Lyon vient de reconnaître que son cancer « avec un degré de certitude suffisant, que l'« adénocarcinome de la paroi pharyngée de l'amygdale » dont le salarié était atteint au moment de son décès, a été « directement et essentiellement » causé par son « *travail habituel* », au service de ses différents employeurs de 1963 à 2003, et particulièrement, par ses trente années de présence au sein de la Verrerie de Givors, qu'a exploitée la Société VMC du groupe BSN GLASSPACK, aux droits de laquelle vient aujourd'hui la Société OI MANUFACTURING ». Il s'agit du second cancer, ici reconnu sur les bases identiques du précédent à la polyexposition à l'amiante, aux hydrocarbures et solvants.

« Cette conclusion – précise le tribunal – rejoint celle qui a conduit la présente juridiction à reconnaître, par jugement du 9 avril 2014 devenu définitif, l'origine professionnelle du « cancer du plancher buccal » dont était également atteint monsieur C. au moment de son décès, lequel a été diagnostiqué 18 mois après le

cancer du pharynx, objet du présent recours ». Cette seconde décision favorable à la victime et ses ayants-droit intervient « nonobstant les avis convergents des Comités [CRRMP] de Lyon et de Dijon récusant tout lien causal entre la maladie et le travail ». Le tribunal poursuit : « Les Comités consultés ont rendu des avis dont la motivation est trop succincte pour rendre compte des éléments du dossier qui les ont convaincu d'exclure tout rôle causal du travail dans l'apparition du cancer du pharynx, alors qu'ils se trouvaient face à la situation d'un salarié qui avait subi pendant de très nombreuses années une poly-exposition caractérisée à des agents cancérogènes avérés, et qu'ils avaient en mains plusieurs contributions scientifiques, dont la teneur militait plutôt pour la reconnaissance d'un lien causal, lesquelles auraient mérité de leur part une réplique, en tous cas quelques observations en contrepoint ».

Le tribunal, en outre, « déclare la prise en charge de l'« adénocarcinome de la paroi pharyngée de l'amygdale », dans le cadre de la législation professionnelle, opposable à la Société O.-I. Manufacturing », contrairement à la précédente décision concernant le cancer du plancher buccal que prenait en charge la Sécurité sociale, et contrairement à la plaidoirie de l'avocat de la société qui souhaitait l'en voir dispensée. L'entreprise a interjeté appel⁹⁸.

VI.5. Les attendus du jugement⁹⁹

Dans les attendus du jugement, il n'est pas inintéressant de relever les éléments d'appui du dossier « [...] Sur le fond, [les requérants] s'en rapportent aux éléments substantiels déjà développés à l'audience du 15 mai 2013, qui justifient amplement la reconnaissance du caractère professionnel du cancer de l'« *adénocarcinome de la paroi pharyngée de l'amygdale étendue jusqu'à la vallécule* », diagnostiqué par certificat médical initial du docteur VANNIER, du 22 octobre 2008 ; ils sont les suivants :

1. l'exposition de la victime aux facteurs de risque a été suffisamment régulière et inscrite dans la durée pour être considérée comme habituelle, ce terme n'impliquant ni la permanence ni la continuité de l'exposition ;
2. le travail a concouru directement à l'apparition de la maladie, sans qu'il soit requis qu'il en ait été la cause certaine et unique ;
3. le cancer du pharynx dont est décédé la victime, compte au nombre des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) ;
4. les experts, les docteurs CONSO et BERNARD ont considéré que les facteurs de risque d'ordre

⁹⁸ Audience en Cour d'appel de Lyon, prévue en octobre 2015.

⁹⁹ Tribunal des affaires de Sécurité sociale de Lyon, jugement du 19 novembre 2014.

- privé que présentait la victime vis à vis du cancer du pharynx étaient négligeables (tabagisme, alcoolisme chronique, virus HPV) ;
5. l'enquête conduite en juin 2010 par le docteur CHARBOTEL COING BOYA de l'Unité Cancer et Environnement du Centre Léon Bérard de Lyon, établit que monsieur CERVANTES a été exposé au risque d'agents cancérogènes [...].

« Ils rappellent, en outre, que l'exposition de monsieur CERVANTES aux facteurs de risque de cancer des VADS, pour la période située entre le 16 mars 1970 et le 28 février 2003, a été confirmée par le docteur Jacqueline TESTUD, du Service de santé au Travail [service interentreprises de santé et travail AGMETRA], qui déclare dans son certificat du 23 octobre 2009, *« son poste était en fabrication en tant que pilote de ligne, en fabrication, en secteur chaud et multi-expositions à différents produits CMR pendant toute sa carrière professionnelle »*.

« Que l'employeur, pour sa part, a produit la liste de agents nocifs entrant dans la fabrication du verre, à savoir: silice, oxyde de sodium, calcium, magnésium, décolorants (cobalt et sélénium), colorants (oxyde de fer, chrome, manganèse, cobalt), oxydants et réducteurs (sulfate, charbon, sulfure), oxyde de titane et d'étain, hydrocarbures aromatiques polycycliques, suies de combustion de charbon, arsenic, chromâtes, aminés aromatiques, amiante.

« Que l'Association des anciens verriers de Givors atteste, également, de la présence jusqu'en 1996 d'agents toxiques en verrerie, notamment, d'amiante présente dans divers matériels et matériaux donnant lieu à manipulation régulière et dans la durée [...]

« Les requérants font état, par ailleurs, d'une étude suédoise, évoquée par le docteur DAVEZIES dans sa note en réponse au rapport d'expertise, menée par monsieur WINGREN, dans les années 1990, qui a mis en évidence une surmortalité des travailleurs en verrerie, entre les années 1964 et 1985, pour cause de cancer du pharynx.

« Ils rappellent, en outre, qu'il ressort des procès verbaux du CHSCT établis au cours de l'année 1998, qu'aucun masque respiratoire n'était mis à disposition des agents et que les systèmes d'aspiration étaient insuffisants, voire défectueux.

« Qu'au surplus monsieur CERVANTES a travaillé pendant 33 ans en horaire posté et que ce rythme de travail, classé cancérogène depuis 2008, a accru son risque de développer un cancer.

« Qu'enfin, monsieur Jean Claude BODARD, ingénieur-conseil au Service prévention de la Caisse Régionale d'assurance maladie de Normandie, expert à la CECEA [Commission d'examen des conditions d'expositions à l'amiante] du FIVA [Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante], interrogé sur le cas de monsieur CERVANTES, indique que, dans la situation très voisine d'un salarié qui avait été exposé

à l'émission d'hydrocarbures polycycliques aromatiques, le CRRMP de Normandie, dans sa séance du 22 septembre 2000, a reconnu la liaison directe et essentielle entre le travail du salarié et la survenue d'un syndrome tumoral de l'oro-pharynx droit, et ce bien que le niveau d'exposition de celui-ci ait été inférieur à celui de monsieur CERVANTES et affirme, au surplus, que la seule exposition de monsieur CERVANTES aux HpA [hydrocarbure, polycyclique, aromatique] aurait, à son sens, suffi à une reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, la poly-exposition manifeste ne faisant que renforcer cet avis [...]

« Ils font valoir, enfin, que si, jusqu'alors, la littérature en matière de cancers des voies aériennes, était pauvre et lacunaire et que ce type de pathologie était, le plus souvent, mis au compte de facteurs liés à l'alcool et au tabac, aujourd'hui cette littérature s'étoffe et évolue vers la caractérisation d'un lien de causalité éventuelle entre l'exposition professionnelle à l'amiante, aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et aux solvants organiques et les divers cancers des voies aériennes supérieures (Étude sur l'Investigation des Cancers Respiratoires et l'Environnement professionnel – ICARE –, thèse de Madame PAGET BAILLY¹⁰⁰ d'octobre 2012 sur *« des facteurs de risques professionnels des cancers des voies aérodigestives supérieures »*, étude de l'Institut de médecine de la National Academy of Sciences – USA – sur le rôle de l'amiante, étude du Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS de 2006, recherches de l'Unité d'épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la Santé de INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale)) [...]

VI.6. O-I-Manufacturing condamnée pour « faute inexcusable »

Un principe de prévention incombe à l'employeur en vertu de l'article L. 4121-1 du code du travail, fortement inspiré de la directive européenne du 12 juin 1989 sur l'« amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ». La Cour de cassation affirme que cette obligation « interdit » à l'employeur, « dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé ou la sécurité des salariés ». L'obligation de sécurité de résultat¹⁰¹ est revenue récemment dans le giron de la réparation avec l'« indemnisation du préjudice d'anxiété » pour des salariés qui ont été exposés à l'amiante mais qui n'ont

¹⁰⁰ Sophie Paget-Bailly, Thèse de doctorat en épidémiologie, Université Paris-Sud, Faculté de médecine, école doctorale 420, présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2012.

¹⁰¹ Code du travail, Art. R4412-11 à R4412-19, évaluation des risques chimiques ; Art. R4412-66 à R4412-75, dispositions spécifiques aux CMR.

pas développé de maladie, partant du principe que vivre avec une telle épée de Damoclès est anxiogène (Cassation sociale, 11 mai 2010). Cette jurisprudence a évidemment vocation à s'appliquer à des situations similaires... Les arrêts « amiante » du 28 février 2002, rendus par la Chambre sociale de la Cour de cassation, redéfinissent « l'obligation de sécurité de résultat » et généralisent la reconnaissance de la faute inexcusable au profit des victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles, sous la seule réserve de la conscience du danger par l'employeur¹⁰²...

Le 7 mai 2014, le Tribunal des affaires de Sécurité sociales de Lyon a rendu son jugement dans l'affaire qui opposait la famille de Joseph D'INTRONO – ancien verrier de Givors, reconnu en maladie professionnelle sur les tableaux de la Sécurité sociale – à O.I.-Manufacturing : « Dit que la maladie professionnelle déclarée le 14 décembre 2010 par Monsieur Joseph D'Introno est imputable à la faute inexcusable de l'employeur, la société O-I Manufacturing France, venant aux droits de la société VMC ». Le tribunal fixe au maximum l'indemnité forfaitaire, prévue par le Code de la Sécurité sociale ; dit que cette somme sera versée directement par la CPAM à la succession ; fixe au maximum la majoration de rente servie par la CPAM à la veuve ; fixe l'indemnisation des préjudices personnels (préjudice moral, souffrances physiques, préjudice d'agrément) de M. D'Introno ; fixe l'indemnisation du préjudice moral subi par les ayants-droits. La famille était défendue par le FIVA¹⁰³ et la FNATH¹⁰⁴. Après avoir interjeté appel le 02 juin, la Sécurité sociale s'est désistée « sans réserve », le 1^{er} octobre 2014. La condamnation est donc définitive. Mais c'est la Sécurité sociale qui assume toute la charge en conséquence de l'article R441-11 du Code de la Sécurité sociale la charge est déclarée « inopposable » à l'entreprise – cela ne coûte rien à O.I.-Manufacturing pourtant condamnée – en s'abstenant d'effectuer la recherche « quant à l'existence d'un éventuel employeur venant aux droits de la société VMC [...] la CPAM a manqué à l'obligation d'information prescrite... », considère le tribunal. Lors de son audience du 20 janvier 2015, le Cour d'Appel de Lyon a confirmé le désistement de la CPAM de Lyon de son appel.

VI.7. Recours au Conseil des prud'hommes de Lyon

Pour faire valoir leurs droits à un suivi médical post-expositions toxiques les anciens verriers se heurtent à

¹⁰² Jean-Paul Teissonnière, avocat, in *Les risques du travail*, sous la direction de Annie Thébaud-Mony, Philippe Davezies, Laurent Vogel et Serge Voloffp, Editions La Découverte, Paris, avril 2015, pages 471 à 474.

¹⁰³ FIVA, Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, <http://www.fiva.fr/>.

¹⁰⁴ FNATH, Association des accidentés de la vie, <http://www.fnath.org/>

un mur. Un déni de leurs droits les plus élémentaires. Soixante anciens verriers de Givors se sont pourvus devant le Conseil des Prud'hommes de Lyon¹⁰⁵ pour demander : l'indemnisation du préjudice d'anxiété pour l'exposition à l'amiante ; la remise des attestations d'exposition aux produits cancérogènes (CMR) par O.I.-Manufacturing ; l'indemnisation du préjudice d'anxiété pour les expositions aux CMR. Après un premier report – à la demande d'O.I.-Manufacturing qui « souhaite étudier les dossiers individuels ». Après la condamnation d'O.I.-Manufacturing pour « faute inexcusable dans le dossier de Joseph D'Introno¹⁰⁶ ; après la reconnaissance en maladie professionnelle de deux cancers de Christian Cervantes des voies aérodigestives supérieures pour une polyexposition à l'amiante, aux hydrocarbures et aux solvants, c'est Me François Lafforgue du cabinet Teissonnière qui a longuement plaidé pour les verriers.

VI.8. Recours au Tribunal administratif de Lyon

Une demande de classement du site de VMC-Givors dans la liste des sites amiantés par le ministère du travail a été effectuée par l'association des anciens verriers¹⁰⁷. Lors d'une rencontre au ministère du travail avec une délégation de l'association des verriers et la participation de Me Lafforgue, le 9 décembre 2013, il a été confirmé que la « signature était acquise » et qu'on attendait la « publication au Journal Officiel ». Celle-ci ne venant pas, au-delà du délai réglementaire Me Lafforgue a saisi le Tribunal administratif de Lyon. Après rapport d'enquête de la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) en date du 18 juillet 2014, le dossier a été examiné par la commission consultative accidents du travail – maladies professionnelles (CAT/MP) de la CNAMTS, le 8 octobre 2014, le ministère a considéré « que la demande de classement du site VMC de Givors n'est pas fondée »¹⁰⁸. Pourtant, d'autres sites verriers, semblables à celui de Givors, ont déjà été classés. Pour l'instant, la date de l'audience devant le Tribunal administratif n'a pas été fixée.

¹⁰⁵ L'audience s'est déroulée le 2 septembre 2014, le jugement qui devait être rendu le 20 janvier 2015 a été renvoyé en « départage », avec la participation d'un juge professionnel. L'audience est fixée au 2 février 2016.

¹⁰⁶ Outre la condamnation de l'entreprise que nous venons d'évoquer pour Joseph D'Introno, l'histoire de la famille est emblématique des risques encourus sur plusieurs générations. Le beau-père de Joseph est décédé à 48 ans d'un cancer de l'estomac, non reconnu professionnel, après 38 ans de travail à la verrerie ; le beau-frère est décédé à 44 ans d'un cancer du larynx, non reconnu professionnel, après 25 ans de travail à la verrerie.

¹⁰⁷ Lettre de demande de classement en date du 1^{er} juillet 2013.

¹⁰⁸ Lettre du 17 octobre 2014, ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social.

VI.9. Actions de groupe, « class action » à la française ?

L'actualité des débats sur l'« action de groupe », possible depuis le 1^{er} octobre 2014¹⁰⁹ à la suite de l'adoption de la loi Hamon du 17 mars 2014, conduit à l'envisager pour les actions menées par les victimes des maladies professionnelles. Mais, nous n'en sommes pas encore là. Son application se limite pour l'instant à de nombreux secteurs de la consommation¹¹⁰ : contrats d'assurance, prêts immobiliers, garanties, achats sur internet, démarchage téléphonique... pour faire réparer des « dommages matériels subis à l'occasion d'un acte de consommation ». Mais pas celui des conflits avec l'administration.

Il n'en reste pas moins que la forme des actions prise par les victimes des maladies professionnelles s'apparente totalement à des actions de groupe, même si elle ne s'inscrit pas dans les limites de la loi Hamon. Nous ne sommes pas dans le domaine de la consommation, d'ailleurs est-il souhaitable que la santé se traite comme une marchandise ?

L'organisation collective des victimes des maladies professionnelles est absolument indispensable pour parvenir au succès, c'est à dire à la reconnaissance des pathologies en tant que telles et la prise en charge de la prévention par l'organisation des suivis médicaux post-professionnels pour les retraités et post-expositions pour les actifs. Les difficultés auxquelles se heurtent les victimes, comme nous l'avons vu dans ce dossier, imposent comme une nécessité l'accompagnement individuel et l'action collective. Une multitude d'associations et syndicats se sont investis dans ces démarches il convient de les rejoindre, de participer au soutien et au développement de leur action humanitaire.

EN CONCLUSION, UN COMBAT QUI NE PEUT ÊTRE QUE COLLECTIF

Les éléments avancés dans cet article, à partir du vécu des anciens verriers de Givors dans l'action pour les suivis médicaux post-expositions et la reconnaissance des maladies d'origine professionnelle, mais aussi plus simplement pour l'application de la législation du travail et le respect de la santé des ouvriers, montrent que l'action collective est indispensable. Et qu'à la fin l'ouvrier doit se porter en justice pour le seul respect de ses droits pourtant inscrits dans les codes du travail et de la Sécurité sociale. Dès le premier

courrier de la CPAM, le demandeur est découragé. Auprès de son médecin de famille, il a aussi de fortes chances de ne jamais obtenir le « Certificat médical initial » nécessaire à une déclaration de maladie professionnelle ; soit celui-ci estime qu'il n'en a pas la compétence, soit qu'il n'a jamais été formé pour ça, qu'il ne peut apprécier les risques rencontrés au poste de travail du patient, etc. Ce que l'on peut comprendre, sans sous-estimer la pression de la Sécurité sociale pour que le nombre de déclarations en maladies professionnelles soit réduit au minimum. Il est des régions où ce combat est plus aisé : les différences de taux de reconnaissance par les CRRMP d'une région à l'autre le soulignent assez, Rhône-Alpes se situant parmi les plus bas.

C'est pourquoi ce combat humain initié pour le respect des droits des ouvriers et spécifiquement leurs droits au respect à la santé, leur droit à la vie, se poursuit et se développe. La démarche initiée sur ce dossier – à partir du poste de travail, dans les conditions de celui-ci, compte-tenu des produits toxiques utilisés, et des observation des conséquences prévisibles sur les hommes de ces ateliers – est, semble-t-il, originale. Pourtant c'est la méthode que suggère l'UMRESTTE¹¹¹ : « caractériser l'exposition selon les tâches effectuées et le poste de travail ; faire la matrice emploi / tâches / exposition ». On ne peut décemment mener des recherches sur les causes de maladies professionnelles en écartant l'expérience quotidienne des ouvriers à leur poste de travail, sur une longue période ; est-il exagéré de considérer que c'est la seule compétence crédible en la matière ? En tout cas la crédibilité de recherches dites scientifiques qui écarteraient ces témoins premiers seraient singulièrement entachées de partialité. La rigueur exige d'engager une démarche alliant différents types de savoirs dont ceux acquis de l'expérience laborieuse. Sous peine d'aboutir, à l'issue d'une longue étude sur les corrélations cantonales de décès par cancers en région Rhône-Alpes, à la conclusion qu'il n'y a pas de corrélation ; après avoir soigneusement évité les problématiques de pollution industrielles internes et externes, au grand regret des chercheurs engagés¹¹². C'est d'ailleurs la faiblesse constante des *Diagnostics locaux de santé* dans lesquels l'examen des conditions de travail dans la ville, et leurs conséquences sur la santé des populations ouvrières, ne font souvent l'objet que de quelques lignes sur une centaine de pages. *Ce n'est pas le sujet*, mais quel est-il ? D'autres organismes, tels que la médecine du travail, s'en chargeraient, paraît-il. Les

¹⁰⁹ Le décret a été publié au Journal officiel du vendredi 26 septembre 2014.

¹¹⁰ Consultable en ligne sur <http://www.service-public.fr/actualites/003322.html?xtor=EPR-140>

¹¹¹ UMRESTTE, Unité mixte de recherche et de surveillance transport travail environnement (UMR T 9405), Université Claude Bernard Lyon 1 (Faculté de médecine de Lyon), créée en juillet 1999 et associée à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

¹¹² *Atlas de la mortalité par cancer en Rhône-Alpes 1991-1999*, Observatoire Régional de Santé de Rhône-alpes, octobre 2007. Consultable en ligne sur <http://www.ors-rhone-alpes.org/>

difficultés soulevées ici à propos des dossiers des verriers à la médecine du travail de Givors et des limites qui sont fixées à ce service par l'autorité de tutelle, montrent assez que l'information manque de crédibilité. Les études doivent nécessairement prendre en compte la toxicité des produits utilisés en fabrication, l'atmosphère et les conditions de travail des ateliers pour comprendre les causes de développement des cancers dans le monde du travail et les populations circonvoisines. C'est ce que tente de faire le *Diagnostic local de santé* en cours sur Givors¹¹³.

Pour autant, cette démarche ne semble pas partagée par la Sécurité sociale qui reconnaît (ou non) les maladies professionnelles. Selon les données de la CNAM,

seules 0,3 % des maladies professionnelles déclarées ont fait l'objet d'une enquête sur les expositions au poste de travail¹¹⁴ ! Pourtant le coût annuel pour la Sécurité sociale n'est pas anodin : la sous-déclaration des accidents et maladies professionnelles est estimé à un milliard d'euros¹¹⁵. Mais n'est-ce pas une autre façon d'exonérer les entreprises de leurs responsabilités lorsqu'on sait que la branche accidents du travail / maladies professionnelle est la seule branche bénéficiaire de la Sécurité sociale, et la seule alimentée essentiellement par les employeurs, responsables de maladies professionnelles. Pourquoi feraient-ils des efforts en prévention et en respect de la législation du travail ? ■

¹¹³ Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. Diagnostic local de santé de Givors, chapitre sur les anciens verriers de Givors. En cours de publication, <http://www.ors-rhone-alpes.org/>

¹¹⁴ APCME, Association pour la prise en charge des maladies éliminables, <http://www.apcme.net>

¹¹⁵ Rapport Diricq, magistrat à la Cour des comptes, « Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale ». Consultable en ligne sur www.securite-sociale.fr

DOMMAGE CORPOREL - PHYSICAL INJURY

Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

MANUSCRIT

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

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

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

– Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.

– 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

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

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

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

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

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

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

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

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

— BIBLIOGRAPHIE

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

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

Exemple :

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

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

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

ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

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

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

REMERCIEMENTS

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

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

MANUSCRIPT

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

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

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

– 20 pages maximum for original articles and literature reviews.

– 10 pages maximum for technical notes and 5 pages maximum for clinical cases.

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

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

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

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

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

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

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

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

Please include the email address of the main author.

BIBLIOGRAPHY

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

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

Example:

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

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

We strongly recommend limiting the references to 20.

ILLUSTRATIONS

Iconography shall be strictly limited.

Each document should be identified by a number:

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

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

ACKNOWLEDGEMENTS

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

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

LA RETRAITE ANTICIPÉE À TAUX PLEIN À RAISON DE LA PÉNIBILITÉ

EARLY RETIREMENT WITH FULL PENSION BECAUSE OF ARDUOUSNESS

Par **Vincent DANG VU***

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Les assurés salariés du régime général, du régime agricole, les travailleurs non salariés des professions agricoles atteints d'un certain taux d'incapacité permanente de travail peuvent partir en retraite anticipée à l'âge de 60 ans en bénéficiant d'un taux plein de la pension à 50%.

Ce départ anticipé en retraite ne concerne donc pas les fonctionnaires ni les professions non salariées non agricoles.

Ce départ anticipé à la retraite est possible sous certaines conditions pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle atteintes d'un taux d'IPP d'au moins 10%. Les accidents de trajet de travail sont exclus.

La procédure diffère selon que l'assuré était victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Elle est plus restrictive pour les accidents du travail. Dans ce dernier cas, il peut être demandé l'avis du médecin conseil pour vérifier l'identité des lésions consécutives à l'accident du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle et d'une commission pluridisciplinaire pour vérifier que l'assuré a été exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels pendant au moins 17 ans et que l'incapacité permanente est liée à l'exposition à ces facteurs de risques professionnels.

Mots-clés : Retraite anticipée, pénibilité, incapacité permanente partielle, commission pluridisciplinaire, médecin conseil, accident du travail, maladie professionnelle.

SUMMARY

Insured salaried workers of the general insurance plan, the agricultural insurance plan, non-salaried workers in the agricultural professions who have a certain level of permanent inability to work may take early retirement at the age of 60 and receive a full 50% pension.

This early retirement therefore does not concern civil servants or non-salaried non-agricultural professions.

This early retirement is possible under certain conditions for victims of an industrial accident or a professional disease with a level of IPP (partial permanent inability) of at least 10%. Accidents while traveling to work are excluded.

The procedure is different according to whether the insured party was the victim of an industrial accident or an occupational disease. It is more restrictive for industrial accidents. In this case the opinion of a medical advisor may be required to check the identity of the injuries consecutive to the industrial accident with those indemnified in respect of an occupational disease and a multidisciplinary commission to check that the insured party was exposed to one or several professional risk factors for at least 17 years and that the permanent inability is linked to the exposure to these professional risk factors.

Keywords: Early retirement, arduousness, partial permanent inability, multidisciplinary commission, medical advisor, industrial accident, occupational disease.

* Rhumatologue, 17 Grande allée de la Faisanderie 77185 Lognes.
Mail : vindangvu@gmail.com

LA RETRAITE ANTICIPÉE À TAUX PLEIN À RAISON DE LA PÉNIBILITÉ

Le législateur a octroyé une avancée sociale en permettant le départ en retraite anticipée à taux plein pour les victimes d'une maladie professionnelle atteinte d'un taux d'IPP important et sous certaines conditions aux victimes d'accident du travail. Mais si cette loi constitue une avancée sociale indiscutable, elle n'est que partielle car ne concerne pas les fonctionnaires ni les professions non salariées non agricoles, et les accidents de trajet de travail. On peut s'interroger d'autre part sur le coût financier de l'application de cette loi du 09.11.10 et à ce titre on ne peut que constater la coïncidence curieuse de la promulgation du décret n°2011-1315 du 17.10.11 qui restreint fortement l'octroi d'une maladie professionnelle pour les pathologies tendineuses de l'épaule.

Or, ces pathologies tendineuses sont responsables en grande partie des taux d'IPP supérieurs ou égaux à 10% en ce qui concerne les maladies professionnelles. Un nouveau contentieux parallèle se développe donc actuellement en ce qui concerne la reconnaissance des maladies professionnelles pour les pathologies tendineuses de l'épaule.

Depuis le 01.07.2011 (Décret n°2011-354 du 30.03.11), les assurés atteints d'une incapacité permanente de travail peuvent, sous certaines conditions bénéficier d'un départ anticipé à la retraite à partir de 60 ans, y compris les assurés qui ne justifient pas la durée d'assurance requise ou de périodes équivalentes dans le régime général et dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires.

L'article 79 de la loi du 09.11.10 portant la Réforme des retraites ouvre droit à compter du 01.07.11 à la retraite anticipée pour les personnes souffrant d'une incapacité permanente au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail sauf pour les accidents de trajets. Les salariés concernés pourront ainsi bénéficier de la retraite à taux plein à l'âge de 60 ans quelle que soit la durée d'assurance.

Depuis le 1^{er} juillet 2011 (Décret n°2011-354 du 30 mars 2011), les assurés atteints d'une incapacité permanente de travail peuvent, sous certaines conditions bénéficier d'un départ anticipé à la retraite à partir de 60 ans, y compris les assurés qui ne justifient pas de la durée d'assurance requise ou de périodes équivalentes dans le régime général et dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires.

Le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 a défini les facteurs de risques professionnels. Ces facteurs de risques sont liés à des contraintes physiques marquées (manutentions manuelles de charges, vibrations mécaniques...), à un environnement physique agressif (manipulation d'agents chimiques dangereux, travail en température extrême...) ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables

identifiables et irréversibles sur la santé (travail en équipes successives, travail de nuit, travail à la chaîne...).

La date à laquelle l'incapacité permanente a été reconnue est indifférente pour l'ouverture du droit.

La retraite anticipée pour pénibilité ne concerne pas les fonctionnaires, elle ne concerne que les salariés du secteur privé, du régime agricole, et les travailleurs non-salariés des professions agricoles.

Elle a pour finalité :

- d'abaisser à 60 ans l'âge légal d'ouverture des droits à la pension quelle que soit l'année de naissance de l'assuré ;
- de calculer au taux plein de 50% de la pension, quelle que soit la durée d'assurance et des périodes reconnues équivalentes à l'ensemble des régimes.

L'assuré a alors également droit à sa retraite complémentaire Arrco et Aggirc sans abattement sans tenir compte de sa durée d'assurance.

Il convient de rappeler que le montant de la retraite est effectivement calculé en fonction d'un pourcentage, le taux plein maximal étant de 50% mais également en fonction de la durée d'assurance qui est établie par le nombre de trimestres cotisés. Si l'assuré ne présente pas la durée d'assurance nécessaire pour pouvoir prétendre à une retraite d'un montant maximal, la retraite de base sera alors réduite au prorata du nombre de trimestres manquants. À titre d'exemple, si le calcul de la retraite est établi en 2014, si l'affilié est né en 1954 et ne dispose que de 150 trimestres au lieu de 165 requis il ne percevra que 150/165 soit 91% de la pension de retraite à laquelle il aurait pu prétendre s'il avait atteint les 165 trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Si son salaire annuel moyen était de 25 000 €, le montant annuel de sa retraite sera de 25 000 x 50% x 150/165 soit 11 375 € au lieu de 12 500 s'il avait cotisé 165 trimestres.

On rappellera par ailleurs que la rente pour accident du travail ou maladie professionnelle perçue par l'assurée jusqu'à sa retraite continue à être cumulée intégralement avec la pension de retraite anticipée qui lui sera versée du fait de sa pénibilité.

La retraite à raison de la pénibilité concerne :

- Les assurés du régime général (nouvel article L. 351-1-4 du Code de la Sécurité sociale, instauré par l'article 79 de la loi précitée du 9 novembre 2010) ;
- Les assurés du régime agricole (le nouvel article L. 351-1-4 leur étant applicable par renvoi de l'article L. 742-3 du Code rural et de la pêche maritime aux dispositions du titre V du livre III du Code de la Sécurité sociale) ;
- Les travailleurs non-salariés des professions agricoles (nouvel article L. 732-18-3 du Code rural et de la pêche maritime, instauré par l'article 83 de la loi du 9 novembre 2010 précitée).

En ce qui concerne les régimes agricoles, seuls entrent en compte dans le champ du dispositif, les AT et MP survenus ou constatés :

- pour les salariés agricoles : à compter du 1^{er} juillet 1973 ;
- pour les non salariés agricoles : à compter du 1^{er} avril 2002 ;

dates depuis lesquelles ces risques sont couverts par les régimes concernés.

La retraite à raison de la pénibilité est réservée aux assurés victimes d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail. Cette dernière notion s'entend stricto sensu, c'est-à-dire à l'exclusion des accidents de trajet, lesquels n'ouvrent pas droit à la retraite à raison de la pénibilité. L'incapacité permanente due à un accident de trajet (article L.411-2 du Code de la Sécurité sociale) n'ouvre pas droit à retraite pour pénibilité. L'accident de travail, dont l'incapacité permanente doit avoir résulté, s'entend en effet au sens strict.

1. Les conditions d'obtention

Pour prétendre au bénéfice de la retraite à raison de la pénibilité, les assurés devront justifier d'un taux d'incapacité permanente reconnu :

- soit au titre d'une maladie professionnelle ;
- soit au titre d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Si l'incapacité permanente est consécutive en totalité ou en partie à un AT, les lésions consécutives à un AT doivent être identiques à celles indemnisées au titre d'une MP, quel que soit le taux d'IP.

Il a en effet été considéré que le lien entre maladies professionnelles et pénibilité est, dans la grande majorité des cas, avéré. C'est pourquoi, s'agissant des victimes d'accident du travail, le bénéfice de la retraite à raison de la pénibilité est, en logique, réservé aux seules personnes souffrant de lésions qui auraient également pu être la résultante d'une maladie professionnelle.

Pour un même accident de travail ou une même maladie professionnelle, le taux d'IP est susceptible d'évoluer, en cas d'aggravation ou d'amélioration de l'état de la victime.

Les taux d'incapacité permanente sont régis par les articles L. 351-1-4, D. 351-9 et D. 351-1-10 du Code de la sécurité sociale pour les salariés du régime général et du régime agricole, les articles L. 732-18-3, D. 732-41-2 et D. 732-41-3 du code rural et de la pêche maritime pour les travailleurs non-salariés des professions agricoles.

Les taux d'incapacité permanente pris en compte sont ceux reconnus dans le cadre des articles L. 411-1 et L. 461-1 du code de la sécurité sociale et des articles L. 752-2 et L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime.

Pour le régime des non-salariés agricoles, il convient de rappeler que l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés

agricoles (ATEXA), mise en place par la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2011, ne couvre que les maladies professionnelles et accidents du travail constatés ou survenus à compter du 1^{er} avril 2002.

Le taux d'IP à retenir est le taux reconnu en dernier lieu à l'assuré.

Le taux d'IP peut :

- soit correspondre à une seule et même MP ou d'un seul et même AT, sous réserve que ce taux soit au moins égal à 10 % ;

- soit résulter de l'addition de plusieurs taux.

Si le taux d'IP est inférieur à 10 % et n'est pas susceptible d'être additionné avec d'autres taux :

- soit du fait que l'assuré n'a été victime que d'un seul AT ou d'une seule MP ;
- soit du fait qu'aucun des autres taux n'est au moins égal à 10 %, même si le total des taux atteint 10 %,

le droit n'est pas ouvert.

Exemples :

- Un seul taux d'IP résultant d'une même MP, égal à 30 %, est pris en compte.
- Un seul taux d'IP résultant d'un même AT, égal à 15 %, est pris en compte.
- Par contre, un taux d'IP de 8 % au titre d'une seule MP ne peut pas être pris en considération : dans ce cas, le droit à la retraite pour pénibilité n'est pas ouvert.

Pour l'ouverture du droit à la retraite pour pénibilité, de même que pour la détermination de la procédure devant être mise en œuvre à cet effet, il est pris en compte, pour un même assuré, le taux global d'IP.

Ce taux global peut être obtenu en additionnant :

- les taux d'IP correspondant à plusieurs MP ou plusieurs AT ;

exemple 1 :

un taux d'IP de 15 % pour une MP et un taux d'IP de 10 % pour une autre MP s'additionnent, soit un taux global d'IP de 25 %.

exemple 2 :

un taux d'IP de 10 % pour un AT et un taux d'IP de 15 % pour un autre AT s'additionnent, soit un taux global d'IP de 25 %.

- les taux d'IP entre une ou plusieurs MP et un ou plusieurs AT ;

exemple :

un taux d'IP de 15 % pour une MP et un taux d'IP de 10 % pour un AT s'additionnent, soit un taux global d'IP de 25 %.

- les taux d'IP pour AT ou MP, entre régimes.

exemple :

un taux d'IP de 15 % pour une MP dans le régime général et un taux d'IP de 10 % pour un AT dans le régime des salariés agricoles s'additionnent, soit un taux global d'IP de 25 %.

L'addition de plusieurs taux d'IP n'est possible que dans la mesure où l'un d'eux est au moins égal, pour une même MP ou un même AT, à 10 %.

Plusieurs taux d'IP inférieurs, chacun, à 10 %, ne peuvent donc pas être additionnés, même si le total de ces taux atteint 10 %, voire même 20 %.

Exemples :

- Un taux d'IP de 10 % pour une MP dans le régime général et un taux d'IP de 5 % pour un AT dans le régime des salariés agricoles s'additionnent, soit un taux global d'IP de 15 %.
- Un taux d'IP de 5 % pour une MP et un taux de 5 % pour une autre MP ne s'additionnent pas car ils ne correspondent pas à la même MP, et qu'aucun des taux n'atteint 10 %.
- Un taux d'IP pour MP de 5 % dans le régime général, un taux d'IP de 5 % pour AT dans le régime des salariés agricoles et un taux d'IP de 5 % pour MP dans le régime des non salariés agricoles ne peuvent pas être additionnés, bien que le total de ces taux soit de 15 %. Le droit à la retraite pour pénibilité n'est pas ouvert.

Par ailleurs, l'addition des différents taux d'IP ne peut intervenir que sous réserve :

- s'il s'agit d'IP correspondant à un AT, de l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une MP (compétence médecin conseil),
- s'il s'agit d'IP correspondant à une MP ou un AT, dont le taux d'IP est supérieur ou égal à 10 % et inférieur à 20 %, de la reconnaissance de l'exposition de l'assuré aux facteurs de risques professionnels (compétence de la caisse de retraite en cas de MP et compétence de la commission pluridisciplinaire en cas d'AT).

Le taux d'incapacité permanente requis devra être d'au moins 10 %.

Lorsque ce taux sera au moins égal à 20 %, le droit à retraite sera ouvert sans autres conditions que la seule vérification, pour les victimes d'accidents du travail, de l'appréciation de la notion de lésions identiques.

En revanche, lorsque le taux sera au moins égal à 10 % et inférieur à 20 %, le bénéfice de la retraite sera subordonné

- d'une part, au fait que l'assuré puisse apporter la preuve qu'il a été exposé, pendant au moins dix-sept ans, à des facteurs de risques professionnels ;
- d'autre part, à l'avis d'une commission pluridisciplinaire chargée d'apprécier à la fois la validité des modes de preuve apportés par l'assuré et l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Il résulte de ce qui précède que quatre cas de figure doivent être distingués :

a. Taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 %, reconnu au titre d'une maladie professionnelle

L'assuré justifie d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 %, reconnu au titre d'une maladie professionnelle.

Ce cas de figure est le plus simple.

Il est régi pour :

- les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son I, R. 351-37 en son I et D. 351-1-9 du Code de la sécurité sociale ;
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son I, D. 732-41-2 et D. 732-58 du Code rural et de la pêche maritime.

Dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert sans autres conditions ;

- ♦ Exemple : Un assuré justifie d'une incapacité permanente reconnue au titre d'une maladie professionnelle, d'un taux égal à 20 %. Le droit à retraite pour pénibilité peut être ouvert.

Le taux de 20 % peut être obtenu par l'addition de plusieurs taux d'incapacité permanente reconnus à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, sous réserve qu'un taux d'incapacité au moins égal à 10 % ait été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail.

- ♦ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes toutes deux reconnues au titre d'une maladie professionnelle, l'une d'un taux de 15 %, l'autre d'un taux de 5 %. L'une de ces maladies professionnelles ayant entraîné la reconnaissance d'un taux au moins égal à 10 %, le cumul des taux est possible, permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %. Le droit à retraite pour pénibilité peut donc être ouvert.

Cependant, lorsqu'au moins un des taux résulte d'une incapacité consécutive à un accident du travail, le cumul des taux ne dispense pas de la vérification de l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

- ♦ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, l'une d'un taux de 15 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle, l'une d'un taux de 5 % reconnu au titre d'un accident du travail. Un taux au moins égal à 10 % ayant été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle, le cumul des taux est possible, permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %.

Toutefois, l'une des incapacités permanentes ayant été reconnue au titre d'un accident du travail, l'ouverture du droit à retraite pour pénibilité nécessite la vérification préalable de l'identité des lésions consécutives à cet accident du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Si cette identité des lésions n'est pas reconnue, la seule incapacité permettant d'ouvrir droit à retraite pour pénibilité est celle obtenue au titre de la maladie professionnelle. Cette incapacité étant d'un taux inférieur à 20 % mais supérieur à 10 %, la demande ne devra pas être soumise à l'avis de la commission pluridisciplinaire si la durée d'activité professionnelle était d'au moins 17 ans.

b. Taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % reconnu au titre d'un accident du travail

L'assuré justifie d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % reconnu au titre d'un accident du travail.

Un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % permet d'ouvrir le droit à retraite à raison de la pénibilité sans autres conditions que la seule vérification, pour les victimes d'accidents du travail, de l'appréciation de la notion de lésions identiques.

Les lésions consécutives à un AT doivent être identiques à celles indemnisées au titre d'une MP.

Si ce même taux d'incapacité permanente de 20 % a été reconnu au titre d'un accident du travail, l'ouverture du droit à retraite pour pénibilité est subordonnée à la reconnaissance de l'identité des lésions consécutives à cet accident avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Le taux de 20 % peut être obtenu par l'addition de plusieurs taux d'incapacité permanente reconnus à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, sous réserve qu'un taux d'incapacité au moins égal à 10 % ait été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail.

♦ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes toutes deux reconnues au titre d'une maladie professionnelle, l'une d'un taux de 15 %, l'autre d'un taux de 5 %. L'une de ces maladies professionnelles ayant entraîné la reconnaissance d'un taux au moins égal à 10 %, le cumul des taux est possible, permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %. Le droit à retraite pour pénibilité peut donc être ouvert.

Cependant, lorsqu'au moins un des taux résulte d'une incapacité consécutive à un accident du travail, le cumul des taux ne dispense pas de la vérification de l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

♦ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, l'une d'un taux de 15 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle, l'une d'un taux de 5 % reconnu au titre d'un accident du travail. Un taux au moins égal à 10 % ayant été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle, le cumul des taux est possible, permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %.

Toutefois, l'une des incapacités permanentes ayant été reconnue au titre d'un accident du travail, l'ouverture du droit à retraite pour pénibilité nécessite la vérification préalable de l'identité des lésions consécutives à cet accident du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Si cette identité des lésions n'est pas reconnue, la seule incapacité permettant d'ouvrir droit à retraite pour pénibilité est celle obtenue au titre de la maladie profes-

sionnelle. Cette incapacité étant d'un taux inférieur à 20 % mais supérieur à 10 %, la demande ne devra pas être soumise à l'avis de la commission pluridisciplinaire si la durée d'activité professionnelle était d'au moins 17 ans.

Enfin, le cumul des taux est possible, dans les conditions exposées ci-dessus et dans le respect des règles de coordination lorsque l'assuré justifie de plusieurs taux d'incapacité reconnus par des régimes différents.

♦ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, l'une d'un taux de 15 % reconnue dans le régime général suite à une maladie professionnelle, l'autre d'un taux de 5 % obtenue dans l'un des régimes de protection sociale agricoles suite à un accident du travail. L'une de ces incapacités ayant entraîné la reconnaissance d'un taux au moins égal à 10 %, le cumul des taux est possible. Le dossier sera instruit par le régime général (régime ayant reconnu le taux d'incapacité le plus élevé), l'instruction se faisant conformément à l'exemple antérieur.

♦ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes toutes deux reconnues au titre d'un accident du travail, l'une d'un taux de 15 %, l'autre d'un taux de 5 %. L'un de ces accidents du travail ayant entraîné la reconnaissance d'un taux au moins égal à 10 %, le cumul des taux est possible, permettant ainsi d'arriver à un taux d'incapacité permanente de 20 %.

Toutefois, ces incapacités étant consécutives à des accidents du travail, le droit à retraite pour pénibilité ne peut être ouvert que si l'identité des lésions consécutives à ces accidents du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle est reconnue. Si cette identité des lésions n'est pas reconnue, le droit à retraite pour pénibilité ne peut être ouvert.

Si l'identité des lésions est reconnue pour la seule incapacité d'un taux de 15 % (et non pour celle de 5 %), donc pour une incapacité d'un taux inférieur à 20 %, la demande devra être soumise à l'avis de la commission pluridisciplinaire.

Si cette identité des lésions est reconnue pour la seule incapacité d'un taux de 5 % (et non pour celle de 15 %), le droit à retraite pour pénibilité ne peut être ouvert.

Dans ce cas, l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle devra être vérifiée ; elle est régie pour

- les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son I, R. 351-37 en son III et D. 351-1-9 du Code de la sécurité sociale (Arrêté du 30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son I, et D. 732-58-1 du Code rural et de la pêche maritime (arrêté du

30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale).

Il est rappelé que le droit à retraite à raison de la pénibilité ne s'adresse qu'aux seuls assurés justifiant d'un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajet. Pour les victimes d'accidents du travail, le droit n'est ouvert qu'aux seuls assurés souffrant de lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Lorsque la demande de pension de retraite émane d'un assuré victime d'un accident du travail, la caisse saisit :

- Lorsque la demande est instruite par une caisse du régime général : l'échelon régional du service médical dont relève l'assuré au moment du dépôt de sa demande de pension ou, si l'assuré réside à l'étranger, l'échelon régional du service médical du lieu d'implantation de la caisse. La caisse joint à sa saisine la notification de rente ;
- Lorsque la demande est instruite par une caisse départementale ou pluri départementale de mutualité sociale agricole : le service du contrôle médical. La caisse joint à sa saisine la notification du taux d'incapacité permanente.

Cette saisine du médecin-conseil n'a toutefois lieu d'être que si l'assuré justifie bien d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 %.

L'identité des lésions est examinée par l'échelon régional du service médical du lieu d'implantation de la caisse chargée de l'instruction de la demande de retraite pour pénibilité, quel que soit le lieu de résidence de l'assuré (France ou étranger).

Le médecin conseil régional se détermine au vu :

- des conclusions médicales figurant sur les notifications de rente et des notifications de consolidation médicale ou dans les fichiers automatisés de l'assurance maladie (pour ce qui concerne les AT relevant du régime général) ;
- de l'arrêté fixant la liste des lésions consécutives à un AT et identiques à celles indemnisées au titre d'une MP.

L'avis du médecin conseil régional s'impose aux caisses.

L'arrêté du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé du 30 mars 2011 paru au Journal Officiel du 31.03.11 a fixé la liste des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur cette liste est appréciée par le médecin-conseil au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente (salariés du régime général) ou sur la notification du taux d'incapacité permanente (travailleurs salariés et non-salariés des professions agricoles).

Aux termes des derniers alinéas du III de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception par la caisse d'un dossier complet.

Pour une instruction des dossiers de demande de retraite compatible avec ce délai de quatre mois, il est recommandé aux médecins-conseils de rendre leur avis dans le délai d'un mois suivant le jour où l'échelon régional du service médical ou le service du contrôle médical a été saisi, particulièrement en cas de taux d'incapacité permanente nécessitant la saisine de la commission pluridisciplinaire.

Cette saisine du médecin-conseil n'a toutefois lieu d'être que si l'assuré justifie bien d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 %.

L'arrêté du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé 30 mars 2011 paru au Journal Officiel du 31.03.11 a fixé la liste des lésions consécutives à un AT et identiques à celles indemnisées au titre d'une MP.

Il s'agit de lésions cardio-vasculaires, dermatologiques, digestives, neurologiques, psychiatriques, de l'appareil urinaire et génital masculin, de l'appareil respiratoire, hématologiques, de l'appareil locomoteur, otorhinolaryngologiques, stomatologiques, ophtalmologiques, dues aux maladies infectieuses et systémiques.

Ces lésions sont communes au régime général et aux régimes agricoles.

L'arrêté du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé du 30 mars 2011 paru au Journal Officiel du 31.03.11, a fixé la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnée à l'article R. 351-24-1 du code de la sécurité sociale.

Lésions cardio-vasculaires

Arrêt cardio-respiratoire

Embolie pulmonaire

Endocardite

Insuffisance cardiaque

Insuffisance coronarienne

Myocardite

Péricardite

Phlébite

Syndrome de Raynaud

Troubles du rythme et de la conduction

Lésions dermatologiques

Acné

Atteinte unguéale

Brûlures cutanées

Carcinome basocellulaire et spinocellulaire

Dépilation

Dermite

Eczéma

Infection cutanée

Panaris

Prurit chronique
Pustule
Pyodermite
Radiodermite
Ulcérations post-phlébitiques
Urticaire
Varices

Lésions digestives

Brûlures gastriques
Cirrhose
Colite
Diarrhée
Douleurs gastriques
Dysphagie
Hépatite
Insuffisance hépatique
Tumeur maligne du foie
Vomissements

Lésions neurologiques

Accident vasculaire cérébral
Aphasie
Ataxie
Céphalées
Coma
Cruralgies
Dysarthrie
Encéphalopathie
Épilepsie
Myoclonies
Paralysie faciale
Réaction méningée, méningite, myélite
Sciaticques
Syndrome cérébelleux
Syndromes de compression nerveuse : cervico-brachial, gouttière épitrochléo-olécrânienne, canal carpien, loge de Guyon, sciaticque poplitée externe, queue de cheval
Syndrome pyramidal
Syndrome extrapyramidal dont syndrome parkinsonien
Troubles neurologiques périphériques : polynévrite, polyradiculonévrite (syndrome de Guillain Barré)
Somnolence
Tremblements
Lésions psychiatriques
Altérations cognitives
Délires
États de stress posttraumatique
Syndromes confusionnels
Troubles anxieux
Troubles de l'adaptation
Troubles dépressifs
Troubles phobiques
Lésions de l'appareil urinaire et génital masculin
Epididymite
Insuffisance rénale
Orchite
Stérilité masculine

Lésions de l'appareil respiratoire

Cancer broncho-pulmonaire primitif
Emphysème
Insuffisance respiratoire
Pneumothorax

Lésions hématologiques

Anémie
Aplasie médullaire
Leucémie
Leuco-neutropénie
Syndrome hémorragique
Syndrome post-splénectomie
Syndrome post-transfusionnel
Thrombopénie

Lésions de l'appareil locomoteur

Algodystrophie
Arthrite
Arthrose (dont gonarthrose)
Cervicalgies
Dorsalgies
Hydarthrose
Hygromas
Nécrose osseuse
Lésions du ménisque
Limitation mobilités articulaires
Lombalgies
Maladie de Dupuytren
Ostéoarthrites
Raideurs lombaires
Sarcome osseux
Synovite
Tendinopathies de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, des doigts, du genou et de la cheville
Troubles angioneurotiques

Lésions ORL

Acouphènes
Hyperacousie
Hypoacousie, surdité

Lésions de l'oreille interne

Otite
Rhinite
Ulcération bucco-pharyngée
Ulcération nasale
Vertiges et troubles de l'équilibre

Lésions stomatologiques

Hypersialorrhée
Stomatite
Syndrome sec

Lésions ophtalmologiques

Blépharite
Brûlures oculaires
Cataracte
Conjonctivite
Endophtalmie
Kératite
Paralysie oculo-motrice (diplopie, ptosis)
Ptérygion
Syndrome sec oculaire

Trouble de l'acuité visuelle

Uvéite

Lésions dues aux maladies infectieuses

Hépatites virales

Septicémie

Tétanos

Toutes manifestations de la rage

Lésions systémiques

Choc anaphylactique

Cedème de Quincke

L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur cette liste est appréciée par le médecin-conseil au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente (salariés du régime général) ou sur la notification du taux d'incapacité permanente (travailleurs salariés et non-salariés des professions agricoles).

L'avis du médecin-conseil étant rendu, deux cas de figure peuvent se présenter :

- le médecin-conseil ne reconnaît pas l'identité des lésions avec celles figurant sur la liste annexée à l'arrêté du 30 mars 2011 précité : dans ce cas, la caisse liquidatrice de la pension de retraite notifie à l'assuré le rejet de sa demande de pension de retraite, en précisant les voies et délais de recours (saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de cette décision) ;
- l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité au moins égal à 20 % : dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert.

c. Taux global d'incapacité permanente supérieur ou égal 20 %, constitué : d'une incapacité permanente pour AT, quel qu'en soit le taux et d'une incapacité permanente pour MP (maladie professionnelle) dont le taux est supérieur ou égal à 10 % et inférieur à 20 %

On se retrouve dans le cas du 1. Les conditions d'obtention d. Taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 % aa. Taux au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle.

Le droit à retraite pour pénibilité est ouvert dès lors que la condition de durée d'exposition à des facteurs de risques professionnels est satisfaite au regard de la MP (maladie professionnelle), (minimum de 68 trimestres de cotisations à la charge de l'assuré).

Il n'est donc pas nécessaire que l'identité des lésions consécutives à l'AT avec celles indemnisées au titre d'une MP (maladie professionnelle) soit reconnue par le médecin conseil.

Si la condition de durée d'exposition au regard de l'incapacité permanente pour MP n'est pas remplie, cette dernière ne peut plus être prise en compte pour l'étude du droit. Il doit alors être demandé au médecin conseil, dans le cas où le taux d'incapacité permanente pour AT est au moins égal à 10 %, de se prononcer sur l'identité des lésions.

L'avis favorable du médecin conseil produit les conséquences suivantes :

- si le taux d'incapacité permanente pour AT est supérieur ou égal 20 %, le droit à la retraite pour pénibilité est ouvert ;
- si le taux d'incapacité permanente pour AT est supérieur ou égal à 10 % et inférieur 20 %, la commission pluridisciplinaire doit être saisie pour examen de la condition d'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Si la commission pluridisciplinaire rend un avis favorable, le droit est ouvert. Dans le cas contraire, la demande est rejetée.

Exemples :

- Un taux global d'IP est constitué d'un taux d'IP AT de 15 % et d'un taux d'IP MP de 10 %.

Il convient de traiter en priorité l'IP MP et donc de rechercher si l'assuré justifie de 68 trimestres de cotisations à sa charge (constat par la caisse de retraite).

Si tel est le cas, le droit est ouvert.

Dans le cas contraire, le médecin conseil doit être saisi d'une demande d'identité de lésions pour l'IP AT.

Si le médecin conseil rend un avis défavorable, la demande est rejetée.

En revanche, l'avis favorable du médecin conseil provoque la saisine de la commission pluridisciplinaire pour examen de la condition d'exposition.

En cas d'avis favorable de la commission, le droit est ouvert. Dans le cas contraire, la demande est rejetée.

- Un taux global d'IP est constitué d'un taux d'IP AT de 20 % et d'un taux d'IP MP de 15 %.

Il convient, là encore, de traiter en priorité l'IP MP et donc de rechercher si l'assuré justifie de 68 trimestres de cotisations à sa charge (constat par la caisse de retraite).

Si tel est le cas, le droit est ouvert.

Dans le cas contraire, le médecin conseil doit être saisi d'une demande d'identité de lésions pour l'IP AT.

Si le médecin conseil rend un avis favorable, le droit est ouvert, puisque le taux d'IP AT atteint à lui seul 20 %. Dans le cas contraire, la demande est rejetée.

- Un taux global d'IP est constitué d'un taux d'IP MP de 15 % et d'un taux d'IP AT de 9 %. Il convient d'examiner la condition d'exposition (68 trimestres) pour l'IP MP. Si cette condition est remplie le droit est ouvert. Dans le cas contraire, la demande est rejetée.

d. Taux global d'incapacité permanente supérieur ou égal à 20%, constitué : d'une incapacité permanente pour AT quel qu'en soit le taux et d'une incapacité permanente pour MP (maladie professionnelle) dont le taux est inférieur à 10%

Dans ce cas, le taux d'incapacité permanente pour AT est par définition supérieur ou égal à 10%. On se retrouve dans la configuration du 1. Les conditions d'obtention. e. Taux d'incapacité permanente au

moins égal à 10% mais inférieur à 20%. bb. Taux reconnu au titre de l'accident du travail.

e. Taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 %

L'assuré justifie d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 %.

Les dispositions spécifiques sont régies :

- ❖ pour les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son III, R. 351-37 en son III, D. 351-1-10, D. 351-1-11, D. 351-1-12 et D. 351-1-13 du code de la sécurité sociale, l'article D. 4121-5 du code du travail (créé par le décret n°2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels) ;
 - ❖ pour les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son III, R. 732-58-1, D. 732-41-3, D. 732-41-4 et D. 732-41-5 du code rural et de la pêche maritime, par l'article D. 4121-5 du code du travail (créé par le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels).
- Un taux d'incapacité permanente inférieur à 20 % mais au moins égal à 10 % permet, sous certaines conditions, d'ouvrir le droit à retraite à raison de la pénibilité.

Conformément à l'article D. 351-1-10 du code de la sécurité sociale, ce taux d'incapacité permanente doit avoir été obtenu au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail. En effet, l'article L. 351-1-4 du même code dispose, en son III, que le taux d'incapacité permanente de l'assuré doit être au moins égal à un taux fixé par décret. Le cumul de taux inférieurs à 10 % serait donc contraire au texte de la loi.

Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, toutes deux d'un taux de 5 %. Le droit à retraite pour pénibilité ne peut donc être ouvert.

aa. Taux au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 % reconnu au titre d'une maladie professionnelle

Si ce taux a été reconnu au titre d'une maladie professionnelle :

Lorsque le salarié a été victime d'une maladie professionnelle ayant entraîné une IPP d'au moins 10 %, si son activité professionnelle a au moins été de 17 ans, cette durée d'activité professionnelle sera considérée comme la durée d'exposition aux facteurs de risque professionnels de pénibilité (circulaire n° 2012-63 du 13.09.12 de la caisse nationale d'assurance vieillesse). Si l'incapacité permanente était reconnue suite à une maladie professionnelle et si la durée d'activité professionnelle a été au moins de 17 ans, c'est-à-dire au moins 68 trimestres validés par des cotisations, la demande n'aura pas à être soumise à l'avis de la commission pluridisciplinaire.

Dès lors que le taux d'IP (incapacité permanente) consécutif à une MP est égal ou supérieur à 10 % et inférieur à 20 %, il doit être établi, par la caisse de retraite, que l'assuré a justifié d'une durée d'activité professionnelle de 17 ans, laquelle est présumée être une durée d'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Cette condition de durée d'activité est supposée remplie dès lors que l'assuré justifie d'au moins 68 trimestres validés par des cotisations à sa charge, dans les régimes suivants :

- les régimes entrant dans le champ du dispositif de retraite pour pénibilité (régime général, régime des salariés agricoles, régime des non salariés agricoles) ;
- les régimes hors champ (tel le cas, par exemple, du régime social des indépendants), même si ces régimes prévoient un mécanisme d'indemnisation des AT-MP différent de celui des régimes dans le champ, voire ne prévoient aucune indemnisation spécifique des AT-MP.

Sont retenus également, après application des règles de conversion, les trimestres accomplis dans un ou plusieurs États relevant des règlements de coordination européens n° 883/2004 et n° 987/2009, au titre des principes de l'assimilation des faits et de la totalisation des périodes.

Il s'agit du cas des autres régimes de base dans les autres États de l'Union Européenne.

En revanche, les périodes accomplies dans un Etat lié à la France par un accord bilatéral de sécurité sociale ne sont pas prises en considération (aucune disposition conventionnelle ne le permettant). Il en est de même des périodes dans une institution européenne ou une organisation internationale à laquelle la France est partie.

La date de la maladie professionnelle est indifférente. Sont retenus les trimestres cotisés selon les modalités définies pour la majoration du minimum contributif (cf. § 52 de la circulaire CNAV n° 2005/30 du 4 juillet 2005 et § 55 de la circulaire CNAV n° 2010/55 du 26 mai 2010).

Les années d'activité prises en compte peuvent être successives ou non. Il en est de même des trimestres retenus, au cours d'une même année.

En pratique, la caisse doit vérifier uniquement la condition de durée de 17 ans d'activité professionnelle et ce, au moyen des informations dont elle dispose (fichier informatisé ou tout document transmis par les autres organismes, comportant la durée totale d'assurance de l'intéressé à l'ensemble des régimes).

En effet, le lien entre l'IP (incapacité permanente) et l'exposition aux facteurs de risques professionnels est établi, quant à lui, du seul fait de la production des notifications de rente et/ou de taux d'IP (incapacité permanente) et de consolidation médicale. La caisse n'a donc pas à en vérifier l'effectivité, c'est-à-dire la réalité du lien de cause à effet entre l'incapacité permanente et l'exposition à certains facteurs de risques professionnels, ce lien étant établi du seul fait que l'as-

suré percevait une rente pour maladie professionnelle et/ou de la reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente.

Il n'est donc pas nécessaire que l'identité des lésions consécutives à l'AT avec celles indemnisées au titre d'une MP soit reconnue par le médecin conseil.

La vérification de la condition d'exposition aux facteurs de risques professionnels, en cas de taux d'IP au moins égal à 10 % et inférieur à 20 %, résultant d'une MP (maladie professionnelle), incombait auparavant à la commission pluridisciplinaire (en particulier, § 32, 4321 et 755 de la circulaire CNAV n° 2011-49).

Toutefois, le rôle de la commission en la matière était très limité et purement formel, de sorte que la Direction de la Sécurité Sociale, par lettre du 6 octobre 2011, a décidé qu'il n'était plus utile de soumettre à cette dernière les dossiers des assurés justifiant d'un taux d'IP au moins égal à 10 % et inférieur à 20 %, consécutif à une maladie professionnelle.

Il en résulte que les dispositions de la circulaire ministérielle du 18 avril 2011, jointe à la circulaire CNAV n° 2011-49, qui donnaient compétence à la commission, en pareille situation, ne sont plus applicables.

Si la condition de durée d'exposition au regard de l'IP pour une MP (maladie professionnelle) n'est pas remplie, cette dernière ne peut plus être prise en compte pour l'étude du droit. Il doit alors être demandé au médecin conseil, dans le cas où le taux d'IP AT est au moins égal à 10 %, de se prononcer sur l'identité des lésions.

L'avis favorable du médecin conseil produit les conséquences suivantes :

- si le taux d'IP AT est supérieur ou égal 20 %, le droit à la retraite pour pénibilité est ouvert ;
- si le taux d'IP AT est supérieur ou égal à 10 % et inférieur 20 %, la commission pluridisciplinaire doit être saisie pour examen de la condition d'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Si la commission pluridisciplinaire rend un avis favorable, le droit est ouvert. Dans le cas contraire, la demande est rejetée.

bb. Taux reconnu au titre d'un accident du travail

Si ce taux a été reconnu au titre d'un accident du travail :

Les lésions consécutives à un AT doivent être identiques à celles indemnisées au titre d'une MP, quel que soit le taux d'IP.

α. Vérification de l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle

Dans ce cas, l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle devra être vérifiée ; elle est régie pour :

- les salariés du régime général et du régime agricole par les articles L. 351-1-4 en son I, R. 351-37 en son III et D. 351-1-9 du Code de la sécurité sociale (Arrêté du 30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles par les articles L. 732-18-3 en son I, et D. 732-58-1 du Code rural et de la pêche maritime (arrêté du 30 mars 2011 fixant la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnées à l'article R. 351-1-4 du code de la sécurité sociale).

Il est rappelé que le droit à retraite à raison de la pénibilité ne s'adresse qu'aux seuls assurés justifiant d'un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajet.

Pour les victimes d'accidents du travail, le droit n'est ouvert qu'aux seuls assurés souffrant de lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

Lorsque la demande de pension de retraite émane d'un assuré victime d'un accident du travail, la caisse saisit :

- Lorsque la demande est instruite par une caisse du régime général : l'échelon régional du service médical dont relève l'assuré au moment du dépôt de sa demande de pension ou, si l'assuré réside à l'étranger, l'échelon régional du service médical du lieu d'implantation de la caisse. La caisse joint à sa saisine la notification de rente ;
- Lorsque la demande est instruite par une caisse départementale ou pluri départementale de mutualité sociale agricole : le service du contrôle médical. La caisse joint à sa saisine la notification du taux d'incapacité permanente.

Cette saisine du médecin-conseil n'a toutefois lieu d'être que si l'assuré justifie bien d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 %.

L'arrêté du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé du 30 mars 2011 paru au Journal Officiel du 31.03.11 a fixé la liste de référence des lésions consécutives à un accident du travail et identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, mentionnée à l'article R. 351-24-1 du code de la sécurité sociale.

Lésions cardio-vasculaires

Arrêt cardio-respiratoire

Embolie pulmonaire

Endocardite

Insuffisance cardiaque

Insuffisance coronarienne

Myocardite

Péricardite

Phlébite

Syndrome de Raynaud
Troubles du rythme et de la conduction

Lésions dermatologiques

Acné
Atteinte unguéale
Brûlures cutanées
Carcinome basocellulaire et spinocellulaire
Dépilation
Dermite
Eczéma
Infection cutanée
Panaris
Prurit chronique
Pustule
Pyodermite
Radiodermite
Ulcérations post-phlébitiques
Urticaire
Varices

Lésions digestives

Brûlures gastriques
Cirrhose
Colite
Diarrhée
Douleurs gastriques
Dysphagie
Hépatite
Insuffisance hépatique
Tumeur maligne du foie
Vomissements

Lésions neurologiques

Accident vasculaire cérébral
Aphasie
Ataxie
Céphalées
Coma
Cruralgies
Dysarthrie
Encéphalopathie
Epilepsie
Myoclonies
Paralysie faciale
Réaction méningée, méningite, myélite
Sciaticques
Syndrome cérébelleux
Syndromes de compression nerveuse : cervico-brachial, gouttière épitrochléo-olécrânienne, canal carpien, loge de Guyon, sciaticque poplitée externe, queue de cheval
Syndrome pyramidal
Syndrome extrapyramidal dont syndrome parkinsonien
Troubles neurologiques périphériques : polynévrite, polyradiculonévrite (syndrome de Guillain Barré)
Somnolence
Tremblements

Lésions psychiatriques

Altérations cognitives

Délires

États de stress posttraumatique

Syndromes confusionnels

Troubles anxieux

Troubles de l'adaptation

Troubles dépressifs

Troubles phobiques

Lésions de l'appareil urinaire et génital masculin

Epididymite

Insuffisance rénale

Orchite

Stérilité masculine

Lésions de l'appareil respiratoire

Cancer broncho-pulmonaire primitif

Emphysème

Insuffisance respiratoire

Pneumothorax

Lésions hématologiques

Anémie

Aplasie médullaire

Leucémie

Leuco-neutropénie

Syndrome hémorragique

Syndrome post-splénectomie

Syndrome post-transfusionnel

Thrombopénie

Lésions de l'appareil locomoteur

Algodystrophie

Arthrite

Arthrose (dont gonarthrose)

Cervicalgies

Dorsalgies

Hydarthrose

Hygromas

Nécrose osseuse

Lésions du ménisque

Limitation mobilités articulaires

Lombalgies

Maladie de Dupuytren

Ostéoarthrites

Raideurs lombaires

Sarcome osseux

Synovite

Tendinopathies de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, des doigts, du genou et de la cheville

Troubles angioneurotiques

Lésions ORL

Acouphènes

Hyperacousie

Hypoacousie, surdité

Lésions de l'oreille interne

Otite

Rhinite

Ulcération bucco-pharyngée

Ulcération nasale

Vertiges et troubles de l'équilibre

Lésions stomatologiques

Hypersialorrhée

Stomatite
 Syndrome sec
Lésions ophtalmologiques
 Blépharite
 Brûlures oculaires
 Cataracte
 Conjonctivite
 Endophtalmie
 Kératite
 Paralyse oculo-motrice (diplopie, ptosis)
 Ptérygion
 Syndrome sec oculaire
 Trouble de l'acuité visuelle
 Uvéite

Lésions dues aux maladies infectieuses
 Hépatites virales
 Septicémie
 Tétanos
 Toutes manifestations de la rage

Lésions systémiques

Choc anaphylactique
 Œdème de Quincke

Seuls peuvent bénéficier de la retraite pour pénibilité les assurés victimes d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Les lésions retenues sont celles figurant sur la liste annexée à l'arrêté du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé du 30 mars 2011 paru au Journal Officiel du 31.03.11. Parmi ces lésions, certaines d'entre elles sont, par nature, peu susceptibles d'être liées à une exposition aux facteurs de risques professionnels énoncés ci-dessus. Pour aider la commission pluridisciplinaire, des exemples sont indiqués ci-après. Ils ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne préjugent pas de la décision que prendra la commission au vu des éléments de preuve apportés par l'assuré.

(Circulaire du Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé n° DSS/SD2/2011/151 du 18.04.11 relative à la mise en œuvre de la retraite à raison de la pénibilité).

Séquelles d'un traumatisme crânien

Aphasie
 Ataxie
 Dysarthrie
 Épilepsie
 Myoclonies
 Névrites, polynévrites
 Somnolence
 Syndromes cérébelleux
 Syndrome parkinsonien
 Syndromes psychiatriques (dont délires, états dépressifs, altérations cognitives, confusion mentale)
 Tremblements
Séquelles d'un traumatisme thoraco-abdominal
 Emphysème Insuffisance cardiaque Insuffisance rénale
 Insuffisance respiratoire Pneumothorax
 Stérilité masculine

Complications infectieuses d'un accident du travail

Endocardite
 Epididymite
 Infection cutanée
 Méningite
 Myocardite
 Orchite
 Ostéoarthrite
 Otite
 Panaris
 Péricardite
 Pyodermite
 Septicémie

Toutes manifestations de la rage

Séquelles psychiques d'un traumatisme

États de stress post-traumatique
 Troubles anxieux et dépressifs
 Troubles de l'adaptation
 Troubles phobiques

Accidents vaccinaux

Affections imputables à la sérothérapie ou vaccinothérapie
 Syndrome de Guillain-Barré

L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur cette liste est appréciée par le médecin-conseil au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente (salariés du régime général) ou sur la notification du taux d'incapacité permanente (travailleurs salariés et non-salariés des professions agricoles).

Aux termes des derniers alinéas du III de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception par la caisse d'un dossier complet.

Pour une instruction des dossiers de demande de retraite compatible avec ce délai de quatre mois, il est recommandé aux médecins-conseils de rendre leur avis dans le délai d'un mois suivant le jour où l'échelon régional du service médical ou le service du contrôle médical a été saisi, particulièrement en cas de taux d'incapacité permanente nécessitant la saisine de la commission pluridisciplinaire.

L'avis du médecin-conseil étant rendu, trois cas de figure peuvent se présenter :

- le médecin-conseil ne reconnaît pas l'identité des lésions avec celles figurant sur la liste annexée à l'arrêté du 30 mars 2011 précité : dans ce cas, la caisse liquidatrice de la pension de retraite notifie à l'assuré le rejet de sa demande de pension de retraite, en précisant les voies et délais de recours (saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de cette décision) ;
- l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité au moins égal à 20 % : dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert ;

- l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité inférieur à 20 % et au moins égal à 10 % : dans ce cas, la Caisse saisit la Commission pluridisciplinaire, en précisant que l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle a été reconnue par le médecin-conseil.

β. Saisine de la commission pluridisciplinaire

Lorsque l'incapacité permanente, dont le taux est égal ou supérieur à 10 % et inférieur à 20 %, résulte d'un accident de travail, les conditions d'exposition aux facteurs de risques professionnels et de lien entre l'IP et cette exposition sont examinées par une commission pluridisciplinaire dont la composition et le fonctionnement diffèrent pour le régime général et les régimes agricoles.

Il est constitué une commission pluridisciplinaire pour chaque caisse.

Dans ce cas, l'avis de la Commission pluridisciplinaire est requis, cette commission étant saisie, si l'assuré a été victime d'un accident du travail, après que l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle a été vérifiée.

Lorsque la demande de retraite émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité inférieur à 20 %, mais au moins égal à 10 %, la caisse saisit la commission pluridisciplinaire. Cette saisine intervient si l'incapacité résulte d'un accident du travail, après que le médecin-conseil a reconnu l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

La Caisse ne saisit pas la Commission pluridisciplinaire en cas de maladie professionnelle si la durée d'activité professionnelle a été au moins de 17 ans.

Il doit être établi, par une commission pluridisciplinaire :

- d'une part, que l'assuré a été exposé pendant 17 ans à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels ;
- d'autre part, que l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels sont liés.

β1. Composition de la commission pluridisciplinaire

La composition et le fonctionnement de la commission pluridisciplinaire diffèrent pour le régime général et les régimes de protection sociale agricole.

Cas du régime général

Dans le régime général, la commission compétente est celle du lieu d'implantation de la caisse chargée de l'instruction de la demande de retraite pour pénibilité, quel que soit le lieu de résidence de l'assuré (France ou étranger). Cette caisse assure le secrétariat de la commission.

- Dans le régime général, la commission pluridisciplinaire est composée comme suit :

1° le directeur de la caisse chargée de la liquidation de la pension de retraite, ou son représentant intervenant au titre de l'assurance vieillesse ;

2° le médecin-conseil régional qui peut désigner, pour le représenter, un médecin-conseil de l'échelon régional du contrôle médical ;

3° l'ingénieur conseil chef du service de prévention, ou son représentant ;

4° selon le cas, le professeur des universités – praticien hospitalier ou le praticien hospitalier membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, qui peuvent se faire représenter ;

5° le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ou son représentant.

En tant que de besoin, la commission pluridisciplinaire peut recueillir l'avis du médecin inspecteur régional du travail ou, à défaut, d'un médecin du travail désigné par le DIRECCTE.

- Le ressort territorial de la commission pluridisciplinaire est celui de la caisse chargée d'apprécier la demande de pension de retraite. Cette caisse assure le secrétariat de la commission pluridisciplinaire.

Cas des régimes de protection sociale des professions agricoles

- En ce qui concerne les régimes de protection sociale agricole, la commission pluridisciplinaire est composée comme suit :

1° le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole dont relève le département dans lequel se trouve le siège du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, ou le représentant qu'il désigne pour le représenter ;

2° le médecin-conseil national du régime agricole de protection sociale, ou la personne qu'il désigne pour le représenter parmi les médecins-conseils des caisses de mutualité sociale agricole se trouvant dans le ressort de compétence du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles ;

3° un conseiller en prévention des risques professionnels désigné au sein de sa caisse par le directeur mentionné au 1° ;

4° selon le cas, le professeur des universités - praticien hospitalier ou le praticien hospitalier membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, qui peuvent se faire représenter ;

5° le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ou son représentant.

En tant que de besoin, la commission pluridisciplinaire peut recueillir l'avis du médecin inspecteur régional du travail ou, à défaut, d'un médecin du travail désigné par le DIRECCTE.

- Le ressort territorial de la commission pluridisciplinaire est celui prévu par l'article D. 751-35 du code rural et de la pêche maritime pour le comité

régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le secrétariat de la commission pluridisciplinaire est assuré par la caisse de mutualité sociale agricole visée au 1° ci-dessus, dont relève le département dans lequel se trouve le siège du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

β2. Organisation de la commission pluridisciplinaire

Dispositions communes au régime général et aux régimes de protection sociale des professions agricoles

- ▶ Les membres de la commission pluridisciplinaire sont astreints au secret professionnel.
- ▶ **Le remboursement des frais de déplacement des membres de la commission pluridisciplinaire et des assurés entendus par la commission**

– Les membres de la commission pluridisciplinaire sont remboursés de leurs frais de déplacement.

La Direction de la Sécurité Sociale a précisé les conditions dans lesquelles doit intervenir ce remboursement. C'est ainsi que le remboursement des frais de déplacement des membres de la commission et des assurés entendus par la commission est opéré par analogie avec les règles retenues pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, visés à l'article L.461-1 du code de la sécurité sociale.

La date de mise en œuvre du remboursement des frais de déplacement.

Le remboursement est applicable aux frais de déplacement générés du fait de la réunion des commissions qui siègent depuis le 1^{er} juillet 2011.

– Le remboursement des frais de déplacement des professeurs des universités – praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers.

Les frais de déplacement des professeurs des universités – praticiens hospitaliers ou des praticiens hospitaliers, membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, ou leurs représentants, sont pris en charge selon les modalités prévues pour les agents de direction des organismes de sécurité sociale. Ces modalités ont été fixées en dernier lieu par le protocole d'accord du 26 juin 1990 concernant les frais de déplacement des agents de direction, agents comptables, ingénieurs conseils et médecins salariés des organismes de sécurité sociale et de leurs établissements, modifié par les avenants successifs portant revalorisation des indemnités compensatrices de frais allouées aux intéressés.

Les dépenses correspondantes sont supportées par la branche retraite, puis remboursées à cette dernière par la branche AT-MP de l'assurance maladie.

– Le remboursement des frais de déplacement des autres membres de la commission.

Les frais de déplacement des membres de la commission pluridisciplinaire, autres que ceux visés au § 4311, sont remboursés aux intéressés par la structure

dont ces derniers relèvent dans le cadre de leurs missions habituelles.

– Le remboursement des frais de déplacement des assurés.

Les frais de déplacement des personnes victimes d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail, entendues par la commission, sont pris en charge en application de l'article L.442-8 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées à l'article L.322-5 dudit code et dans la limite des tarifs réglementaires.

Ce remboursement ne s'applique cependant :

* ni aux frais de déplacement des personnes auxquelles les assurés peuvent faire appel pour les assister en vertu du 7^{ème} alinéa du II de l'article D.351-1-11 du Code de la Sécurité Sociale ;

* ni, plus généralement, aux frais de déplacement des accompagnants éventuels des assurés.

▶ La commission pluridisciplinaire compétente est celle du lieu où l'assuré a déposé sa demande de retraite.

Pour mémoire, les règles de coordination interrégime font que lorsqu'un assuré relève ou a relevé du régime général et d'au moins l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, seule la commission du régime compétent, en application de l'article R.173-3-1 du code de la sécurité sociale, pour apprécier le droit à retraite sera saisie.

▶ L'assuré peut être, à son initiative ou à celle de la commission, entendu par la commission pluridisciplinaire. Il peut se faire assister par une personne de son choix.

Il saisit alors la commission pluridisciplinaire.

L'assuré peut être entendu par la commission :

- soit de sa propre initiative, en se faisant assister, le cas échéant, par une personne de son choix ;
- soit à l'initiative de la commission elle-même.

La commission pluridisciplinaire se détermine :

- au vu des notifications de rente ou de taux d'IP (incapacité permanente) et de consolidation médicale ;
- au vu des modes de preuve qui lui sont fournis et dont il lui appartient d'apprécier la validité, quant à la durée de l'exposition aux facteurs de risques professionnels et à l'effectivité du lien entre l'IP (incapacité permanente) et l'exposition.

Le ou les facteurs de risques auxquels l'assuré a été exposé doit correspondre à l'un de ceux définis par le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011.

L'avis de la commission pluridisciplinaire s'impose à la caisse.

β3. Rôles de la commission pluridisciplinaire

La commission est chargée de vérifier si l'assuré justifie, pendant 17 ans, de l'exposition aux facteurs de risques professionnels et d'établir que l'IP (incapacité permanente) consécutive à un AT est liée à cette exposition.

L'assuré doit :

- d'une part, avoir été exposé pendant au moins 17 ans à des facteurs de risques professionnels ;
- d'autre part, justifier que son incapacité permanente consécutive à un AT est liée à l'exposition subie pendant l'intégralité de cette durée.

β3.1 Vérification de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011

L'exposition à des facteurs de risques professionnels peut être intervenue à un moment quelconque de la carrière de l'intéressé. La date de l'accident de travail est indifférente.

Les 17 années d'exposition peuvent être successives ou non.

Les facteurs de risques professionnels se cumulent dans les différents régimes (se trouvant aussi bien dans le champ que hors champ du dispositif de retraite pour pénibilité).

β3.1.1 La durée d'exposition

- Pour bénéficier de la retraite à raison de la pénibilité, le demandeur doit avoir été exposé pendant au moins dix-sept ans aux facteurs de risques professionnels listés par le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011.

Cette durée d'exposition est appréciée en cumulant les facteurs de risques professionnels auxquels l'assuré aura été exposé tout au long de sa carrière. Sont donc prises en compte non seulement les expositions subies dans les régimes ouvrant droit à retraite à raison de la pénibilité (régime général, salariés agricoles, non-salariés agricoles) mais aussi celles subies dans les régimes dans lesquels la retraite pour pénibilité n'existe pas (régime social des indépendants, par exemple).

Exemple : Un salarié justifie d'une incapacité permanente d'un taux de 10 % liée à des postures pénibles, reconnue par le régime général. Les preuves apportées par ce salarié attestent qu'il a été exposé à des postures pénibles pendant vingt ans, ces vingt années se décomposant en dix années dans une entreprise relevant du régime général et dix années effectuées dans une entreprise relevant du régime agricole. Pour apprécier la durée d'exposition, il est fait masse des périodes d'exposition dans le régime général et dans le régime agricole, conduisant ainsi à une durée d'exposition totale supérieure à dix-sept ans.

Sont également prises en compte les années d'exposition accomplies dans un ou plusieurs États de l'Union Européenne dans le champ du règlement 883/2004, au titre des principes de l'assimilation des faits et de la totalisation des périodes.

En revanche, les années accomplies dans un Etat lié à la France par un accord bilatéral de sécurité sociale ne

sont pas retenues (aucune disposition conventionnelle ne le permettant).

- Le lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels, doit être établi pour la totalité des 17 années d'exposition.

Exemples :

- Un assuré, justifiant, de 1980 à 1996, de 17 ans d'exposition à un facteur de risques professionnels X, est victime, en 1996, d'un accident de travail lié à l'exposition au facteur de risque X : le lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques est établie.

Le droit est ouvert.

- Un assuré, justifiant, de 1980 à 1996, de 17 ans d'exposition à des facteurs de risques professionnels, à savoir :

- 10 ans d'exposition à un facteur de risques X,
 - 7 ans d'exposition à un facteur de risques Y,
- est victime, en 1996, d'un accident de travail lié exclusivement à l'exposition au facteur de risque X, survenue pendant seulement 10 ans : le lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques n'est pas établi pour la totalité des 17 ans d'exposition.

Le droit n'est pas ouvert.

- Un assuré, justifiant, de 1980 à 1982, de trois ans d'exposition à un facteur de risque X et, de 1983 à 1999, de 17 ans d'exposition à un facteur de risques professionnels Y, a été victime, en 1983, d'un accident de travail, lié à l'exposition au facteur de risque X : le facteur de risque auquel l'assuré a été exposé pendant 17 ans n'est pas celui dont l'exposition a entraîné l'incapacité permanente.

Le droit n'est pas ouvert.

β3.1.2 La vérification des facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011

La commission pluridisciplinaire doit vérifier non seulement l'exposition pendant au moins 17 ans à des facteurs de risques professionnels, mais également l'effectivité du lien entre cette exposition et l'incapacité permanente résultant de l'AT.

La commission pluridisciplinaire est chargée de vérifier que les modes de preuve apportés par l'assuré permettent d'attester d'une part que l'intéressé a bien été exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011 n°2011-354, paru au Journal Officiel du 31.03.2011, d'autre part que la durée de ces expositions atteint bien dix-sept ans ; Toutefois, la prise en compte de ces expositions s'entend sous réserve, bien entendu, qu'elles correspondent aux facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011 précité.

Ces dispositions sont codifiées à l'article D. 4121-5 du nouveau code du travail créé par décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 publié au journal officiel du 31 mars 2011.

En conséquence, seuls peuvent être retenus les facteurs de pénibilité suivants :

- Au titre des contraintes physiques marquées :
 - les manutentions manuelles de charges définies à l'article R.4541-2 du code du travail ;
 - les postures pénibles définies comme position forcée des articulations ;
 - les vibrations mécaniques définies à l'article R.4441-1 du code du travail (vibrations transmises aux mains et aux bras, vibrations mécaniques entraînant des risques, notamment des troubles vasculaires, des lésions ostéo-articulaires ou des troubles neurologiques ou musculaires, vibrations transmises à l'ensemble du corps, ou enfin vibrations mécaniques entraînant des risques notamment de lombalgies et de microtraumatismes de la colonne vertébrale).
- Au titre de l'environnement physique agressif :
 - les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R.4412-3 (agents chimiques satisfaisant aux critères de classement des substances ou préparations dangereuses ou pouvant présenter un risque pour la santé et la sécurité des travailleurs) et R.4412-60 (agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la production) du code du travail, y compris les poussières et fumées ;
 - les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R. 4461-1 du même code (c'est-à-dire avec une pression supérieure à 100 hectopascals) ;
 - les températures extrêmes ;
 - le bruit mentionné à l'article R. 4431-1 du même code du travail (ce texte définit les valeurs limites d'exposition professionnelle).
- Au titre des contraintes liées aux rythmes de travail :
 - le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L.3122-29 à L.3122-31 du code du travail ;
 - le travail en équipes successives alternantes ;
 - le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

β.3.2. Appréciation de l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels

La commission pluridisciplinaire est chargée d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

β4. Fonctionnement de la commission pluridisciplinaire

β4.1. Étude des conditions requises

La commission pluridisciplinaire devra vérifier les deux conditions requises, à savoir l'exposition pendant au moins dix-sept ans à des facteurs de risques professionnels et l'effectivité du lien entre cette exposition et l'incapacité permanente.

β4.1.1. Validation des modes de preuve attestant de la durée d'exposition

► Les preuves apportées par la caisse :

Les caisses doivent transmettre à la commission les justifications recueillies, sans apprécier elles-mêmes si ces justifications permettent de satisfaire à la condition d'exposition aux facteurs de risques professionnels.

En conséquence, la caisse joint à sa saisine les pièces au vu desquels la commission va se prononcer, à savoir :

- Si l'assuré relève du régime général : la notification de rente prévue à l'article R. 434-32 et la notification de la date de consolidation prévue à l'article R. 433-17 du code de la sécurité sociale ;
- S'il relève du régime des salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue à l'article R. 751-63, quatrième alinéa, du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de consolidation prévue à l'article L. 751-31 du même code ;
- S'il relève du régime des non-salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue à l'article L. 752-6, cinquième alinéa, du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de consolidation prévue à l'article L. 752-24 du même code ;
- Si l'incapacité a été reconnue au titre d'une maladie professionnelle, les éléments permettant de justifier de dix-sept années d'activité professionnelle ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré ;
- Si l'incapacité a été reconnue au titre d'un accident du travail, les modes de preuve attestant de l'exposition, pendant dix-sept années, à des facteurs de risques professionnels.

► Les preuves apportées par le salarié :

À ce titre, il lui appartient de s'assurer que les modes de preuves apportés par l'intéressé permettent de satisfaire à ces deux conditions, compte tenu de la définition des facteurs de risques professionnels par le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 paru au Journal Officiel du 31.03.2011.

Aux termes du nouvel article D. 351-1-12 du code de la sécurité sociale, constitue mode de preuve tout document à caractère individuel remis à l'assuré dans le cadre de son activité professionnelle et attestant de cette activité. Peuvent notamment être cités :

Pour ce qui concerne les salariés relevant du régime général ou du régime agricole, la recherche et l'appréciation des 17 ans, d'une part, la vérification du lien, d'autre part, doivent être effectuées par la commission au moyen des documents relatifs à l'activité professionnelle tels que :

- contrats de travail, contrat de travail à durée indéterminée, à durée déterminée, contrat de mission pour les salariés intérimaires ;
- bulletins de salaires (en ce qu'ils peuvent comporter des informations sur la nature de l'emploi) les bulletins de paie, étant toutefois précisé que les expositions aux facteurs de risque n'ont pas nécessairement d'incidence sur la rémunération. Le code du travail

fait toutefois état d'une compensation salariale possible pour le travail de nuit (article L. 3122-39), les conventions collectives pouvant également prévoir des primes particulières pour certains types de travaux. En outre, les bulletins de paie peuvent comporter des précisions sur la nature de l'emploi ;

- ou tout document attestant de cette activité dans l'un des États auxquels s'appliquent les règlements communautaires ;
- est également recevable, comme mode de preuve, la fiche individuelle d'exposition à au moins un facteurs de risques professionnels visée aux articles L.4121-3-1, R.4412-110, D.4121-6 et suivants du code du travail, entrée en vigueur le 1^{er} février 2012, destinée à permettre à l'employeur de salariés soumis à des facteurs de risques professionnels, de mentionner, d'une part, les risques auxquels chacun d'eux est exposé personnellement, d'autre part, la période d'exposition, ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre pour faire disparaître ou réduire ces facteurs de risques professionnels. Une copie de cette fiche sera remise au salarié à son départ de l'entreprise (nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail, tel qu'il résulte de l'article 60, en son II, de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites).

Les fiches, attestations et listes, également prévus par le code du travail, de même finalité que la fiche individuelle d'exposition et en service dans les entreprises préalablement à l'entrée en vigueur de cette dernière, peuvent constituer des modes de preuve.

Pour ce qui concerne les non salariés agricoles, la commission doit se prononcer à partir de tout document à caractère individuel attestant d'une affiliation des intéressés à leur régime et de la réalité de l'exposition aux risques professionnels auxquels ils sont soumis. Suite à un avis rendu par la Direction de la Sécurité Sociale, il a été décidé de retirer de la liste des modes de preuve, le certificat du médecin traitant et le certificat du médecin du travail, mentionnés dans la circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) n° 2011-49 du 7 juillet 2011.

Si l'assuré produit néanmoins ces certificats de sa propre initiative, il appartient à la commission pluridisciplinaire de décider de les prendre ou non en considération.

β4.2 Les décisions de la commission pluridisciplinaire

- Le fait d'avoir été exposé, pendant dix-sept années, aux facteurs de risques professionnels listés par le décret du 30 mars 2011 est une condition nécessaire mais non suffisante. Encore faut-il qu'il y ait un lien entre ces années d'exposition et l'incapacité permanente dont souffre l'assuré. Si tel n'est pas le cas, la condition d'effectivité de ce lien n'est pas remplie.
- ◆ *Exemple : Un salarié justifie d'une incapacité permanente d'un taux de 10 % en raison d'une hypoacousie consécutive à un accident du travail. Les preuves apportées par ce salarié attestent qu'il a été exposé au bruit pendant dix ans, et à des postures pénibles pendant dix autres années.*

L'incapacité permanente dont cet assuré est atteint étant sans lien avec l'exposition à des postures pénibles, la condition de durée d'exposition n'est pas remplie.

β3.2. Les décisions de la commission pluridisciplinaire

- Aux termes des articles R. 351-37, dernier alinéa du III, du code de la sécurité sociale et R. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception par la caisse d'un dossier complet.

Pour une instruction des dossiers de demande de retraite compatible avec ce délai de quatre mois, il est recommandé aux commissions pluridisciplinaires de rendre leur avis dans le délai de deux mois suivant le jour où elles sont saisies.

L'avis de la commission pluridisciplinaire s'impose à la caisse liquidatrice de la pension de retraite. En conséquence, cette caisse notifie à l'assuré le rejet de sa demande, en précisant les voies et délais de recours (saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de cette décision).

- La commission pluridisciplinaire valide les modes de preuve et/ou l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert :

- Pour les salariés du régime général et du régime agricole : selon les dispositions prévues au I de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale ;
- Pour les non-salariés agricoles : selon les dispositions prévues à l'article D. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

cc. Taux global d'IP supérieur ou égal à 10 % et inférieur 20 %, résultant de l'addition d'un taux d'IP (incapacité permanente) pour AT supérieur ou égal à 10 % et inférieur 20 % et d'un taux d'IP pour MP (maladie professionnelle) inférieur 10 %

Pour un taux global d'incapacité permanente supérieur ou égal à 10 % et inférieur 20 %, résultant de l'addition d'un taux d'incapacité permanente pour AT supérieur ou égal à 10 % et inférieur 20 % et d'un taux d'incapacité permanente pour MP inférieur 10 %, le droit à la retraite pour pénibilité est ouvert sous la double condition :

- d'une part, que soit reconnue, par le médecin conseil, l'identité des lésions consécutives à l'AT avec celles indemnisées au titre d'une MP (maladie professionnelle) ;
- d'autre part, que l'exposition de l'assuré aux facteurs de risques professionnels pour l'incapacité permanente AT soit reconnue par la commission pluridisciplinaire. En pareille situation, l'IP (incapacité permanente) MP (maladie professionnelle) est inopérante.

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
≥20%	IP (incapacité permanente) pour MP (Maladie Professionnelle) ≥ 20% – soit MP (maladie professionnelle) unique – soit 2 MP : 10% ≤ MP < 20% + 10% ≤ MP < 20% – soit 2 MP : 10% ≤ MP < 20% + MP < 10%) Présence d'IP pour AT (Accident du Travail) indifférente	Droit ouvert
	IP AT ≥ 20% – soit AT unique – soit 10% ≤ AT < 20% + 10% ≤ AT < 20% – soit 10% ≤ AT < 20% + AT < 10%)	Avis du médecin conseil ➤ oui : droit ouvert ➤ non : rejet
	IP AT ≥ 20% + IP 10% ≤ MP < 20%	Avis de la caisse de retraite pour IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) ➤ oui : droit ouvert (étude de l'IP due à l'AT est inutile) ➤ non : Avis du médecin conseil pour l'étude de l'IP pour AT ↓ oui : droit ouvert non : rejet
	IP AT ≥ 20% + IP MP < 10%	Médecin conseil pour l'étude de l'IP pour AT ➤ oui : droit ouvert ➤ non : rejet (étude de l'IP pour MP est inutile)
	IP 10% ≤ MP < 20% + IP pour MP < 10%	Droit ouvert
	IP 10% ≤ AT < 20% + IP 10% ≤ MP < 20%	Avis de la caisse de retraite pour l'étude de l'IP pour MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) ➤ oui : droit ouvert (IP AT indifférente) ➤ non : avis du médecin conseil pour l'étude de l'IP pour AT ↓ oui : droit ouvert non : rejet
	2 AT IP 10% ≤ AT < 20% + IP AT < 10%	Avis du médecin conseil ➤ oui pour IP 10% ≤ AT < 20% ➤ oui pour IP AT < 10% Droit ouvert Avis du médecin conseil ➤ non pour IP AT < 10% ➤ oui pour IP 10% ≤ AT < 20% ↓ Avis de la commission pluridisciplinaire oui : droit ouvert non : rejet Avis du médecin conseil ➤ oui pour IP AT < 10% ➤ non pour IP 10% ≤ AT < 20% rejet Avis du médecin conseil ➤ non pour IP 10% ≤ AT < 20% ➤ non pour IP AT < 10% rejet

Tableau récapitulatif des différentes situations possibles en fonction du taux d'incapacité permanente (IP)

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
≥20%	IP 10% ≤ AT < 20% + IP MP < 10%	Avis du médecin conseil pour IP AT ➤ oui : droit ouvert ➤ non : rejet
	IP 10% ≤ MP < 20% + IP AT < 10%	Avis de la caisse de retraite pour l'étude de l'IP pour MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) ➤ oui : droit ouvert (IP AT indifférente) ➤ non : rejet
10% ≤ IP < 20%	IP 10 % ≤ MP < 20%	Avis de la caisse de retraite (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) ➤ oui : droit ouvert ➤ non : rejet
	IP 10% ≤ AT < 20%	Avis du médecin conseil ➤ non : rejet ➤ oui : Avis de la commission pluridisciplinaire ↓ oui : droit ouvert non : rejet
	1 AT + 1 MP IP 10% ≤ AT < 20% + IP MP < 10%	Avis du médecin conseil pour IP AT ➤ non : rejet (IP MP indifférente) ➤ oui : Avis de la commission pluridisciplinaire pour IP AT ↓ oui : droit ouvert non : rejet
	1 AT + 1 MP IP 10% ≤ MP < 20% + IP AT < 10%	Avis de la caisse de retraite pour l'IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) ➤ oui : droit ouvert ➤ non : rejet (IP AT indifférente)
	2 MP IP 10% ≤ MP < 20% + IP MP < 10%	Avis de la caisse pour l'IP MP (durée d'activité professionnelle d'au moins 17 ans) ➤ oui : droit ouvert ➤ non : rejet
≤ IP < 20%	2 AT IP 10% ≤ AT < 20% + IP AT < 10%	Avis du médecin conseil ➤ oui pour IP pour AT < 10% ➤ oui pour IP 10% ≤ AT < 20% ↓ Avis de la commission pluridisciplinaire oui : droit ouvert non : rejet
		Avis du médecin conseil ➤ non pour IP pour AT < 10% ➤ oui pour IP 10% ≤ AT < 20% ↓ Avis de la commission pluridisciplinaire oui : droit ouvert non : rejet
		Avis du médecin conseil ➤ oui pour IP pour AT < 10% ➤ non pour IP 10% ≤ AT < 20% rejet
		Avis du médecin conseil ➤ non pour IP 10% ≤ AT < 20% ➤ non pour IP pour AT < 10% rejet

(suite) Tableau récapitulatif des différentes situations possibles en fonction du taux d'incapacité permanente (IP)

Taux d'IPP	Origine du taux d'IPP	Actions et décisions
<10%	IP MP < 10%	Rejet
	IP AT < 10%	Rejet
	2 MP IP MP < 10% + IP MP < 10%	Rejet
	2 AT IP AT < 10% + IP AT < 10%	Rejet
	1 MP + 1 AT IP MP < 10% + IP AT < 10%	Rejet

(suite) *Tableau récapitulatif des différentes situations possibles en fonction du taux d'incapacité permanente (IP)*

e. Taux d'incapacité permanente inférieur à 10 %

Ce taux d'incapacité permanente (AT ou MP) n'ouvre pas droit à la retraite pour pénibilité, si l'assuré ne justifie pas également, au titre d'un autre AT ou d'une autre MP, d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 %.

2. La procédure

L'octroi de la retraite anticipée en raison de la pénibilité n'est pas attribuée automatiquement. Si l'assuré pense remplir les conditions pour en bénéficier il doit, de son propre chef, déposer une demande à sa caisse de retraite, CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail) ou CNAV (la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) pour l'Ile de France au moyen d'un imprimé dit « demande de retraite pour incapacité permanente » accompagnée de pièces justificatives.

a. Les pièces à joindre à la demande de retraite

Ces formalités concernent :

- les salariés du régime général et du régime agricole : article R. 351-37, en son III, du code de la sécurité sociale ;
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles : article R. 732-58-1 du code rural et de la pêche maritime.

aa. Le dépôt de la demande

α. L'imprimé réglementaire

L'assuré doit formuler sa demande de retraite pour pénibilité au moyen d'un imprimé réglementaire

commun au régime général, au régime des salariés agricoles et au régime des non salariés agricoles.

β. Le questionnaire

À cet imprimé, est joint un questionnaire que l'assuré doit renseigner :

- d'une part, de l'indication de ses rentes et taux d'IP (incapacité permanente), en précisant, en cas d'accident de travail, s'il s'agit d'un accident survenu à l'occasion du trajet et en mentionnant l'organisme qui a attribué la rente ou notifié le taux d'IP (incapacité permanente) ;
- d'autre part, de sa carrière professionnelle.

γ. Les pièces justificatives

L'assuré doit produire, à l'appui de sa demande :

- la notification de rente AT ou MP si l'indemnisation relevait du régime général et/ou la notification du taux d'IP (incapacité permanente) si l'indemnisation relevait de l'un ou de l'autre des régimes agricoles ;
- la notification de consolidation médicale.

Dans certains cas, la rente a pu être transformée en capital (articles R 434-1-1 et suivants du code de la sécurité sociale). L'assuré doit donc produire ses notifications initiales de rente.

S'il y a lieu (c'est-à-dire quand l'assuré présente un taux d'IPP dû à un AT inférieur à 20 % et supérieur à 10 % non associé à un taux d'IPP dû à une maladie professionnelle supérieur à 10%), l'assuré joint en outre à sa demande les modes de preuve attestant de l'exposition, pendant dix-sept années, à des facteurs de risques professionnels.

Il est accusé réception de cette demande dans les conditions habituelles.

Le Groupement d'intérêt économique (GIE) AGIRC-ARRCO doit être informé du dépôt de la demande.

α.1. Cas du régime général

S'il relève du régime général : la notification de rente, prévue à l'article R. 434-32 du code de la sécurité sociale, et la notification de la date de consolidation, prévue à l'article R. 433-17 du même code.

En effet, dans le régime général, la notification de rente ne comprend pas toujours le fait générateur de l'incapacité : maladie professionnelle ou accident du travail. Or, cet élément est indispensable pour savoir si l'assuré relève de l'appréciation de la notion de lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Il est donc indispensable que l'assuré fournisse également la notification de la date de consolidation.

Concernant l'identification de la nature du risque, les notifications de rente et/ou de consolidation ne comportent pas toujours la notion d'accident de trajet, mais peuvent porter par défaut la notion d'accident du travail. Il est donc indispensable que les caisses de retraite vérifient, par des échanges dématérialisés ou par le biais d'informations mises à leur disposition, que l'assuré n'a pas été victime d'un accident de trajet. Les assurés n'ayant plus en leur possession la notification de rente et/ou la notification de la date de consolidation pourront :

- soit demander à leur caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de la CPAM, une attestation comportant le taux d'incapacité permanente et la mention maladie professionnelle ou accident du travail hors accident de trajet ;
- soit demander eux-mêmes cette attestation auprès de la CPAM.

De même, les assurés ayant en leur possession des notifications portant la seule mention d'accident du travail pourront également :

- soit demander à leur caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de la CPAM, une attestation confirmant (ou infirmant) qu'il ne s'agissait pas d'un accident de trajet ;
- soit demander eux-mêmes cette attestation à la CPAM.

Lorsque le régime général est compétent pour examiner les droits à la retraite pour pénibilité, l'assuré doit produire à la caisse du régime général l'ensemble de ses notifications, même si celles-ci ont été, pour partie, délivrées par les caisses du régime agricole.

α.2. Cas du régime agricole

- S'il relève du régime des salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue à l'article R. 751-63, quatrième alinéa, du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de conso-

lidation prévue à l'article L. 751-31 du même code. Les assurés n'ayant plus en leur possession la notification du taux d'incapacité permanente et/ou la notification de la date de consolidation pourront :

- soit demander à la caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de la caisse de MSA gestionnaire de chacun des accidents du travail ou maladies professionnelles concernés, la copie de la (des) notification(s) manquante(s) ;
- soit demander eux-mêmes cette copie à la caisse de MSA concernée.
- S'il relève du régime des non-salariés agricoles : la notification du taux d'incapacité permanente prévue au cinquième alinéa de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime et la notification de la date de consolidation prévue à l'article L. 752-24 du même code.

L'organisme gestionnaire de chacun des accidents du travail ou maladies professionnelles peut être :

- soit une caisse de la MSA ;
- soit un organisme assureur membre du groupement mentionné à l'article L 752-14 du code rural et de la pêche maritime.
- S'agissant des accidents du travail pris en charge par les régimes agricoles pour les salariés ou les non-salariés, les notifications ne permettent pas, à ce jour, de les distinguer des accidents de trajet. Il revient à la caisse compétente pour instruire la demande de retraite de solliciter l'organisme gestionnaire du dossier accident du travail (caisse de MSA ou assureur membre du groupement), qui lui apportera l'information nécessaire, disponible dans leur système d'information.

α.3. Cas où les les pièces justificatives sont incomplètes

L'assuré n'a pas produit la totalité de ses notifications ou celles-ci sont imprécises ou incomplètes.

Dans les situations suivantes :

- ❖ l'assuré n'a pas produit soit la totalité, soit certaines de ses notifications de rente et/ou de taux d'IP (incapacité permanente) et de consolidation médicale ;
- ❖ l'assuré a produit ses notifications mais celles-ci se révèlent non exploitables car les informations qu'elles comportent sont incomplètes ou imprécises, voire, en raison de l'état même de ces notifications, difficilement accessibles ;
- ❖ l'assuré a produit une notification de rente ou de taux d'IP consécutive à un accident de travail, mais ce document ne mentionne pas si l'accident est survenu à l'occasion du trajet (l'intéressé ayant néanmoins déclaré, sur le questionnaire, que ce n'était pas le cas) ;

La caisse de retraite doit obtenir les justifications auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou de la caisse agricole.

S'agissant des informations relatives aux rentes AT/MP du régime général, des échanges dématérialisés sont mis en place entre les caisses de retraite et les caisses d'assurance maladie.

Une telle démarche de la part des caisses ne peut toutefois être entreprise qu'avec l'autorisation expresse de l'intéressé. Ce dernier doit indiquer s'il donne ou non cette autorisation en complétant la rubrique correspondante figurant sur l'imprimé réglementaire de demande de retraite.

Si la caisse de retraite n'est pas autorisée par l'assuré à interroger la CPAM ou la caisse agricole, un délai est accordé à l'intéressé pour produire lui-même les pièces manquantes. Dans la mesure où celles-ci n'ont pas été communiquées par l'intéressé à l'expiration du délai imparti, la demande de retraite pour pénibilité fait l'objet d'une décision de rejet.

b. Le régime compétent pour examiner le droit à la retraite pour pénibilité

Le régime ayant réceptionné la demande de retraite en adresse pour information un exemplaire aux autres régimes entrant dans le champ du dispositif, pour autant que l'assuré ait été affilié à ces régimes.

Les règles de coordination interrégimes sont régies par l'article R. 173-3-1 du Code de la sécurité sociale.

Les assurés n'ayant plus en leur possession la notification du taux d'incapacité permanente et/ou la notification de la date de consolidation pourront :

- soit demander à la caisse de retraite d'obtenir en leur nom, auprès de l'organisme gestionnaire de chacun des accidents du travail ou maladies professionnelles, la copie de la (des) notification(s) manquante(s) ;
- soit demander eux-mêmes cette copie à l'organisme concerné.

Le régime général de sécurité sociale assurant l'appréciation de la situation de l'assuré est choisi en fonction du taux d'incapacité permanente.

aa. L'assuré relève ou a relevé successivement ou simultanément du régime général de sécurité sociale et d'au moins l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles

Son droit à retraite est apprécié par le régime au titre duquel l'incapacité permanente a été reconnue.

♦ Exemple : Un assuré s'est vu reconnaître par le régime général une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 10 %. Au moment du dépôt de sa demande de retraite, cet assuré est affilié en tant que salarié du régime agricole. Le droit à retraite sera apprécié par le régime au titre duquel l'incapacité a été reconnue, c'est-à-dire le régime général.

bb. L'assuré justifie d'au moins deux incapacités permanentes reconnues l'une par le régime général, l'autre par l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles

La caisse compétente pour apprécier le droit à retraite est celle du régime au titre duquel a été reconnu le taux d'incapacité le plus élevé.

♦ Exemple : Un assuré justifie de deux taux d'incapacités permanentes :

- l'un de 15 % reconnu par le régime des non-salariés agricoles ;
- l'un de 10 % reconnu par le régime général.

Au moment de sa demande de retraite, l'assuré est ressortissant du régime général. Cependant, le taux d'incapacité le plus élevé ayant été reconnu par le régime des non-salariés agricoles, c'est ce dernier régime qui apprécie le droit à retraite.

En cas d'identité des taux reconnus par deux régimes distincts, la caisse compétente est celle ayant reconnu l'incapacité permanente en dernier lieu.

♦ Exemple : Un assuré justifie de deux incapacités permanentes, toutes deux d'un taux de 10 %, reconnue l'une par le régime général en 1990, l'autre par le régime des salariés agricoles en 2000. Au moment de sa demande de retraite, l'assuré est affilié au régime général. L'incapacité permanente ayant été reconnue en dernier lieu par le régime des salariés agricoles, c'est ce régime qui est compétent pour apprécier la demande de retraite.

La transmission au régime auquel revient la compétence s'entend alors de l'ensemble du dossier, y compris les notifications de rente et/ou de taux d'IP et de consolidation médicale.

Il appartient à la caisse de retraite du régime compétent d'effectuer les démarches nécessaires pour obtenir les justifications relevant non seulement de sa propre législation AT-MP, mais également de celle du ou des autres régimes.

Ainsi, dans la mesure où le régime général est régime instructeur, la caisse de retraite doit contacter :

- la CPAM, pour les rentes relevant de ce régime ;
- la MSA pour les IP (incapacité permanente) relevant aussi bien du régime des salariés agricoles que du régime des non salariés agricoles.

À l'issue de l'étude du droit à la retraite pour pénibilité, le régime compétent informe de sa décision (attribution ou rejet) le ou les autres régimes afin que ces derniers puissent prendre la décision qui s'impose.

c. Cas où l'assuré réside à l'étranger

Les assurés résidant dans un pays n'ayant pas conclu de convention de sécurité sociale avec la France adressent directement leur demande de retraite pour pénibilité aux caisses françaises, au moyen de l'imprimé de demande unique prévu à cet effet.

Il peut en être de même :

- de la part des assurés résidant dans l'un des Etats auxquels s'appliquent les règlements de coordination européens n° 883/2004 et n° 987/2009, si la France est le dernier État dont la législation est applicable ;

- de la part des assurés résidant dans l'un des États auxquels les règlements n° 1408/71 et 574/72 demeurent applicables, si les intéressés n'ont pas été soumis à la législation de l'État de résidence.

Les assurés résidant à l'étranger et ne relevant pas de l'une des situations décrites ci-avant, doivent adresser leur demande à l'institution de l'État de résidence.

d. La réception de la demande

La caisse accuse réception de la demande de retraite. Cet accusé de réception est notamment nécessaire pour faire courir le délai de quatre mois au terme duquel le silence gardé vaut décision de rejet lorsque l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle doit être vérifiée (cas des assurés victimes d'un accident du travail) ou lorsque l'avis de la commission pluridisciplinaire est requis (taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 %). Toutefois, la délivrance de cet accusé de réception n'implique pas que la demande de l'assuré doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si la demande émane bien d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % consécutif à un accident du travail, à l'exclusion des accidents de trajet, cette demande est étudiée selon les modalités exposées.

Si la demande émane d'un assuré ne justifiant d'aucun taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % ou justifiant d'une incapacité consécutive à un accident de trajet, la caisse notifie une décision de rejet, en précisant les voies et délais de recours (saisine de la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant la notification de la décision).

Si l'assuré justifie uniquement d'un taux d'IP (incapacité permanente) pour accident de trajet, l'information que l'assuré justifie uniquement d'un taux d'IP (incapacité permanente) pour accident de trajet peut être issue :

- soit des déclarations de l'assuré sur le questionnaire annexé à sa demande de retraite ;
- soit des indications figurant sur la notification de rente ou de taux d'IP (incapacité permanente) ;
- soit des éléments connus des CPAM, pour ce qui concerne les rentes du régime général, ou connus des caisses agricoles.

Dans cette situation, le droit à la retraite pour pénibilité n'est pas ouvert. Une décision de rejet précisant les voies et délais de recours est notifiée à l'assuré.

Le rejet à ce titre n'intervient que dans la mesure où l'intéressé :

- ne justifie d'aucun autre taux d'IP (incapacité permanente), soit au titre d'un AT, soit au titre d'une MP ;
- ou justifie d'un autre taux d'IP (incapacité permanente) (au titre d'un AT ou d'une MP) mais inférieur à 10 %.

En effet, si l'assuré justifie à la fois d'un taux d'IP pour accident de trajet et de taux d'IP pour AT ou MP supérieurs à 10 %, le taux d'IP pour accident de trajet est purement et simplement neutralisé et l'examen des droits intervient compte tenu des taux d'IP supérieurs à 10 %.

e. L'instruction de la demande

Quel que soit le cas de figure considéré, le seul interlocuteur de l'assuré est la caisse liquidatrice de la pension de retraite qui saisira, s'il y a lieu, le médecin-conseil (pour l'incapacité permanente reconnue suite à un accident du travail) et/ou la commission pluridisciplinaire (taux d'incapacité au moins égal à 10 % et inférieur à 20 %).

aa. Raisonnement indemnitaire de la caisse

- L'assuré justifie d'un taux d'IP (incapacité permanente) pour MP (maladie professionnelle) supérieur ou égal à 20 % :

Le droit à la retraite pour pénibilité est ouvert. Une décision d'attribution est notifiée à l'assuré au terme de l'instruction du dossier.

- ❖ L'assuré justifie d'un taux d'IP pour AT supérieur ou égal à 20 % :

Seule l'identité des lésions consécutives à un AT avec celles indemnisées au titre d'une MP est requise.

La caisse transmet au médecin conseil régional la notification de rente et/ou de taux d'IP et la notification de consolidation médicale.

- L'identité des lésions consécutives à un AT avec celles indemnisées au titre d'une MP (maladie professionnelle) est reconnue.

Le droit à la retraite pour pénibilité est ouvert. Une décision d'attribution est notifiée à l'assuré au terme de l'instruction du dossier.

- L'identité des lésions consécutives à un AT avec celles indemnisées au titre d'une MP n'est pas reconnue.

Le droit à la retraite pour pénibilité n'est pas ouvert. Une décision de rejet précisant les voies et délais de recours est notifiée à l'assuré.

- ❖ L'assuré justifie d'un taux d'IP pour AT entre 10 et 20 % :

La caisse transmet au médecin conseil régional la notification de rente et/ou de taux d'IP et la notification de consolidation médicale.

- L'identité des lésions consécutives à un AT avec celles indemnisées au titre d'une MP est reconnue.

La caisse transmet à la commission pluridisciplinaire la notification de rente et/ou de taux d'IP, la notification de consolidation médicale, ainsi que les modes de preuve de l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

L'assuré est informé de cette reconnaissance et de la transmission à la commission pluridisciplinaire.

– L'identité des lésions consécutives à un AT avec celles indemnisées au titre d'une MP n'est pas reconnue.

Le droit à la retraite pour pénibilité n'est pas ouvert. Une décision de rejet précisant les voies et délais de recours est notifiée à l'assuré.

❖ L'assuré justifie d'un taux d'IP pour MP entre 10 et 20 % :

La caisse examine si l'assuré justifie de 68 trimestres validés par des cotisations à sa charge.

– Cette condition est satisfaite.

Le droit à la retraite pour pénibilité est ouvert. Une décision d'attribution est notifiée à l'assuré au terme de l'instruction du dossier.

– Cette condition n'est pas satisfaite.

Le droit à la retraite pour pénibilité n'est pas ouvert. Une décision de rejet précisant les voies et délais de recours est notifiée à l'assuré.

❖ L'assuré ne justifie que d'un taux d'IP pour AT ou MP inférieur à 10 % :

Le droit à la retraite pour pénibilité n'est pas ouvert. Une décision de rejet précisant les voies et délais de recours est notifiée à l'assuré.

bb. Cas où l'assuré a été affilié à plusieurs régimes

Lorsque le droit à retraite à raison de la pénibilité est reconnu, ce droit peut être ouvert dans l'ensemble des régimes dans lesquels cette retraite existe – régime général, régime des salariés agricoles, régime des non-salariés agricoles – y compris si l'incapacité permanente dont justifie l'assuré n'a été reconnue que par un seul de ces régimes.

Imaginons la situation dans laquelle un assuré a relevé tant du régime général que du régime des salariés agricoles et/ou du régime des non salariés agricoles.

Dès lors que le régime compétent a reconnu le droit à retraite pour pénibilité, cette reconnaissance s'impose aux deux autres régimes visés par le dispositif. Par suite, l'assuré peut obtenir la retraite pour pénibilité, non seulement au titre du régime qui a reconnu le droit, mais également au titre du ou des deux autres régimes (pour autant qu'il y ait été affilié), même si aucune incapacité permanente pour MP ou AT n'a été reconnue par ces derniers.

❖ Exemple : Un assuré justifie d'une incapacité permanente lui ouvrant droit à la retraite pour pénibilité. Cette incapacité a été reconnue par le régime général. Au moment de sa demande de retraite, l'intéressé est affilié au régime des salariés agricoles. Cet assuré peut donc faire liquider une retraite à taux plein dès l'âge de soixante ans à la fois dans le régime général et dans le régime des salariés agricoles.

En revanche, la reconnaissance de la retraite pour pénibilité n'entraîne pas l'obtention de la retraite anticipée à taux plein dans les régimes autres que le régime général ou les régimes de protection sociale agricole, c'est-à-dire les régimes, tels le régime social

des indépendants, dans lesquels la retraite pour pénibilité n'existe pas.

❖ Exemple : Un assuré justifie d'une incapacité permanente lui ouvrant droit à la retraite pour pénibilité. Cette incapacité a été reconnue par le régime général. Au moment de sa demande de retraite, l'intéressé est affilié au régime social des indépendants. Le droit à retraite à taux plein dès l'âge de soixante ans est ouvert uniquement dans le régime général.

S'il apparaît que le régime saisi par l'assuré n'est pas compétent pour la reconnaissance du droit à la retraite pour pénibilité :

– soit en raison des règles de compétence décrites précédemment ;

– soit du fait que l'assuré n'a jamais été affilié à ce régime.

La transmission au régime auquel revient la compétence s'entend alors sur l'ensemble du dossier, y compris les notifications de rente et/ou de taux d'IP et de consolidation médicale.

Il appartient à la caisse de retraite du régime compétent d'effectuer les démarches nécessaires pour obtenir les justifications relevant non seulement de sa propre législation AT-MP, mais également de celle du ou des autres régimes.

Ainsi, dans la mesure où le régime général est régime instructeur, la caisse de retraite doit contacter :

– la CPAM, pour les rentes relevant de ce régime ;

– la MSA pour les IP relevant aussi bien du régime des salariés agricoles que du régime des non salariés agricoles.

À l'issue de l'étude du droit à la retraite pour pénibilité, le régime compétent informe de sa décision (attribution ou rejet) le ou les autres régimes afin que ces derniers puissent prendre la décision qui s'impose.

f. Le décès de l'assuré au cours de la procédure d'examen du droit

– L'assuré décède avant la date d'effet de sa pension : Il est considéré être décédé sans avoir fait liquider ses droits, de sorte qu'aucune somme n'est due aux héritiers.

– L'assuré décède après la date d'effet de sa pension : La procédure devant le médecin-conseil et/ou la commission pluridisciplinaire doit être poursuivie et menée à son terme. En effet, si le droit à la retraite pour pénibilité est reconnu, le taux plein est accordé et les sommes dues aux héritiers tiendront compte de ce droit.

g. Procédure en cas de décision de rejet

La décision de rejet, quel qu'en soit le motif, doit mentionner les voies et délais de recours.

Si la décision de rejet est notifiée alors que l'assuré a atteint ou dépassé l'âge légal, une information doit être communiquée à ce dernier sur ses droits.

Il doit notamment être demandé à l'intéressé s'il désire obtenir sa retraite à taux minoré à compter de l'âge légal (si la date d'effet de la retraite pour pénibilité avait été fixée avant cet âge) avec communication d'une estimation de pension à l'appui, ou s'il ajourne sa demande jusqu'à la date d'obtention du taux plein à un autre titre.

L'assuré peut également formuler une demande au titre de l'incapacité au travail.

h. Les voies de recours

En cas de rejet de la demande, il appartient dans tous les cas à la Caisse liquidatrice d'en informer l'assuré, c'est-à-dire y compris lorsque ce rejet résulte d'un avis négatif du médecin-conseil ou de la commission pluridisciplinaire.

Ce rejet peut faire l'objet d'un recours devant la Commission de recours amiable, avant saisine éventuelle du Tribunal des affaires de sécurité sociale. Conformément à l'article R. 142-1, deuxième alinéa, du Code de la Sécurité sociale, la Caisse veillera à ce que la notification de la décision de rejet porte mention du délai de deux mois dans lequel la Commission de recours amiable doit être saisie.

L'assuré auquel une décision de rejet a été notifiée peut contester cette dernière en usant des voies et délais de recours du contentieux général de la sécurité sociale (commission de recours amiable, tribunal des affaires de sécurité sociale...) prévu à l'article L. 142-1 du code de la sécurité sociale.

À noter que le silence gardé par la caisse pendant plus de 4 mois à partir du moment où le dossier est complet vaut rejet implicite, ce qui permet à l'assuré d'utiliser

Assuré	Médecin conseil régional	Commission pluridisciplinaire	Caisse de retraite
Il remet à la caisse sa demande de retraite, notification de rente et/ou de taux d'IP de la maladie professionnelle $\geq 20\%$ et notification de consolidation médicale		→	Elle attribue la retraite pour pénibilité
Il remet à la caisse demande de retraite, notification de rente et/ou de taux d'IP de l'accident du travail $\geq 20\%$ et notification de consolidation médicale		→	Elle saisit le médecin conseil régional
	Apprécie l'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur la liste fixée par arrêté Communique son avis à la caisse : avis positif : avis négatif :		
		→	Elle attribue la retraite pour pénibilité
		→	Elle rejette le droit à la retraite pour pénibilité
Il remet à la caisse sa demande de retraite, sa notification de rente et/ou de taux d'IP de la maladie professionnelle entre 10 et 20%, notification de consolidation médicale et modes de preuve		→	Elle détermine si la condition de durée d'exposition aux facteurs de risques professionnels (= durée d'activité professionnelle – 68 trimestres cotisés –) est satisfaite – oui : Elle attribue la retraite pour pénibilité – non : Elle rejette le droit à la retraite pour pénibilité

Tableau synthétique de la procédure

Assuré	Médecin conseil régional	Commission pluridisciplinaire	Caisse de retraite
Il remet à la caisse demande de retraite, notification de rente et/ou de taux d'IP de l'accident du travail entre 10 et 20%, notification de consolidation médicale et modes de preuve			Elle saisit le médecin régional
	Il apprécie l'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur la liste fixée par arrêté. Il communique son avis à la caisse :		
	avis négatif :		Elle rejette le droit à la retraite pour pénibilité
	avis positif :		Elle saisit la commission pluridisciplinaire
		Détermine si les conditions de durée d'exposition aux facteurs de risques professionnels et de lien entre cette exposition et l'incapacité permanente de l'assuré sont satisfaites. Communique son avis à la caisse :	
		avis positif	Elle attribue la retraite pour pénibilité
		avis négatif	Elle rejette le droit à la retraite pour pénibilité

(suite) Tableau synthétique de la procédure

liser les voies de recours. Ce délai est réduit à trois mois pour les demandes déposées avant le 1^{er} juillet 2011. Dans tous les cas, les caisses doivent notifier de façon formelle leur décision (rejet ou attribution), même au-delà du délai de quatre mois et même si l'assuré a utilisé entre temps les voies de recours.

3. Les conséquences sur les droits à retraite

a. Date de prise d'effet de la pension

Les textes applicables de la date de prise d'effet de la pension de retraite sont pour :

- les salariés du régime général et du régime agricole : l'article R. 351-37, en son I, du code de la sécurité sociale.
- les travailleurs non-salariés des professions agricoles : l'article D. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.
- ▶ Quel que soit le cas de figure envisagé (assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % reconnu à la suite d'une maladie professionnelle ; assuré justifiant d'un taux

d'incapacité permanente au moins égal à 20 % reconnu à la suite d'un accident du travail et/ou assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 % reconnu à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail), la pension de retraite prend effet selon les modalités prévues :

- Pour les salariés du régime général et du régime agricole : au I de l'article R. 351-37 du code de la sécurité sociale ;
- Pour les non-salariés agricoles : à l'article D. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

La date d'effet de la retraite pour pénibilité est fixée dans les conditions de droit commun (article R.351-37 du code de la sécurité sociale).

Elle est choisie par l'assuré et fixée le premier jour d'un mois.

Il en résulte que la pension de retraite prend effet à la date demandée par l'assuré, cette date étant nécessairement le premier jour d'un mois et ne pouvant être antérieure au dépôt de la demande. Elle est choisie par l'assuré et fixée le premier jour d'un mois. Si la demande est déposée le premier jour d'un mois, la date d'effet peut être fixée ce jour là sur demande de l'assuré.

Le point de départ de la date d'effet de la retraite peut être fixé au premier jour du mois suivant la manifestation d'un assuré ayant exprimé, notamment par courrier, son désir de faire valoir ses droits à retraite pour pénibilité et au plus tôt au 1^{er} juillet 2011.

La mise en œuvre de cette mesure est soumise à diverses conditions :

- l'assuré doit être âgé d'au moins 60 ans au point de départ,
- la demande réglementaire de retraite doit être reçue dans le délai de trois mois suivant la date à laquelle elle a été communiquée par la caisse à l'intéressé (application de la lettre ministérielle du 17 juin 1971).

Si ce dernier n'indique pas de date d'effet, celle-ci est fixée le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande.

Elle ne peut être antérieure ni au 60^e anniversaire de l'assuré, ni au 1^{er} juillet 2011.

Si l'assuré n'indique pas la date d'entrée en jouissance de sa pension, celle-ci prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la caisse.

La date à laquelle le médecin-conseil (pour l'identité des lésions consécutives à un AT avec celles indemnisées au titre d'une MP : maladie professionnelle) et la commission pluridisciplinaire (pour l'exposition aux facteurs de risques professionnels lorsque l'IP : incapacité permanente est consécutive à un AT) rendent leur avis, est sans incidence sur la date d'effet de la pension.

- Ces dispositions s'entendent sous réserve des conditions prévues par ailleurs, et notamment de celles du premier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, qui subordonnent le service de la pension de retraite à la rupture de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée, à la cessation de cette activité. Les dispositions relatives aux règles de cessation d'activité s'appliquent (article L.161-22 du code de la sécurité sociale).

La retraite pour pénibilité ne peut prendre effet à la date fixée que dans la mesure où l'assuré satisfait aux conditions prévues à l'article précité. Si tel n'est pas le cas, le point de départ est reporté au premier jour du mois suivant la date à laquelle les conditions viennent à être remplies.

- ♦ Exemple : un assuré né le 1^{er} janvier 1953 peut prétendre à une retraite pour pénibilité dès le 1^{er} janvier 2013, date de son 60^e anniversaire. Cet assuré justifie d'un taux d'incapacité de 10 % obtenu au titre d'un accident du travail. Or, cet assuré dépose sa demande en décembre 2012. L'identité des lésions est reconnue en janvier 2013, et la commission pluridisciplinaire statue positivement en mars 2013. Le droit peut être ouvert au 1^{er} janvier 2013 (1^{er} jour du mois civil suivant la demande) sous réserve que l'intéressé ait rompu tout lien avec son

employeur. Si l'assuré est toujours en activité, le droit sera ouvert au premier jour du mois suivant la cessation d'activité (1^{er} mars par exemple si l'intéressé cesse son activité en février).

b. Le montant de la pension

La retraite pour pénibilité étant calculée au taux plein, son montant est susceptible d'être porté au minimum (article L.351-10 du code de la sécurité sociale).

Le montant de base de la retraite pour pénibilité doit être comparé au montant maximum à servir.

Même si un assuré a obtenu le bénéfice de la retraite pour pénibilité au-delà de l'âge légal, il ne justifie pas a priori de la durée d'assurance requise pour le taux plein, auquel cas il aurait, en effet, fait valoir ses droits à pension à titre normal.

Par suite, la question du droit à surcote (article L.351-1-2 du code de la sécurité sociale) ne devrait pas se poser.

Pour autant, si un droit à surcote était ouvert, les dispositions de la circulaire Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse n° 2004-37 du 15 juillet 2004 seraient applicables.

c. Les avantages obtenus

aa. La reconnaissance du droit à retraite à raison de la pénibilité ouvre droit à un double avantage

La reconnaissance du droit à retraite à raison de la pénibilité ouvre droit à un double avantage :

- le maintien à soixante ans de l'âge légal de départ en retraite ;
- et l'obtention du taux plein quelle que soit la durée d'assurance effectivement accomplie.

Cette nouvelle législation est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2011. Elle s'adresse donc aux assurés âgés d'au moins soixante ans à compter de cette date, peu importe par ailleurs qu'ils aient ou non atteint ou dépassé l'âge légal de la retraite. Les intéressés pourront faire liquider une retraite à taux plein sans attendre d'avoir le nombre de trimestres requis ou d'avoir atteint l'âge d'annulation de la décote.

Le salaire annuel moyen est déterminé dans les conditions habituelles, telles que résultant des articles R.351-29 et R.351-29 – 1^{er} alinéa du code de la sécurité sociale.

Aux termes de l'article L.351-1-4 II du code de la sécurité sociale, les assurés obtenant leur retraite au titre de la pénibilité bénéficient du taux de calcul de 50 %.

Pour les pensions prenant effet après le 31 décembre 2007, d'une part, et, d'autre part, pour les assurés nés après 1947, quelle que soit la date d'effet de leur pension, le prorata applicable pour obtenir une pension

entière est déterminé à partir de la durée d'assurance nécessaire pour obtenir une pension au taux plein.

Cette durée d'assurance a été précisée dans les circulaires Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse n° 2008-41 du 25 juillet 2008 (§ 111) et n° 2011-20 du 1^{er} mars 2011 (§ 1) et n°2011-66 du 8 septembre 2011 (§1).

♦ Exemple n° 1 : Un assuré a eu soixante ans le 1^{er} janvier 2011. Au 1^{er} juillet 2011, date d'entrée en vigueur de la réforme, il n'aura que 159 trimestres d'assurance alors que la durée requise pour sa génération est de 163 trimestres. Dans ce cas de figure, l'assuré aurait pu partir en retraite dès son soixantième anniversaire, mais avec décote ; la retraite à raison de la pénibilité lui permet d'obtenir le taux plein dès le 1^{er} juillet 2011 (au lieu du 1^{er} juillet 2012).

♦ Exemple : Un assuré est né le 1^{er} janvier 1952. Le 1^{er} janvier 2012, date de son soixantième anniversaire, il aura la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein. Sans la réforme, cet assuré devrait, pour faire liquider sa retraite, attendre le 1^{er} septembre 2012, date à laquelle il aura soixante ans et huit mois, âge légal de départ pour sa génération. La retraite à raison de la pénibilité lui permettra de partir en retraite dès le 1^{er} janvier 2012, c'est-à-dire dès son soixantième anniversaire. Dans ce cas de figure, l'avantage porte uniquement sur l'âge, abaissé à 60 ans, et non sur le taux, l'assuré ayant la durée d'assurance requise pour obtenir le taux plein.

♦ Exemple : Un assuré est né le 1^{er} janvier 1953. Le 1^{er} janvier 2013, date de son soixantième anniversaire, il n'aura que 157 trimestres d'assurance au lieu des 165 requis pour sa génération. La retraite à raison de la pénibilité lui permettra d'obtenir dès le 1^{er} janvier 2013, date de son soixantième anniversaire, une retraite à taux plein. Dans cet exemple, l'avantage porte à la fois sur l'âge, abaissé à 60 ans, et sur le taux.

♦ Exemple : Un assuré est né le 1^{er} janvier 1949. Au 1^{er} janvier 2012, date de son soixante-troisième anniversaire, cet assuré est toujours en activité car il n'a que 120 trimestres d'assurance au lieu des 161 requis pour sa génération. La retraite à raison de la pénibilité lui permettra de partir en retraite à taux plein sans attendre son soixante-cinquième anniversaire, âge d'annulation de la décote.

Il est par ailleurs rappelé que cette réforme ne porte pas atteinte au caractère viager de la rente AT-MP, qui demeure intégralement cumulable avec la pension de retraite qui sera versée.

En revanche, le versement de la pension d'invalidité versée aux assurés du régime général ou des régimes agricoles sera suspendu en cas de liquidation d'une retraite anticipée à raison de la pénibilité (modifications apportées à l'article L. 341-14-1 du Code de la Sécurité sociale par l'article 85 de la loi portant réforme des retraites et à l'article R. 732-3-2 du Code

rural et de la pêche maritime par le décret n°2011-352 du 30 mars 2011). Cependant, cette règle n'est applicable qu'aux seuls assurés du régime général et des régimes agricoles, et non à la pension d'invalidité versée par le régime social des indépendants, dont les ressortissants ne sont pas éligibles à la retraite anticipée à raison de la pénibilité.

Enfin, en son article 87, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a modifié l'article 41 de la loi du de financement de la sécurité sociale pour 1999, relatif à l'allocation des travailleurs de l'amiante (ATA).

En application de cet article 41, l'allocataire, s'il est âgé d'au moins soixante ans et remplit la condition de durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein, cesse de percevoir l'ATA (allocation des travailleurs de l'amiante) qui est alors remplacée par la ou les pensions de retraite auxquelles il peut prétendre ; toutefois, s'il remplit les conditions d'incapacité et, le cas échéant, de durée d'exposition prévues pour la retraite à raison de la pénibilité, il peut demander à bénéficier, dès cet âge de soixante ans, d'une retraite à taux plein à raison de la pénibilité quelle que soit sa durée d'assurance. Dans ce cas, il est mis fin au versement de l'ATA (allocation des travailleurs de l'amiante), conformément aux dispositions de l'article 41 de la LFSS pour 1999.

Aux termes des articles R. 351-37, dernier alinéa du III, du Code de la Sécurité sociale, et R. 732-58-1 du Code rural et de la pêche maritime, le silence gardé par la Caisse pendant plus de quatre mois en cas de demande déposée par un assuré victime d'un accident du travail ou par un assuré justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 % vaut décision de rejet.

Cependant, à l'entrée en vigueur de la réforme, ce délai est réduit à trois mois pour les demandes déposées avant le 1^{er} juillet 2011 (cf. article 6 du décret n°2011-352 du 30 mars 2011 précité).

bb. Les avantages complémentaires

α. Les avantages contributifs

La majoration pour enfants (article L.351-12 du code de la sécurité sociale) peut être attribuée en complément de la retraite pour pénibilité.

En revanche, la majoration pour tierce personne (article L.355-1 du code de la sécurité sociale) ne peut l'être, puisqu'elle ne concerne que les assurés titulaires d'une pension au titre de l'incapacité au travail (à l'exception de la particularité prévue ci-dessous).

Les titulaires de la retraite pour pénibilité peuvent être médicalement reconnus inaptes au travail entre l'âge légal et l'âge du taux plein afin de préserver leurs droits à la majoration pour tierce personne. Il peut en être de même entre l'âge légal et 65 ans, pour l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées).

Toutefois, cette reconnaissance ne pourra, en aucun cas, entraîner la révision de la pension à titre inapte. Les titulaires de la carte d'invalidité et les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés étant présumés inaptes au travail à l'âge légal, la reconnaissance éventuelle du droit à la majoration pour tierce personne ou à l'Aspa (allocation de solidarité aux personnes âgées) interviendra, à cet âge, pour les intéressés, sans examen de l'incapacité au travail.

β. Les avantages non contributifs

Ce sont des prestations dont le versement ne dépend pas de la cotisation préalable de l'assuré.

β1. L'allocation supplémentaire d'invalidité

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI, cf article L.815-24 du code de la sécurité sociale) peut être attribuée en complément de la retraite pour pénibilité, avant l'âge légal d'ouverture du droit à pension, dès lors que les assurés répondent à une condition d'invalidité (capacité de travail ou de gain réduite d'au moins 2/3) et de ressources. L'ASI constitue donc un complément de ressources à la pension de retraite pour pénibilité jusqu'à l'octroi de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Sont concernées les personnes qui sollicitent la reconnaissance de l'invalidité pour l'ASI, ainsi que les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse de veuf ou de veuve.

Les assurés dont la pension d'invalidité était assortie de l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) et qui est suspendue en raison de l'attribution, à 60 ans au plus tôt, de la retraite pour pénibilité, bénéficient, à partir de cette date, du maintien du versement de l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) par l'organisme maladie, en vertu de l'article L.341-14-1 du code de la sécurité sociale, deuxième alinéa.

L'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) est servie jusqu'à ce que les assurés viennent à remplir la condition d'âge pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

On rappellera que la pension d'invalidité n'est pas cumulable avec la retraite pour pénibilité. Son versement est suspendu en cas d'attribution de la retraite pour pénibilité, conformément aux dispositions de l'article L.341-14-1 du code de la sécurité sociale, premier alinéa, complété par l'article 85 de la loi du 9 novembre 2010.

Les caisses d'assurance maladie servant la pension d'invalidité doivent donc être informées de l'attribution de la retraite pour pénibilité afin que le versement de la pension d'invalidité puisse être suspendu.

Une information sur le non cumul de la pension d'invalidité avec la retraite pour pénibilité peut être com-

muniquée à l'assuré lors de l'instruction de la demande de retraite.

β2. L'allocation de solidarité aux personnes âgées

L'âge minimum pour ouvrir droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, cf article L.815-1 du code de la sécurité sociale) est fixé à 65 ans et abaissé au plus tôt à l'âge légal en cas d'incapacité au travail ou assimilée (décret n° 2011-620 du 31 mai 2011).

Cette incapacité peut résulter de la qualité d'ex-invalidé de l'assuré (soit dans le cadre de la substitution de la pension de vieillesse à la pension d'invalidité à l'âge légal, soit dans le cas où l'assuré a poursuivi son activité au delà de l'âge légal tout en bénéficiant de sa pension d'invalidité – cf. circulaire CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse n° 2011-4 du 19 janvier 2011).

Deux situations doivent être envisagées :

– L'assuré était précédemment titulaire de l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) :

L'intéressé étant présumé inapte au travail pour l'attribution de l'ASPA (Cf § 14 de la circulaire CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) n°2007-15 du 1^{er} février 2007), le droit à l'ASI prend fin à l'âge légal.

L'assuré doit alors déposer une demande d'ASPA.

La date d'effet de l'ASPA est fixée dans les conditions de droit commun en fonction de la date anniversaire du demandeur. Toutefois, cette date d'effet peut être fixée rétroactivement à la date de suppression de l'ASI, si la demande d'ASPA est reçue avant la fin du troisième mois civil qui suit la date à laquelle l'assuré a atteint l'âge légal.

Exemple :

Un assuré, né en juillet 1951, obtient la retraite pour pénibilité à 60 ans à compter du 1^{er} août 2011. Il était précédemment titulaire d'une pension d'invalidité assortie de l'ASI.

Période maximum de maintien du versement de l'ASI au delà de 60 ans, par l'organisme maladie : du 1^{er} août 2011 au 30 novembre 2011 (âge légal, soit à 60 ans et 4 mois, atteint en novembre 2011).

Date à compter de laquelle l'ASPA peut être versée : 1^{er} décembre 2011.

– L'assuré n'était pas titulaire de l'ASI :

L'intéressé ne peut prétendre à l'ASPA qu'à compter du premier jour du mois qui suit la réception de sa demande d'ASPA, cette date d'effet ne pouvant cependant être antérieure :

- au premier jour du mois suivant le 65^e anniversaire (décret n°2011-620 du 31 mai 2011) ;
- ou à l'âge légal s'il est reconnu médicalement inapte au travail (ou assimilé) ou possède la qualité d'ex-invalidé.

Si la demande de retraite pour pénibilité a été rejetée alors que l'assuré avait atteint ou même dépassé l'âge

légal, l'intéressé peut déposer une demande de pension au titre de l'incapacité au travail. Si l'assuré est reconnu inapte, il peut alors bénéficier de l'ASPA – pour autant qu'il en ait fait la demande – à la même date que sa pension de vieillesse pour incapacité. ■

BIBLIOGRAPHIE

Recueils de textes réglementaires

- Arrêté du Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé du 30.03.2011 paru au Journal Officiel du 31.03.2011.
- Circulaire du Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé n° DSS/SD2/2011/151 du 18.04.11 relative à la mise en œuvre de la retraite à raison de la pénibilité.
- Circulaire n° 2012-63 du 13.09.12 de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse parue sur le site <http://www.legislation.cnnav.fr/textes>
- Décret n° 2011-352 du 30 mars 2011 pris pour l'application des articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale paru au Journal Officiel n° 0076 du 31 mars 2011 page 5706.

Décret n° 2011-353 du 30 mars 2011 relatif à certaines dispositions d'application des articles 79, 81, 83 et 84 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites paru au Journal Officiel n° 0076 du 31 mars 2011 page 5707.

Décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels paru au Journal Officiel du 31 mars 2011.

Loi n° 2010-1330 du 09.11.10 portant réforme des retraites parue au Journal Officiel du 10.11.2010.

Articles publiés dans des périodiques

- COURSIER P., La réforme des retraites et les situations d'incapacité au travail, *La Semaine Juridique et Sociale* n° 49, 7 Décembre 2010, 1524.
- FABRE P., La pénibilité et les 20% d'incapacité permanente, *Revue Française du Dommage Corporel*, 2010-3, 271-2733.
- LARDY-PÉLISSIER B., La pénibilité : au-delà de l'immédiat et du quantifiable, *Revue de Droit du Travail*, mars 2011, p. 160.
- MULLER Fabienne, Quelle prise en compte de la pénibilité au travail après la loi sur les retraites ?, *Semaine Sociale Lamy*, Forum Réflexion, 6 Décembre 2010, n° 1470, p. 5-9.

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.

© 2015 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF
CPPAP n° 0417 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-2499-4 — eISBN 978-2-7472-2504-5