NOR : MENG9250329C
RLR : 260-0

Circulaire n° 92-237 du 20 août 1992

(Éducation nationale et Culture : Affaires générales, internationales et de coopération)

Texte adressé aux recteurs, chanceliers des universités, et aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'Éducation.

Référence : - Livre IV du Code de la Sécurité sociale. - Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 fixant les dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat prises pour l'application de l'article 7 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.

CHAPITRE Ier

TITRE A

HISTORIQUE

Il convient de rappeler brièvement l'évolution des conceptions théoriques en matière d'accident du travail.

Dès 1898, l'application du Code civil qui exigeait l'existence d'une faute pour établir une responsabilité, fut écartée par l'adoption de la notion de risque professionnel : la réparation était mise à la charge de l'employeur à raison des dangers inhérents à l'existence et au fonctionnement de son entreprise. A cette notion de risque professionnel, la doctrine a substitué celle de 'risque d'autorité' dès lors que la législation, cessant de s'appliquer exclusivement aux accidents industriels, s'étendait aux employés du commerce, aux gens de maison, etc..., et en 1938, d'une manière tout à fait générale : 'à quiconque aura prouvé qu'il exécutait à un titre quelconque un contrat, valable ou non, de louage de service'. Cependant, si le risque était 'socialisé', la réparation demeurait individuelle ; l'employeur n'était même pas tenu de s'assurer.

La réforme, amorcée par l'ordonnance n° 45-2453 du 19 octobre 1945 et effectuée par la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 et les textes suivants, a modifié complètement, à cet égard, le régime antérieur en intégrant la législation des accidents du travail dans le cadre de la sécurité sociale. La responsabilité individuelle tend désormais à disparaître : l'employeur a, dans le système général, été complètement déchargé par la loi du 30 octobre 1946 de l'obligation de verser les prestations et indemnités prévues par la loi, obligation qui incombe désormais aux caisses de sécurité sociale ; il n'est plus astreint qu'au paiement de simples cotisations.

Toutefois, la loi du 30 octobre 1946 prévoit, en son article 4, certains régimes spéciaux laissant subsister dans une mesure plus ou moins large la responsabilité directe des employeurs. Les collectivités et établissements publics, les entreprises assurant un service public et, exceptionnellement, les entreprises privées d'intérêt général se voient réserver la possibilité d'assumer directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail.

Les autres entreprises privées peuvent, assumer le service des frais de traitement et de l'indemnité journalière moyennant une autorisation spéciale du Ministre chargé du Travail.

S'agissant particulièrement des administrations de l'Etat, celles-ci n'auront pas, sauf dérogations précisées au titre B du chapitre 1er ci-dessous (Section I - 1°), à verser aux caisses de sécurité sociale les cotisations des accidents du travail prévues à l'article L 242-1. Elles

continueront, en revanche, à assumer directement la charge totale de la réparation des accidents du travail dans les conditions précisées par la présente circulaire.

Par l'évolution de la législation, l'accident de travail est devenu un risque inhérent à la vie sociale et permet d'inclure dans cette définition les accidents survenus pendant le trajet de la résidence au lieu de travail et vice versa (Cf. loi du 23 juillet 1957).

Toutefois, cette évolution n'a pas été poursuivie dans le domaine des réparations ; l'indemnisation des victimes et de leurs ayants droit reste ***forfaitaire*** et si les prestations se sont sensiblement améliorées, elles sont limitativement fixées par la loi, comme par le passé.

Les dispositions de la loi du 30 octobre 1946 ont été intégrées dans le décret n° 56-1279 du 10 décembre 1956 portant codification des textes législatifs concernant la Sécurité sociale dont ils forment le Livre IV (articles L 414 à L 509 devenus L 411-1 à L 482-5).

La dernière codification des textes législatifs et réglementaires concernant la sécurité sociale résulte des décrets n° 85-1353 et n° 85-1354 du 17 décembre 1985 (J.O. du 21 décembre 1985).

TITRE B

CHAMP d'APPLICATION

Section I
PERSONNES ENTRANT DANS LE CHAMP D'APPLICATION

Conformément aux dispositions du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, les agents non titulaires de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif ou à caractère scientifique, culturel et professionnel :

1- ***lorsqu'ils sont recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à un an, sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie pour le risque accident du travail.*** Dans ce cas, les cotisations correspondantes sont versées à l'URSSAF par l'administration.

2- ***lorsqu'ils bénéficient d'un contrat égal ou supérieur à un an et travaillent à temps complet, les prestations dues au titre de la législation sur les accidents du travail sont servies par l'administration employeur,*** aucune cotisation n'étant dans ce cas versée à l'URSSAF.

L'Etat se trouve tenu à l'égard de ces derniers agents à des obligations qui incombent ordinairement aux caisses de sécurité sociale, puisque suivant une règle maintes fois affirmée, l'Etat est et demeure 'son propre assureur'.

Ces dispositions ont fait l'objet d'une note de service explicative pour les agents non titulaires relevant du ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, n° 89-366 du 30 novembre 1989 (R.L.R. n° 261-3).

Il y a lieu d'insister sur le fait que l'affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie pour le risque accident du travail, doit être effective, non seulement pour les agents contractuels de l'Etat dont les fonctions impliquent un service à temps incomplet ou correspondent à un besoin saisonnier ou occasionnel, au sens de l'article 6 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, mais également pour tous les travailleurs occasionnels de l'Etat, à condition qu'ils soient réellement salariés.

Par salariés, il faut entendre les personnes liées à un employeur par un contrat de louage de services comportant un lien de ***subordination juridique*** en vertu duquel elles sont soumises à l'autorité et à la direction de cet employeur (cassation 6 Juillet 1931).

Pour les travailleurs ne possédant pas la qualité juridique de salarié, l'affiliation éventuelle à la sécurité sociale ne peut intervenir que si, en fait, ils se trouvent dans un état de ***subordination ou de dépendance*** vis-à-vis de celui pour le compte duquel ils travaillent.

Il en est ainsi de tous les médecins dont l'activité pour le compte d'une collectivité ou d'une entreprise ne peut être regardée comme le prolongement normal de l'exercice d'une profession libérale ; ces derniers doivent obligatoirement être assujettis à la sécurité sociale quel que soit leur mode de rémunération.

En revanche, aux termes de la jurisprudence en vigueur, ne peut être assujettie aux assurances sociales une personne qui dispose de son temps, en toute indépendance, ce qui est le cas des médecins qui consacrent seulement une partie de leur activité à des administrations sans être liés par un contrat de travail, au moment où, en particulier, ces praticiens participent en qualité d'expert à diverses commissions ou sont chargés des examens des candidats à la fonction publique ou de fonctionnaires lorsque ces examens ont lieu dans leur cabinet de consultation et qu'ils sont rémunérés à l'acte médical.

Ne sont pas visés par la présente instruction :

a) - ***les fonctionnaires titulaires et stagiaires*** qui, dans le cas d'accident de service, jouissent d'un régime de réparation spécifique (voir circulaire n° 91-084 du 9 avril 1991).

b) - ***les agents non titulaires cités au 1° ci-dessus,*** qui

sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie pour le risque accident du travail.

Sont, en revanche, concernés les agents contractuels cités au 2° ci-dessus, recrutés en application des articles 4, 5, 27 (1er alinéa) et 82 de la loi du 11 janvier 1984.

Section II

OUVERTURE DES DROITS

Aux termes de l'article L 411-1 du code de la sécurité sociale 'est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail', c'est-à-dire, selon la jurisprudence, alors que l'accidenté est sous l'autorité de l'employeur.

Outre la prévention de l'accident, l'objet de la législation est essentiellement de réparer dans leurs conséquences pécuniaires les accidents involontaires, qui causent aux travailleurs des dommages corporels.

La prise en charge d'un accident au titre de la législation des accidents du travail est subordonnée à quatre conditions :

- existence d'un accident
- existence d'une lésion,
- lien entre l'accident et le travail
- lien entre la lésion et l'accident.

A) Définition de l'accident

La jurisprudence a longtemps affirmé que 'l'accident est caractérisé par l'***action soudaine et violente d'une cause extérieure*** provoquant une lésion sur l'organisme humain'.

On notera la nouvelle définition de la chambre sociale (Cassation 24.4.69) : 'constitue l'accident de travail tout fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail et qui est à l'origine d'une lésion corporelle'.

Après examen de cette décision, il apparaît que le juge de la cassation applique les critères de la ***soudaineté et de la date certaine.*** (voir droit de la sécurité sociale - Jean Jacques DUPEYROUX).

Ainsi la jurisprudence admet que le préjudice causé par un simple effort du travailleur, faux mouvement, entorse, hernie, etc... doit être réparé comme un accident du travail même si cet effort n'est que l'exécution normale du travail. La condition d'extériorité, plus ou moins confondue avec le lien entre le préjudice et le travail et la condition de violence ont également pratiquement disparu de la jurisprudence de la Cour de cassation.

1. Action soudaine

C'est à ce critère que l'on distingue l'accident de la maladie, l'évolution de cette dernière étant généralement lente, continue et progressive ; sa cause, en outre, même dans les cas où elle se déclare brusquement (apoplexie, rupture d'anévrisme, embolie) réside dans la constitution organique de la personne. Si toutefois la cause de la maladie réside dans un accident tel qu'il vient d'être défini, et non dans la constitution organique de la victime, on demeure alors en présence d'un accident proprement dit ouvrant droit, toutes autres conditions étant réunies, à réparation au titre du Livre IV du Code de la sécurité sociale.

Exemples :

- Tuberculose déclarée chez un agent de laboratoire chargé de donner des soins aux cobayes tuberculeux. L'enquête a révélé que peu de temps avant la constatation de la maladie, l'agent avait reçu dans les yeux les projections de pus d'un cobaye atteint d'un abcès. Cette maladie, d'origine accidentelle, doit donner lieu à réparation au titre du Livre IV précité.

- Une dermatose apparue de façon brusque et qui est imputable à un contact avec les solvants trop concentrés employés pour les besoins du travail doit être tenue pour un accident du travail.

- En revanche, lorsqu'il résulte de l'expertise médicale que la cause de la maladie est une sensibilisation de plus en plus grande des mains aux produits solvants régulièrement employés, l'affection ne peut être considérée comme résultant d'un accident du travail.

- Une intoxication de nature chronique et à évolution lente, qui est le résultat d'une série d'absorptions d'oxyde de carbone, au cours de nombreuses années, ne constitue pas un accident du travail, sauf si l'intoxication est due à l'action massive et brutale du gaz carbonique. Dans ce cas, elle est assimilable à un traumatisme direct.

Ainsi les maladies ne donnent pas lieu, en principe, à réparation dans le cadre des accidents du travail à moins qu'elles ne soient reconnues comme des maladies professionnelles (voir plus loin).

Le caractère d'accident du travail est ainsi reconnu dans les cas de chocs, chutes, noyades, électrocution etc... L'accident peut également être dû à un agent chimique, thermique, acoustique, lumineux, solaire....

En revanche, ne peut constituer un accident du travail, une affection résultant d'une action lente et continue, les lésions n'ayant pas leur origine dans un fait précis et identifiable (par exemple, un ensemble de microtraumatismes dus à la répétition d'un même geste (Cass. soc. 26 juin 1980).

Les affections microbiennes, qui procèdent d'une contagion, même si elles sont survenues au temps et lieu de travail, ne sont pas couvertes par la législation sur les accidents du travail, sauf si elles sont inscrites sur le tableau des maladies professionnelles.

Exemples : Ne peuvent être pris en charge au titre des accidents du travail la polyomyélite (Cass. ass. plén. 21 mars 1969) ou une toxicose (Cass. soc. 24 mars 1960).

Mais peut être pris en charge, le sida contracté par une infirmière au temps et au lieu de travail (lettre ministérielle du 9 octobre 1989 (Travail).

2. Lésion de l'organisme humain

Pour répondre à la définition qui en a été donnée, un accident doit encore avoir porté atteinte au corps humain, l'importance et l'étendue de la lésion provoquée étant sans incidence à cet égard ; Il peut s'agir d'une lésion, ou d'une affection apparente ou non apparente, interne ou externe, profonde ou superficielle, ayant entraîné ou non une incapacité temporaire ou permanente, ou le décès, ou même ayant nécessité ou non des soins, à condition qu'elle ait été médicalement constatée au moment de l'accident.

La jurisprudence, face à l'évolution des techniques industrielles, prend en considération aussi bien les accidents ayant une origine purement mécanique que ceux résultant d'agents :

- chimiques (absorption de produits toxiques (Cass. scoc. 16 janvier 1975)
- lumineux (rayonnement brutal d'un arc électrique (Cass. Soc. 18 mars 1970)
- thermiques (brûlures, insolation (Cass. soc. 12 janvier 1977, 4 novembre 1970).

B) Relation de l'accident avec le travail

On admet généralement qu'il n'est pas nécessaire que l'accident ait trouvé sa cause immédiate dans le travail mais qu'il suffit que le travail ait concouru de quelque manière à la réalisation du risque.

Cependant, si la relation directe entre le travail et l'accident est ordinairement facile à établir, il est plus difficile de reconnaître la relation occasionnelle de l'accident avec le travail. C'est ainsi que la jurisprudence en vigueur s'est référée non seulement à la notion de 'temps et de lieu de travail' mais a fait appel également à la notion de 'subordination ou de dépendance', et l'on en arrive à rechercher, dans chaque cas d'espèce, si l'accident est survenu au cours du travail à un moment où la victime se trouvait sous la subordination ou du moins sous la dépendance de son chef d'établissement ou de service.

De même, les dispositions légales s'appliquent aux accidents qui peuvent survenir aux personnels à l'occasion de leurs déplacements, toutes les fois où ces accidents se produisent au lieu et au temps où les victimes devraient se trouver pour un acte se rattachant directement à leur emploi et chaque fois que le déplacement apparaît avoir été effectué en conformité avec les ordres reçus.

Il en serait évidemment autrement si la victime s'était elle-même soustraite à l'autorité de son employeur ou si le contrat explicite ou implicite de travail devait être considéré comme suspendu au moment de l'accident. Tel serait l'accident survenu au cours d'une grève ; tel également l'accident survenu à un agent qui, en contrevenant aux ordres reçus, se livrerait à un travail personnel dans les locaux même de l'administration.

Quelques exemples suffiront à préciser les principes ci-dessus énoncés.

1. Accidents survenus dans le temps et le lieu de travail

Cette catégorie d'accidents ne soulève pas de difficultés d'interprétation, le temps et le lieu du travail pouvant être aisément déterminés.

Signalons comme cas particuliers, ceux des concierges d'établissement, qui sont appelés à accomplir dans leur logement des actes de service. Dans un cas d'espèce, celui d'une concierge blessée en fermant la fenêtre de sa chambre, la Cour de Cassation a considéré que les fonctions de cette dernière exigeant qu'elle fût, le jour et même la nuit, à la disposition de l'administration -ou du public- son état de subordination au moment de l'accident était suffisamment établi.

En revanche, une maîtresse d'internat qui, logée par nécessité ou par utilité de service, est victime d'un accident dans la chambre qui lui a été affectée, à une heure où elle se livrait à des travaux personnels, ne peut être considérée comme ayant été victime d'un accident du travail, celui-ci étant survenu au moment où elle avait recouvré son indépendance.

Pendant les interruptions de travail, les accidents sont considérés comme des accidents du travail si celles-ci sont :

- autorisées par l'employeur (prélèvement sanguin organisé dans l'entreprise (Cass. soc. 22 mars 1979)

- justifiées par les nécessités essentielles de la vie courante (besoin de se désaltérer (Cass. soc. 9 avril 1973) ou par l'obligation de porter assistance à une personne en danger (Cass. soc. 17 octobre 1973).

Pendant la grève, un salarié n'est pas protégé car la situation de dépendance vis-à-vis de l'employeur n'est plus établie (Cass. soc. 6 juillet 1965). Les représentants du personnel continuent, en revanche, à être protégés (Cass. soc. 27 février 1985).

Le caractère professionnel de l'accident est dénié à l'accident survenu alors que le salarié était en période de repos, même si cet accident se produit au temps et au lieu habituels de travail.

2. Accidents survenus pendant le temps du travail mais hors du lieu

Exemples :

Ne peut être considéré comme accident du travail, l'accident survenu, en dehors d'un établissement, à une surveillante qui, pendant un interclasse, s'est absentée pour un motif d'ordre personnel.

Il n'y a pas davantage lieu d'appliquer la législation réparatrice des accidents du travail à un agent qui, même muni de l'autorisation de son supérieur, s'est absenté pour effectuer des démarches personnelles ; l'absence de la victime ayant été motivée par des faits complètement étrangers à son travail, on ne peut considérer cet accident comme s'étant produit par le fait ou à l'occasion du travail, l'intéressé n'étant plus sous la subordination de son employeur (Cass.soc. 16 février 1983).

En revanche, doit être couvert par la législation l'accident survenu à un agent accomplissant une mission, même totalement étrangère à son travail, à la demande de ses supérieurs, le ***lien de subordination*** étant nettement établi par les ordres reçus.

3. Accidents survenus en dehors du temps mais sur les lieux du travail

Il arrive que les exigences administratives imposent à l'agent de ne point limiter son activité aux horaires stricts de travail.

Dès lors qu'il est établi que le travail effectué au moment de l'accident est en relation directe avec l'activité de l'agent, la législation peut s'appliquer.

En revanche, un accident survenu lorsque le salarié se trouve sur les lieux de travail pour un travail personnel et indépendant de l'emploi, même avec l'autorisation de son employeur, ne peut être considéré comme un accident du travail.

Exemple : Accident mortel survenu alors que la victime, ayant terminé son travail, procédait à la réparation de sa voiture automobile entreposée dans un local situé sur les lieux du travail, avec l'autorisation de son employeur.

En principe, les heures consacrées au repas du personnel ne sont protégées par la loi que si le repas est pris dans un restaurant administratif situé sur le lieu du travail.

L'accident survenu à un agent alors qu'il s'était déplacé pour acheter un plat cuisiné à midi n'est considéré ni comme accident du travail ni comme accident du trajet (Cas. soc. du 4 juin 1980).

4. Fonctions représentatives ou électives

L'accident survenu par le fait ou à l'occasion de l'exercice des fonctions de représentant syndical constitue un accident du travail (ou de trajet) à condition que lesdites fonctions soient exercées dans les strictes conditions et limites fixées par les textes (Cass. Soc. 28 avril 1986 - 27 février 1985). Se reporter au décret n° 82-447 du 28 mai 1982 relatif à l'exercice du droit syndical et aux circulaires du 18 novembre 1982, du 17 juin 1976 et du 14 septembre 1970 (R.L.R. 610-7d et 261-2).

En revanche, ne constitue pas un accident du travail, l'accident dont est victime un salarié qui exécute un travail sans être investi d'un mandat, même s'il a obtenu une autorisation d'absence (Cass. soc. 18 mars 1981).

Un certains nombre d'activités rattachés aux fonctions syndicales ne sont pas couvertes au titre des accidents du travail. C'est le cas des activités syndicales exercées en dehors de l'administration, qu'elles aient lieu après le temps de travail ou, avec l'accord de celle-ci, pendant le temps de travail (Cass. soc. 28 avril 1986).

Cependant, conformément aux dispositions des articles L 412-8 (6e) et D 412-78 du code de la sécurité sociale, les délégués syndicaux qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes sociaux (personnes élues ou désignées) bénéficient du régime des accidents du travail. Toutefois la déclaration de l'accident et le versement des cotisations incombent à l'organisme à objet social mentionné à l'article D 472-79.

C) Accident de trajet

Aux termes de l'article L 411-2 du Code de la sécurité sociale, l'accident survenu pendant le trajet d'aller et retour de la résidence au lieu du travail ou entre le lieu du travail et le lieu où l'agent prend habituellement ses repas doit être considéré comme accident du travail.

La présomption légale joue en matière d'accidents du trajet (Cass.soc. 16 mars 1983) ; il convient d'apprécier la valeur des déclarations de l'intéressé compte tenu des circonstances. En revanche, la preuve que l'accident a eu lieu au temps et sur le lieu du trajet appartient à la victime ou à ses ayants droit (Cass. soc. 8 juillet 1980).

La Cour de cassation a tiré toutes les conséquences de cette disposition, à savoir l'assimilation de l'accident de trajet à l'accident de travail.

Toutefois, des différences apparaissent dans les régimes respectifs de ces deux types d'accidents.

L'accident de trajet doit donc être distingué :

- de l'accident de droit commun ;
- de l'accident du travail proprement dit.

Le champ d'application de l'article L 411-2 vise les accidents survenus ***sur le parcours aller et retour*** entre :

a) d'une part le lieu du travail (tout lieu où le travailleur se rend ou s'est rendu sur ordre de son employeur),

b) d'autre part :

- la résidence principale du salarié ou
- une résidence secondaire ou
- un lieu où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial ou
- la cantine, le restaurant ou d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.

Cette liste est limitative. Les deux derniers lieux font l'objet d'une jurisprudence très restrictive.

L'accident du trajet est en principe un accident de la circulation :

- le trajet doit être commencé (ou ne pas être achevé),
- le parcours ne doit pas avoir été ***interrompu ou détourné*** pour un motif dicté par l'intérêt personnel et 'étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi'.

Le trajet du lieu des repas au domicile sera également protégé, le détour pour prendre le repas répondant aux nécessités essentielles de la vie courante.

En revanche est exclu de la protection le lieu où le salarié se rend habituellement pour prendre un café (Cas.Soc. 17 juin 1970).

1. Lieu de travail

L'accident survenu pendant le trajet de la résidence au lieu du travail ne constitue en principe un accident du travail qu'autant que le parcours effectué se trouve en rapport direct et immédiat avec le travail qui va avoir lieu ou vient de s'accomplir.

Tout endroit où l'intéressé se rend, sur l'ordre de ses supérieurs, pour y effectuer les tâches confiées par eux, constitue le lieu du travail et l'itinéraire suivi pour s'y rendre est garanti par la législation.

En revanche, les déplacements effectués pour le compte personnel des intéressés ne peuvent être garantis.

Cependant, l'accident survenu à un agent lors d'un concours ou examen administratif, ainsi que l'accident de trajet, peuvent être considérés comme un accident du travail (Cf. Circulaire n° 72-120 du 13 mars 1972 - R.L.R. 261-9).

Il est également possible de reconnaître le caractère professionnel des accidents (y compris les accidents de trajet) survenus au cours de la préparation aux concours administratifs lorsque les cours ont lieu pendant les heures de service et dès lors que les agents ont été autorisés par l'administration à suivre les cours. (Cf. circulaire n° 73-223 du 7 mai 1973 - R.L.R. n° 261-9).

2. La résidence

La résidence est le lieu habituel ou occasionnel de l'habitation ou tout autre lieu ou l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familiaux.

En outre, la personne qui se rend, le samedi, de son lieu de travail (avec lequel se confond pendant la semaine son logement) à son logement personnel, est garantie par la législation.

L'accident survenu un dimanche, alors que l'agent, s'étant rendu dans une résidence, revenait au lieu d'exercice de ses fonctions pour ne reprendre son travail que le lendemain, n'est pas considéré comme accident de trajet.

Dans un cas spécifique, la Cour de cassation a, en effet, souligné que : ' ... Ce n'est que le lendemain que l'assuré devait reprendre son travail ce qui implique, en l'espèce que le trajet aurait pu être effectué plus tard, dans un temps plus proche de la reprise du travail, permettant ainsi éventuellement de le considérer, comme en rapport direct et immédiat avec le travail qui va avoir lieu' (Cass. soc. 8 juillet 1955).

Le trajet commence à la porte de l'appartement privé de l'agent. En conséquence, dès que celui-ci accède au corridor ou à l'escalier commun aux locataires de l'immeuble, il est garanti par la loi forfaitaire (Cass. soc 8 mai 1962).

Cependant, l'accident qui survient dans un lieu où l'agent est seul habilité à prendre des mesures de prévention (jardin ou atelier attenant à sa résidence), ne constitue pas un accident de trajet (Cass.Soc. 19 octobre 1988).

Par ailleurs, une personne peut avoir plusieurs résidences à condition que les séjours qui y sont effectués présentent un certain caractère de stabilité.

Une ancienne habitation (telle une maison de campagne) a les caractères d'une résidence dès lors que le salarié s'y rend régulièrement pour le week-end par exemple (Cass.soc. 11 mars 1954).

Le fait que la résidence soit très éloignée du lieu de travail ne peut en soi être un motif d'exclusion de la législation sur le risque professionnel. Ainsi un salarié

qui se rend à son travail à partir de sa résidence secondaire, située à 200 km, peut bénéficier de la législation (Cass. soc. 28 juin 1989).

En revanche, ne constitue pas une résidence secondaire :
- un lieu choisi pour camper (Cass. soc. 5 mars 1954),
- un lieu de vacances, même si l'intéressé s'y est rendu durant trois années consécutives (Cass. soc. 7 février 1963).
- l'hébergement provisoire chez un collègue (Cass. soc. 12 octobre 1972).

3. Temps des repas

En ce qui concerne l'assimilation au lieu de travail de la cantine ou du restaurant situés hors du lieu de travail où l'agent prend ses repas, il y a lieu de préciser que la prise en charge de l'accident de trajet est subordonnée à la preuve du caractère habituel de la fréquentation par la victime du lieu où le repas a été pris.

Toutefois, si l'employeur exerce en ce lieu ses pouvoirs d'organisation, de contrôle et de surveillance, il ne s'agit plus d'un accident de trajet mais d'un accident du travail.

Outre une cantine ou un restaurant, constitue un lieu de repas tout établissement (charcuterie, traiteur, café) où la consommation sur place de nourriture est autorisée (Cass. soc. 9 mars 1977).

Un jardin public où le salarié prend tous les jours le repas qu'il a préparé constitue également un lieu de repas (Cass. soc. 8 novembre 1977).

La jurisprudence interprète le caractère habituel avec une certaine souplesse : le fait de se rendre une ou deux fois en moyenne par semaine dans le même lieu de repas constitue une périodicité suffisante pour considérer qu'il s'agit d'un accident de trajet (Cass. soc. 9 mars 1977).

En revanche, l'accident survenu sur le trajet du lieu où le salarié se rend pour acheter des denrées alimentaires ou un plat cuisiné pour les consommer sur le lieu du travail ne peut être considéré comme un accident du trajet (Cass. soc. 3 octobre 1979 - 4 juin 1980). Il en est de même pour le trajet du lieu de repas à un autre endroit où sont pris les accessoires au repas (café) (Cass. soc. 17 juin 1970).

4. Mode de locomotion

Le mode de locomotion utilisé n'est pas à considérer pas plus que le fait que, sur son trajet normal, l'assuré était accompagné des membres de sa famille, ou que son déplacement était motivé à la fois par l'exécution d'une mission d'ordre professionnel et par un but d'ordre personnel.

5. Durée du parcours et itinéraire suivi

Deux autres éléments contribuent à caractériser le trajet : ce sont la ***durée du parcours et l'itinéraire suivi,*** mais on doit, sur ce point, se garder de toute interprétation restrictive. C'est l'examen de chaque cas d'espèce et de ses circonstances qui doit permettre de dégager le caractère professionnel ou non de l'accident envisagé :

Durée du trajet : d'une façon générale, il n'y a pas lieu de tenir compte d'un léger retard dans la durée du trajet à accomplir (Cass. soc. 30 novembre 1977). Il en est de même si le salarié quitte son domicile en avance par souci d'arriver à l'heure (Cass. soc. 28 juin 1989).

En revanche, si le retard est important, on peut déduire de cette constatation que l'accident s'est produit lorsque l'intéressé avait repris son indépendance.

Itinéraire suivi : un simple changement de trottoir, dans les rues constituant l'itinéraire protégé, n'est pas de nature à priver l'agent, victime d'un accident de la circulation au moment où il traversait la voie publique, du bénéfice de la réparation.

De même, l'accident qui se produit en temps normal et sur l'itinéraire protégé rejoint par l'agent après un détour ou une interruption est un accident de trajet.

Il est admis que le salarié peut choisir un itinéraire plus long pour éviter des encombrements ou une voie dangereuse (Cass. soc. 5 novembre 1954 - 4 février 1987).

La victime d'un accident de trajet n'a pas l'obligation d'emprunter toujours le même trajet si l'itinéraire choisi est en soi aussi normal et direct que celui qu'il prenait habituellement (Cass. soc. 18 novembre 1954).

6. L'interruption et le détour

Les dispositions des articles L 411-1 et L 411-2 du Code de la sécurité sociale impliquent une extension de l'état de dépendance unissant, au temps et au lieu du travail, l'agent à son employeur. Mais cet état de dépendance ne peut naître et durer entre la résidence et le lieu du travail et vice versa que ' ... dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi'. Il faut encore que l'intérêt personnel soit, en même temps 'étranger aux nécessités essentielles de la vie courante'.

En effet, le salarié conserve le bénéfice de la protection prévue pour les accidents de trajet pendant l'interruption ou le détour justifié par les nécessités de la vie courante, à savoir, selon la jurisprudence : les activités à caractère domestique (achats de denrées alimentaires, retrait d'argent à la banque, conduite des enfants chez la personne ou dans l'institution qui en a la garde), les soins médicaux, des arrêts dans les

débits de boisson lorsque les conditions atmosphériques ou la longueur du trajet le justifient.

Il convient donc, suivant les circonstances de fait relevées, de déterminer et d'apprécier judicieusement le mobile et la durée de l'interruption ou du détour invoqués. Un simple 'incident de trajet' notamment, résultant des nécessités ou des difficultés matérielles de la vie courante, ne saurait être équitablement reproché à l'agent, pas plus qu'un acte motivé par un cas fortuit ou de force majeure.

Par assimilation les actes de dévouement constituent des actes de la vie courante justifiant la prise en charge au titre des accidents de trajet.

En tout état de cause, il doit s'agir d'un simple détour, dont la durée du parcours n'a rien d'excessif (Cour d'appel de PARIS, 23 juin 1964), ***et non d'un trajet distinct*** (Cass. soc. 19 mars 1986 - 2 novembre 1989).

Cette jurisprudence revient à faire souvent dépendre la protection de la victime du lieu où se situe l'école ou le domicile de la gardienne.

Si le détour ou l'interruption se justifie par un motif lié à l'emploi, le salarié continue à bénéficier de la protection sociale prévue en cas d'accident de trajet pendant :

- le retour d'un 'pot' organisé à l'issue du travail (Cass. soc. 14 février 1980)

- l'achat d'outils nécessaires au travail (Ch. réunies 27 avril 1956)

- le trajet pour se rendre chez un médecin à la suite d'un accident du travail (Cass. soc. 29 juin 1967).

Cependant, le détour pour aller chercher un certificat de travail auprès de son ancien employeur ne constitue pas un accident de trajet, un tel détour étant sans lien avec l'emploi (Cass. soc. 12 novembre 1953).

Exemples :

Le fait de s'arrêter quelques instants dans un magasin d'alimentation pour y effectuer des achats, ne constitue pas une interruption du trajet susceptible de priver la victime de la réparation légale.

De même, le fait de s'être arrêté et abrité pendant un orage ainsi que le détour effectué par une personne pour remiser sa voiture personnelle, qu'elle utilise pour se rendre à son travail, dès lors que ce détour se tient dans les limites raisonnables et apparaît comme une nécessité liée à l'usage dudit véhicule, non comme un détour motivé par l'intérêt personnel.

Le fait de prendre de l'essence durant le trajet même si l'emplacement des pompes réclamait un parcours supplémentaire d'une centaine de mètres ne constitue pas un détour (GUELDRY - S.S. Rennes le 18 mars 1987).

Après son travail, une salariée était allée chercher ses enfants chez leur gardienne ; reprenant ensuite son trajet normal, elle avait été victime d'un accident mortel. La Cour d'appel, approuvée par la Cour de cassation, a considéré qu'il s'agissait d'un accident de trajet au motif qu'au moment de l'accident la victime se trouvait, après un détour, sur son trajet habituel (Cass. ass. plén. 13 décembre 1985).

Alors qu'il se trouvait sur le parcours de son domicile vers son lieu de travail, le salarié était descendu de sa voiture et s'était engagé sur la voie publique en direction d'un bureau de tabac. L'accident survenu à ce moment était un accident de trajet, celui-ci n'ayant été ni détourné, ni interrompu (Cass. soc. 28 juin 1989).

D) Preuve de l'accident - Relation des lésions avec l'accident

Aux termes des articles L 411-1 et L 411-2 du code de la sécurité sociale, pour que le caractère professionnel d'un accident soit reconnu, il suffit que cet accident soit survenu par le fait ou seulement à l'occasion du travail ou pendant le trajet, ce qui implique que ***sa matérialité doit en outre être établie.***

1. Preuve de l'accident

Sur ce point aucune dérogation au principe posé par l'article 1315 du Code civil n'est apportée : 'Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver', mais devant les difficultés rencontrées par les victimes d'accident du travail pour apporter cette preuve, la Cour de cassation a maintes fois déduit du texte une présomption établie en leur faveur.

Toute lésion qui se produit dans un accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de l'accident.

Toutefois, sont seules couvertes par la présomption d'imputabilité les lésions qui se sont manifestées immédiatement après l'accident ou dans un temps voisin (Cass. Soc. 27 octobre 1978) : salarié décédé 6 jours après l'accident, pendant la période d'arrêt de travail et de soins).

En tout état de cause, la présomption peut toujours être détruite par la preuve contraire qui est à la charge de l'administration.

La matérialité des faits d'un accident du travail peut être établie par tous les moyens de droit : en particulier, l'absence de témoins n'est pas déterminante dès lors qu'existent des présomptions graves, précises et concordantes, les juges étant investis d'un pouvoir sou-

verain pour apprécier la valeur des faits allégués comme présomption.

Les présomptions peuvent être dégagées d'un ensemble de faits relevés, telle la prompte déclaration du fait accidentel à un tiers, la constatation médicale des lésions le jour où est allégué l'accident. Il s'agit en définitive d'apprécier le degré de confiance qu'il convient d'accorder aux déclarations de la victime et de dire si, et dans quelle mesure, elles peuvent jouer en sa faveur.

Cependant, quelle que soit la bonne foi de l'agent, la preuve de l'accident n'est pas rapportée par ses seules affirmations. En outre, les témoignages rapportant les dires de la victime n'établissent pas à eux seuls le caractère professionnel d'un accident (Cour de Cass.soc. 17 juin 1979 - 20 novembre 1985).

2. Relation de cause à effet

a) Sont couvertes par la présomption d'origine, sauf preuve contraire, les lésions qui se sont manifestées :

- immédiatement après l'accident ;

- dans un temps voisin (au cours du traitement ou de l'évolution de la lésion originaire directement causée par l'accident).

Cette présomption d'imputabilité est, par définition, d'application très large puisqu'elle ne peut être détruite que par la preuve contraire qui peut être difficile à rapporter.

Exemple : à défaut de preuve contraire, bénéficient de la présomption légale les ayants droit de l'employé trouvé mort à son poste de travail (Cass. soc. 26 avril 1951), Dans ce cas, la preuve contraire peut cependant être apportée et des témoins recherchés. (Rappelons que le législateur a prévu le droit de faire procéder à l'autopsie de la victime). Par ailleurs, l'enquête légale confiée au greffier du tribunal d'instance ou à un agent assermenté, en cas d'accident grave ou de mort, a pour but de faire apparaître la manifestation de la vérité (article L 442-1 à L 442-4 du code de la sécurité sociale).

Lorsque l'autopsie ou des certificats médicaux concordants établissent sans ambigu-8b-té que le décès ou la lésion sont exclusivement dus à des prédispositions morbides, il y a lieu de conclure à l'absence de tout lien de causalité. Lorsque la victime bénéficie d'une présomption d'imputabilité, le doute qui peut subsister doit lui profiter (Cass. 29 mars 1957).

b) En principe, une lésion qui ne s'est pas manifestée immédiatement après l'accident ou dans un temps relativement voisin n'est pas couverte par la présomption d'imputabilité. Dans ce cas, le fardeau de la preuve reste à la charge de la victime (cas particuliers des déclarations tardives).

C'est à la victime d'apporter la preuve de la matérialité de la lésion pour obtenir le bénéfice de la réparation. Cette preuve peut être établie par tous moyens (témoignages, par exemple, corroborés ensuite par un certificat médical) mais ne saurait résulter des seules allégations de la victime (Cass. soc. 20 novembre 1985).

Les prédispositions morbides de la victime ne suffisent pas pour faire écarter a priori l'application de la loi : dès lors que la matérialité de l'accident est incontestable, l'accord ou le refus du bénéfice de la réparation est subordonné à la constatation de la réalité ou de l'absence d'une relation de cause à effet entre ledit accident et l'affection dont la victime se trouve atteinte.

Exemple : victime atteinte d'une hernie : celle-ci sera prise en charge au titre 'accident' même s'il apparaît que la victime manifestait des prédispositions congénitales, dès lors qu'il est prouvé que la lésion est apparue ou a été aggravée par un effort au cours du travail.

Doit être également considéré comme accident du travail, l'accident ayant déclenché 'un épisode aigu d'un état préexistant' (cas, en particulier, fréquent, des lumbagos).

Etant donné l'importance des soins que peut entraîner la prise en charge de maladies chroniques révélées ou aggravées à la suite d'un accident du travail, il y a lieu de s'attacher très scrupuleusement à la recherche des causes de l'accident et des prédispositions pathologiques des intéressés, au besoin par la procédure de l'expertise.

Les services devront en particulier s'assurer que le 'fait accidentel' qui est à l'origine de la lésion, résulte des conditions habituelles du travail (voir à ce sujet : A) 'Définition de l'accident', 1 - action soudaine).

E) Les maladies professionnelles

Les dispositions concernant les accidents du travail sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions ci-après (cf. articles L 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale).

La date de la première constatation médicale de la maladie est assimilée à la date de l'accident sous réserve des dispositions du 4ème alinéa de l'article L 461-2 du code de la sécurité sociale.

Les tableaux figurant en annexe III du code de la sécurité sociale précisent les manifestations morbides d'intoxications aiguës ou chroniques présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action des agents nocifs mentionnés par lesdits tableaux, qui donnent, à titre indicatif, la liste des principaux travaux comportant la manipulation ou l'emploi de ces agents. Ces manifestations morbides sont présumées d'origine professionnelle.

Des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes qui sont présumées avoir une origine professionnelle lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérés par ces tableaux.

D'autres tableaux peuvent déterminer des affections présumées résultant d'une ambiance ou d'habitudes particulières rendues nécessaires par l'exécution des travaux limitativement énumérés.

A partir de la date à laquelle un travailleur a cessé d'être exposé à l'action des agents nocifs susmentionnés, l'administration ne prend en charge les maladies correspondant à ces travaux que pendant le délai fixé à chaque tableau.

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée doit être, par les soins de la victime, déclarée à l'administration dans un délai de 15 jours.

En cas de révision des tableaux en application du 4ème alinéa de l'article L 461-2 précité, ce délai est porté à 3 mois, courant à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau.

Le praticien remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie ainsi que les suites probables.

La feuille d'accident est remise à la victime ou à ses représentants par l'administration.

Le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives, est établi et adressé dans les mêmes conditions que le certificat initial,

Du jour de la cessation du travail court un délai de prescription de deux ans.

Des dispositions spéciales sont applicables à certaines maladies professionnelles (cf. articles D 461-1 à D 461-24 du code de la sécurité sociale).

Une indemnité spéciale pour changement d'emploi est accordée à la victime atteinte :

1° - de pneumoconioses consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre ;

2° - d'affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ;

3° - de sidérose professionnelle,

lorsque le ***changement d'emploi*** est nécessaire pour prévenir une aggravation de son état et que les conditions exigées ne sont pas remplies par l'agent pour bénéficier d'une rente. (voir articles D 461-11, D 461-12, R 461-6 et R 461-7 du code de la sécurité sociale).

Le droit à cette indemnité est subordonné : à la déclaration de la maladie fournie par la victime, au résultat de l'examen du malade. Les modalités de calcul de l'indemnité, qui ne peut être attribuée qu'une seule fois, sont fixées par les articles D 461-15 et suivants du code de la sécurité sociale.

L'emploi doit être quitté dans le délai de six mois à compter de la date du certificat descriptif.

Par dérogation aux dispositions de l'article R 434-30 précisant, pour le calcul des rentes, la détermination du salaire de base dans le cas où, au moment de l'arrêt de travail, la victime occupait un nouvel emploi ne l'exposant pas au risque de la maladie constatée et dans lequel elle percevait un salaire inférieur à celui qu'elle aurait perçu si elle n'avait pas quitté l'emploi qui l'exposait au risque, ce dernier salaire est substitué au salaire réellement perçu.

Ce même salaire fictif est pris en considération dans le cas où, à la date de la première constatation médicale de la maladie, dans le délai de prise en charge fixé par les tableaux de maladies professionnelles précités, la victime n'exerçait plus aucune activité salariée ou assimilée.

Le droit aux prestations autres que la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement, prévues pour les accidents du travail, et aux indemnités journalières est ouvert au malade reconnu atteint d'une des trois affections précitées dans les cas cités à l'article D 461-12 du code de la sécurité sociale.

Le droit aux prestations est accordée pour six mois. Il peut être renouvelé par périodes de six mois sur avis du médecin de l'administration.

Le droit aux indemnités en capital et aux rentes prévues pour les accidents du travail dans le cas d'incapacité permanente ou de mort, n'est ouvert que si la durée totale de l'emploi, en une ou plusieurs périodes, à des travaux susceptibles de provoquer l'une des maladies professionnelles résultant de l'inhalation de poussières renfermant de la silice libre (tableau n° 25), de poussières d'amiante (tableau n° 30) et de l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer (tableau n° 44) est au moins égale à cinq ans. (cf. article D 461-13 du code de la sécurité sociale).

CHAPITRE II

TITRE A

FORMALITES PRELIMINAIRES - DECLARATION DELIVRANCE DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

Les textes imposent aux diverses parties en présence

(victime, administration, médecins) un certain nombre d'obligations qui ont pour but d'établir le droit à réparation de la victime et de déclencher la procédure de réparation elle-même.

Section I

OBLIGATIONS DE LA VICTIME

A) Déclaration

(articles L 441-1 et R 441-2 du code de la sécurité sociale)

L'agent est tenu de déclarer l'accident dont il a été victime à son chef de service direct au plus tard dans les 24 heures qui suivent l'accident, sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes. Un récépissé lui est délivré.

Si la déclaration n'a pu être effectuée sur le lieu de l'accident, elle doit être envoyée par lettre recommandée.

La victime ou ses représentants conservent néanmoins le droit de déclarer l'accident à l'administration jusqu'à l'expiration de la deuxième année : ***il s'agit du délai de prescription de deux ans*** prévu à l'article L 431-2 du code de la sécurité sociale.

Remarque : Par accident, il faut entendre le fait accidentel lui-même et non pas le moment où les soins ou l'arrêt de travail deviennent nécessaires. En conséquence, l'agent ne doit pas hésiter à signaler tout accident, dès sa survenance, quelque bénigne qu'apparaisse la lésion consécutive ; toute négligence à cet égard est en effet de nature à faire perdre à la victime le bénéfice de la présomption légale d'imputabilité (Cass. soc. 28 avril 1955).

B) Contrôle médical

Conformément aux dispositions conjuguées de l'article 18 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 précité et des articles L 442-5, R 442-1 et R 442-16 du code de la sécurité sociale, le contrôle médical de l'administration peut s'exercer à tout moment pendant les périodes d'incapacité temporaire, y compris les périodes de rechute ou de soins après consolidation. En cas d'attribution de rente, le contrôle médical s'exerce dans les conditions fixées par les articles R 443-2 à R 443-6 du code de la sécurité sociale.

Le contrôle médical est effectué par un médecin de l'administration agréé (voir article 1er du décret n-f8-86-442 du 14 mars 1986). La victime est tenue de s'y soumettre et doit présenter à toute réquisition du service de contrôle médical les certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoire et ordonnances en sa possession.

S'il y a désaccord entre le médecin traitant et le médecin de l'administration, ***sur une question d'ordre médical,*** il doit être procédé à une expertise dans les conditions ci-après (voir Titre B - Section II - expertise médicale) fixées par le chapitre 1er du titre IV du livre 1er du code de la sécurité sociale (articles L 141-1 à L 141-3 et R. 141-1 à R 141-8).

Si les conclusions du médecin agréé donnent lieu à contestation ***quant au congé pour accident du travail ou maladie professionnelle pendant la période donnant lieu au plein traitement,*** la commission de réforme peut être saisie dans les conditions fixées pour les fonctionnaires titulaires (voir Titre C Section II ci-après).

Section II

OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATION

A) Obligations du chef de service ou de l'établissement dont relève directement la victime

1° - Déclaration

Le chef de l'établissement ou du service auquel la victime a déclaré l'accident doit, dès qu'il en a connaissance, en aviser (dans la mesure du possible dans les 48 heures non compris les dimanches et jours fériés) le service de l'administration qui a en charge l'instruction de ces dossiers (services académiques, administration centrale) (Cf. article R 441-3). Il convient à cet effet d'utiliser le modèle de déclaration figurant en annexe 1.

2° - Délivrance de la feuille d'accident (art. L 441-5 et R 441-8 et R 441-9 du code de la sécurité sociale).

En même temps qu'il donne récépissé à la victime de sa déclaration, le chef d'établissement ou du service lui délivre une feuille d'accident (Cf. modèle joint en annexe 2) permettant la prise en charge par l'administration des frais médicaux consécutifs à l'accident.

Ce document ne doit comporter aucune mention de médecin, pharmacien, clinique ou dispensaire. En revanche, il doit expressément indiquer la désignation et l'adresse du service de l'administration (académique ou centrale) auquel les auxiliaires médicaux choisis par la victime (médecin , pharmacien etc..) devront adresser leur note d'honoraires ou leur facture.

La feuille d'accident est valable pour la durée du traitement consécutif à l'accident.

S'il s'agit d'une rechute d'un accident de travail antérieur, le chef de service n'est pas habilité à délivrer la feuille d'accident, ***seul le service qui instruit le dossier d'accident, débiteur des prestations, détient cette compétence.***

Lorsque la feuille d'accident de travail est entièrement

utilisée avant la fin des soins, ***c'est également le service débiteur des prestations qui délivre une nouvelle feuille à la victime,*** après que le volet n° 6 et le volet récapitulatif n° 2 de la précédente feuille lui ont été remis.

En vertu des articles R 441-8 et R 441-9 du code de la sécurité sociale, le mode d'utilisation de la feuille d'accident du travail est le suivant :

La victime conserve le volet n° 2 de la feuille d'accident du travail pendant toute la durée des soins (à moins que ce volet ne soit rempli avant la fin des soins). Elle le fait annoter lors de chaque acte médical ou paramédical et pour toute fourniture délivrée par le praticien, auxiliaire médical, fournisseur ou établissement hospitalier.

Les volets n° 3 et 3 bis sont remis au praticien ou à l'établissement hospitalier, le volet n° 4 au pharmacien ou fournisseur et le volet n° 5 à l'auxiliaire médical.

Ces volets servent à l'établissement des notes d'honoraires ou factures qui sont ensuite adressées au service gestionnaire du risque d'accident du travail en vue du règlement.

La feuille d'accident ne comporte qu'un exemplaire de chacun des volets. Aussi, lorsque cet exemplaire a déjà été utilisé le praticien, auxiliaire médical, pharmacien, fournisseur ou établissement hospitalier, doit , conformément aux dispositions de l'article R 441-9 du code de la sécurité sociale, établir une note d'honoraires ou une facture reproduisant les mentions figurant sur la partie de la feuille qui lui est destinée en ce qui concerne notamment, les nom, prénoms et adresse, date de l'accident 'ainsi que toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler'.

Les différents prestataires de services adressent leur volet, la note d'honoraires ou la facture au service gérant le risque d'accident du travail, désigné sur la feuille d'accident.

En vue d'éviter des retards et des difficultés, ces volets doivent être remplis avec soin et comporter la signature du médecin ou de l'auxiliaire médical attestant la prestation des actes, leur cotation, leur date et leur tarif.

Il s'agit là d'obligations impératives auxquelles est subordonné le paiement des honoraires ou prestations, aussi bien lorsque les soins sont dispensés dans un établissement hospitalier que lorsqu'ils sont dispensés en clientèle.

Ledit service procède au paiement direct des honoraires et factures sur présentation des formulaires par les prestataires, dès leur réception, après s'être livré aux vérifications nécessaires, notamment en confrontant les différents volets de la prise en charge, sans préjudice de la décision définitive d'imputabilité au service qui sera prise par l'administration.

Si la décision définitive ne reconnaît pas l'imputabilité au service, l'administration, en émettant un titre de perception, se retournera, pour le remboursement des frais qu'elle aurait déjà pris en charge, soit contre la sécurité sociale et l'agent, chacun pour leur dû, soit contre l'agent, celui-ci se retournant alors vers la sécurité sociale au titre de l'assurance maladie.

Il convient de souligner que le volet récapitulatif n° 2 doit être restitué à la victime, qui le conserve pendant toute la durée des soins. En effet, l'intéressé doit être en mesure de le présenter, d'une part à tout praticien dont il voudra requérir les soins, d'autre part, et ainsi qu'il y est tenu, au médecin de l'administration lors des contrôles éventuels.

Le volet et le titre de recette établis pour les hospitalisés ne font pas double emploi, le premier document constituant une pièce justificative du second. Les établissements hospitaliers n'ont donc pas à exiger de la victime la production d'une prise en charge à la place de la feuille d'accident dont l'emploi est obligatoire.

3° - Enquête administrative et transmission du dossier

Dès que le chef d'établissement ou de service a connaissance de l'accident, il procède ou fait procéder à une enquête administrative dans le but de déterminer la cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu et les conséquences apparentes de l'accident. Il doit, en outre, recueillir les dépositions des témoins (Cf. article R 441-12 du code de la Sécurité sociale).

Un imprimé, dont le modèle figure en annexe 3, est utilisé à cet effet. L'enquête une fois terminée, le dossier d'accident est acheminé au service chargé de l'instruction et de la liquidation des frais (services académiques, rectoraux ou administration centrale selon le cas).

La victime doit être avisée de cette transmission.

S'il s'agit ***d'un accident de trajet*** survenu dans des circonstances ***mettant en jeu la responsabilité d'un tiers,*** le chef d'établissement ou de service invitent la victime à fournir, si elle le peut, le procès-verbal de gendarmerie ou de police ainsi que les renseignements concernant ce tiers.

B) Obligations des services chargés de l'instruction des dossiers

1° Examen de la victime par un médecin agréé de l'administration

En application des dispositions conjuguées de l'article R 442-1 du code de la sécurité sociale et du 2ème alinéa de l'article 18 du décret n° 86-83 du 17 janvier

1986, afin d'être renseigné contradictoirement sur l'état du blessé et sur le caractère professionnel de la lésion, le service gérant l'accident du travail peut, dès qu'il a connaissance de l'accident, prescrire l'examen de la victime par un médecin agréé de l'administration.

Si les conclusions du médecin agréé donnent lieu à contestation, il est procédé, selon le cas, soit à une expertise médicale (voir Titre B -section II ci-après), soit à la saisine de la commission de réforme s'agissant du droit à congé à plein traitement (Voir Titre C - Section II ci-après).

La rémunération des médecins agréés auprès de l'administration est fixé par l'arrêté du 15 avril 1982.

2° - Autopsie

En cas d'accident mortel, le service peut, s'il l'estime utile à la manifestation de la vérité, et avec l'accord des ayants droit de la victime, demander au juge du tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident s'est produit, de faire procéder à l'autopsie dans les conditions prévues aux articles 232 et suivants du nouveau code de procédure civile. Si les ayants droit de la victime s'y opposent, il leur incombe d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès (Cf. art. L 442-4 du code de la sécurité sociale).

Si les ayants droit de la victime le sollicitent, le chef de service est tenu de demander l'autopsie.

En raison de la présomption d'origine qui joue en faveur de la victime et ne peut être combattue que par la preuve contraire, il y a lieu de provoquer l'autopsie lorsque le décès est survenu, sans cause déterminée, sur le lieu et au moment du travail ou dans un temps voisin.

Si le décès, survenant soit au cours de la période de soins soit même après la guérison apparente ou la consolidation de la blessure, est dû à l'accident du travail, les ayants droit peuvent prétendre à une rente. En cas de doute, l'administration doit demander l'autopsie en vue d'établir la relation de cause à effet requise. Mais l'autopsie ne pouvant avoir de valeur probante que si elle est effectuée dans un bref délai suivant le décès, les ayants droit ont intérêt à informer le plus rapidement possible l'administration de ce décès car, dans ce cas, la présomption d'origine fait défaut.

Si le refus d'une veuve de faire pratiquer l'autopsie de son mari, salarié victime d'un accident mortel sur le lieu du travail, entraîne ipso facto le défaut de preuve, en revanche, la caisse, qui n'a pas demandé, conformément à l'article L 442-4 précité, l'accord de l'intéressée, mais a simplement informé celle-ci qu'elle pouvait demander qu'il soit procédé à cette mesure, ne peut justifier de cette opposition pour ne pas prendre en charge l'accident (Cour de Cass. soc. 17 octobre 1991).

Les honoraires dus aux médecins commis ou requis pour pratiquer l'autopsie sont ceux fixés pour la même expertise en matière criminelle par l'article R 117 du code de procédure pénale.

3° - Enquête légale

L'article L 442-1 du code de la sécurité sociale impose à l'administration de faire procéder à une enquête (Cf. annexe 4) dans les vingt-quatre heures qui suivent le moment où elle a eu connaissance des conséquences possibles ou certaines de l'accident :

1- lorsque la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale de travail,
2- ou lorsque la victime est décédée.

Conformément à l'article R 442-14 du code de la sécurité sociale, l'enquête doit être close dans les quinze jours de la réception de la déclaration d'accident et des certificats médicaux susvisés et mentionnés aux articles L 441-1 à L 441-6 de ce même code. L'administration ne doit donc pas attendre pour faire procéder à l'enquête que la période d'incapacité temporaire soit terminée et l'état de la victime consolidé.

Ainsi que le précise l'article L 442-2 du code de la sécurité sociale, l'enquête a pour but de rechercher :

1- la cause, la nature et les circonstances de l'accident,
2- la nature des lésions,
3- les éléments de nature à permettre à l'administration de statuer sur le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie.

L'enquête est contradictoire. La victime a le droit de se faire assister par une personne de son grade, par ses père, mère ou conjoint ou par un délégué de son organisation syndicale ou de son association de mutilés ou invalides du travail. Le même droit est accordé aux ayants droit de la victime en cas d'accident mortel.

Elle est effectuée par un agent assermenté agréé par le Ministre chargé de la sécurité sociale (Cf. articles L 442-1 et D 442-1 du code de la sécurité sociale) dans les conditions fixées aux articles D 442-2 à D 442-4 du code de la sécurité sociale.

La procédure suivie pour l'enquête est celle qui est décrite aux articles R 442-1 à R 442-15 du code de la sécurité sociale.

L'agent assermenté consigne les résultats de son enquête dans un procès-verbal qui fait foi, jusqu'à preuve du contraire, pour les faits qu'il a constatés.

Au cas où l'enquêteur n'a pas fait parvenir son procès-verbal dans le délai de quinze jours et n'a pas fait connaître les raisons du retard ou lorsque l'administration estime que ces raisons ne sont pas valables, il peut être dessaisi.

La même sanction peut être prise à l'égard de l'agent assermenté qui ne remplirait pas convenablement ses obligations (procès-verbaux systématiquement incomplets par exemple). La décision de dessaisissement est immédiatement notifiée à l'intéressé qui perd tout droit à rémunération et au remboursement des frais.

Il est alors procédé à la désignation d'un nouvel enquêteur.

Les contestations relatives au dessaisissement relèvent de la compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale. (voir chapitre IV, Titre B, section II, ci-après).

Le dossier déposé dans les services chargés de la liquidation des accidents du travail doit comprendre notamment :

1° - la déclaration d'accident avec l'attestation de salaire,
2° - les divers certificats médicaux,
3° - le procès- verbal d'enquête et les différentes pièces que l'enquêteur a jugé bon d'y annexer,
4° - s'il y a lieu, le rapport de l'expert technique.

L'agent assermenté qui procède à l'enquête a droit à une rémunération à la charge de l'administration ; il a droit également , le cas échéant, à des indemnités pour frais de tournée et de transport.

Les témoins qui, pour répondre à la convocation de l'enquêteur, ont été obligés de se déplacer hors de la commune de leur résidence ont droit au remboursement des frais de transport et, s'il y a lieu, à une indemnité de repas ainsi qu'à une indemnité compensatrice de perte de salaire.

Le paiement des émoluments et indemnités susvisés doit être effectué par l'administration aux intéressés aussitôt que possible après la réception des états de frais qu'il appartient à ceux-ci de dresser et de lui faire parvenir.

Les intéressés doivent fournir toutes justifications utiles.

Le même droit est accordé à la victime qui, pour répondre à une convocation de l'enquêteur, a été obligée de se déplacer hors de la commune où elle réside ou de la commune où elle travaille.

Cas particulier où l'accident a été provoqué par un tiers - Lorsque l'accident a été provoqué par un tiers dans des circonstances mettant en jeu la responsabilité de celui-ci, l'administration doit, en application de l'article L 454-1 du code de la sécurité sociale, obtenir du tiers, le remboursement des débours exposés par l'Etat dans le cadre défini au chapitre II - articles 28 et suivants de la 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 (voirt chapitre IV ci-après).

Il lui est donc indispensable de recueillir le plus de renseignements possibles sur les causes et circonstances de l'accident et d'obtenir le procès-verbal de police ou de gendarmerie et les dépositions des témoins ayant assisté à l'accident.

Toutes précisions sur les modalités d'exercice de ce droit à recouvrement sont données dans la circulaire relative aux ***recours contre les tiers*** (R.L.R. 261-3).

Section III

OBLIGATIONS DU MEDECIN

Aux termes de l'article L 441-6 du code de la sécurité sociale, le praticien établit, en double exemplaire, un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à l'administration et remet le second à la victime.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical indiquant les conséquences définitives, si elles n'avaient pu antérieurement être constatées, est établi en double exemplaire. L'un de ces certificats est adressé par les soins du praticien à l'administration, le second est remis à la victime, ainsi que toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat. Hormis les cas d'urgence, faute pour le praticien de se conformer aux dispositions qui précèdent, l'administration et la victime ou ses ayants droit, dans le cas prévu au 2e alinéa de l'article L 432-3, ne sont pas tenus pour responsables des honoraires.

L'attention est appelée sur l'obligation faite aux praticiens de fournir des certificats médicaux répondant aux dispositions précitées.

Le médecin doit s'attacher à consigner clairement dans le ***certificat final*** descriptif ses constatations et à donner, sans ambiguïté, son avis quant à la guérison ou la consolidation de l'état de la victime et sur l'existence ou l'absence d'incapacité permanente de travail.

Dès réception du certificat final descriptif, le service, chargé de l'instruction des droits, fixe, après avis du médecin de l'administration, ***la date de guérison ou de consolidation de la blessure*** ; si le certificat médical n'a pas été fourni ou si l'administration en conteste le contenu, la victime est soumise à l'examen du médecin expert dans les conditions prévues aux articles L 141-1, L 141-2, R 141-1 et suivants.

La guérison n'est jamais, bien entendu, qu'une guérison apparente, pouvant laisser place, dans l'avenir, à une rechute. Le terme ***'consolidation'*** est réservé par la loi au cas où, à la suite de l'état transitoire que cons-

titue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, de sorte qu'un traitement n'est plus, en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente découlant de l'accident, sous réserve des rechutes et révisions possibles.

Ces obligations sont sanctionnées conformément aux dispositions de l'article L 441-6 du code de la sécurité sociale.

Le montant des honoraires médicaux et des frais nécessités par le traitement de la victime est versé directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs, ainsi qu'aux établissements par le service chargé de la liquidation du dossier (article L 432-1 du code de la sécurité sociale). Il appartient à ces derniers d'adresser leurs notes d'honoraires ou leurs factures ***au service désigné sur la feuille d'accident.*** Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par l'administration à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l'article L 321-1 du code de la sécurité sociale.

Chaque note ou facture est confrontée par l'administration avec les mentions portées par le médecin ou le fournisseur sur le volet de la feuille d'accident reçu de la victime et le règlement effectué dans les meilleurs délais au moyen des crédits du chapitre 33-91 §50 (voir circulaire n° 91-083 du 9 avril 1991).

Les tarifs des honoraires précités sont précisés au TITRE C - Section I - §A ci-après.

TITRE B
PROCEDURE

Section I
DEPOT DU DOSSIER

Dès connaissance de la déclaration d'accident du travail, l'administration en accuse réception et envoie dans un délai de 20 jours, pour une déclaration d'accident du travail, et de 60 jours pour une déclaration de maladie professionnelle, à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident ou de la maladie, ***une lettre de réserve*** qui lui permet de conserver sa liberté de décision (Cf note de service n° 85-266 du 30 juillet 1985).

En effet, l'article R 441-10 du code de la sécurité sociale prévoit que le caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie est considéré comme établi à l'égard de la victime si, pendant ces délais, il n'a pas été contesté par l'administration.

Le dossier, constitué par l'administration (Cf. liste des pièces demandées figurant en annexe 8), comporte notamment la déclaration d'accident et l'attestation de salaire, les divers certificats médicaux, les résultats de l'enquête administrative ou légale, et éventuellement, le rapport du médecin agréé de l'administration qui a effectué le contrôle médical (cf. article 18 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986) ainsi que, le cas échéant, l'avis de la commission de réforme ou le rapport du médecin expert (voir Section II ci-après).

Lorsque le dossier est complet (Cf. liste des pièces figurant à l'annexe 8) l'administration, dès lors en possession de tous les éléments d'appréciation sur le caractère professionnel de la lésion ou de la maladie, statue sur l'accident et prend la décision correspondante (Cf. article R 441-14 du code de la sécurité sociale).

Cette décision, motivée, est notifiée à la victime ou à ses ayants droit par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans le cas où le caractère professionnel est rejeté, l'administration notifie sa décision à la victime en lui indiquant les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation (voir Section III ci-après).

Tant qu'elle n'a pas reçu notification de la décision de l'administration, la victime ne peut, en principe, bénéficier que des prestations de l'assurance maladie.

Section II
EXPERTISE

Il est recouru à l'expertise médicale toutes les fois que surgit une difficulté d'ordre médical relative à l'état de la victime, l'exclusion des contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité, qui relèvent du contentieux technique de la sécurité sociale

La difficulté peut porter sur la nature des lésions, leur origine, et plus particulièrement leur imputabilité à l'accident ou au contraire à des prédispositions pathologiques, sur la date de guérison ou de la consolidation des blessures, l'opportunité de la reprise d'un travail léger pendant la période d'incapacité temporaire ou encore la nécessité d'un traitement en vue de la réadaptation fonctionnelle.

Cette expertise peut être pratiquée soit à la demande de la victime, soit sur l'initiative de l'administration. Elle est effectuée par un médecin agréé de l'administration (cf. décret n° 86-442 du 14 mars 1986 selon les modalités prévues à l'article R. 141-1 et suivants du Code de la sécurité sociale et rappelées ci-après.

A) Expertise demandée par la victime

La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise mé-

dicale, ce qu'elle doit faire sous forme d'une demande écrite précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant.

Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au service chargé de l'instruction du dossier.

Le droit pour la victime de solliciter une expertise lui est offert à tout moment quelle que soit la période d'incapacité temporaire consécutive à l'accident ou à la rechute, sous réserve du délai de prescription de deux ans prévu à l'article L 431-2 du code précité. Toutefois, cette demande doit être déposée dans le mois qui suit la date de la décision d'ordre médical faisant grief.

Le rôle fondamental de l'expertise est de constituer la voie de recours normale contre la décision de l'administration fondée sur un motif d'ordre médical.

Il est souhaitable que la victime produise un certificat médical à l'appui de sa demande d'expertise en vue de faciliter l'exercice de son recours par l'indication, la plus complète et précise possible, des points sur lesquels devra porter l'expertise.

B) Expertise demandée par l'administration

S'il se révèle un désaccord entre le médecin de l'administration et le médecin traitant sur l'état de la victime ou sur le caractère professionnel d'une blessure, d'une lésion, d'une maladie ou d'une rechute, le service chargé de l'instruction du dossier peut faire procéder à une expertise.

Cette procédure est obligatoire avant toute décision :

- pour le contrôle médical de la victime lorsque celle-ci est soignée par le médecin agréé de l'administration,

- s'il y a désaccord entre le médecin traitant et le médecin de l'administration sur l'opportunité et les modalités de la reprise de travail léger avant guérison et consolidation,

- en matière de fixation de la date de guérison ou de consolidation lorsque, le certificat médical final descriptif n'ayant pas été fourni par le médecin traitant, le médecin de l'administration estime cependant que la guérison ou la consolidation est acquise ; ou lorsque, le certificat médical final descriptif ayant été fourni, le médecin de l'administration est en désaccord sur la date de guérison ou de consolidation proposée par le médecin traitant.

C/ Désignation de l'expert

Le médecin expert est désigné d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin de l'administration, ou, à défaut d'accord, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

L'administration se met en rapport avec le médecin agréé et le médecin traitant en vue de la désignation de l'expert.

Si le médecin de l'administration et le médecin traitant ne peuvent se mettre d'accord sur le choix d'un expert, le service académique liquidateur doit inviter le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, en lui indiquant l'objet de la controverse sur le plan médical et en mentionnant le ou les praticiens déjà intervenus dans le règlement de l'accident, à désigner l'expert qui lui paraît qualifié pour examiner la victime.

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales désigne immédiatement l'expert et en avise aussitôt le service compétent.

D) Mission de l'expert

L'expert est un juge sur le plan technique dont l'avis s'impose à la victime comme à l'administration.

Il importe dans ces conditions que la mission confiée à l'expert soit déterminée de façon précise dans un document écrit.

Dès qu'il est informé de la désignation du médecin expert, le service gestionnaire du dossier d'accident établit à son intention un protocole mentionnant obligatoirement :

- l'avis du médecin traitant, nommément désigné,

- l'avis du médecin de l'administration,
- lorsque l'expertise est demandée par la victime, les motifs invoqués à l'appui de la demande
- la mission confiée à l'expert et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

L'administration adresse au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée de ce protocole, par pli recommandé avec avis de réception.

E) Communication du rapport

Le médecin expert établit son rapport (dans les délais fixés par l'article R 141-4 du code de la sécurité sociale) qui comporte :
- le rappel du protocole
- l'exposé des constatations faites au cours de l'examen
- la discussion des points qui lui sont soumis,
- les conclusions motivées.

Le rapport est envoyé en double exemplaire à l'administration qui en adresse une copie intégrale soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

L'administration prend alors la décision qui s'impose et la communique à la victime. Cette décision peut être

contestée, après procédure amiable préalable, devant les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale. En effet, il ne s'agit pas de l'avis même de l'expert qui ne peut être remis en cause, mais très exactement de l'application qu'en fait l'administration par sa décision motivée (cf. Titre B du chapitre V ci-après).

Les contestations concernant le taux d'I.P.P. sont portées devant le contentieux technique de la sécurité sociale (voir Titre A du chapitre V ci-après).

F) Frais d'expertise

Les honoraires du médecin expert ainsi que les frais de déplacement sont réglés d'après le tarif fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget (cf. article R 141-7 du code de la sécurité sociale et arrêté du 6 juin 1963), à savoir tarif de la consultation ou de la visite du médecin omnipraticien, affecté du coefficient 3,5 (C ou V x 3,5), conformément aux dispositions de l'arrêté du 6 juin 1963.

S'il s'agit ***d'un médecin spécialiste,*** il doit être accordé :

- CS ou VS x 2 s'il s'agit d'un médecin spécialiste qualifié
- C.N.P.S.Y. ou C.V.N.P.S.Y x 2 s'il s'agit d'un médecin neuropsychiatre
- C ou V x 6 s'il s'agit d'un professeur d'université relevant des disciplines médicales (spécialiste ou omnipraticien).

L'évolution différente de leurs tarifs d'honoraires peut aboutir, pour les expertises, à octroyer aux spécialistes des honoraires inférieurs à ceux des généralistes (dans la mesure ou C x 3,5 est supérieur à CS x 2). Aussi, lorsqu'en fonction de la valeur des lettres-clés, les honoraires dus à un médecin spécialiste qualifié se trouvent inférieurs à ceux de l'omnipraticien, il a été admis d'octroyer au médecin expert qualifié des honoraires calculés dans les conditions prévues pour les omnipraticiens, à savoir C ou V x 3,5 (Circulaire C.C.M.S.A. de mai 1989).

Il n'est pas dû d'honoraires supplémentaires pour l'établissement du rapport d'expertise, qui fait partie intégrante de l'expertise.

Il est alloué au médecin traitant de la victime, qui assiste à l'expertise, des honoraires ainsi que des frais de déplacement sur la base du tarif précité, à savoir C ou V x 1,5.

Il est accordé à la victime des frais de déplacement lorsqu'elle a dû, pour répondre à la convocation de l'expert, quitter la commune de son lieu de travail.

Section III
CONTESTATION DU CARACTÈRE PROFESSIONNEL DE L'ACCIDENT

La procédure de contestation du caractère professionnel de l'accident est prévue par les articles R 441-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le caractère professionnel doit être apprécié non seulement en considération de la matérialité de l'accident invoqué, mais également en considération de tous les éléments qui caractérisent l'accident du travail : éléments d'ordre médical, situation de l'agent en cause par rapport au service employeur.

Si le caractère professionnel de l'accident, de la maladie ou de la rechute n'est pas reconnu par l'administration, celle-ci indique à la victime, dans la notification de sa décision, les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation, à savoir deux mois (Cf. article R 142-18 du code la sécurité sociale précisant la procédure contentieuse).

Le service du personnel dont relève la victime en est aussitôt avisé afin de régulariser la situation de l'agent dans le cadre de l'assurance et du congé de maladie.

A compter de la date de réception de cette notification, qui doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception, la victime ne peut plus faire usage de la feuille d'accident qui lui a été délivrée par le service auquel elle doit la remettre.

Il lui appartient de se mettre en rapport avec la caisse de sécurité sociale d'affiliation afin d'obtenir en réparation de cet accident 'ordinaire' les prestations de l'assurance maladie.

La procédure de contestation développée ci-dessus est valable également lorsqu'il est fait état, pour la première fois, d'une lésion ou d'une maladie présentée par l'intéressé comme se rattachant à un accident du travail ou lorsqu'il s'agit d'une rechute d'un accident de travail antérieur.

TITRE C
LA RÉPARATION

Section I
LES PRESTATIONS

Le présent titre a pour objet d'examiner les diverses prestations allouées à la victime d'un accident du travail énumérées à l'article L 431-1 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent :

- ***la couverture des frais médicaux,*** chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires,

- la fourniture, la réparation et le renouvellement ***des appareils de prothèse et d'orthopédie*** rendus nécessaires par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendus inutilisables,

- ***les frais de transport*** de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier,

- et, d'une façon générale, la prise en charge des frais occasionnés par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime.

Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption du travail.

- ***l'indemnité journalière*** due à la victime pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail compte tenu, notamment, de l'article 14 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 portant dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat, accordant aux intéressés une ***période de congé à plein traitement,***

- les prestations, autres que les rentes, dues en cas d'accident suivi de mort,

- pour les victimes atteintes d'une incapacité permanente de travail, une indemnité en capital lorsque le taux de l'incapacité est inférieur à 10 % (article R 431-1 du code de la sécurité sociale), une rente au-delà et, en cas de mort, les rentes dues aux ayants droit de la victime.

En application des dispositions de l'article 2 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986, la charge des prestations et indemnités ci-dessus incombe :

- aux caisses primaires d'assurance maladie pour les agents recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats d'une durée déterminée inférieure à un an (Cf. article R 431-2 du code de la sécurité sociale) ;

- à l'administration pour les agents bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée supérieure à un an et à temps complet (Cf. Note de service n° 89-366 du 30 septembre 1989 - R.L.R. 261-3).

Conformément aux dispositions de l'article R 431-2 du code de la sécurité sociale, ***en cas d'accidents successifs*** survenus à un même agent, la caisse ou l'administration compétente pour le dernier accident assume la charge des rentes afférentes à chacun des accidents du travail antérieurs.

Chacun de ces organismes a qualité pour assurer la gestion desdites rentes et notamment pour recevoir tous documents, procéder à tous contrôles, prendre toute décision et exercer toute action y relative. Ces organismes assument également la charge des prestations et indemnités autres que les rentes qui seraient dues postérieurement au transfert de rente, notamment en ce qui concerne les appareillages et les frais résultant d'une rechute.

Ce transfert s'opère dans les conditions prévues aux articles R 434-21, R 434-22 et R 434-25. Toutefois le transfert de la charge de la rente donne lieu au transfert, à titre de règlement définitif, du capital représentatif de ladite rente évaluée à la date du transfert lorsqu'il s'agit d'un transfert de rentes entre des organisations spéciales de sécurité sociale différentes (cf.Section III §E- Attribution et paiement des rentes - f)

A/ Soins

1- Libre choix des prestataires

La victime conserve le libre choix de son médecin, de son pharmacien et des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin (article L 432-2 du code de la sécurité sociale).

2- Règlement des frais - système du 'tiers payant'.

Les caisses ou l'administration, selon les cas, versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des frais résultant de leur intervention, sur présentation de leur note, après confrontation avec le volet n° 1 de la feuille d'accident du travail remise par ces services (article L 432-1 du code de la sécurité sociale).

L'attention des services gestionnaires est attirée sur la nécessité de rappeler aux intéressés qu'il convient non seulement de signer les notes de frais, mais encore d'apposer leur cachet et de produire un relevé d'identité bancaire ou postal (R.I.B. ou R.I.P.) comportant tous les codes (code établissement, code guichet, n° de compte, clé) et la domiciliation.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident, sauf en cas de dépassement de tarif dans les conditions prévues à l'article L 162-35, et dans la mesure de ce dépassement.

Le dépassement éventuel d'honoraires ne fait cependant pas échec à l'application du système du 'tiers payant', ainsi qu'il résulte d'ailleurs de l'expression 'dans la mesure de ce dépassement' : la partie des honoraires correspondant au tarif normal est réglée par l'administration directement au praticien.

Compte tenu de ce principe, si au vu d'une feuille correctement remplie un praticien a donné des soins gratuitement, ***l'administration ne saurait en refuser le paiement.***

En cas de contestation du caractère professionnel de l'accident, il lui appartient de le notifier au prestataire et à la victime qui ne pourra plus faire usage de la feuille d'accident à compter de cette notification. Un titre de perception, correspondant au montant des honoraires ou des factures réglés par l'administration, sera émis à l'encontre de l'agent accidenté.

Exception au système du 'tiers payant'

Les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par l'administration à la victime. Compte tenu de cette disposition permettant de déroger à la règle générale du paiement direct par l'administration en matière d'accident du travail, les entreprises de transport en ambulance peuvent exiger des victimes le paiement, les intéressées étant ensuite remboursées par l'administration (article L 432-1 du code de la sécurité sociale).

Il en est de même des autres cas de transport, en particulier lorsque la victime est reconnue comme étant dans l'impossibilité médicale de se déplacer autrement qu'en voiture, en vue de suivre un traitement.

3- Tarifs (soins sans hospitalisation)

En matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, ***la victime ne supporte aucune participation aux frais médicaux et pharmaceutiques*** ; il n'existe donc pas de ticket modérateur (cf. article L 431-1 du code de la sécurité sociale)

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus par l'administration aux praticiens et auxiliaires médicaux, à l'occasion des soins de toute nature, les tarifs des médicaments, frais d'analyses, d'examens de laboratoire et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments, sont les tarifs conventionnels applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve des dispositions spéciales fixées par arrêté interministériel (Cf articles L 432-3 et L 162-16 du code de la sécurité sociale).

En conséquence, le remboursement des frais exposés par la victime à l'occasion de l'***achat de médicaments,*** spécialisés ou non, est effectué sur la totalité du prix réellement facturé en fonction des prix limites figurant sur une liste prévue par l'article L 593 du code de la santé publique ou du tarif pharmaceutique national (vignette - T.P.N). En revanche les médicaments n'entrant pas dans ce cadre ou exclus par arrêté interministériel en application de l'article L 162-17 du code de la sécurité sociale, ne sont pas pris en charge par l'administration (ex. confiserie médicamenteuse, produits d'hygiène corporelle ou alimentaires, etc....).

En tout état de cause, la nécessité du traitement devrait, après avis du médecin agréé de l'administration, prévaloir sur le fait de la non inscription sur la liste des produits remboursables.

L'arrêté du 13 novembre 1986 (J.O. du 22.11.1986) fixe des tarifs particuliers en matière d'accident du travail, à savoir :

Consultation ou visite du médecin traitant dans le cadre de l'assistance à la victime lors du contrôle médical : C x 1,5 ou V x 1,5.

CERTIFICATS MEDICAUX :

1 - le certificat médical initial constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable, est remboursé sur les bases suivantes :
. en cas de blessure légère : K x 0,4 ;

. descriptif en cas de blessure grave ou lorsqu'une blessure présumée légère devient grave : K x 0,7 ;

2 - le certificat final descriptif et détaillé constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave : K x 1 ;

Ces honoraires pour certificats se cumulent avec le prix de la visite ou de la consultation et couvrent les frais de copie, de rapport et de correspondance.

Le certificat établi par le médecin traitant à l'occasion d'une rechute peut être assimilé au certificat de constatation initiale et donner lieu, à ce titre, à des honoraires calculés sur la base de K x 0,4, à la condition que ce certificat décrive de façon très précise, non seulement la nature des lésions constatées, mais également les motifs d'ordre médical qui permettent de rattacher ces lésions à l'accident du travail (lettre ministérielle du 27.7.61).

4- Tarif en cas d'hospitalisation

Il est rappelé que la victime a le libre choix de l'établissement où elle entend être soignée.

L'hospitalisation met à la charge de l'administration d'une part, les frais d'hospitalisation proprement dits (au prix de journée) et d'autre part, les honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour les soins donnés à la victime dans l'établissement hospitalier (Cf. article
L 432-3 du code de la sécurité sociale). La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant dispensée du 'forfait journalier hospitalier', il appartient à l'administration de prendre également en charge ce paiement.

Deux cas sont à distinguer suivant que l'hospitalisation a lieu :

a) ***dans un établissement public ou privé à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier :*** Le tarif est celui prévu pour l'assurance maladie (Cf. articles L 432-4 et L 162-20 et suivants du

code de la sécurité sociale) applicable aux assurés sociaux.

b) ***dans les établissements de soins de toute nature,*** les frais d'hospitalisation, de traitement et de transport ne sont pris en charge par l'administration que si l'établissement a été autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux dans les conditions précisées à l'article L 432-4 du code de la sécurité sociale renvoyant aux articles L 162-21 et suivants. Les tarifs sont ceux fixés par les conventions prévues à l'article L 162-22 du code de la sécurité sociale.

En vertu de l'article R 432-2 du code de la sécurité sociale, lorsque la victime est hospitalisée dans une clinique privée dont les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement hospitalier public de même nature le plus proche, l'administration, sauf en cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles, n'est tenue au paiement des frais que dans les mêmes limites du tarif de responsabilité mentionné au deuxième alinéa de l'article L 432-4, à savoir tarifs de responsabilité des caisses de sécurité sociale prévus pour l'assurance maladie. La victime supporte alors la différence entre les deux tarifs. En cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles, le remboursement sera effectué sur la base du prix réellement payé.

Conformément à l'article D 162-7 du code de la sécurité sociale, il n'est accordé aucun remboursement pour les victimes soignées dans un établissement non autorisé, sauf cas d'urgence et impossibilité pour le malade d'être hospitalisé dans un établissement autorisé.

5- Cures thermales

Si, en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, le code de la sécurité sociale ne désigne pas expressément les cures thermales au nombre des prestations susceptibles d'être accordées, en revanche, les termes de l'article L 431-1 du code de la sécurité sociale : 'd'une façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement... de la victime', permettent la prise en charge de cette prestation.

En effet, contrairement aux dispositions concernant l'assurance maladie, qui prévoient que certains frais exposés à l'occasion d'une cure thermale ne peuvent être pris en charge qu'au titre des prestations supplémentaires, aucune restriction de cet ordre n'est prévue dans le *domaine des accidents du travail.*

Pendant la durée de la cure les indemnités journalières continuent d'être versées.

a) conditions de prise en charge - La prise en charge d'une cure thermale est subordonnée à une décision préalable de l'administration formulée par écrit, après avis du médecin agréé.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin agréé de l'administration, il y a lieu de recourir à la procédure d'expertise.

Toutes les justifications médicales sont examinées, l'administration ne pouvant opposer à l'intéressé la tardiveté de sa demande.

Par ailleurs, la fixation de la date de consolidation ne fait pas obstacle à la continuation de certains traitements tendant à stabiliser l'état de la victime ou à prévenir une aggravation.

La prise en charge d'une cure thermale ne peut être accordée que si la station thermale où la cure est prescrite figure sur la liste des stations hydrominérales agréées.

b) Durée - Nombre de séjours - Aucune limitation n'est fixée quant au nombre de séjours, sous réserve du contrôle médical et en particulier des examens de post-cure nécessaires pour apprécier les effets de la cure précédente.

c) Tarifs - Les quatre prestations correspondant aux frais ci-après, demeurent attribuées au titre des prestations légales :

1) frais d'honoraires médicaux dus pour la surveillance médicale de la cure,
2) frais de traitement dans un établissement thermal, public ou privé agréé,
3) frais de séjour dans la station,
4) frais de déplacement de la victime bénéficiaire de la cure, et éventuellement, de la personne accompagnant la victime lorsque celle-ci ne peut, en raison de son état, se déplacer sans l'assistance d'un tiers.

Les frais énumérés aux points 1) et 2) ci-dessus sont fixés conformément aux dispositions relatives à l'assurance maladie, les deux autres sont calculés sur les bases prévues pour l'attribution des prestations supplémentaires correspondantes, sans que, bien entendu, aucune condition de ressources ne soit exigée de la victime, contrairement aux dispositions de l'article D 323-1 du code de la sécurité sociale pour l'assurance maladie.

Le remboursement des frais de transport et de séjour de la personne accompagnant la victime n'est pas prévu. La Cour de Cassation a admis l'exclusion du remboursement des frais de séjour (Cass. soc. 10 février 1971).

B/ Fournitures et appareillage

Le droit de la victime à l'appareillage est prévu par les articles L 431-1 et L 432-5 du code de la sécurité sociale.

Ce droit comprend : la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse ou orthopédi-

ques nécessaires, à raison de l'infirmité, la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendus inutilisables.

Il faut relever le fait qu'il existe désormais une unité de procédure quelle que soit l'origine du handicap (maladie, accident du travail, victimes de guerre) et quel que soit le régime d'appartenance du handicapé. Elle est déterminée par les articles R 165-1 à R 165-29 auxquels renvoit l'article L 432-3 du Code de la sécurité sociale.

La structure en est la suivante : la commission consultative des prestations sanitaires précise les conditions générales de prise en charge des fournitures et appareils et prend des dispositions particulières pour les prothèses oculaires, chaussures orthopédiques et gros appareillage. En revanche la prothèse dentaire demeure régie par l'article R 432-4 du code de la sécurité sociale.

1° Conditions de prise en charge

Pour être pris en charge par l'administration, les fournitures et appareils doivent figurer au 'tarif interministériel des prestations sanitaires' (T.I.P.S.).

La prise en charge de ces frais est subordonnée à une prescription médicale. L'entente préalable de l'administration n'est nécessaire que si elle a été prévue au tarif précité.

La victime est responsable de la garde et de l'entretien des fournitures et appareils qui lui ont été délivrés.

Le renouvellement des fournitures et appareils est pris en charge si l'article ou l'appareil est hors d'usage et reconnu irréparable et si la durée normale d'utilisation éventuellement fixée est écoulée. Toutefois l'administration peut déroger à cette dernière condition.

Lorsqu'un délai de garantie a été fixé, les frais de renouvellement ou de réparation des fournitures ou appareils ne peuvent être pris en charge que si ce délai est écoulé.

Lorsqu'aucune fourniture ou appareil adapté à l'état du handicapé ne figure sur la liste précitée (T.I.P.S.), l'administration peut, sur avis du médecin agréé ou de la consultation médicale d'appareillage (article R 165-27 du code de la sécurité sociale), décider de prendre en charge une prestation sur devis ; la commission consultative des prestations sanitaires peut être consultée à ce sujet.

2° Dispositions concernant les prothèses oculaires, chaussures orthopédiques et gros appareillage de prothèse et d'orthèse

a. Dispositions générales

Les frais pris en charge en matière de prothèse oculaire, chaussures orthopédiques, gros appareillage de prothèse et d'orthèse comprennent selon l'article R 165-15 du code de la sécurité sociale :

- le prix d'acquisition, de réparation, de renouvellement et éventuellement d'adaptation des appareils convenant le mieux au handicap et aux nécessités de la réinsertion sociale et professionnelle de la personne handicapée,
- les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fourniture, de réparation ou de renouvellement,
- les frais de déplacement exposés par l'intéressé pour se rendre à la consultation médicale d'appareillage mentionnée à l'article R 165-27 du code de la sécurité sociale ou chez le fournisseur.

L'appareillage comporte, dans tous les cas, l'attribution, en sus de l'appareil normal, d'un appareil de secours : ce dernier peut être une voiturette ou un fauteuil roulant lorsque la nature particulière du handicap l'exige (handicapés atteints de lésions graves ou incurables du système locomoteur - Cf. article R 165-16).

Les personnes handicapées des membres inférieurs ont droit à un appareil provisoire avant l'appareillage définitif (article R 165-16 précité). En aucun cas cet appareil provisoire ne pourra être considéré comme appareil de secours.

L'administration peut faire une avance au fournisseur sur le montant du tarif de responsabilité, dans la limite de 40 %.

En cas de réparation ou de remplacement, il est indifférent qu'il s'agisse d'appareils délivrés à la suite d'accidents antérieurs professionnels ou non, ou d'appareils utilisés à raison d'un handicap congénital. Cette disposition est fondée sur l'idée que l'appareil fait partie intégrante de l'individu.

Pour donner lieu à l'application des présentes dispositions, il est donc nécessaire que l'appareil soit utilisé par la victime au moment de l'accident. Celui-ci peut n'avoir pas provoqué d'autre lésion corporelle, mais il doit bien entendu avoir le caractère d'accident du travail.

C'est ainsi que le remplacement des lunettes brisées au cours du travail ne peut être pris en charge s'il n'est établi que le port des lunettes a été rendu nécessaire par un accident de travail antérieur, ou que leur bris résulte d'un accident ayant entraîné une lésion de l'organisme humain (Cass. Soc. 18.janvier 1968).

Il appartient à la victime d'établir que l'accident a rendu l'appareil inutilisable. Sauf le cas de force majeure, elle doit présenter ledit appareil au médecin agréé.

b. Conditions de prise en charge

La prescription médicale d'un appareil de prothèse ou d'orthèse doit comporter toutes les précisions utiles à

sa bonne exécution et notamment la référence à l'un des appareils inscrits sur le T.I.P.S. Elle doit être adaptée au handicap ainsi qu'aux nécessités de la réinsertion sociale et professionnelle de la personne handicapée.

La prescription est adressée simultanément par l'intéressé, à l'administration et au centre d'appareillage.

Sauf dans le cas où la prise en charge de l'appareil est subordonnée à l'entente préalable prévue au T.I.P.S., la prise en charge de l'hospitalisation vaut prise en charge de l'appareillage lorsque celui-ci a lieu ou est prescrit pendant l'hospitalisation.

Le centre d'appareillage établit le bon de commande conformément à la prescription du médecin ; il le transmet à l'intéressé et à l'administration. L'intéressé s'adresse au fournisseur de son choix.

Lorsque la prescription n'émane pas d'un médecin chef de centre ou d'un service de réadaptation fonctionnelle ou d'un médecin spécialiste, l'intéressé est invité par le centre, dans les 21 jours qui suivent la réception de la prescription, à se présenter à une consultation médicale d'appareillage. L'intéressé peut également demander à se rendre à cette consultation.

L'examen porte sur les besoins de l'intéressé, qui est conseillé dans le choix de l'appareil, et il aboutit à l'établissement du bon de commande. Celui-ci vaut acceptation de la demande lorsque l'entente préalable est nécessaire.

Le renouvellement d'un appareil est pris en charge sur prescription médicale.

C / Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle, reprise d'un travail léger et reclassement

1- Réadaptation fonctionnelle

La victime a le droit de bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle.

Le traitement en vue de la réadaptation fonctionnelle peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement privé.

La réglementation en ce domaine est codifiée aux articles L 432-6 et R 432-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le bénéfice de ce traitement est accordé à la victime soit sur sa demande, soit à l'initiative de l'administration après avis du médecin traitant et du médecin agréé dès qu'il apparaît que ce traitement est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure ou à atténuer l'incapacité permanente. En cas de désaccord ou si la victime en fait la demande, il est procédé à une expertise.

Au vu des avis médicaux précités, l'administration statue sur la nature et la durée du traitement a rendu nécessaire par l'état de la victime et notifie sa décision à l'intéressé et à son médecin traitant. Lorsqu'il s'agit d'une décision de refus, la notification à la victime est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si une rente est due par l'administration à la victime soumise au traitement spécial en vue de la réadaptation, à raison de l'incapacité permanente résultant de l'accident ayant rendu nécessaire cette réadaptation, l'administration paie, s'il y a lieu, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente, conformément aux dispositions de l'article R 443-2 du code de la sécurité sociale.

Le bénéficiaire du traitement de réadaptation est tenu :

- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant et le médecin agréé, ou par les autorités sanitaires compétentes de l'établissement où la victime est placée,
- de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par l'administration,
- de s'abstenir de toute activité non autorisée,
- d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation de ces obligations, l'administration pourra suspendre le service de l'indemnité ou en réduire le montant, sauf recours du bénéficiaire devant les organismes du contentieux de la sécurité sociale. Dans le même cas, elle cesse d'être tenue au paiement des frais de toute nature à l'égard des praticiens ou établissements intéressés.

Les accidents qui surviendraient à la victime au cours de son stage de réadaptation fonctionnelle, par le fait ou à l'occasion de la réadaptation , sont couverts par la législation sur les accidents du travail en application de l'article L 412-8-3° du Code de la sécurité sociale.

2- Rééducation professionnelle

Cette rééducation exige une décision de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel).

Si, à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle précitée, d'être admise gratuitement dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitude requises. Elle subit à cet effet un examen psychotechnique préalable (cf. art. L 432-9 du code de la sécurité sociale).

L'indemnité journalière pour la période mentionnée à l'article L 433-1 du code de la sécurité sociale, ou la rente, est intégralement maintenue au handicapé en rééducation.

La rente de la victime rééduquée ne peut être réduite du fait de l'exercice de la nouvelle profession.

3- Reprise d'un travail léger

En application de l'article L 433-1 du code de la sécurité sociale, la victime d'un accident du travail peut être autorisée, sur proposition de son médecin traitant, à reprendre un travail léger si cette reprise est reconnue par le médecin agréé de l'administration comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

4- Reclassement

La victime d'un accident du travail bénéficie du reclassement professionnel dans les conditions prévues par la législation en vigueur (article L. 323-9 et suivants du code du travail).

D/ Remboursement de frais

Il s'agit principalement des frais de déplacement ou afférents au décès de la victime.

1- Frais de déplacement

Conformément aux dispositions des articles L 431-1 et L 432-1 du code de la sécurité sociale, les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, la prise en charge des frais occasionnés par le traitement de la victime, peuvent être remboursés à cette dernière par l'administration dans les conditions prévues par le 2° de l'article L 321-1 de ce même code renvoyant lui-même à l'article L 322-5, c'est-à-dire dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat.

En application de ce dernier article, le décret n° 88-678 du 6 mai 1988 énumère les cas de prise en charge des frais de transport en distinguant les moyens sanitaires et non sanitaires de déplacement, et fixe les conditions minimales à l'ouverture du droit à remboursement (en particulier des distances minimales). En revanche , il ne tient pas compte de la notion de territoire communal.

Au contraire, l'article L 442-8 précise que les frais de déplacement de la victime ou de ses ayants droit, qui doivent quitter la commune où ils résident pour répondre à la convocation du médecin de l'administration ou se soumettre à une expertise, à un contrôle ou à un traitement en vertu du livre IV de la sécurité sociale, sont à la charge de l'administration. Ils sont payés selon les tarifs prévus à l'article L 322-5, à savoir sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Compte tenu des difficultés d'interprétation possibles entre les textes, le ministre chargé des affaires sociales a fait connaître sa position en la matière (cf.lettre de la Direction de la sécurité sociale n° 89-137 du 21 juin 1989) :

a) Transports pris en charge sans référence à la notion de commune de résidence (application de l'article L 431-1)

- le déplacement effectué le jour de l'accident par la victime pour se rendre directement à son domicile ou pour aller à l'hôpital, soit pour y recevoir des soins d'urgence, soit pour y être admis,

- le déplacement effectué ultérieurement en vue d'une hospitalisation rendue nécessaire par l'aggravation médicalement constatée de l'état de santé de la victime,

- le déplacement effectué ensuite pour réintégrer le domicile, la prise en charge étant effective pour tous les retours qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre hypothèse ci-dessous évoquée.

b) Transports pris en charge avec référence à la notion de résidence

Conformément aux dispositions des articles L 431-1 et L 442-8 du code de la sécurité sociale conjuguées, la prise en charge par l'administration des déplacements rendus nécessaires par le traitement de la victime n'est possible que si le traitement poursuivi oblige la victime à quitter sa commune de résidence.

c) Transports non pris en charge au titre des prestations légales

Il résulte des articles précités que les déplacements effectués pendant le traitement de la victime sur le territoire de sa commune de résidence, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre des prestations légales.

Or, les transports successifs sur le territoire même de la commune peuvent amener la victime à engager des dépenses importantes.

Ce point fait actuellement l'objet d'une étude dans les services du ministère chargé de la sécurité sociale. Pour l'instant, dans l'attente d'une adaptation du dispositif réglementaire, il est préconisé un examen au cas par cas permettant l'attribution d'un secours éventuel et ce, sur justification médicale explicite et après avis du comité médical (cf. lettre du 21 juin 1989 précitée).

d) Tarification du mode de transport et prescription

Tous les transports doivent être effectués sur la base

du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire. Ils sont remboursables conformément au décret n° 88-678 du 6 mai 1988, dans la mesure où ils ont fait l'objet :

- d'une prescription médicale (art. R 322-10-2 et R 322-11-1-2) ;
- éventuellement d'un accord préalable (art.R 322-10-3 et L 322-11-3) ;
- d'une facturation (art. R 322-10-4) ;
- d'une prise en charge des frais de transport en commun des accompagnants (art. R 322-11-1) ;
- des règles de gestion prévues aux articles R 522-10-4, R 322-10-5 et R 322-10-6.

Les frais de transport exposés par un accidenté pour subir une radiographie au cabinet d'un praticien alors qu'il est hospitalisé dans un établissement privé, sont à la charge de l'établissement de soins si son prix de journée a été calculé en tenant compte d'une installation de radiologie (Cass. soc. 5 mars 1975).

De même, quand une expertise technique a estimé que le transport d'un blessé à un hôpital éloigné du lieu de l'accident n'était pas justifié par des raisons d'ordre médical, le transport ne devait pas être pris en charge par l'administration (cass. soc. 10 avril 1975).

2- Frais exposés à l'occasion du décès de la victime

L'article L 431-1 précise que les prestations autres que les rentes, dues en cas d'accident suivi de mort sont prises en charge par l'administration.

Ces prestations concernent les frais funéraires, les frais de transport du corps et quelques frais particuliers (Cf. articles L 435-1 et L 435-2 du code de la sécurité sociale).

a) Frais funéraires

Conformément aux dispositions de l'article L 435-1, en cas d'accident suivi de mort, les frais funéraires sont payés par l'administration dans la limite des frais exposés et sans que leur montant ne puisse excéder un maximum fixé par arrêté interministériel.

Les frais funéraires concernent tous les frais occasionnés par les funérailles : fourniture et livraison du cercueil et de ses accessoires, suaire, fournitures et frais découlant de l'application des mesures de salubrité, mise en bière, frais de corbillard, de portage, frais d'inhumation, frais de cérémonie qui précèdent et accompagnent, taxes relatives à ces frais.

Sont exclus les frais relatifs à la concession de terrain et à l'érection d'un monument funéraire ainsi que les frais de deuil des ayants droit.

Le maximum des frais funéraires est fixé au 1/24 du maximum de rémunération retenu pour l'assiette des cotisations de sécurité sociale (Arrêté du 20 février 1952 - JO du 7 mars 1952).

L'article L 361-3 prévoit que le versement des frais funéraires est déduit du montant du capital-décès prévu à l'article L 361-1 et doit être réglé par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime. Ils sont versés entre les mains de la personne qui les a supportés. Cette personne peut ne pas faire partie de la famille.

b) Frais de transport du corps

Aux termes de l'article L 435-2 du code de la sécurité sociale, l'administration supporte les frais de transport du corps au lieu de sépulture en France demandé par la famille dans la mesure où ces frais se trouvent soit exposés en totalité, soit augmentés du fait que la victime a quitté sa résidence à la sollicitation de son employeur pour être recrutée, ou que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour son travail hors de sa résidence.

En revanche les frais de transport du corps de la résidence à un lieu de sépulture éloigné du domicile ne sont pas remboursables.

Ces frais sont établis en conformité avec les dispositions de l'article D 79 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

c) Frais de dégagement ou de recherche du corps de la victime

Une lettre ministérielle du 17 janvier 1948 a accepté, compte tenu de la portée générale de l'article L 431-1 du code de la sécurité sociale, la prise en charge des frais de dégagement du corps d'un agent tombé à l'eau, enseveli, etc.., dans le cas où il existe une chance, si faible soit-elle, de sauver la vie de la victime.

De même, une lettre circulaire du 28 mars 1961 conclut au remboursement des frais exposés pour la recherche de victimes d'accidents du travail survenus dans des circonstances exceptionnelles (accident de haute montagne).

Section II
RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE

1- CONGES A PLEIN TRAITEMENT (cf. décret n° 86-83 du 17 janvier 1986)

L'agent non titulaire en activité bénéficie, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ***d'un congé pendant toute la durée d'incapacité de travail précédant soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès*** (article 14 du décret susvisé).

Dans cette situation, conformément aux dispositions de l'article 14 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, les ***indemnités journalières (voir ci-après) sont portées par l'administration au montant du plein traitement*** pendant une période déterminée en fonction de l'ancienneté de l'agent non titulaire, à savoir :

- pendant un mois dès leur entrée en fonctions,
- pendant deux mois après deux ans de services,
- pendant trois mois après quatre ans de services.

Le montant du traitement servi pendant une période de congé d'accident du travail est établi sur la base de la durée journalière d'utilisation de l'intéressé à la date d'arrêt de travail.

L'agent qui bénéficie d'un congé pour accident du travail pendant une période où il a été autorisé à assurer un service à temps partiel, ***perçoit une fraction des émoluments*** auxquels il aurait eu droit dans cette situation s'il travaillait à temps plein, ***déterminée en fonction de la durée de son temps partiel*** (cf articles 34 et 40 du décret du 17 janvier 1986 précité).

A noter que la journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit est intégralement à la charge de l'administration (cf. article L 433-1 du code de la sécurité sociale). Toutefois, lorsque le lendemain de l'accident est un jour non ouvrable, le point de départ du paiement des indemnités journalières est reporté au jour ouvrable suivant pour les congés égaux ou inférieurs à 15 jours.

Pendant la période de ce congé à plein traitement, un contrôle pourra être effectué à tout moment par un médecin agréé de l'administration (article 18 du décret susvisé).

Si, pour l'attribution de ce congé, les conclusions du médecin agréé donnent lieu à contestation, la commission de réforme peut être saisie dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur pour les fonctionnaires titulaires (cf. art. 18 du décret susvisé). Cette procédure peut être employée par l'administration quel que soit l'organisme prenant en charge son accident du travail (caisse primaire de sécurité sociale ou administration).

L'agent non titulaire (recruté par contrat à durée indéterminée ou par contrat à durée déterminée lorsque le terme de celui-ci est postérieur à la date à laquelle la demande de réemploi est formulée et pour la période restant à courir avant le terme de ce contrat) ***physiquement apte*** à reprendre son service à l'issue d'un congé pour accident du travail est réintégré dans son emploi dans la mesure permise par le service. Dans le cas contraire, il dispose d'une priorité pour être réintégré dans un emploi assorti d'une rémunération équivalente (article 17 du décret susvisé).

L'agent ***définitivement inapte*** à reprendre ses fonctions après son accident du travail est licencié (article 17 du décret susvisé).

2° INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Outre les prestations en nature prévues par les articles L 432-1 et suivants du code de la sécurité sociale (frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques) auxquelles peut prétendre l'agent victime d'un accident du travail et qui ont fait l'objet de la section I du présent titre, la victime de l'accident a droit, durant la durée de son incapacité temporaire, à des ***indemnités journalières.*** Ces prestations sont exonérées de l'impôt sur le revenu (CGI art. 81-8°).

À l'expiration de la période de rémunération à plein traitement précitée, l'intéressé continue de bénéficier des indemnités journalières prévues par les articles L 433-1 et suivants du code de la sécurité sociale qui sont servies :

— soit par l'***administration*** pour les agents recrutés à temps complet sur des contrats à durée déterminée d'une durée égale ou supérieure à un an,

— soit par ***la caisse primaire de sécurité sociale*** pour les agents recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à un an (Cf. Note de service n° 89-366 du 30 novembre 1989 - RLR 261-3).

A/ Salaire de base

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière s'entend de l'ensemble des salaires, rémunérations et des éléments annexes de ceux-ci, afférents à la période de référence compte tenu :

- s'il y a lieu, des avantages en nature dont les modalités d'évaluation sont fixées par arrêté du 30 décembre 1981 (J.O. du 1er janvier 1982),
- des cotisations ouvrières aux assurances sociales,
- des cotisations dues à une société mutualiste ou à une institution de prévoyance ou de retraites,
- des cotisations patronales à un régime complémentaire de retraite,
- des prestations familiales extra-légales (supplément familial de traitement...).

Les sommes allouées, soit à titre de rappel de rémunération pour une période écoulée, soit à titre d'indemnités, primes ou gratifications, peuvent être prises en considération si elles ont été effectivement payées avant l'arrêt de travail. Elles sont alors considérées comme se rapportant à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel elles sont effectivement payées.

En sont exclues (Cf. art. R 436-1 du code de la S.S.) :

- les prestations de sécurité sociale (indemnités jour-

nalières versées aux assurés sociaux en cas de maladie ou de maternité, pensions ou rente d'invalidité et de vieillesse, ainsi que les indemnités et rentes allouées au titre accident du travail),
- les prestations familiales légales prévues au Livre V du code de la sécurité sociale,
- les indemnités pour frais professionnels correspondant à un remboursement de dépenses ,
- Les cotisations patronales de sécurité sociale.

B/ Période de référence :

Conformément aux dispositions de l'article R 433-5 du code de la sécurité sociale pour le calcul de l'indemnité journalière, le salaire s'entend de l'ensemble des gains afférents à la période à considérer selon le cas :

Pour les agents payés mensuellement (cas le plus fréquent dans l'administration) au montant de la rémunération correspondant au mois précédant l'arrêt de travail.

En cas d'activité partielle ou discontinue, au montant du salaire des douze mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail.

Doivent être considérées comme périodes d'activité, celles durant lesquelles la victime n'a pas travaillé pour cause de maladie, longue maladie, accident, maternité, chômage total ou partiel constaté, congé non payé (à l'exclusion des absences non autorisées), services militaires ou appel sous les drapeaux (Cf. article R 433-7 du code de la sécurité sociale).

C/ Détermination du salaire journalier

Le salaire journalier est obtenu en divisant le montant du salaire de base par le nombre de jours ouvrables contenus dans ladite période (article R 433-5 du code de la sécurité sociale).

Par jours ouvrables il faut entendre le jour où le travail n'est pas suspendu en vertu d'une disposition légale, c'est-à-dire les jours autres que les dimanches et jours fériés.

Toutefois, le salaire journalier n'entre en compte que dans la limite d'un maximum égal à 1 % du maximum de la rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations d'assurances vieillesse en vertu de l'article L 241-3 du code de la sécurité sociale (Cf. article L 433-2 du code précité). Au 1er janvier 1992, ce plafond s'élève à 11 870F par mois, soit 142 440 F par an, le salaire de base ne peut être pris en compte au-delà de 1424,40 F.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée de trois mois, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision (article L 433-2 et R 433-9 du code de la sécurité sociale).

S'il s'agit d'une rechute, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire journalier de la période d'un mois, mentionnée à l'article R. 433-5 qui précède immédiatement l'arrêt du travail causé par cette aggravation.

L'indemnité journalière ainsi allouée ne peut être inférieure à celle correspondant respectivement aux deux tiers du salaire, perçue au cours de la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant, de la révision opérée conformément aux dispositions précitées.

D/ Calcul de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière est égal :

- pendant les vingt-huit premiers jours d'arrêt de travail, à la moitié du salaire journalier (article R 433-2 du code de la sécurité sociale) ; au 1er juillet 1992, compte tenu du plafond, l'indemnité journalière ne pouvait être supérieure à 729 F, montant révisable tous les semestres.

- à partir du vingt-neuvième jour après celui de l'arrêt de travail, aux deux tiers du traitement journalier (article R 433-4 du code précité), soit 972 F pour le 2ème semestre 1992, montant également révisable tous les semestres.

E/ Point de départ et durée de l'indemnité journalière

Conformément aux dispositions de l'article L 433-1, l'indemnité journalière est due à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident. Il n'y a donc pas de délai de carence, comme pour les congés de maladie. Lorsque ce jour et, éventuellement, le jour suivant sont des jours non ouvrables, elle n'est versée pour ces jours-là ***que si la durée de l'incapacité est supérieure à 15 jours*** (article R 433-1 du code de la sécurité sociale).

Sur le plan pratique, soit :

a) le certificat médical initial indique la durée probable de l'incapacité de travail :

1/ supérieure à 15 jours : le lendemain de l'arrêt de travail, que ce soit un jour ouvrable ou non, est indemnisé ;
2/ inférieure ou égale à 15 jours : le lendemain de l'arrêt de travail n'est indemnisé que s'il est un jour ouvrable.

b) le certificat n'indique pas la durée probable de l'incapacité :

1/ si le lendemain de l'arrêt de travail est un jour ouvrable, son indemnisation est de droit,
2/ s'il est non ouvrable, il n'y a pas lieu de l'indemniser. Plus exactement, il convient de surseoir au paiement de ce jour jusqu'à l'expiration du délai de 15 jours

et d'effectuer alors ce paiement si l'incapacité temporaire se trouve prolongée.

Que le jour de l'arrêt de travail soit suivi, immédiatement, d'un ou de deux, ou éventuellement de plusieurs jours non ouvrables, la règle est la même dans tous les cas.

La journée d'arrêt, qui peut être :
- soit la journée où est survenu l'accident,
- soit une journée postérieure au cours de laquelle la victime a pu se trouver, brusquement, dans la nécessité d'interrompre le travail par suite des conséquences de l'accident,

est intégralement à la charge de l'administration dont relève la victime.

L'indemnité est payée, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés (sauf dans le cas précité où la durée de l'incapacité est égale ou inférieure à 15 jours), pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède, soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès. Elle est due en cas de rechute ou d'aggravation de la lésion entraînant une nouvelle incapacité temporaire (voir ci-après §L/ 'Rechute').

En conséquence, cette indemnité est due jusques et y compris le jour fixé comme étant celui de la guérison ou de la consolidation, ou jusques et y compris le jour du décès.

F/ Maintien de l'indemnité journalière lors d'activités de réadaptation fonctionnelle ou professionnelle

Il convient de rappeler que l'indemnité journalière est maintenue pendant toute la période de ***réadaptation fonctionnelle*** et qu'elle est servie à la victime dont l'état n'est pas encore consolidé et qui bénéficie de la ***rééducation professionnelle.*** Elle peut être également maintenue, en tout ou partie, en cas de reprise d'un ***travail léger autorisé*** par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin de l'administration comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure (cf. article R 433-15 du code de la sécurité sociale). Toutefois les indemnités journalières seront alors diminuées du montant des salaires perçus pour le travail accompli.

G/ Modification du montant de l'indemnité journalière

Augmentation de salaire

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident et lorsque l'interruption du travail se poursuit au delà de trois mois, le taux de l'indemnité journalière peut être révisé (article L 433-2 du code de la sécurité sociale).

Cette révision prend effet à compter du premier jour du quatrième mois d'incapacité temporaire ou de la date d'effet de l'augmentation de salaire concernant la catégorie de personnel à laquelle appartient la victime.

Hospitalisation de la victime

En cas d'hospitalisation de la victime, l'indemnité journalière ne subit aucune réduction.

H/ Modalités de paiement

En cas d'accident du travail entraînant une incapacité temporaire, l'indemnité est due, en tout état de cause, par l'administration dont relève l'agent.

Ces indemnités étant destinées à compenser pour l'agent le préjudice occasionné par la perte de sa rémunération, il a paru plus judicieux de confier le soin de l'indemnisation de ces agents aux services qui assurent la gestion de ces personnels.

Les crédits correspondants doivent être prélevés sur les crédits prévus au chapitre 33-91, article 80, du budget de l'éducation nationale.

A cette occasion, l'attention des services est appelée sur l'intérêt qui s'attache à ce qu'un exemplaire des certificats médicaux mentionnant la durée de l'incapacité soit remis au service ou à l'établissement chargé habituellement du paiement de la rémunération.

Dans la plupart des cas, en effet, ce certificat est acheminé directement par le praticien au service liquidateur des prestations et le bureau chargé du paiement de la rémunération du personnel n'est pas informé de l'arrêt de travail.

Il convient de veiller particulièrement à cette procédure qui, si elle n'est pas respectée, entraîne des complications ultérieures fâcheuses, tant pour l'intéressé que pour l'administration.

I/ Cumul de l'indemnité journalière et de la rémunération

Il ne peut y avoir cumul de l'indemnité journalière et de la rémunération.

Ce n'est que dans le cas où les dispositions réglementaires applicables à certaines catégories d'agents le stipuleraient expressément, qu'il pourrait y avoir indemnisation spéciale soit sous forme du maintien du traitement pendant tout le congé consécutif à l'accident, soit sous forme d'une allocation complémentaire correspondant à la différence existant entre le montant de la rémunération et les taux de l'indemnité (Cf. Circulaire n° 2A-105 et FP/1298 du 10 août 1977 (R.L.R. 206-0) et articles 2 et 14 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 fixant les dispositions générales applicables aux

agents non titulaires de l'Etat rappelées au §D/ calcul de l'indemnité ci-dessus).

J/ Cumul de l'indemnité journalière et de la rente

En aucun cas le service des indemnités journalières ne peut être prolongé au-delà de la date de guérison ou de consolidation.

Toutefois, l'établissement d'un arrêté attributif de rente exige parfois un certain délai.

Afin que les victimes ne subissent aucun préjudice et pour les seuls agents qui ne sont pas en mesure de reprendre leur service, il est recommandé de ne faire cesser le service des indemnités journalières qu'à compter de la date de notification de l'arrêté de rente. La victime sera alors invitée à reverser les indemnités indûment perçues depuis la date de consolidation.

Les services sont cependant invités, lorsqu'un tel cas se présente, à hâter dans toute la mesure du possible la procédure d'attribution de rente afin d'éviter des reversements importants.

K/ Cessibilité et saisissabilité de l'indemnité journalière

Conformément aux dispositions de l'article L 433-3, l'indemnité journalière est considérée comme un salaire, elle est donc cessible et saisissable dans les limites fixées par l'article L 145-1 (R 145-1) du code du travail en ce qui concerne le salaire.

L/ Reprise du service des indemnités journalières en cas de rechute

En application de l'article L 433-1 §2, dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L 443-2 du code de la sécurité sociale, l'agent a droit, outre les prestations en nature, au paiement de l'indemnité journalière.

Si cet agent était titulaire d'une rente, il perçoit la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente maintenue. Il doit dans ce cas faire connaître, au service chargé de lui servir sa rémunération, le montant de la rente qu'il perçoit.

Le salaire de base servant à la détermination du salaire journalier pour le service de l'indemnité servie en cas de rechute ou aggravation de la lésion, est celui de la période de référence qui précède immédiatement l'arrêt de travail causé par la rechute ou l'aggravation (article R 433-8 du code de la sécurité sociale). Si la date de guérison ou de consolidation n'a pas été fixée, cette indemnité est portée aux deux tiers du salaire ainsi déterminé à partir du 29ème jour d'arrêt de travail, compte tenu de la durée de la première interruption de travail consécutive à l'accident.

L'indemnité journalière ne peut être inférieure à celle correspondant respectivement au demi-salaire ou aux deux tiers du salaire, perçue au cours de la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant, de la révision opérée conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L 433-2 du code de la sécurité sociale rappelée au § G/ ci-dessus.

M/ Astreinte

Tout retard injustifié apporté au paiement à la victime de l'indemnité journalière qui lui est due, donne droit au créancier, à partir du huitième jour de l'échéance, à une astreinte quotidienne équivalent à 1 % du montant des sommes non payées (articles L 436-1 et R 436-5 du code de la sécurité sociale).

Il est indispensable, dès réception du certificat médical prescrivant l'arrêt de travail, que les services chargés de la liquidation s'assurent auprès du service ou de l'établissement chargé du paiement des indemnités journalières, qu'ils ont bien été informés de l'interruption de travail de l'agent en cause.

Dans la négative, copie du certificat devra être aussitôt transmise au service susvisé.

Section III
RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE

L'incapacité permanente est celle qui subsiste après la 'consolidation de la blessure', lorsqu'il apparaît que cette incapacité ne devrait plus subir de modification, que ce soit dans le sens d'une aggravation ou dans celui d'une diminution.

La victime, qui demeure atteinte des suites d'un accident du travail, d'une ***incapacité totale ou partielle de travail,*** peut prétendre soit à une indemnité en capital (I.P.P inférieure à 10 %), en fonction du taux d'incapacité de travail. En cas de mort, les rentes sont dues aux ayants droit de la victime (article L 431-1 du code de la sécurité sociale). Ces indemnisations sont incessibles et insaisissables. Cette règle est une des conséquences essentielles du caractère alimentaire de la réparation des accidents du travail. (article L 434-18 du code de la sécurité sociale).

A) Fixation de la date de consolidation de la blessure

La consolidation de la victime est acquise au moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus, en principe, nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutif à l'accident, sous réserve des rechutes et révisions éventuelles.

Dans certains cas, malgré la consolidation, la nécessité d'un traitement s'impose, et l'administration peut être amenée à servir des prestations en « nature » dans le but de prévenir une aggravation possible. Cette solution doit toutefois conserver un caractère strictement limité.

La décision appartient au service, qui fixe la date de consolidation d'après le certificat médical indiquant les conséquences de l'accident et l'avis du médecin agréé de l'administration.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin de l'administration, il est procédé à une expertise, dans les conditions fixées au chapitre II titre B, Section II 'expertise' ci-dessus.

La décision prise est notifiée à la victime par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception. Cette notification doit toujours indiquer les voies et délais de recours en cas de contestation.

B) Préliminaires à la fixation du taux d'invalidité

1°) Évaluation du taux d'incapacité

L'évaluation du taux d'incapacité, qui constitue l'un des éléments essentiels du calcul des rentes, pose des problèmes délicats que seuls des médecins hautement qualifiés peuvent résoudre.

En conséquence, l'administration doit fonder sa décision sur un avis médical autorisé.

Il importe donc de faire appel à des spécialistes pour assurer le contrôle de l'incapacité permanente.

Le degré d'incapacité dépend évidemment, dans une large mesure, de la nature même de l'infirmité résultant de l'accident. À cet égard, le barème d'invalidité prévu à l'article R 434-35 (voir JO du 21 décembre 1985) constitue l'un des éléments d'appréciation.

Toutefois il convient de n'attribuer à celui-ci qu'une valeur strictement indicative.

D'autres éléments sont à prendre en considération, notamment l'état général, l'âge (considéré comme un facteur déterminant dans le reclassement), les facultés physiques et mentales de la victime, ses aptitudes et sa qualification professionnelle.

2°) Évaluation du taux d'incapacité en cas d'infirmités multiples

On appelle infirmités multiples, les infirmités intéressant des membres, des segments de membres ou des organes différents.

La circulaire ministérielle 323 SS du 22 novembre 1948 divise les lésions multiples résultant d'un même accident en deux groupes :

- les lésions qui intéressent des organes ou des membres différents et des fonctions distinctes : lésions intéressant un bras et une jambe ou bien une perte d'un œil et mutilation d'un pied,

- les lésions qui intéressent des organes différents mais associés à la même fonction : organes de la vision, de l'audition, de la marche, doigts d'une même main.

Considérons successivement les deux groupes :

Premier groupe : appareils fonctionnels différents. Les infirmités étant classés dans un ordre quelconque, on fixe, en utilisant le guide-barème à chaque stade, d'abord le taux d'incapacité de la première infirmité envisagée proportionnellement à une capacité entière, puis le taux d'incapacité de chacune des infirmités suivantes proportionnellement à la capacité restante telle qu'elle apparaît après chaque opération partielle.

Exemple : Pour trois infirmités qui, considérées isolément, correspondraient aux taux d'incapacité de 60 %, 20 % et 10 % :

Première infirmité :
60 % de 100 % capacité entière . . . . . 60 %
Capacité restante : 100 % - 60 % = 40 %

Deuxième infirmité :
20 % de 40 % (capacité restante : 20/100 x 40/100)
8 %
Nouvelle capacité restante : 40 % - 8 % = 32 %.

Troisième infirmité :
10 % de 32 % (nouvelle capacité restante 10/100 x 32/100) 3,2 %

Taux global d'incapacité : 71,2 %
soit : 72 %.

C'est ce qu'on appelle la règle de BALTHAZARD.

Il est à remarquer que l'on pourrait modifier l'ordre des infirmités sans aboutir à un résultat différent.

Deuxième groupe : même appareil fonctionnel. Dans ce cas (lésions intéressant des organes différents mais associés à la même fonction), les conséquences de l'une agissant sur celles de l'autre, le calcul est généralement plus simple :

Exemple : supposons la perte des deux yeux ; il est inutile de déterminer les composantes du taux global. Il suffira en se référant au barème de constater que l'incapacité est totale. De même, s'il s'agissait de la perte des deux membres inférieurs, on pourrait, en raisonnant par analogie, adopter le taux prévu par le barème pour l'amputation des deux pieds.

Mais, ainsi que le précise le barème de 1982, 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 adopter un autre mode de calcul à condition d'en justifier son estimation.

3- Evaluation du taux d'incapacité en cas d'infirmités antérieures

La détermination de l'invalidité résultant d'un accident du travail lorsque la capacité est déjà réduite par des infirmités antérieures, a donné lieu à diverses interprétations.

D'une façon générale, on admet que lorsqu'un accident de travail entraîne l'aggravation d'un état pathologique préexistant, qui n'occasionnait pas lui-même d'incapacité et s'est trouvé aggravé par l'accident, la totalité de l'incapacité de travail en résultant doit être prise en charge au titre de l'accident (Cass. soc. 6 juillet 1961, KHATTAT ; 5 mars 1964, dame PERIONE).

En revanche, si l'état antérieur a déjà donné lieu à une incapacité que l'accident de travail a eu pour effet d'aggraver, il devra être tenu compte de cette incapacité pour ne retenir que celle qui apparaît propre à l'accident lui-même. (cass. 29 janvier 1965).

Si l'état antérieur, qu'il ait ou non donné lieu déjà à une incapacité, n'a été ni révélé ni aggravé par l'accident de travail, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans les déterminations du taux d'incapacité. (Cass. soc., 15 janvier 1960).

■ ***Régime antérieur à la loi de 1946*** - En établissant le barème de 1939, le législateur avait adopté l'application d'une formule (dite de GABRIELLI) qui consistait à :

- rechercher la capacité ancienne d'une part, et la capacité nouvelle d'autre part, ces deux capacités étant exprimées en fonction d'une capacité entière ;
- faire leur différence ;

- rapporter cette différence à la capacité antérieure pour obtenir le taux de réduction de celle-ci, c'est-à-dire le taux d'incapacité résultant de l'accident considéré.

soit respectivement C1 et C2 la capacité ancienne et la capacité nouvelle, le taux recherché étant égal à :

$$\frac{C1 - C2}{C1}$$

■ ***Situation actuelle*** - Cette formule demeure en vigueur sous l'empire de la loi du 30.10.1946 (LIVRE IV du code de la sécurité sociale).

Cette méthode a, en définitive, pour but d'éliminer les conséquences des infirmités antérieures pour évaluer le seul dommage imputable au dernier accident.

Premier exemple : La victime, déjà atteinte d'une incapacité permanente évaluée à 25 %, est victime d'un accident entraînant une incapacité permanente de 60 %.

Le taux d'incapacité sera : $\frac{75 - 40}{75} = 35/75 = 47\ \%$

Deuxième exemple : le degré de vision d'un oeil était réduit à 2/10 avant l'accident. Celui-ci entraîne la perte de vision de l'autre oeil, qui était normale. Si les capacités antérieure et postérieure sont fixées respectivement à 85 et 25, l'application de la formule donnera pour le taux d'incapacité résultant de l'accident :

$$\frac{85-25}{85} = 60/85 = 71\ \%$$

Il convient de noter que l'emploi de cette formule, préconisée par le barème, n'est pas obligatoire, et, en particulier, la Cour de cassation a décidé de ne pas l'appliquer 'lorsque, pour le calcul de la rente, le salaire retenu est celui que reçoit normalement un homme valide de la catégorie de travailleurs à laquelle appartient la victime de l'accident' (Cass. 7 juillet 1960).

Cette position de la Cour de cassation est d'autant plus importante que le problème qui se pose à l'administration concerne justement des agents de l'Etat dont la rémunération est fonction exclusivement de l'emploi occupé et ne subit par conséquent aucune diminution en raison de la réduction de capacité de l'invalidité.

Ainsi, la formule de GABRIELLI n'est pas applicable dans la fonction publique aux agents non titulaires. Il y a lieu de lui substituer la formule de BALTHAZARD selon laquelle dans le cas d'un second accident du travail, le deuxième taux d'I.P.P. doit être multiplié par la capacité résiduelle de travail résultant du premier accident.

Exemple :

Taux d'incapacité permanente partielle après le premier accident : 10 %, d'où capacité résiduelle de travail 100 - 10 = 90 %.

Taux d'incapacité permanente partielle après de deuxième accident : 8 %,
partie de ce dernier taux utile pour le calcul de la deuxième rente :

$$\frac{8 \times 90}{100} = 7,2$$

Montant de la rente : $\frac{\text{salaire} \times 7,2 : 2}{100}$

Lorsque le total du premier taux d'incapacité permanente partielle et du deuxième taux d'incapacité permanente partielle ainsi réduit s'élève à 10 % et au-dessus, la première rente doit être majorée du fait qu'elle doit être calculée même si le premier taux d'IPP est inférieur à 10 % sur le salaire minimum en vigueur à la date d'effet de la deuxième rente (à moins qu'elle n'ait déjà été calculée sur un salaire supérieur) comme la

deuxième rente qui s'ajoute à elle, même si le deuxième taux d'IPP ou la partie utile de ce taux pour le calcul de la 2e rente sont inférieurs à 10 %.

Exemple :

premier taux d'IPP : 8 %
deuxième taux d'IPP : 9 %
partie de ce taux utile pour le calcul de la deuxième rente :

$\frac{9x92}{100}$ = 8,28 % Taux total : 8 % + 8,28 %
= 16,28 %

La première rente doit être calculée sur le salaire minimum en vigueur à la date d'effet de la deuxième rente et celle-ci également.

4- Appréciation de l'état de la victime entraînant pour elle l'obligation d'avoir recours à une tierce personne.

Conformément aux articles L 434-2 et R 434-3 du code de la sécurité sociale, dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L 341-6 du code précité.

Le mode de calcul et la fixation du minimum à servir aux intéressés seront examinés plus loin (D/ Calcul de la rente).

Par 'actes ordinaires de la vie', il convient d'entendre, en se référant aux notions communément admises, les actes essentiels tels que se lever, se coucher, se vêtir, se mouvoir, manger, satisfaire ses besoins naturels etc...

L'appréciation de l'état de la victime au regard de la nécessité de recourir à l'aide d'un tiers est avant tout une question de fait. Il appartient au service d'examiner chaque cas d'espèce, compte tenu non seulement du domaine psychologique mais aussi du domaine social, étant bien entendu, aux termes d'une lettre ministérielle du 29 mars 1953, que le texte n'exige pas l'impossibilité cumulative d'accomplir tous les actes ordinaires de la vie.

C) Indemnité en capital

1° Détermination du montant :

En application des articles L 434-1 et R 434-1 du code de la sécurité sociale, une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une ***incapacité permanente inférieure à 10 %.*** Elle est payable en une seule fois. Elle est versée lorsque la décision est devenue définitive.

Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret (Cf. article D 434-1 du code susmentionné). Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à 10 %.

Ce barème, fixé par Décret n° 86-1156 du 27 octobre 1986, est le suivant :

TAUX D'INCAPACITE PERMANENTE (en pourcentage)	MONTANT DE L'INDEMNITE (en francs)
1	2 001
2	3 252
3	4 752
4	7 500
5	9 501
6	11 751
7	14 250
8	17 001
9	20 001

Lorsque l'indemnité en capital a déjà été versée et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente, supérieur au taux précédemment notifié à la victime, est fixé, il est tenu compte de l'indemnité en capital précédemment versée dans les conditions suivantes :

a) si le nouveau taux d'incapacité reste inférieur à 10 %, la victime reçoit une indemnité en capital correspondant à ce nouveau taux, diminuée d'une somme égale à l'indemnité correspondant, à la date de la révision, à l'ancien taux.

b) si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 %, la rente due à la victime est calculée suivant les règles suivantes ; les arrérages annuels de cette rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.

Après avoir déterminé le montant de l'indemnité en capital devant être allouée, l'administration au vu du dossier d'accident, établit un arrêté attributif de cette indemnité. Deux exemplaires de cet arrêté, dûment signés sont retournés, avec les pièces médicales justificatives nécessaires, au service liquidateur qui est chargé de ce paiement.

2° Paiement de l'indemnité

a) notification :

Le service liquidateur adresse un exemplaire de l'arrêté de la victime, qui sera informée en outre des principes observés pour l'évaluation de son taux d'incapaci-

té, c'est-à-dire de la prise en considération des éléments d'ordre médical et professionnel et des voies de recours qui lui sont offertes.

b) paiement :

La dépense afférente audit paiement est imputée sur le chapitre 33-91 paragraphe 50.

c) Astreinte (article L 436-1 et R 436-5 du code de la sécurité sociale).

Tout retard injustifié dans le paiement de l'indemnité en capital ouvre droit aux créanciers, à partir du huitième jour de l'échéance de cette rente, à une astreinte quotidienne équivalant à 1 % du montant des sommes impayées prononcées par la juridiction compétente, en l'occurence le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Il convient de veiller tout particulièrement à ce que l'indemnité en capital soit servie à une date aussi rapprochée que possible de la date de consolidation.

D) Calcul de la rente

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 10 %, la victime a droit, à partir du lendemain de la date de consolidation de ses blessures, à une rente égale ***au salaire annuel*** de la victime ***multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %.*** (articles L 434-2 et R 434-2 du code de la sécurité sociale).

Ainsi, en cas d'incapacité permanente de 70 %, la victime aura droit à une rente globale de 55 % du salaire de base se décomposant de la manière suivante : 25 % (moitié des premiers 50 %), plus 20 % (taux qui excède 50 %), plus 10 % (moitié de ces 20 %).

Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré de 40 % (article R 434-3 du code de la sécurité sociale).

Lorsque la rente versée à la victime d'un accident du travail a été partiellement remplacée par un capital et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé pour la même personne,il est tenu compte du capital précédemment versé dans les conditions suivantes :

a) si le nouveau taux d'incapacité est inférieur à 10 %, la rente est remplacée par l'indemnité en capital précitée ;

b) si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 %, le montant de la rente due à la victime et correspondant à ce taux est diminué du montant de la fraction de la rente correspondant à l'ancien taux et qui a précédemment été remplacée par un capital (cf. article R 434-1-2 du code de la sécurité sociale).

Lorsqu'un nouveau taux d'incapacité permanente inférieur à 10 % est fixé pour une personne bénéficiaire d'une rente, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital (cf. article R 434-1-3 du code précité).

1- Salaire annuel de base

a) Eléments du salaire de base :

Pour déterminer les éléments qui entrent et ceux qui sont exclus du salaire de base se reporter au A/ de la section II - REPARATION DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE ci-dessus.

b) Détermination

En application de l'article R 434-30 du code de la sécurité sociale, le salaire de base s'entend de ***la rémunération effective totale*** reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les douze mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

Par rémunération effective totale, il faut entendre l'ensemble des salaires ou gains réellement acquis par l'assuré, en contrepartie du travail effectué pour le compte d'un ou plusieurs employeurs pendant la période de référence, et cela, par opposition au salaire fictif complémentaire prévu par l'article précité (voir ci-après).

Si, pendant ladite période de référence, la victime a interrompu son service pour l'une des causes prévues à l'article R 433-7 du code de la sécurité sociale, il est fait état du salaire moyen qui eût correspondu à ces interruptions de travail.

Rappelons que les causes les plus fréquentes d'interruption du travail telles qu'elles sont énumérées dans cet article sont les suivantes : maladie, longue ou grave maladie, accident, maternité, chômage total ou partiel constaté, congés non payés etc...

Si la victime appartient depuis moins de douze mois à la catégorie dans laquelle elle est classée au moment de son arrêt de travail, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération effective afférente à la durée de l'emploi, celle que la victime aurait pu percevoir pendant le temps nécessaire pour compléter les douze mois. Toutefois, si la somme obtenue est inférieure au montant total des rémunérations perçues par la victime dans ses divers emplois, c'est sur ce dernier montant que sont calculées les rentes.

Il appartient au service chargé de constituer le dossier de rente, d'inviter l'agent victime d'accident, dont l'entrée dans l'administration remonte à une date postérieure au début de la période de référence, à justifier des salaires perçus antérieurement dans une autre entreprise.

Le total desdits salaires et de la rémunération versée par l'administration doit être comparé avec le salaire fictif, déterminé dans les conditions fixées au paragraphe ci-dessus, et la rente calculée sur la base de la rémunération la plus forte.

c) Réduction

Le caractère forfaitaire de la réparation étant à la base de la législation sur les accidents du travail, les indemnités accordées ne sont calculées que sur une fraction du salaire annuel.

Suivant le cas il doit être élevé jusqu'au montant d'un salaire minimum, soit réduit ou même négligé (article L 434-16 du code de la sécurité sociale).

A la condition que la réduction de la capacité de travail soit égale ou supérieure à 10 %, et quelle que soit la rémunération réelle de la victime, le salaire servant de base de calcul de la rente ne peut être inférieur au salaire minimum déterminé d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité (article R 434-27 du code de la sécurité sociale).

Deux fois par an, les 1er janvier et 1er juillet, le salaire annuel minimum fait l'objet d'une nouvelle détermination d'après les coefficients de revalorisation. On trouvera en annexe 5 l'évolution du salaire minimum depuis 1954.

Chaque semestre, ces indications sont publiées au bulletin officiel de l'éducation nationale, dans une circulaire ministérielle destinée aux services académiques et aux préfets de département.

Si le salaire annuel réel est supérieur au salaire minimum, quelle que soit la réduction de capacité subie, il n'entre intégralement en compte que s'il ne dépasse pas le double du salaire minimum. S'il le dépasse, l'excédent n'est compté que pour un tiers. Il n'est pas tenu compte de la fraction excédant huit fois le salaire minimun (article R 434-29 du code de la sécurité sociale).

2°) Détermination du taux de calcul de la rente

Le taux d'incapacité déterminé selon les règles ci-dessus rappelées (section III § B) n'est pas retenu tel quel : ***la fraction de ce taux qui ne dépasse pas 50 % sera préalablement réduite de moitié ; au contraire la fraction qui excède 50 % sera augmenté de moitié.***

Trois exemples suffiront à montrer la porte exacte de ces termes :

Premier exemple : taux d'incapacité de 28 % ;

Taux de calcul de la rente : 28 : 2 = 14 % ;

Deuxième exemple : taux d'incapacité de 55 % ;

Taux de calcul de la rente : 50:2 + 5 x 1,5 = 25 + 7,5 = 32,50 %

Troisième exemple : Taux d'incapacité 100 % ;

Calcul de la rente : 50:2 + (50 x 1,50) = 25 + 75 = 100 %

Montant de la rente : $\frac{\text{salaire annuel x 100}}{100}$

On voit que, dans ce dernier cas, le taux de calcul est égal au taux d'incapacité et que, corrélativement, la victime reçoit une rente d'un montant identique à celui du salaire de base.

3- Montant de la rente :

a) Principes généraux :

Il y a lieu, pour obtenir le montant de la rente, de multiplier le salaire annuel de base par le taux d'incapacité de travail, compte tenu des limites dans lesquelles le salaire et le taux d'incapacité doivent être retenus (voir § 1 et 2 ci-dessus).

b) Majoration de la rente pour assistance d'une tierce personne (article 434-2 (3e alinéa) du code de la sécurité sociale).

Lorsqu'une victime d'accident demeure atteinte d'une incapacité permanente totale et est contrainte, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de sa rente est majoré. L'article R 434-3 du code de la sécurité sociale a fixé le taux de majoration à 40 % de la rente et son montant minimum demeure égal à 2 000 francs).

En aucun cas cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation définis à l'article L 341-6 du même code.

On trouvera, en annexe 6, l'évolution, depuis 1957, de la majoration pour tierce personne.

La majoration de la rente pour aide d'une tierce personne a pour objet de permettre à la victime d'assurer une rémunération à la personne dont la présence constante lui est nécessaire ou de subvenir à son entretien, du fait de l'impossibilité pour cette personne d'exercer une autre activité salariée.

Ladite majoration ne constitue donc pas un supplément de la rente mais représente le remboursement forfaitaire des frais que la personne handicapée doit exposer pour s'assurer l'aide dont elle a besoin pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

« Dans le cas où cette aide est apportée bénévolement à la victime par son conjoint ou un membre de sa famille, l'allocation compense le manque à gagner résul-

tant pour le foyer de l'impossibilité où se trouve, de ce fait, ledit conjoint ou parent d'exercer une activité rémunérée... » (lettre ministérielle et décision d'annulation du 12.2.68).

La situation est différente lorsqu'il y a hospitalisation permanente dans un hospice, car l'aide est procurée à l'intéressé par les services normaux de l'établissement, et sa valeur incorporée dans le prix de journée dudit établissement, « il suit de là que l'attribution de la majoration pour assistance d'une tierce personne ne se justifie pas dans le cas dont il s'agit... (même lettre ministérielle).

Cependant en cas d'hospitalisation de courte durée, à l'occasion d'une rechute par exemple, la majoration reste due intégralement (lettre ministérielle du 29 avril 1966 non publiée). De même, la majoration est intégralement servie si l'invalide est placé en section de long séjour dans un établissement de cure thermale pour personnes âgées (lettre ministérielle du 6 août 1978, Bulletin Jur. I. A. 37-78, 1), l'établissement étant considéré comme jouant le rôle de la tierce personne.

Le point de départ du rétablissement de la majoration pour assistance d'une tierce personne, précédemment supprimée à l'intéressé, est fixé au jour où un tel avantage se trouve, à nouveau, médicalement justifié par la production d'un certificat médical constatant une aggravation de l'état de la victime. (Cass. soc. 3 juillet 1968, Lebeau).

c) Victimes d'accidents du travail successifs (articles L 434-2, 4ème alinéa, et R 434-4 du code de la sécurité sociale) :

Si du fait d'un ou plusieurs accidents antérieurs, la réduction totale subie par la capacité professionnelle initiale est au moins égale à 10 %, le total de la nouvelle rente et des rentes allouées en réparation des accidents antérieurs, ne peut être inférieur à la rente calculée sur la base du taux de la réduction totale et du salaire annuel minimum prévu au premier alinéa de l'article L 434-16 du code précité. Pour ce salaire minimum se reporter au paragraphe b du 1er D).

En vue de l'application de ces dispositions, la victime a l'obligation de déclarer, lors de l'enquête légale, tous les accidents de travail subis antérieurement.

Calcul de la dernière rente :

Il convient de calculer la rente à laquelle aurait donné droit l'incapacité globale de travail et le salaire annuel minimum ; on rapproche ensuite le montant de cette rente fictive de celui des rentes afférentes à chacun des accidents successifs et l'on bonifie éventuellement celui de la dernière rente afin d'obtenir un total au moins égal au montant de la rente fictive, correspondant au taux global et au salaire minimum.

Par ailleurs, l'article 2 de la loi de revalorisation n° 54-892 du 2 septembre 1954 (J.O. du 12 septembre) a prévu que : 'Lorsqu'une même victime bénéficie de plusieurs rentes à raison d'accidents successifs, chaque rente sera revalorisée suivant les coefficients et les règles de calcul visés à l'article 10 (voir article L 434-17 du code de la sécurité sociale) quel que soit le taux d'incapacité correspondant, si celui qui résulte de l'ensemble des accidents est au moins égal à 10 % ».

Il découle de ce texte que, dès lors qu'un nouvel accident du travail porte le taux global d'incapacité de la victime à 10 % au moins, il est nécessaire pour l'application de l'article L 434-2 précité, de revaloriser la première rente (en application non seulement de la loi du 2 septembre 1954, mais aussi de chaque arrêté de revalorisation) avant d'en additionner le montant à celui de la nouvelle rente, elle-même calculée sur le salaire minimum en vigueur ou, s'il est plus élevé, sur le salaire réel de référence, et de comparer ensuite le global obtenu au montant de la rente fictive globale, afin de retenir la solution la plus favorable pour l'intéressé.

Il est bien certain, néanmoins, que dans l'hypothèse où la rente antérieure correspond à un taux d'IPP d'au moins 10 %, ou les rentes antérieures à un taux global d'au moins 10 %, cette rente ou ces rentes ont dû obligatoirement être revalorisées. En conséquence, aucune question particulière ne se pose pour l'application de l'article L 434-2 : il convient simplement de comparer le montant résultant de l'addition de toutes les rentes revalorisées (la dernière étant toujours calculée sur le salaire minimum en vigueur, ou s'il est plus élevé, sur le salaire réel de référence) au montant de la rente fictive globale, et de retenir la solution la plus favorable à l'assuré.

La détermination du « taux global » est une opération mathématique qui n'affecte en rien la réalité des taux d'incapacité fixés successivement. Selon la méthode consacrée par l'article 4 de l'ordonnance n° 45-1547 du 13 juillet 1945 (JO du 14 juillet) : le taux global d'incapacité est obtenu en additionnant les différents taux, ***après avoir réduit chacun d'eux, à partir du second,*** proportionnellement à la capacité de travail que le précédent accident avait laissé à la victime.

Exemples (tirés du traité de la sécurité sociale édité par l'UCANSS) :

1- Premier accident : taux d'incapacité : 5 %.
Deuxième accident : taux d'incapacité : 5 %
- Taux global : 5 + (100- 5) x 5 = 9,75 % (qu'il n'est pas possible d'arrondir à 10 % dans le but d'ouvrir droit à revalorisation).

2- Premier accident : taux d'incapacité : 8 %
Deuxième accident : taux d'incapacité 6 %
- Taux global : 8 + (100 - 8) x 6 = 13,52 % (arrondi à 14 % pour le calcul, soit un taux utile de 7 % (14/2).

3- Premier accident : taux d'incapacité : 30 %
Deuxième accident : taux d'incapacité : 40 %
- Taux global : 30 + (100 - 30) x 40 = 58 %
soit un taux utile de 25 + 8 + 4 = 37 %.

Les dispositions de l'article L 434-2, 4ème alinéa, du code de la sécurité sociale, entraînent dans certains cas, une 'bonification' de la dernière rente lorsque le taux global utilisé pour le calcul de la rente fictive de comparaison dépasse 50 %, du fait de la multiplication par 1,5 de la tranche qui excède 50 %.

Exemple :

a) Premier accident : taux 30 % ; salaire revalorisé 3000 francs.

Deuxième accident : taux de 40 % ; salaire réel de référence inférieur au salaire minimum, qui est donc retenu.

1ère rente : $\frac{3000 \times 30}{100 \times 2}$ = 450 francs

2e rente : $\frac{2760 \times 40}{100 \times 2}$ = 552 francs

Total des rentes : 1 002 francs

b) Taux global d'incapacité : 30 + (100 – 30) x 40 = 58 %

Taux de rente : 25 + 8 + 4 = 37 %

La victime doit recevoir : $\frac{2\,760 \times 37}{100}$ = 1 021,20

francs, puisque cette rente est supérieure au total des deux rentes : 1 002 francs.

Par la suite, la deuxième rente doit être portée de 552 francs à : 552 + (1 021,20 – 1 002) = 571,20 francs.

Et l'on obtient bien : 450 + 571,20 = 1 021,20 francs.

Calcul de la dernière réparation depuis l'intervention de la mise en place de l'indemnité en capital :

Il s'est posé le problème de savoir s'il y avait lieu de tenir compte du taux global en matière d'accidents successifs lorsque l'un d'entre eux était réparé au moyen d'une indemnité en capital.

Par lettre ministérielle en date du 27 janvier 1988, il a été répondu ***qu'il convenait de faire application de la notion de taux global en matière de revalorisation et de mensualisation des rentes.***

En effet, aux termes de l'article L 434-17 combinés avec ceux de l'article L 434-15, « les coefficients de revalorisation... sont applicables aux rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité égale ou supérieure à 10 %.

De même, l'article R 434-37 dispose : « lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 66,66 %, la rente est versée mensuellement ».

En revanche, il ne peut être fait application de la notion de taux global, celui-ci ne s'appliquant qu'aux rentes, ***en cas d'indemnisation du dernier accident par l'octroi d'une indemnité en capital,*** laquelle par sa nature et les modalités de sa détermination diffère de la rente.

Cependant, lorsque plusieurs accidents sont intervenus et que le ***dernier réparé par une rente*** fait suite à un accident réparé par une indemnité en capital, la notion de taux global s'applique. Pour cela, il convient de calculer ce taux en prenant en compte tous les accidents du travail.

Pour le calcul de la dernière rente, certaines règles doivent être rappelées :

Ainsi, la réparation ne pouvant conduire à une double indemnisation de la même incapacité permanente, la nouvelle rente doit être déterminée de façon à ce que le total des rentes ne soit pas inférieur à la rente calculée sur le salaire minimum et due pour le taux global correspondant aux seules incapacités indemnisées par une rente.

Exemple :
1er accident : consolidation avant le 3 novembre 1986 (1.10.1986) :
. Taux d'I.P.P. : 6 % - le paiement s'effectue au moyen d'une rente ;
. salaire de référence : 90 000 F ;

. montant de la rente : $\frac{90\,000 \times 6}{100 \times 2}$ = 2 700 F .

2ème accident : consolidation après le 3 novembre 1986 (1.11.87) :
. Taux d'I.P.P. : 2 % - le paiement s'effectue au moyen d'une indemnité en capital
. Taux global : 6 + $\frac{94 \times 2}{100}$ = 7,88 arrondis à 8 %

Le taux global étant inférieur à 10 %, la première rente n'est pas revalorisable.

3ème accident : taux d'I.P.P. : 10 % - le paiement s'effectue au
moyen d'une rente
. 1ère opération : évaluation des rentes respectives :
- 1er A.T. : 2 700 F
- 3ème A.T. : salaire de référence : 100 000F
montant de la 2eme rente : $\frac{100\,000 \times 10}{100 \times 2}$ = 5 000 F.

Total des deux rentes : 2 700 F + 5 000 F = 7 700 F

. 2ème opération : calcul de la rente minimum et comparaison avec le total des rentes allouées à la victime :

a) taux global d'incapacité :

$$6 + \frac{94x2}{100} + \frac{92x10}{100} = 17,08 \text{ arrondis à } 18\ \%$$

La rente consécutive au 1er A.T. devient revalorisable.

b) Taux global utile à la comparaison : ne sont pris en compte que les taux afférents aux rentes :

$$6 + \frac{94x10}{100} = 15,4\ \% \text{ arrondis à } 16\ \%.$$

Montant de la rente : $\frac{SMR \times 16}{100x2} = 6\,033,27$ F

La 1ère solution étant dans ce cas plus favorable à la victime, la rente à servir sera donc de 5 000 F auxquels s'ajoutent les 2 700 F. de la première rente.

d) Victimes dont l'incapacité entraînerait l'attribution d'une rente supérieure au titre des assurances sociales (dernier alinéa de l'article L 434-2 du code de la sécurité sociale).

Lorsque la victime d'un accident du travail est atteinte d'une infirmité telle que, si cette victime avait bénéficié de l'assurance 'invalidité' elle aurait pu prétendre à une pension d'invalidité, dans les conditions prévues par l'article L 341-1 et suivants du même code, d'un montant supérieur à celui de la rente qui lui sera allouée au titre de l'accident, cette dernière rente est portée à un montant équivalent à celui de la pension d'invalidité correspondant à l'état considéré.

Toutefois, il n'y a pas lieu d'appliquer cette mesure si la victime est déjà, par ailleurs, titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

e) Victimes d'un accident imputable à une faute inexcusable de l'employeur :

Si l'accident est dû à une faute inexcusable de l'employeur, ou de ses préposés, la victime a droit à une majoration de sa rente, sans que la rente ou le total des rentes allouées puisse dépasser soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire.

Cette question sera étudiée plus loin au chapitre III, Titre B.

E) Attribution et paiement des rentes

1° Attribution des rentes

Au vu du dossier d'accident, l'administration détermine le montant de la rente allouée à un agent victime d'accident et prend un arrêté attributif de rente.

Ce dossier comporte :

- la déclaration d'accident,
-le procès-verbal d'enquête admnistrative,
-le procès-verbal d'enquête dressé par le greffier du tribunal d'instance, ou un agent assermenté,
-les certificats médicaux (initial, de prolongation, final),
-le rapport du médecin agréé de l'administration et éventuellement le rapport d'expertise,
-l'état liquidatif des salaires perçus durant les douze mois précédant l'accident.

Deux exemplaires de l'arrêté, dûment signés, sont retournés, avec le dossier de rente, au service liquidateur qui est chargé d'assurer le paiement des arrérages à l'intéressé.

2° Paiement des rentes.

a) Notification

Le service liquidateur adresse un exemplaire de l'arrêté à la victime au moyen d'un imprimé d'un modèle spécial (voir modèle en annexe 7).

La victime est ainsi informée des principes observés pour l'évaluation de son taux d'incapacité, c'est-à-dire de la prise en considération des éléments d'ordre médical et professionnel et des différentes voies de recours qui lui sont offertes selon qu'elle entend contester le taux d'incapacité ou un autre élément de calcul (le salaire annuel par exemple). Ce document rappelle, en outre, les dispositions prévues en matière de révision, majoration, rachat et reversion de la rente.

Conformément aux dispositions de l'article R 434-35, la notification, adressée à la victime ou à ses ayants droit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, invite celle-ci à faire connaître à l'administration, dans un délai de dix jours, à l'aide d'un formulaire annexé à la notification, si elle demande l'envoi soit à elle-même, soit au médecin qu'elle désigne à cet effet, d'une copie du rapport médical du médecin de l'administration prévu au 5e alinéa de l'article R 434-34.

L'administration procède à cet envoi dès réception de la demande, en indiquant que la victime ou le médecin qu'elle désigne à cet effet peuvent, dans un délai de quinzaine suivant la réception du rapport, prendre connaissance auprès d'elle des autres pièces médicales.

b) Paiement :

Les arrérages dus aux intéressés courent du point de départ de la rente (à savoir à compter du lendemain

du décès ou de la date de consolidation de la blessure, du lendemain du décès, ou du premier jour suivant la fin du mois d'arrérages au cours duquel un titulaire d'une rente d'accident du travail est décédé) jusqu'à la date de la première échéance à courir. A compter de cette date, le versement des arrérages doit être effectué par trimestre et à terme échu.

Les dates de paiement sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale (voir arrêté du 14 mars 1986 - J.O. du 16 mars 1986).

Toutefois, la rente est payée mensuellement lorsque le taux de l'incapacité est égal ou supérieur à 66,66 % (article R 434-37 du code de la sécurité sociale).

En cas d'hospitalisation de l'assuré, la majoration pour tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel il a été hospitalisé ; au-delà de cette période son service est suspendu.

Les dépenses relatives aux rentes sont imputées sur le chapitre 33-91 paragraphe 50 (cf. circulaire n° 91-083 du 9 avril 1991).

c) Paiement à une victime mineure :

La rente peut être payée soit à la victime elle-même, soit à son représentant légal. Le choix de l'une ou l'autre de ces deux solutions doit normalement résulter d'un acccord entre l'administration, l'intéressé, les parents ou le tuteur.

d) Astreinte (articles L 436-1 et R 436-5 du code de la sécurité sociale).

Tout retard injustifié apporté au paiement de la rente ouvre droit aux créanciers, à partir du huitième jour de l'échéance de cette rente, à une astreinte prononcée par la juridiction compétente, en l'occurrence le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Elle est quotidienne et égale à 1 % du montant des sommes non payées.

e) Changement de résidence

En cas de changement de résidence, et pour éviter toute difficulté dans la continuité du paiement des arrérages, le bénéficiaire doit signaler sans délai le changement d'adresse. Si le changement de résidence est motivé par une mutation de l'intéressé dans un autre service ou établissement de l'Education Nationale, situé dans une autre académie ou un autre département, le dossier de rente devra suivre le dossier administratif de l'intéressé et être transmis, selon le cas, aux services académiques d'accueil compétents pour assurer la gestion des accidents du travail. Si le changement de domicile est motivé par un départ à la retraite ou pour radiation des cadres de l'administration, les services académiques correspondant au nouveau domicile de l'agent assureront la gestion de cette rente.

f) Règles de transfert des dossiers de rentes en cas d'accidents successifs

Les articles R 434-21, R 434-22 et R 434-25 du code de la sécurité sociale déterminent, en cas d'accidents successifs, les règles de transfert de la gestion des rentes entre les organisations spéciales de sécurité sociale et les caisses primaires.

L'application de ces dispositions a été précisée par la circulaire interministérielle (Travail - Finances) n° 39 S.S. et S.3 n° 26 du 27 avril 1964 (R.L.R. n° 260-2).

Il appartient au service chargé d'assurer la réparation d'un accident de travail, de demander à l'organisme gérant la rente précédente de se dessaisir à son profit du dossier correspondant. La caisse ou l'organisme débiteur (notamment l'administration) doit assurer le paiement des arrérages en cours et transmettre ensuite le dossier dans le mois suivant l'échéance dudit paiement, le transfert ne prenant effet qu'à compter de l'échéance suivante.

Toutefois, le transfert est différé dans l'un des cas suivants :

1° le taux de l'incapacité permanente n'a pas encore été fixé ;

2° la liquidation de la rente est en cours ;

3° une contestation est en cours, notamment sur le taux d'incapacité permanente, le caractère professionnel d'une lésion invoquée par la victime, le montant de la rente ;

4° une action récursoire est engagée en application des articles L 452-4, L 452-5 et L 454-1 du code de la sécurité sociale (faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur).

Dans ces cas, le transfert prend effet de la seconde échéance suivant la date à laquelle la décision prise par la caisse, l'administration ou la juridiction compétente, devient définitive, le paiement des arrérages en cours à cette date étant assuré par la caisse ou l'administration avant son dessaisissement.

Le transfert de la charge entre deux organisations spéciales de sécurité sociale différentes, est accompagné d'un transfert, à titre de règlement définitif, du capital représentatif de la rente, évalué à la date du transfert.

Le service gestionnaire du dernier accident assure alors le service de chacune des rentes.

F) Revalorisation des rentes

Les règles de revalorisation des rentes sont fixées par l'article
L 434-17 du code de la sécurité sociale.

Chaque semestre (en janvier et en juillet) une circulaire du ministère de l'éducation nationale rappelle les coefficients de revalorisation fixés par la voie législative (ceci depuis décembre 1984, auparavant ces coefficients étaient fixés par arrêtés).

Afin de ne pas retarder le paiement des rentes, le service débiteur doit procéder au calcul de la revalorisation semestrielle dès la parution de la loi au journal officiel.

Le tableau fixant les coefficients de revalorisation figure en annexe 6.

G) Rachat et conversion de la rente

1° Rachat facultatif

a) Principes généraux :

Conformément aux dispositions de l'article L 434-3 et R 434-5 et suivants du code de la sécurité sociale, la pension allouée à la victime d'un accident du travail peut, après l'expiration d'un délai de 5 ans à compter du lendemain de la date de consolidation, être remplacée en partie par un capital. Il s'agit d'un rachat de rente.

La demande de conversion doit être faite à l'administration ***dans le délai d'un an qui suit le délai de cinq ans*** précité.

Le capital peut être également converti en rente viagère, dans les conditions ci-après :

Quels que soient le montant de la rente et le taux d'incapacité, le titulaire peut demander ***que le quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente*** si le taux de l'incapacité est de 50 % au plus, ou, s'il est plus élevé, du capital correspondant à la fraction de rente allouée jusqu'à 50 % lui soit attribué en espèces.

Si la rente est calculée sur un taux d'incapacité au plus égal à 50 %, le titulaire peut demander que le capital représentatif de la rente ou ce capital réduit du quart au plus, serve à constituer sur sa tête une ***rente viagère*** reversible pour moitié au plus sur la tête de son conjoint. Si le taux d'incapacité est supérieur à 50 %, cette transformation ne peut être demandée que pour la portion de rente correspondant au taux d'incapacité de 50 %. La rente viagère est diminuée de façon qu'il ne résulte de la reversibilité aucune augmentation de charge pour l'administration.

Le capital est calculé selon le barème annexé à l'arrêté du 17 décembre 1954 d'après le taux d'I.P.P. qui se trouve fixé à l'expiration du délai de cinq ans mentionné ci-dessus, reproduit en annexe 8.

Sauf le cas des rentes d'un faible montant pour lesquelles le rachat est obligatoire (voir ci-après 3° Rachat obligatoire) la conversion d'une rente est facultative. Le titulaire n'est jamais tenu d'en solliciter le bénéfice et l'administration ne peut appliquer d'office ces dispositions en l'absence d'expression manifeste de la volonté du titulaire.

b) Procédure

L'administration, saisie d'une demande de rachat de rente dans l'année qui suit (article R 434-6 du code de la sécurité sociale) le délai de cinq ans à compter de la date de consolidation, doit apprécier l'opportunité d'y satisfaire, en fonction des intérêts véritables de la victime, compte tenu, par conséquent, de la destination que la victime se propose de donner au capital, du caractère sérieux et réalisable de ses projets.

Au vu de tous les éléments recueillis, l'administration se prononce sur la demande. Elle peut, afin de sauvegarder les intérêts du titulaire de la rente, refuser la conversion ou, s'il s'agit d'une demande de conversion partielle, ne l'accorder que pour une fraction inférieure au maximum prévu.

La notification de la décision est adressée à l'intéressé sous pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Si le titulaire de la rente a demandé à la fois la conversion en capital du quart de la rente et le bénéfice de la conversion en rente réversible, les deux décisions prises par l'administration doivent faire l'objet de notifications distinctes.

c) Effet du rachat :

Les arrérages de rente ou de la fraction de rente convertie cessent d'être dus à la date d'effet de la conversion.

Les arrérages qui auraient été payés pour une période postérieure à la date ainsi déterminée seraient déduits du montant du capital ou des nouveaux arrérages.

2° Réversibilité

Le titulaire d'une rente peut aussi demander que le capital représentatif de sa rente (si le taux d'incapacité n'excède pas 50 %) ou de la portion de cette rente correspondant à 50 % d'incapacité (si l'incapacité dépasse 50 % ou ce capital réduit d'un quart (c'est-à-dire qu'il y a eu rachat) serve à constituer sur sa tête une rente viagère reversible, pour moitié au plus, sur la tête de son conjoint.

Les indications données ci-dessus relatives au rachat du quart de la rente sont valables dans leur ensemble en ce qui concerne la réversibilité (caractère facultatif et irrévocable, délai d'instruction des demandes, notification des décisions).

L'article R 434-5 pose le principe que la conversion ne peut être plus onéreuse que le service de la rente pri-

mitive. Pour tenir compte de cette disposition, la rente d'accident de travail ou partie de cette rente, convertie en rente réversible sur la tête du conjoint, est réduite conformément au coefficient fixé par arrêté du 6 août 1947 modifié par celui du 8 juin 1959 figurant ci-après, en tenant compte de l'âge atteint à la date de la conversion par le bénéficiaire et son conjoint.

Age du conjoint	Age du bénéficiaire					
	20 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	+ de 70
15 à 30 ans	8	12	20	30	40	55
31 à 40 ans	5	8	15	25	35	50
41 à 50 ans	3	5	10	15	30	45
51 à 60 ans		3	5	10	25	40
61 à 70 ans			3	5	15	30
+ de 70 ans					5	15
coefficient de réduction en pourcentage						

Ces âges sont déterminés par différence entre le millésime de l'année de conversion et celui de l'année de naissance de l'intéressé.

La rente de réversion n'est pas une rente d'ayant droit prévue par la législation sur les accidents du travail et ne peut donner lieu à revalorisation.

3° Rachat obligatoire

La conversion de certaines rentes d'accident du travail a été rendue obligatoire par le décret n° 59-734 du 15 juin 1959 (J.O. du 18 juin 1959) : dans le cas où le taux d'incapacité permanente de la victime est inférieur à 10 % et où le montant de la rente est inférieur au 1/80e du salaire annuel minimum tel qu'il est déterminé semestriellement (1er janvier et 1er juillet), la rente est obligatoirement remplacée par un capital de valeur correspondante.

Etant donné que le montant limite est déterminé par référence au salaire annuel minimum, il subit les variations dudit minimum et, par voie de conséquence, chaque nouveau coefficient de revalorisation entraîne la conversion obligatoire des rentes déjà allouées.

Dans le cas d'accidents successifs, c'est le taux d'incapacité afférent à chaque accident et le montant de chaque rente considérée isolément qui doivent être retenus pour déterminer si une rente doit ou non être convertie.

Le capital est calculé selon le barème utilisé pour le rachat facultatif figurant en annexe 8.

Les dates du 1er janvier et du 1er juillet doivent être retenues pour la cessation du service desdites rentes, ce qui signifie que les sommes qui ont pu être versées et qui se rapportent à une période postérieure au dernier jour de décembre ou de juin doivent être considérées comme des acomptes sur le montant du capital dû à ces dates.

Toutefois, la conversion ne peut devenir effective par le versement du capital, qu'autant que la décision notifiée a pris un caractère définitif, par l'absence de contestation de la part de l'intéressé dans les délais fixés par le décret du 22 décembre 1958 modifié, relatif au contentieux de la Sécurité sociale : ces délais sont de deux mois (recours amiable prévu dans le cadre du contentieux général) et d'un mois (contestation relevant du contentieux technique). C'est en fait l'expiration du délai de deux mois qui doit être attendue par l'administration pour procéder éventuellement au versement du capital, ces deux délais se recouvrant (cf. circulaire n° 76 SS 1959).

En revanche, cette concession ne porte pas atteinte aux droits de la victime en cas de rechute ou d'aggravation, ni pour la détermination du montant de la rente lors du nouvel accident.

Ainsi, en cas de révision pour aggravation, postérieure au 3 novembre 1986, le nouveau taux d'I.P.P. restant inférieur à 10 %, il convient d'assimiler la conversion totale en capital à l'octroi d'une indemnité en capital et de ne verser que le différentiel entre l'indemnité en capital pour le nouveau taux et celle qui aurait été versée pour le taux d'incapacité permanente qui a donné lieu au rachat total de la rente.

H) Révision des rentes

1° Révision

Conformément aux dispositions des articles L 443-1 et R 443-1, les réparations primitivement allouées, notamment la rente, peuvent donner lieu à une nouvelle fixation en cas de modification de l'état de la victime. Cette révision peut avoir lieu à tout moment, ***dans les deux premières années*** qui suivent la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure. Après expiration de ce délai, la révision ne peut être faite qu'à des intervalles d'***au moins un an,*** même si l'état de la victime nécessite un nouveau traitement médical. Les

intervalles prévus peuvent être diminués d'un commun accord.

En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime.

2° Contrôle médical

En application de l'article R 443-5, postérieurement à la date de guérison apparente ou de la consolidation de la blessure, l'administration peut faire procéder par un médecin agréé à des examens de contrôle de l'état de la victime selon la procédure précitée. ***Ces examens ont lieu à intervalles de trois mois au cours des deux premières années et d'un an après l'expiration de ce délai.***

La victime est informée au moins 6 jours à l'avance, par lettre recommandée, du jour, de l'heure et du lieu de l'examen de contrôle. Si la victime ne peut, en raison de son état, se rendre au lieu indiqué pour cet examen, elle doit en avertir immédiatement l'administration.

La victime est tenue, sous peine de suspension du service de sa rente, de se soumettre au contrôle médical (cf. articles L 443-1 et R 443-6 du code de la sécurité sociale).

3° Aggravation ou atténuation de l'infirmité ou décès - Rechute

En cas d'aggravation ou encore de décès, rattachable à l'accident, la victime ou ses ayants droit adressent une demande de révision à l'administration académique par lettre recommandée, en fournissant les justifications utiles.

Par ailleurs, l'administration peut être informée de l'aggravation ou de l'atténuation de l'infirmité à l'occasion de l'examen de contrôle ci-dessus précisé.

Chaque nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité, ou par le décès de la victime, fait l'objet, après avis du médecin agréé, d'une décision de l'administration, sous forme d'un arrêté de révision fixant le nouveau taux d'I.P.P.

Si l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non une nouvelle incapacité temporaire, l'administration statue sur la prise en charge de la rechute (article L 443-2 du code de la sécurité sociale).

En cas d'augmentation du montant de la rente, les décisions sont prises dans les les mêmes conditions que pour la fixation de la rente initiale. Ainsi le point de départ de la rente est 'le lendemain de la date de consolidation', qu'il s'agisse de la consolidation initiale ou de celle qui suit la rechute. ***Si*** l'aggravation se produit sans qu'il y ait eu véritablement rechute, la date de l'aggravation est fixée par l'administration au vu des avis émis par le médecin traitant et par le médecin agréé, et le cas échéant, par l'expert. Toutefois, Si l'augmentation de la rente résulte d'une demande de la victime, la rente révisée ne peut avoir un point de départ antérieur à la date de cette demande (Cass. soc. 5 mars 1964 Lomar). ***En revanche, lorsqu'il y a réduction du montant de la rente ou suppression de celle-ci, le nouveau montant de la rente ou la cessation de paiement a pour point de départ la première échéance suivant la date de la décision.*** (article R 443-4 du code de la sécurité sociale).

I) Rentes servies aux ayants droit en cas de décès

1° Dispositions générales

Conformément aux dispositions des articles L 434-7 et suivants du code de la sécurité sociale, en cas de mort ***consécutive*** à un accident du travail ou une maladie professionnelle, une pension est servie, à partir du décès, aux ayants droit de la victime.

Ces ayants droit sont désignés aux articles L 434-8 et suivants du code de la sécurité sociale. Il s'agit :

- du conjoint survivant,
- des enfants légitimes, naturels ou adoptés et autres descendants, des enfants recueillis par la victime,
- des ascendants de la victime.

Le total des rentes allouées à ***l'ensemble des ayants droit*** ne peut dépasser 85 % du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si leur total dépasse cette quotité, les rentes revenant à chaque ***catégorie*** d'ayants droit, feront l'objet d'une réduction proportionnelle.

D'une manière générale, les dispositions données aux paragraphes précédents de la présente section concernant les rentes d'incapacité permanente et notamment le salaire de base, la procédure d'attribution, le paiement, leur revalorisation, leur incessibilité et leur insaisissabilité, sont applicables aux rentes d'ayants droit.

Il est à noter toutefois que :

a) Si la victime de l'accident mortel était titulaire d'une ou plusieurs rentes à raison d'accidents antérieurs, et percevait un salaire inférieur à celui qu'elle aurait perçu si ces accidents ne s'étaient pas produits, ce dernier salaire est substitué au salaire effectif pour le calcul des rentes d'ayants droit (article R 434-18 du code de la sécurité sociale).

b) Les arrérages de rentes d'ayants droit courent du lendemain du décès de la victime (article R 434-36 du code de la sécurité sociale).

c) Allocation provisionnelle :

Une allocation provisionnelle à déduire lors du montant des premiers arrérages de la rente peut être versée à la veuve ou aux ayants droit sur leur demande adressée à l'administration chargée d'instruire le dossier (article R 434-19 du code de la sécurité sociale).

L'administration apprécie le bien-fondé de cette demande et, le cas échéant, fixe le montant de l'allocation et les modalités suivant lesquelles elle sera remboursée par prélèvement sur les premiers arrérages sous les réserves suivantes :

Le montant de l'allocation provisionnelle ne peut être supérieur au montant probable des arrérages correspondant à un trimestre pour chaque catégorie d'ayants droit.

Il n'est pas versé d'allocation provisionnelle lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire du droit au capital décès prévu à l'article L 361-1, à moins que ce capital ne soit inférieur au montant du premier trimestre d'arrérages, auquel cas, l'intéressé pourra recevoir la différence entre la valeur de ces arrérages et le capital décès.

Le remboursement de l'allocation est opéré par fractions égales, sur les arrérages des quatre premiers trimestres. Exceptionnellement, il pourra être échelonné sur une période de plus longue durée, qui ne devra toutefois en aucun cas excéder deux ans.

2° Rentes accordées au conjoint survivant

Par conjoint survivant, on doit entendre aussi bien le mari dans le cas d'accident survenu à sa femme que celle-ci dans le cas d'accident survenu au mari.

Le conjoint survivant peut obtenir une ***rente viagère égale à 30 %*** du salaire annuel de la victime, à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'il ait eu, à la date du décès, une durée de deux ans (article R 434-11 du code précité). Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage.

Sous réserve des dispositions ci-après, ***le conjoint survivant a droit à un complément de rente égal à 20 %*** du salaire annuel de la victime lorsqu'il atteint l'***âge de 55 ans,*** ou, avant cet âge aussi longtemps qu'***il est atteint d'une incapacité de travail générale.*** Le pourcentage minimal de cette incapacité est fixé à 50 % ; sa durée minimale est fixée à trois mois. Est reconnu atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 % le conjoint survivant qui se trouve hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un gain supérieur à la moitié du salaire minimum de croissance (articles L 434-8 et R 434-11 du code de la sécurité sociale).

Le conjoint survivant qui sollicite le bénéfice de ce complément de rente adresse à l'administration une demande au moyen d'un imprimé mis à sa disposition par la caisse primaire d'assurance maladie et accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions exigées (Cf. article R 434-12 du code de la sécurité sociale). Cette demande comporte un questionnaire ; le postulant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

Dès réception de cette demande, l'administration en donne récépissé au requérant et fait examiner celui-ci par un médecin de l'administration.

Au vu des renseignements recueillis, l'administration statue sur l'attribution du complément de rente de 20 % et le point de départ de celui-ci, qui ne peut être antérieur, suivant le cas, soit à la date connue avec certitude de la première constatation médicale de l'incapacité de travail générale, soit à la date à laquelle le postulant a atteint l'âge de 55 ans. L'administration est toutefois fondée à refuser au conjoint survivant le bénéfice du complément de rente de 20 %, demandé au titre d'une incapacité de travail générale, pour toute période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible du fait de l'intéressé.

L'administration peut faire procéder par un de ses médecins agréés à des examens de contrôle de l'état du bénéficiaire du complément de rente. (cf article R 434-14 du code précité).

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à la rente viagère que s'il a obtenu une pension alimentaire. Dans la mesure où la victime n'avait pas de nouveau conjoint, la rente viagère ramenée au montant de ladite pension, ne peut dépasser 20 % du salaire annuel de la victime, fraction prévue en l'absence de divorce ou de séparation de corps.

S'il existe un nouveau conjoint de la victime, la rente viagère à laquelle il a droit ne peut être inférieure à un minimum (la moitié de la rente de 30 %) article R 434-11 du code de la sécurité sociale.

Le conjoint condamné pour abandon de famille est déchu de tous ses droits à pension. Il en est de même pour celui qui ***a été déchu totalement de l'autorité parentale,*** sauf, dans ce dernier cas, à être réintégré dans ses droits s'il vient à être restitué dans l'autorité parentale. Les droits du conjoint déchu sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L 434-10 du code de la sécurité sociale.

En cas de nouveau mariage, le conjoint survivant cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrérages de la rente calculés selon le taux en vigueur à la date du mariage et afférents à une période de trois ans (article R 434-15 du code de la sécurité sociale).

Cependant, si le conjoint survivant a des enfants, il conserve le droit à la rente, dont le rachat sera différé, aussi

longtemps que l'un d'eux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin. Cette disposition doit être interprétée strictement : le droit à rente du conjoint survivant qui se remarie doit toujours cesser de s'exercer moyennant le paiement de trois annuités au seizième anniversaire de son plus jeune enfant, encore que celui-ci puisse éventuellement recevoir sa rente d'orphelin jusqu'à 17, 18 ou 20 ans ainsi que cela est indiqué ci-après.

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, le conjoint survivant recouvre son droit à la rente, sous les réserves énoncées à l'article L 434-9 du code précité.

Il lui appartient d'adresser à l'administration une demande au moyen d'un imprimé mis à sa disposition auprès de la caisse primaire, accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions prévues.

Cette demande comporte un questionnaire ; le postulant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

L'administration donne au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

3° Enfants et descendants

a) Bénéficiaires :

Les enfants légitimes (issus du mariage antérieurement au décès de la victime, même postérieurement à la survenance de l'accident ou simplement conçus et nés viables, le point de départ de la rente étant le lendemain du décès, bien que la naissance ait lieu après le décès), ***les enfants naturels*** reconnus avant l'accident dont la filiation est légalement établie et les ***enfants adoptés*** avant l'accident, ont droit à une rente jusqu'à un âge limite.

S'il y a des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée directement au regard des présentes dispositions.

Les autres descendants (petits-enfants et arrière-petits-enfants) de la victime et les enfants recueillis par elle, si les uns et les autres sont privés de leur soutien naturel et tombés de ce fait à sa charge, bénéficient des mêmes avantages que les enfants cités au paragraphe précédent.

Les enfants nés du concubinage de la victime et qui, en tant qu'enfants adultérins, sont en principe privés de tout droit à pension, peuvent néanmoins y prétendre en qualité d'enfants recueillis, si, privés de soutien naturel, ils se trouvaient à la charge exclusive de leur père adultérin (Cass. soc. 25 octobre 1960).

b) Conditions d'âge

L'octroi d'une rente de descendant est acquise pour tout enfant jusqu'à l'âge de 16 ans (articles L 434-10 et R 434-16 du code de la sécurité sociale).

Cette limite d'âge est portée selon le cas à :

- 17 ans si l'orphelin est à la recherche d'une première activité professionnelle et inscrit comme demandeur d'emploi à l'agence nationale pour l'emploi,
- 18 ans si l'orphelin est placé en apprentissage dans les conditions déterminées par le Titre 1er du Livre 1er du code du travail et si le salaire mensuel qu'il perçoit n'est pas supérieur au plafond des ressources retenu pour l'application de l'article L 512-3 du code précité concernant les règles ouvrant droit aux prestations familiales ; les avantages en nature et les pourboires sont, le cas échéant, évalués suivant les règles prévues au 5e alinéa de l'article R 242-1 du même code pour les cotisations,
- 20 ans si l'orphelin poursuit ses études ou si, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, celui-ci est dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

c) Montant des rentes de descendants

1° orphelins de père ou de mère :

- 1er et 2e enfants : 15 % du salaire annuel de la victime
- Les enfants suivants : 10 % de ce même salaire.

2° Orphelins de père et de mère lors du décès de la victime ou postérieurement à ce décès :

Cette fraction est fixée à 20 % pour chacun des enfants.

4° Ascendants

a) Bénéficiaires (article L 434-13 du code de la sécurité sociale) :

Si la victime ne laisse ni conjoint ni descendants, ***chaque ascendant peut prétendre à une rente viagère s'il prouve qu'il aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire.***

Si la victime a conjoint ou enfant(s), chaque ascendant doit prouver qu'il était à la charge de la victime.

Quelle que soit la situation de l'ascendant, celui-ci n'a aucun droit à rente s'il a été reconnu coupable d'abandon de famille ou déchu totalement de la puissance paternelle.

Dans le premier cas, la preuve que l'ascendant aurait pu obtenir une pension alimentaire doit résulter d'éléments circonstanciés.

Toutefois, il importe peu que l'ascendant ait ou n'ait pas réclamé la pension alimentaire, il lui suffit de prouver

qu'il était en droit de la demander et de l'obtenir pour qu'il puisse prétendre à une rente.

Dans le cas où la victime a un conjoint ou des enfants, il ne suffit pas, pour que l'ascendant puisse recevoir la rente viagère, qu'il soit en mesure de justifier qu'il aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire : il faut qu'il ait été à la charge de la victime.

Il est possible d'apprécier cette notion de personne à charge, en tenant compte notamment de la vie en commun des intéressés, de l'absence de ressources des ascendants, ou des secours attribués à l'ascendant : tous les moyens de preuves sont également admis.

b) Montant de la pension

Le montant de la pension ***est de 10 % du salaire annuel*** de la victime.

Le total des rentes allouées aux ascendants, sans distinction entre les deux catégories susvisées, ne doit pas dépasser 30 % du salaire annuel de la victime. Si cette quotité se trouve dépassée, chaque rente doit être réduite proportionnellement.

Exemple : Nombre d'ascendants ayants droit : 4

Salaire annuel de la victime : 19 600 F
Montant de chaque rente : 19 600 F x 10 % = 1960 F.
Total des rentes : 1960 x 4 = 7840 F, correspondant à 40 % du salaire de base.
Or, le taux de 30 % ne peut être dépassé, ce qui donne le chiffre maximum de 19 600 x 30 % = 5880 F, à répartir entre 4 bénéficiaires, soit pour chacun 5800 : 4 = 1450 F.

J) Réduction proportionnelle des rentes revenant à chaque catégorie d'ayants droit

Conformément aux dispositions des articles L 434-14 et R 434-17 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des rentes allouées aux différents ayants droit ne peut en aucun cas dépasser 85 % du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. En cas de dépassement, les rentes revenant à chaque catégorie d'ayants droit devront faire l'objet d'une réduction proportionnelle.

Il est essentiel de souligner que ce n'est pas chaque ayant droit qui doit être pris en considération, ***mais chaque catégorie d'ayants droit.***

Exemple : La victime laisse :

- un conjoint non divorcé et non séparé de corps : 30 %
- deux enfants d'un premier lit, orphelins doubles : 40 %
- deux enfants recueillis, orphelins simples : 30 %
- deux ascendants : 20 %

TOTAL : 120 %

Le salaire annuel de la victime était de 19 600 F.
L'ensemble des rentes ne peut donc dépasser :
19 600 F x 85 % = 16 660 F, dont la répartition entre chaque catégorie de bénéficiaires exige en premier lieu la réduction proportionnelle du taux correspondant à chacune de ces catégories :

- Réduction du taux du conjoint : $\frac{30 \times 100}{120} = 25\ \%$
- Réduction du taux des deux enfants du premier lit, orphelins doubles :
$\frac{40 \times 100}{120} = 33,1/3\ \%$
- Réduction du taux des deux enfants recueillis, orphelins simples :
$\frac{30 \times 100}{120} = 25\ \%$
- Réduction du taux des deux ascendants :
$\frac{20 \times 100}{120} = 16,2/3\ \%$

TOTAL : 100 %

Calcul des rentes par catégorie :

- Rente du conjoint : 16 660 x 25 % = 4 165 F
- Rente des deux enfants du premier lit, orphelins doubles
16 660 F x 33, 1/3 % = 5 554 F
- Rente des deux enfants recueillis, orphelins simples :
16 660 F x 25 % = 4 165 F
- Rentes des deux ascendants : 16 660 F x 16,2/3 % = 2 776 F

A chaque modification dans le nombre des ayants droit, ou si la rente du conjoint est ramenée de 50 % à 30 % les rentes de chaque catégorie d'ayants droit, fixées par application de la règle de la réduction proportionnelle, doivent être calculées à nouveau, et cela aussi longtemps qu'elles n'ont pas atteint leur taux normal.

K) Indemnités et avantages divers accordés aux titulaires de rentes d'accidents du travail.

a) Assurances maladie et maternité.

Le titulaire d'une rente d'accident du travail correspondant à une incapacité de travail au moins égale à 66,66 % a droit ou ouvre droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité (Cf. articles L 371-1 et R 371-1 du code de la sécurité sociale).

De même, le bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation de survivant d'une victime d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle qui n'effectue aucun travail salarié et n'exerce aucune activité rémunératrice a droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, sans limitation de durée pour tout état de maladie, dans la mesure où il ne bénéficie pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions (cf. article L 371-2 du code de la sécurité sociale).

b) Facilités de transport.

Les bénéficiaires d'une rente versée au titre de la législation sur les accidents du travail ont droit à un voyage aller et retour par an sur les réseaux S.N.C.F. au tarif des congés payés quelle que soit la distance parcourue.

Le même avantage est accordé au conjoint et aux enfants mineurs, à condition qu'ils habitent sous le même toit et qu'ils ne bénéficient pas de la réduction à un autre titre.

c) Carte de priorité.

Une loi du 15 février 1942 (J.O. du 5 mars 1942) a institué une carte de priorité en faveur des invalides du travail de nationalité française atteints soit d'infirmité rendant la station debout pénible, soit d'infirmité nécessitant l'aide constante d'une tierce personne.

Cette carte est délivrée par le préfet et renouvelable tous les ans.

d) Vignette.

En cas d'incapacité d'au moins 80 %, les titulaires d'une rente d'accident du travail sont dispensés du paiement de la vignette automobile, sur présentation de leur carte d'invalidité portant la mention 'station debout pénible' (C.G.I. art. 1699 E b).

e) Exonérations fiscales

Les rentes d'accidents du travail sont exonérées de l'impôt sur le revenu.

Lorsque le taux d'I.P.P. dépasse 40 %, la victime a droit à une demi-part supplémentaire pour le calcul du quotient familial.

L) Cumuls

a) Cumul de la rente avec le salaire.

Le cumul de la rente avec le salaire est toujours possible.

b) Cumul avec des rentes dues pour les accidents antérieurs.

Sous réserve des dispositions précitées en ce qui concerne le calcul des rentes au titre d'accidents successifs, une victime d'accident a toujours la possibilité de cumuler une ou plusieurs rentes légales d'accidents de travail.

c) Cumul avec les prestations d'assurances sociales

Le cumul est possible avec les pensions de vieillesse.

En matière d'assurance 'décès', le capital décès des assurances sociales est versé aux ayants droit de la victime d'un accident du travail mortel, sous déduction de l'indemnité pour frais funéraires (article L 361-3 du code de la sécurité sociale).

En matière d'assurance 'invalidité', un accident du travail ne saurait ouvrir droit à la fois à l'attribution d'une rente et d'une pension d'invalidité. Mais, si un pensionné d'invalidité occupant un emploi compatible avec maintien de sa pension, était victime d'un accident du travail, il pourrait intégralement cumuler sa pension d'invalidité et sa rente d'accident.

Inversement l'article L 371-4 du code de la sécurité sociale a prévu que ' L'assuré titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, dont l'état d'invalidité subit à la suite de maladie ou d'accident une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de ladite législation, peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité si le degré total d'incapacité est au moins des deux tiers'(article R 371-1 du même code).

d) Cumul avec les pensions d'invalidité ou de retraite dues en vertu d'un statut particulier.

Ce cumul est prévu par l'article L 434-6 du code précité qui dispose ' Les rentes allouées par application du présent livre se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier, et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sùr leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladie résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, à une fraction de 80 % du salaire perçu au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime. Ce salaire est affecté des coefficients de revalorisation prévu à l'article L 434-17 du code susvisé.

En aucun cas l'ensemble des indemnités allouées en application de l'article L 434-6 ne peut être inférieur au montant de la rente qui aurait été servie en vertu de l'article L 434-2.

CHAPITRE III

FAUTE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA VICTIME

Il est, en principe, indifférent à la garantie des risques d'accidents du travail et maladies professionnelles que l'accident ait été aggravé par une faute de la victime, de la collectivité employeur ou d'un tiers.

On ne saurait cependant éliminer de façon absolue la notion de faute et écarter entièrement toute responsabilité individuelle.

Les exceptions au principe ci-dessus évoqué procèdent, soit de la nature de la faute génératrice, soit de la qualité de son auteur : ***la faute intentionnelle, la faute inexcusable*** de l'administration ou de la victime justifient des dérogations au principe général d'irresponsabilité : il en va de même pour la ***faute,*** quelle qu'elle soit, ***du tiers***.

TITRE A

LA FAUTE INTENTIONNELLE

Section I
Définition

La faute intentionnelle suppose, selon l'interprétation de la Cour de Cassation, le désir de nuire et une certaine préméditation.

Une omission volontairement commise en vue de produire un accident, caractérise également la faute intentionnelle.

En revanche, la démence, qui enlève toute volonté à l'auteur d'un acte, est exclusive de l'intention.

Section II
Conséquences de la faute intentionnelle de la victime ou des ayants droits

Exemple : La faute intentionnelle peut être en fait dirigée contre soi-même (mutilation volontaire), contre autrui (rixe au cours de laquelle le provocateur est blessé), acte de malveillance à la suite duquel l'auteur est lui-même blessé.

Juridiquement, l'accident est un accident du travail ou du trajet au sens du Livre IV du code de la sécurité sociale, mais du fait de l'intention dolosive, l'article L 453-1 prononce la déchéance du droit de l'assuré à toute prestation ou de ses ayants droit à toute prestation ou indemnité prévue par la législation sur les accidents du travail.

La victime ne peut prétendre qu'aux prestations d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L 375-1 du code précité.

Lorsqu'un accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime, mentionnés aux articles L 434-7 et suivants, celui-ci est déchu de tous ses droits au regard du Livre IV du code de la sécurité sociale. Ces droits sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L 434-10, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.

Section III

Faute intentionnelle d'un agent de l'administration

Il s'agit en l'espèce d'une dérogation à l'article L 452-1 du code de la sécurité sociale selon lequel la victime d'un accident du travail ne peut exercer aucune action de droit commun.

L'action ouverte par l'article L 452-5 du code précité qui permet dans ce cas à la victime ou ses ayants droit de conserver contre l'auteur de l'accident le droit de demander réparation du préjudice causé, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du Livre IV du code de la sécurité sociale, est une action de droit commun, c'est à dire qu'elle est régie non par les règles exceptionnelles de la législation spéciale aux accidents du travail mais par les règles de la responsabilité civile.

Conformément au droit commun, le montant des réparations doit être égal à l'importance du préjudice subi sans toutefois le dépasser.

Il devra être tenu compte de tous les éléments du préjudice, notamment du ***préjudice moral et du pretium doloris*** ; en revanche, devront être déduites de l'indemnité les prestations reçues en application de la législation sur les accidents du travail.

En application de l'article 1384 du Code civil, cette action peut être engagée à la fois contre le préposé de l'administration, auteur de la faute intentionnelle et contre l'administration elle-même, responsable civilement des fautes commises par ses agents dans l'exercice de leurs fonctions. Toutefois, dans ce dernier cas, l'administration pourra exercer ***une action récursoire*** à l'encontre de son agent en raison de la faute délictueuse commise par celui-ci.

TITRE B

FAUTE INEXCUSABLE

Conformément aux dispositions des articles L 452-1 et R 452-1 et suivants, lorsque l'accident est dû à la ***faute inexcusable de l'administration*** ou de ceux qu'elle s'est substitués dans la direction, l'agent accidenté reçoit une majoration des indemnités qui lui sont dues en application du Livre IV du code de la sécurité sociale.

Si l'accident est dû à une ***faute inexcusable de la victime,*** la rente de cette dernière peut être réduite.

Section I

Définition

Selon une jurisprudence constante, la faute inexcusable doit s'entendre d'une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative.

Elle est conditionnée par quatre critères :

- gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire ;
- conscience du danger que devait en avoir son auteur ;
- absence de toute cause justificative ;
- défaut d'élément intentionnel.

Pour grave que soit une faute, elle n'en est pas pour autant inexcusable : il faut y trouver les autres critères.

Exemple : faute inexcusable imputable à l'administration

Faire utiliser des machines ou appareils dangereux, en particulier des appareils ménagers dans les cuisines, ou des machines dans les ateliers des établissements, sans leur système de protection et sans informer le personnel du danger qu'ils constituent.

Exemple : faute inexcusable imputable à la victime

Dans le cas présent, toutes dispositions ont été prises par le chef d'établissement : c'est l'employé lui-même, qui, négligeant les ordres formels reçus n'a pas pris les précautions indispensables pour utiliser l'appareil ou la machine.

La question a été fréquemment posée de savoir si les victimes d'accident de trajet, pouvaient être considérées comme ayant commis une faute inexcusable lorsque l'accident est survenu par leur faute. Il est précisé que si la faute inexcusable n'est pas forcément une faute délictuelle ou contractuelle, le fait seul qu'il y ait eu une sanction pénale ne permet pas de considérer qu'il y a une faute inexcusable. Il convient d'examiner les circonstances de fait dans chaque cas particulier.

C'est ainsi que la Cour de Cassation a jugé qu'un agent ne commet pas une faute d'une gravité exceptionnelle lorsqu'au volant de sa voiture, dans laquelle a pris place l'un de ses collègues (préposés), il aborde un carrefour à une vitesse excessive et sans céder le passage à une voiture venant de droite (Cass. soc. 3 mai 1963, Morane).

En revanche, constitue une faute d'une gravité exceptionnelle, le fait pour un préposé de l'employeur de s'engager dans un carrefour protégé par un panneau 'stop' sans savoir si la voie était libre et sans respecter la double priorité du camion qui y circulait, passant outre aux considérations de prudence, aux prescriptions du code de la route et même aux réflexes de conservation personnelle (Cass. soc. 19 décembre 1962).

Il convient d'ajouter que, conformément aux principes généraux concernant l'autorité de la chose jugée au pénal, celle-ci s'impose d'une manière absolue au civil, dans tous les cas où l'action dont le juge civil se trouve saisi tend à remettre en question un point définitivement résolu par la juridiction répressive.

Section II

Faute inexcusable de la victime : conséquences

Conformément aux dispositions du 2e alinéa de l'article L 453-1, lors de la fixation de la rente, l'administration peut, si elle estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente.

Aucune limite n'est fixée à une réduction de la rente, le pouvoir d'appréciation étant laissé sur ce point à l'administration. Il ne s'agit que de diminuer la rente, compte tenu du degré de gravité de la faute, et non de la supprimer. La réduction autorisée ne concerne que la rente et nullement l'indemnité journalière et autres réparations qui demeurent dues dans les conditions normales.

Section III

Faute inexcusable de l'administration ou de ceux qu'elle s'est substitués dans sa direction

Au sens de l'article L 452-1 et suivants, il convient d'entendre par les mots 'ceux qu'elle s'est substitués dans sa direction' non pas de simples agents de l'administration mais toute personne qui détient à titre provisoire ou permanent un pouvoir hiérarchique.

La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur entraîne l'octroi à la victime d'une indemnisation complémentaire. Le montant de la majoration est fixé par l'administration en accord avec la victime ou, à défaut, par la juridiction de la sécurité sociale compétente saisie par la victime ou ses ayants droit ou par l'administration.

Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.

Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction de salaire annuel correspondant à la réduction

de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.

En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droits puisse dépasser le salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint survivant recouvre son droit à la rente en application du 3e alinéa de l'article L 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.

Le salaire annuel et la majoration visée aux deux alinéas ci-dessus sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L 434-17.

Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article L 452-2, 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 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de la consolidation.

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

CHAPITRE IV

FAUTE D'UN TIERS

Si la lésion dont est atteint l'agent est imputable à une personne autre que l'administration ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé en application du Livre IV du code de la sécurité sociale.

L'administration est tenue de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations ou indemnités prévues par ce même Livre IV. Toutefois elle dispose d'une possibilité de recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après. Il conviendra également de se reporter à la circulaire spécifique relative aux recours contre les tiers (R.L.R. 261-4).

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, l'administration est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondants aux souffrances physiques et morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise (cf articles L 454-1 et R 454-1 (évaluation forfaitaire).

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, l'administration ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du Livre IV dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L 431-1 du code de la sécurité sociale sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions ci-dessus, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à l'administration suivant le tarif résultant du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE V

LE CONTENTIEUX

Les voies de recours offertes à la victime diffèrent suivant que la décision contestée est d'ordre médical ou d'ordre juridique : les unes relèvent d'un ***contentieux technique,*** les autres du ***contentieux général de la Sécurité sociale.***

TITRE A

CONTENTIEUX TECHNIQUE

Il y a lieu de distinguer les deux cas suivants :

Section I

Contestations relatives à l'état de la victime durant la période d'incapacité temporaire (expertise)

Durant cette période (ou dans le cas de rechute), la victime a toujours le droit (et cela même si son médecin traitant et le médecin de l'administration sont du même avis en ce qui concerne son état) de demander d'être examinée par un médecin expert agréé (cette condition a été étudiée au chapitre 1er - Titre B - Section II 'Expertise' ci-dessus).

Section II

Contestation portant sur le taux d'incapacité permanente du travail

L'organisation du contentieux technique de la sécurité sociale s'applique aux contestations concernant les régimes spéciaux, lorsqu'elles ne relèvent pas par leur nature d'un autre contentieux (article R 711-20 du code de la sécurité sociale).

Les règles relatives aux contestations sur l'état d'incapacité permanente de travail consécutif à un accident du travail résultent présentement de l'article L 143-1 du code de la sécurité sociale.

A) Commissions régionales techniques

Ces contestations relèvent en première instance de la compétence de ***commissions régionales d'invalidité et d'incapacité permanente,*** et en appel, d'une ***commission nationale technique.***

Le ressort des commissions régionales correspond à la circonscription de chaque direction régionale des affaires sanitaires et sociales. La commission régionale compétente est celle du lieu où demeure le requérant.

Ces commissions sont présidées par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant. Elles comprennent des médecins - dont l'un est obligatoirement désigné par le requérant -, un représentant de l'administration du travail, un représentant des employeurs, un représentant des salariés.

La contestation de la victime contre la décision de l'administration doit être présentée dans le délai de ***deux mois*** à compter de la date de notification de la décision. (article R 143-6 du code précité).

La réclamation doit mentionner les nom, prénoms, profession et adresse du requérant et être accompagnée d'une copie de la décision contestée. Elle est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de la commission régionale. Cette lettre précise également le nom du médecin désigné par le requérant pour siéger à la commission.

Le recours formé auprès de la commission n'a pas d'effet suspensif. La décision de l'administration est exécutoire par provision, nonobstant la réclamation formée à son encontre.

Dans les huit jours suivant la réception du recours, le secrétariat de la commission régionale en adresse copie à l'administration et l'invite à présenter ses observations écrites dans le délai de dix jours.

Dans le même délai, l'administration est tenue de transmettre au secrétariat précité le dossier médical de l'intéressé en indiquant le médecin qu'elle désigne pour siéger à la commission. Cette désignation doit être faite à la diligence du service chargé de l'instruction du dossier. Le médecin de l'administration peut prendre connaissance des dossiers médicaux audit secrétariat.

Le secrétaire convoque les membres par lettre simple au moins huit jours à l'avance. Dans le cas où l'une des parties n'a pas déféré à une première convocation, elle doit être convoquée à une nouvelle audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La partie présente est convoquée à cette nouvelle audience verbalement avec émargement du dossier et remise par le secrétariat d'un bulletin mentionnant la date de l'audience.

La commission peut examiner ou faire examiner l'intéressé, ou prescrire tous examens médicaux et toutes analyses, ainsi que toutes enquêtes qu'elle juge utiles.

Le secrétariat de la commission adresse, par lettre recommandée, à chaque partie ou au médecin désigné par elle, une copie du rapport médical et des documents consignant les résultats des examens, analyses ou enquêtes qu'elle a prescrits ou les informations qu'elle a recueillies conformément aux dispositions qui précèdent.

La commission régionale ne peut valablement statuer que si quatre au moins de ses membres, dont le président et le médecin expert, sont présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Les décisions prises, qui doivent être motivées, sont notifiées dans les dix jours par le secrétariat de la commission régionale à chacune des parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si le médecin désigné par le requérant n'a pas assisté à la séance, le secrétariat adresse à ce praticien, dans le même délai, une copie de la décision prise.

Ces décisions ***sont susceptibles d'appel,*** quel que soit l'intérêt pécuniaire du litige, les commissions statuant ***en première instance*** sur les contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ***sauf lorsque le taux d'incapacité fixé par la décision attaquée est inférieur à 10 %,*** les commissions statuant dans ce cas ***en dernier ressort*** (Cf. article L 143-2 - 2ème alinéa et R 143-3 du code de la sécurité sociale).

L'appel, qui a un effet suspensif, est porté devant la commission nationale technique ci-après.

B) Commission nationale technique

L'appel est ouvert à celle des parties qui a succombé en première instance et, par suite à chacune d'elle, si ni l'une ni l'autre n'a obtenu satisfaction.

Conformément à l'article R 143-23, cet appel doit être introduit dans le délai d'un mois à compter de la date de notification de la décision prise par la commission régionale technique.

La commission nationale technique est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de la commission régionale ; ce dernier, après avoir informé le secrétariat général de la commission nationale technique dans un délai maximum de huit jours, lui transmet les pièces et mémoires remis par les parties (article R 143-24 du code précité) .

Le secrétaire de la commission régionale envoie copie de l'acte d'appel aux autres parties en cause et les invite à présenter dans un délai de vingt jours, sous forme de mémoire en double exemplaire, leurs observations écrites accompagnées, selon le cas, de celles du médecin traitant ou du médecin de l'administration.

Le secrétaire de la commission régionale adresse un exemplaire de ces observations aux parties, les observations médicales n'étant communiquées qu'au médecin désigné par elles.

Les parties peuvent, au vu de ces observations, présenter un nouveau mémoire dans un délai de vingt jours.

La commission peut, si elle le juge utile, faire appel à des experts qualifiés.

Les parties sont dispensées du ministère d'avoué et d'avocat.

Les dossiers soumis à la commission nationale statuant en matière d'incapacité permanente doivent comporter notamment :

- la déclaration d'accident,
- l'état des salaires et gains perçus par la victime au cours de l'année qui a précédé la date de l'accident,
- les certificats médicaux (certificat initial, certificat de prolongation, certificat final descriptif),
- le rapport du médecin de l'administration,
- le rapport d'expertise,
- le rapport d'enquête sur la situation de la victime avant et après l'accident,
- copie de la notification à la victime de la décision attributive de rente prise par l'administration,
- la lettre portant contestation par la victime de la décision relative au taux d'incapacité permanente partielle accompagnée du certificat du médecin traitant et de l'accusé de réception du secrétariat de la commission régionale,
- la lettre du secrétariat de la commission régionale demandant les renseignements complémentaires à la victime et à l'administration,
- la lettre en réponse de la victime et de l'administration.

La section de la commission nationale technique saisie de l'appel statue uniquement sur pièces, mais elle peut prescrire tous examens médicaux, analyses ou enquêtes qu'elle juge utiles.

La décision est notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à chacune des parties par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

C) Pourvoi en cassation

Les décisions rendues, en dernier ressort, par les commissions régionales du contentieux technique et les décisions de la commission nationale technique peuvent être attaquées devant la Cour de cassation.

Les textes régissant le pourvoi en cassation en matière de sécurité sociale sont les articles L 144-1 et R 144-1 à R 144-4 du code de la sécurité sociale.

Le pourvoi en cassation est une voie de recours par laquelle est poursuivie, devant le plus haut degré de juridiction, la Cour de cassation, l'annulation des décisions définitives et rendues en dernier ressort précitées.

Selon la règle générale qui détermine le rôle de la Cour de cassation, celle-ci n'exerce son recours qu'à l'égard de la régularité de la décision attaquée, c'est-à-dire qu'elle se borne à vérifier si la décision est légalement justifiée sans mettre en cause les contestations et appréciations qui appartiennent au pouvoir souverain des juges du fond. En matière d'incapacité permanente, l'appréciation de l'état d'incapacité permanente et son taux échappera à la censure de la Cour de cassation toutes les fois où les motifs de la décision attaquée feront clairement apparaître que les juges du fond ont tenu compte, comme la loi les y invite expressément, des éléments prévus à l'article L 434-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire, de la nature de l'infirmité, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et de la qualification professionnelle de la victime, compte tenu du barème indicatif d'invalidité.

Le pourvoi en cassation est ouvert à toutes les personnes qui ont été parties à la décision attaquée et qui y ont un intérêt.

Le pourvoi est formé avec ministère d'avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Toutefois le requérant peut éventuellement formuler une demande en vue d'obtenir la dispense du paiement des honoraires de l'avocat, à condition de justifier de ressources inférieures à un plafond.

Le pourvoi doit être formé au secrétariat-greffe de la Cour de cassation dans le délai de deux mois à compter de la notification aux parties de la décision prise par le tribunal ou la commission nationale technique.

La Cour de cassation ne peut, en principe, que rejeter le pourvoi ou casser la décision qui lui est déférée. Elle

ne peut substituer une autre décision à celle qu'elle a annulée ou amender celle-ci.

Si le pourvoi est rejeté, la décision attaquée devient définitive, toute nouvelle contestation et tout nouveau recours sont alors impossibles dans la même affaire et entre les mêmes parties, même si le rejet a été prononcé en conséquence d'une irrecevabilité sans examen du fond.

Si la Cour de cassation casse la décision qui lui a été déférée, celle-ci est censée n'avoir jamais existé, et les parties sont remises en l'état où elles étaient auparavant, l'annulation n'affectant d'ailleurs que la décision attaquée et les actes postérieurs, mais non les actes de la procédure extérieure.

En prononçant la cassation, la Cour désigne une autre juridiction de même degré que la première pour connaître à nouveau le fond de l'affaire.

La juridiction de renvoi statue sans être liée par l'arrêt de la Cour de cassation. Un pourvoi est d'ailleurs possible contre la décision de la juridiction de renvoi. Toutefois, si la seconde décision est attaquée par les mêmes moyens que le première, le second pourvoi est instruit et jugé par les chambres réunies de la Cour de cassation.

Si la seconde décision est cassée pour les mêmes motifs que la première, la juridiction devant laquelle l'affaire est renvoyée doit se conformer à la décision de la Cour de cassation sur le point de droit jugé par celle-ci.

Il convient de préciser que par lettre du 2 janvier 1991, l'Agent judiciaire du trésor qui, en principe, en vertu de son mandat légal, est habilité à assumer la défense des intérêts de l'Etat dans les affaires de l'espèce, a indiqué qu'il ne s'estimait pas compétent, aux termes des dispositions de l'article 38 de la loi n° 55-366 du 3 avril 1955 (R.L.R. N° 106-0), pour représenter l'Etat devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale, dans la mesure où ce contentieux n'a pas pour objet de voir déclarer l'Etat créancier ou débiteur pour une cause étrangère à l'impôt et au domaine.

En conséquence, il appartient aux services académiques de défendre directement les intérêts de l'administration dans les instances introduites devant lesdites juridictions et corrélativement devant la Cour de cassation.

En vue d'assurer leur propre représentation devant la Cour de cassation, les services académiques peuvent, soit confier la défense de leurs intérêts à un avocat au conseil d'Etat et à la Cour de cassation, soit se mettre en rapport avec le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales concerné qui, conformément aux dispositions de l'article R 144-3, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale, paraît habilité à défendre au pourvoi.

TITRE B

CONTENTIEUX GENERAL

L'organisation du contentieux général de la sécurité sociale règle des différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux.

Relève du contentieux général de la sécurité sociale tel qu'il résulte des dispositions des articles L 142-1 et suivants du code de la sécurité sociale, toute réclamation formulée à l'encontre d'une décision de l'administration concernant :
- le caractère professionnel de l'accident,
- la qualité du bénéficiaire de la victime,
- la qualité d'ayants droit de la victime en cas d'accident mortel,
- le caractère intentionnel ou inexcusable de la faute génératrice de l'accident,
- l'octroi ou le mode de calcul des prestations,
- le rachat ou la concession des rentes,
- la révision des rentes,
- les émoluments et frais d'enquête technique,
- les honoraires et frais dus aux praticiens et établissements de soins.

Relèvent de contentieux spéciaux de la sécurité sociale les contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail (voir Titre A - contentieux technique ci-dessus) ou les contestations d'ordre médical relatives à l'état de la victime d'un accident professionnel ou d'une maladie professionnelle.

Section I

Procédure de recours amiable préalable

Elle est obligatoire et consiste à porter la réclamation devant l'autorité administrative qui a pris la décision contestée, ***dans le délai de deux mois*** à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent formuler leur réclamation, la forclusion ne pouvant être opposée que si la notification de la décision porte mention de ce délai (Cf. article R 142-1 du code de la sécurité sociale).

La requête peut être écrite ou verbale, mais il est recommandé de l'effectuer par écrit afin de pouvoir justifier de la réalité ou de la date de la réclamation.

Comme pour les contestations d'ordre technique, les réclamations doivent être transmises pour décision à l'administration rectorale avec le dossier complet de l'affaire.

La décision explicite d'admission ou de rejet doit être motivée. Elle est notifiée à l'intéressé avec l'indication du délai qui lui est imparti, sous peine de forclusion, pour se pourvoir par la voie contentieuse et de la juridiction qu'il devra saisir.

Si dans un délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par l'administration, celle-ci n'a pas notifié la décision, ce silence doit être considéré comme une décision implicite de rejet et permet à l'intéressé de se pourvoir devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (cf. article R 142-6 du code de la sécurité sociale).

Section II

Procédure contentieuse

Elle comprend deux degrés de juridiction.

A) Juridiction compétente en première instance : Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Les différends relevant du contentieux général de la sécurité sociale sont soumis, en première instance, au tribunal des affaires de sécurité sociale présidé par un magistrat du siège du tribunal de grande instance et comprenant des assesseurs représentant les catégories intéressées. (Cf. article L 142-4 du code de la sécurité sociale).

Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire ou le siège de l'administration-employeur.

Toutefois, la juridiction compétente est celle dans le ressort de laquelle se trouve notamment :

1° le lieu de l'accident ou la résidence de l'accidenté, au choix de celui-ci, en cas d'accident du travail non mortel,
2° le dernier domicile de l'accidenté en cas d'accident du travail mortel.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale est saisi, après l'accomplissement, le cas échéant, de la procédure précitée de recours amiable, par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter, soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois (voir section I ci-dessus).

Le secrétaire du tribunal convoque les parties huit jours au moins avant la date d'audience (Cf. article R 142-19 du code précité).

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter :
- soit par leur conjoint ou un ascendant ou descendant, en ligne directe
- soit par un avocat,
- soit par un employé exerçant la même profession,
- soit par un représentant qualifié des organisations syndicales,
- soit par un délégué d'une association de mutilés let invalides du travail les plus réprésentatives.

Elles peuvent également être assistées par une personne des catégories susnommées.

En principe, et en vertu de son mandat légal, seul l'agent judiciaire du Trésor est habilité à assumer la défense des intérêts de l'État dans les affaires de l'espèce. Il appartient donc dans ce cas aux services académiques, dès qu'ils ont connaissance de l'introduction par la victime de la procédure contentieuse, de transmettre le dossier complet de l'affaire à l'administration centrale (DAGIC 4) qui transmettra ses observations à l'Agent judiciaire du Trésor.

Les parties peuvent déposer des observations sur papier libre, celle de l'adminitration étant rédigées en double exemplaire, dont l'un est remis ou adressé à l'agent et l'autre au secrétariat de la juridiction.

Dans tous les cas d'urgence, le président du tribunal des affaires de sécurité sociale peut ordonner en référé toutes les mesures qui ne se heurtent à aucune contestation sérieuse ou que justifie l'existence d'un différend.

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le tribunal ne peut statuer qu'après mise en oeuvre de la procédure d'expertise médicale prévue à l'article L 141-1 du code de la sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions qui précèdent, le tribunal peut recueillir tous éléments d'informations auprès du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Il peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation.

Les décisions sont notifiées dans la quinzaine à chacune des parties convoquées à l'audience, par le secrétaire du tribunal, par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception.

B) Juridiction d'appel : la cour d'appel.

Les différends relevant du contentieux général sont soumis, en appel, à la cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le siège du tribunal des affaires de sécurité sociale.

La décision de faire appel est prise par l'administration centrale (D.A.G.I.C.4), qui, comme il est précisé plus haut, est saisie de l'affaire en première instance et transmet ses observations à l'Agent judicaire du Trésor.

L'appel doit être interjeté dans le mois qui suit la notification à l'administration (A.J.T. ou éducation nationale) de la décision du tribunal précité, mais la forclusion ne peut être opposée que si la notification de la décision contre laquelle est formé appel porte mention du délai de forclusion.

L'appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé au secrétariat de la juridiction qui a rendu le jugement, en l'occurrence le tribunal des affaires de sécurité sociale.

La déclaration indique les nom, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé.

L'appel est porté devant la chambre sociale de la cour d'appel. Il est formé, instruit et jugé suivant la procédure sans représentation obligatoire. Il convient de se reporter aux articles 931 et suivants du code de procédure civile qui prévoient, notamment, que les parties se défendent elles-mêmes, qu'elles ont la possibilité de se faire assister ou représenter selon les règles applicables devant la juridiction dont émane le jugement.

La cour peut entendre les parties elles-mêmes.

Selon les principes généraux de la procédure, ***l'appel suspend l'exécution de la décision. Toutefois, les décisions relatives à l'indemnité journalière sont exécutoires par provision.***

Les règles concernant la convocation des parties et témoins sont celles qui sont prévues pour l'instruction des recours en première instance, les convocations étant adressées par le greffier de la cour d'appel.

Le greffier accomplit en ce qui concerne l'arrêt de la cour, les formalités ci-dessus prévues pour les décisions du tribunal des affaires de sécurité sociale.

C) Pourvoi en cassation : La Cour de cassation.

La décision peut être déférée par l'A.J.T., après avis des services de l'éducation nationale (D.A.G.I.C.4.), à la Cour de cassation, dans les mêmes conditions de procédure que celles rendues par la commission nationale technique (voir-ci-dessus).

CHAPITRE VI

LA PRESCRIPTION

Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux indemnités et prestations prévues par le Livre IV du code de la sécurité sociale ***se prescrivent par deux ans*** à compter :

- soit du jour de l'accident, ou de la durée de la clôture de l'enquête, ou de la cessation de paiement de l'indemnité journalière (article L 431-2 du code précité),

- soit, dans les cas prévus respectivement au premier alinéa de l'article L 443-1 et à l'article L 443-2 (révision-rechute), de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime, sous réserve, en cas de contestation, de l'avis émis par l'expert ou de la clôture de l'enquête effectuée à l'occasion de cette modification ou de la date de cessation de paiement de l'indemnité journalière allouée en raison de la rechute,

- soit du jour du décès de la victime en ce qui concerne la demande en révision prévue au troisième alinéa de l'article L 443-1 du code précité (révision demandée par les ayants droit).

Les prescriptions prévues aux deux alinéas précédents sont soumises aux règles de droit commun.

Section I

Prescription des droits de la victime ou de ses ayants droit

A) Référence au jour de l'accident

La prescription biennale commence à courir le jour de l'accident lorsqu'il n'y a eu ni enquête, ni versement de l'indemnité journalière, ni acte interruptif de la prescription.

Le point de départ du délai de deux ans peut être reporté au-delà de la date de l'accident, dans le cas où l'assuré était resté dans l'ignorance de l'origine traumatique de son affection.

L'action de la victime ou de ses représentants ne peut être considérée comme prescrite avant l'expiration du délai de deux ans courant au jour de l'accident.

B) Référence au jour de la clôture de l'enquête

Il s'agit, en l'espèce, du jour de la clôture de l'enquête et non du jour de la notification à la victime et ses ayants droit du dépôt de l'ensemble du dossier dans

le service de l'administration chargé de l'instruction du dossier.

C) Référence au jour de la cessation du paiement de l'indemnité journalière

La prescription ne peut pas courir tant que la victime perçoit l'indemnité journalière.

L'article L 431-2 précité vise expressément la date de cessation de paiement et non la date à laquelle cette indemnité cesse d'être due. Le point de départ de la prescription est donc le jour du dernier versement et non pas celui de la dernière échéance.

D) Prescription des droits aux prestations et indemnités en cas de révision ou de rechute

Une aggravation ou une rechute peut se produire dans le temps à n'importe quel moment.

Les droits aux prestations et indemnités susceptibles d'être attribuées en cas de survenance de l'un des faits nouveaux, se prescrivent par deux ans :

- soit de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification de l'état de la victime,
- soit de la date de la clôture de l'enquête effectuée à l'occasion de la notification,
- soit de la date de cessation de paiement de l'indemnité journalière servie en raison de la rechute.

E) Prescription des droits à rente d'ayants droit en cas de décès de la victime

Le point de départ se situe au jour du décès de la victime, si le décès est postérieur à l'accident.

Si le décès et l'accident se confondent, la règle générale doit être retenue : la prescription court du jour de l'accident ou du jour de la clôture de l'enquête.

Section II

Prescription de l'action des praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements

La prescription de deux ans part soit de l'exécution de l'acte, soit de la délivrance de la fourniture, soit de la date à laquelle la victime a quitté l'établissement (article L 431-2 du code de la sécurité sociale).

Section III

Application des règles du droit commun

A) Calcul du point de départ

En application du principe formulé dans l'article 2260 du code civil, la prescription se compte par jour. Les jours fériés et les dimanches comptent, et la prescription n'est acquise que lorsque le dernier jour du délai est accompli.

B) Suspension et interruption de la prescription

La prescription de deux ans étant soumise aux règles du droit commun, il en résulte notamment qu'elle peut être interrompue ou suspendue selon ces mêmes règles.

C'est ainsi qu'elle est suspendue à l'égard des mineurs et qu'elle ne joue pas contre les interdits.

Il y a suspension au profit de celui qui est dans l'impossibilité d'agir (cas des malades mentaux par exemple).

Suivant une jurisprudence constante en droit commun, la prescription est suspendue toutes les fois que le créancier peut raisonnablement, et aux yeux de la loi, ignorer l'existence du fait qui donne naissance à son droit et par conséquent à son action. C'est le principe que retient la Cour de cassation lorsqu'elle décide que la prescription biennale n'est pas opposable à la victime qui ignorait l'origine traumatique de son affection ou aux ayants droit qui ignoraient la relation de cause à effet entre le décès et la lésion consécutive à l'accident. Toute demande adressée à l'administration dans le délai de deux ans interrompt la prescription.

C/ Prescription des actions en paiement

Il est rappelé que la prescription par cinq ans prévue par l'article 2277 du Code civil pour les actions en paiement, est applicable aux arrérages de rentes perpétuelles et viagères.

D) Possibilité de ne pas opposer la prescription

L'administration a toujours la faculté de renoncer, conformément aux dispositions de l'article 2220 du Code civil, à invoquer l'exception de prescription tirée de l'article L 431-2 précité ou de l'article 2277 du Code civil.

★

La présente circulaire annule et remplace l'instruction n° 2 relative à la réparation des accidents du travail des personnels non titulaires figurant au RLR 261-3.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des Affaires, générales internationales et de la coopération,

A.-M. LEROY