

## Compte-rendu du colloque du 13 décembre 2013

# « *Le TCI : une juridiction méconnue, une juridiction utile* »

Le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) reste encore aujourd'hui une juridiction méconnue tant par les justiciables que les praticiens du droit. Nous fêtons cette année leurs 10 ans d'existence dans leur mode de fonctionnement actuel : à ce titre, on peut les qualifier de jeunes pousses de l'institution judiciaire. Toutefois, les TCI existent depuis bien plus longtemps. Cette méconnaissance peut s'expliquer notamment par la complexité du contentieux technique de la Sécurité sociale dont ont à connaître les juges du TCI.

La conférence du 13 décembre 2013, organisée à l'ERAGE (Ecole Régionale des Avocats du Grand Est) à Strasbourg, a ainsi permis de réunir les différents acteurs de ce contentieux : les juges, l'administration, les requérants (employeurs et salariés), les acteurs médicaux (médecin-conseil des organismes sociaux, médecin du travail, médecin-expert auprès des juridictions) ainsi que des universitaires. Les débats ont été présidés par M. Patrick KINTZ, Président du TCI de Strasbourg et ancien président des tribunaux administratifs de Toulouse et de Strasbourg.

Vous trouverez ci-après les thèmes abordés lors de cette journée au travers d'un compte-rendu reprenant les différentes interventions et rédigés par des étudiantes du Master 2 Droit social de l'Université de Strasbourg (Delphine FENDER, Sylvie GENZLING et Gaëlle ICHTERTZ).

### 1) LES JUGES :

- ✚ Patrick KINTZ, *Président du TCI*
- ✚ Morane KEIM-BAGOT, *Présidente de formation de jugement et Docteur en droit de l'Université de Strasbourg* : « Les tribunaux du contentieux de l'incapacité »
- ✚ Tiphaine GARAT, *Présidente de formation de jugement et Ingénieur d'études à l'Institut du Travail, Université de Strasbourg* : « Le point particulier du coefficient professionnel »

### 2) LES ACTEURS MEDICAUX

- ✚ Dr Magdeleine BROM, *Médecin – Inspecteur du travail, DIRECCTE Alsace*
- ✚ Dr MOURET, *Médecin-conseil, Chef de service, Service du contrôle médical de l'assurance-maladie*

### 3) L'ADMINISTRATION

- ✚ Christophe LAGARDE, *Directeur de la CPAM de Colmar*

### 4) LES REQUERANTS

- ✚ Me Frédérique BELLET, *Avocat à la Cour de Paris*
- ✚ Raymond BUCCHOLZER, *Responsable des permanences médico-légales de la CFDT-Alsace à Mulhouse*

## Introduction

### Patrick KINTZ

Comme l'immense majorité des Français, certains juristes méconnaissent cette institution qu'est le TCI qui pourtant, par le biais de ses 26 tribunaux, règle plus de 40 000 décisions par an (environ 1500 pour le TCI de Strasbourg).

La juridictionnalisation des TCI s'est faite progressivement, au terme de différentes évolutions dont deux sont à souligner. Tout d'abord, il convient de rappeler que l'ancienne composition des TCI a fait l'objet de plusieurs arrêts de l'assemblée plénière de la Cour de cassation constatant que la présence de fonctionnaires était contraire aux exigences d'impartialité et d'équité de l'article 6§1 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH). En effet, à l'époque, le président du TCI était le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, représentant d'une institution exerçant une tutelle sur l'organisme dont la décision était attaquée. Plus récemment s'est posée la question de la communication du dossier médical dans les requêtes déposées par les employeurs. A la suite de difficultés sérieuses, opposant le principe du contradictoire à celui du secret médical, la Cour de cassation a décidé de se fonder sur l'article 8 de la CEDH relatif au droit au respect de la vie privée et familiale. Le législateur est finalement intervenu en 2009.

Les notions de juridiction indépendante, impartiale, de l'égalité des armes n'imprègnent qu'avec difficulté certains des acteurs de ce contentieux. Pourtant, l'accent doit également être mis par exemple sur la théorie de l'apparence : la justice ne doit pas seulement être rendue, il faut aussi qu'il y ait une apparence de justice afin que les justiciables n'aient aucun doute quant à l'impartialité de la décision rendue. A ce titre, il faut distinguer l'impartialité subjective de l'impartialité objective.

- **L'impartialité subjective** consiste en la capacité pour une personne de donner une opinion qui peut être contraire à ses intérêts propres. Elle est suffisamment neutre pour arriver à s'abstraire de sa subjectivité. Cette seule impartialité subjective ne semble plus suffire aujourd'hui.
- **L'impartialité objective** qui semble désormais exigée consiste à se mettre à la place des requérants. On ne peut plus accepter le simple soupçon qui pourrait naître, même injustement, dans l'esprit du requérant.

Enfin, l'une des caractéristiques du TCI consiste en la présence à l'audience d'un médecin compétent chargé d'éclairer les juges sur les affirmations médicales des parties. En effet, le TCI a à connaître de contestations portant sur un taux d'invalidité : les juges se trouvent ainsi confrontés à des considérations médicales. La présence d'un médecin permet donc au TCI de rendre sa décision en toute connaissance de cause, sans avoir à exiger de compétence médicale de la part des magistrats. Cette originalité est d'autant plus remarquable que ce médecin, choisi par le tribunal, peut examiner séance tenante dans une pièce voisine le requérant.

## ***Les tribunaux du contentieux de l'incapacité*** **Morane KEIM-BAGOT**

### **I. Historique du contentieux technique de l'incapacité**

#### **A) Les Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité (TCI)**

A l'origine de la compétence du juge administratif lors de la création de la Sécurité sociale en 1946, le contentieux technique était organisé en commissions régionales d'invalidité en première d'instance et en une commission nationale technique en appel. La loi du 22 décembre 1958 a judiciarisé les commissions de première instance qui sont devenues des commissions régionales de l'incapacité. Le nom de TCI apparaît avec la loi du 18 janvier 1994 mais si l'appellation a été modifiée, il n'en est pas de même pour le fonctionnement puisque le décret d'application n'a jamais été adopté. Or, la composition des TCI heurtait profondément les principes d'indépendance et d'impartialité tels qu'exigés au titre de l'article 6§1 de la CEDH. Réminiscence de leur nature administrative initiale, les TCI étaient présidés soit par le Président de la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) soit par le directeur régional de l'inspection du travail. La formation de jugement était composée de sept membres désignés par ce président dont l'impartialité était contestable dès lors que la DRASS constituait l'autorité de tutelle des caisses dont la décision était contestée.

Il faudra attendre le 17 décembre 1998 pour que la chambre sociale de la Cour de cassation considère que la composition du TCI était de nature à faire naître dans l'esprit du justiciable des doutes légitimes quant à son impartialité. Cette solution sera réaffirmée en 2000.

#### **B) La Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail (CNITAAT)**

La loi du 18 janvier 1994 prévoyait que la CNITAAT était composée de magistrats honoraires, d'un assesseur représentant les employeurs, d'un assesseur représentant les salariés et de fonctionnaires dont le mandat était sans limite mais avec la possibilité pour les autorités de nomination d'y mettre fin à tout moment. En 1998, la Cour de cassation va considérer que la CNITAAT constitue un tribunal impartial et indépendant mais son rapport annuel de la même année alerte le législateur quant aux difficultés soulevées par son organisation. En l'absence de réaction législative, l'assemblée plénière reprend les difficultés pointées dans le rapport dans cinq arrêts rendus le 22 décembre 2000 et censure les décisions de la CNITAAT au regard de ses manquements à l'article 6§1 de la CEDH. La Cour de cassation retient que la CNITAAT ne convoquait pas l'appelant au procès et qu'elle n'organisait pas d'audience publique.

Sous cette impulsion jurisprudentielle, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et son décret d'application sont venus modifier la composition des juridictions du contentieux technique. Désormais, le TCI est composé d'un président d'audience et de deux assesseurs représentant d'une part les salariés et d'autre part les employeurs et les travailleurs indépendants. Selon l'article L143-2 alinéa 6 du Code de la Sécurité sociale (CSS), les audiences sont présidées par un magistrat honoraire ou par une personne qualifiée pour un mandat de trois ans. La CNITAAT est composée quant à elle d'un magistrat du siège assisté de la même manière de deux assesseurs.

## II. Compétence et fonctionnement du contentieux technique

### A) Compétence

Le contentieux technique correspond à des recours très divers tels que présentés à l'article L143-1 du CSS : les contestations du taux d'incapacité dans le droit des risques professionnels, les recours contre les décisions prises dans la législation des personnes invalides, les litiges en matière de pension d'invalidité et les contestations relatives aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Sur les 1500 affaires traitées en moyenne au TCI de Strasbourg (1700 en 2013), 49% des recours concernent des accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP), 22% le handicap, 20% l'invalidité et 8% l'invalidité. On observe ainsi que la formation de jugement doit manier ce que l'on peut appeler des homonymies juridiques c'est-à-dire des notions aux sonorités proches mais aux définitions et aux contours différents. Pour ajouter à cette complexité, ces notions différentes donnent lieu à des barèmes et donc à des échelles de valeurs différentes. Cela suscite l'incompréhension des justiciables et des praticiens du droit.

En matière d'AT/MP, le TCI est compétent pour connaître des contestations du taux d'incapacité permanente reconnu à la victime au titre des séquelles conservées suite à consolidation mais il n'a pas compétence pour connaître de l'étendue de ces séquelles ou de leur imputabilité. Cela relève de l'expertise médicale devant le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS). En invalidité, le TCI connaît des contestations sur l'état et la catégorie d'invalidité de l'assuré. En invalidité, il est question de l'invalidité reconnue à l'assuré lui permettant de bénéficier d'un départ à la retraite dès l'âge légal au taux plein, quelle que soit sa durée de cotisation. Cela nécessite une incapacité médicale définitive de 50%. Enfin, en matière de handicap, le TCI connaît des recours portant sur la carte d'invalidité, l'octroi d'une prestation de compensation du handicap mais pas de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou l'octroi d'une carte de stationnement par exemple.

La CNITATT pour sa part constitue la juridiction d'appel des TCI mais statue également en premier et dernier ressort pour les contestations relatives à la tarification agricole (par la MSA) et non-agricole (par les CARSAT).

### B) Fonctionnement

A l'audience du TCI siègent la formation de jugement, une secrétaire d'audience, un médecin expert, le représentant de la caisse et le justiciable parfois accompagné de son avocat. Après avoir écouté les prétentions du demandeur et les remarques du défendeur, le tribunal demande au médecin expert d'examiner le justiciable dans une salle attenante afin de recevoir un éclairage sur les questions médicales. Toutefois, contrairement aux idées reçues, la formation de jugement ne se contente pas d'entériner cet avis médical. A l'issue des débats, le tribunal se retire pour délibérer.

Une expertise sur pièce est également possible en cas d'absence de l'assuré, ce qui est rarissime en pratique, mais surtout en matière de recours employeur. Le représentant de l'employeur et le médecin qui l'accompagnent vont ainsi débattre de la question de la situation médicale de l'assuré, lequel n'est même pas présent car n'est pas une partie au litige.

## ***Le point particulier du coefficient professionnel*** **Tiphaine GARAT**

A l'heure où l'on constate une baisse générale de la prise en charge des risques sociaux, le coefficient professionnel, notion non définie par le Code de Sécurité Sociale (CSS), constitue une pomme de discorde entre caisses et TCI, assesseur employeur et assesseur salarié, juges de première instance et juges d'appel.

Le débat actuel porte sur la prise en compte, à la date de consolidation, de l'incidence professionnelle dans l'évaluation du préjudice subi par le salarié suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle. L'article L434-2 du CSS liste les différents éléments à prendre en considération pour déterminer le taux d'incapacité permanente (taux d'IPP) : la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales ainsi que les aptitudes et la qualification professionnelle. Ainsi, si l'on constate une prédominance de la question médicale, on constate que le taux d'IPP est également constitué d'un taux professionnel. Cependant, l'attribution de ce taux ou coefficient professionnel relève des pratiques hétérogènes et souvent opaques tant par les organismes de Sécurité sociale que par les tribunaux.

### **I. Evolution de la prise en compte de l'incidence professionnelle**

En France, la réparation des AT/MP est en principe forfaitaire : l'article 3 de la loi de 1898 prévoyait déjà l'attribution à la victime d'une rente calculée en fonction de la réduction subie de son salaire. La nouvelle formulation reprise à l'article L434-2 du CSS apparaît en 1946 et une circulaire ministérielle du 22 novembre 1948 traduit ces prescriptions : elle précise que les cinq premiers critères relèvent de l'examen médical et psychotechnique mais qu'en revanche, l'aptitude et la qualification professionnelle sont d'ordre professionnel. Enfin, il est rappelé que le barème d'invalidité est indicatif.

A ce titre, le coefficient professionnel permet aujourd'hui d'ajuster le taux médical prévu par le barème à la réalité de cette perte eu égard à la situation professionnelle réelle de la victime. Dans un arrêt du 10 décembre 1984, la chambre sociale de la Cour de cassation retient que *« si l'article 453 du Code de la Sécurité sociale n'a pas expressément visé en son énumération des éléments à retenir pour le calcul du taux de l'incapacité permanente partielle l'existence d'un taux « médical » et d'un taux « professionnel », il ne s'ensuit pas par là-même que la commission nationale technique ait entendu comprendre pour cette fixation des éléments autres que ceux qui y sont expressément désignés »*.

Le taux d'IPP est fixé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) selon un processus de gestion médico-administrative décrit dans la charte AT/MP élaborée par la caisse nationale : il est ainsi prévu que le service médical signale au service administratif l'existence de critères permettant l'attribution d'un éventuel coefficient professionnel. En principe, la caisse peut donc s'écarter du taux proposé par le médecin-conseil. Toutefois, en pratique, cette pratique continue de dominer car le salarié n'est pas toujours questionné sur sa situation professionnelle à la date de consolidation. De plus, il n'existe pas de service spécifique chargé d'étudier l'impact de l'AT ou de la MP sur la situation professionnelle de la victime.

## II. Eclairage jurisprudentiel et statistique

Dans un rapport de février 2002, la Cour des comptes retient que la prise en compte de l'incidence sociale et professionnelle de l'AT/MP devrait être une composante majeure des décisions des caisses. Or, très peu de majorations pour coefficient professionnel sont appliquées dans les décisions des caisses. En effet, 12% des caisses au niveau national n'accorderaient jamais de coefficient professionnel et 11% l'ont appliqué dans moins de 1% des cas. Dans les cinq régions où toutes les caisses le prévoient, le coefficient professionnel accordé est en moyenne de 11%. Dans le Nord-Est, on se situe plutôt autour de 7%. De manière plus globale, le taux minimum est identique (1%) mais le maximum accordé peut varier jusqu'à 25%. On observe ainsi de fortes disparités quant à la prise en compte de l'incidence professionnelle : celles-ci s'expliquent notamment par l'absence de cadre réglementaire ou d'un quelconque barème. De plus, certaines caisses considèrent que le barème appliqué en matière d'AT/MP intègre déjà cette dimension professionnelle. Enfin, on trouve aussi des disparités entre les tribunaux, entre TCI et CNITAAT et au sein même d'un TCI selon les formations de jugement.

Cependant, un coefficient professionnel ne peut être attribué à défaut de taux médical. Cette position peut étonner dans certaines situations comme celle par exemple d'un chirurgien-dentiste qui cotise volontairement à un régime AT/MP et qui souffre d'un syndrome du canal carpien. Il est consolidé mais sans séquelle indemnisable donc sans taux d'IPP. Or, il ne peut plus effectuer certains actes chirurgicaux qui requièrent une précision extrême : ainsi, son chiffre d'affaires est affecté mais il ne peut être indemnisé pour ce préjudice économique indéniable. De plus, les insuffisances professionnelles justifiant l'attribution d'un coefficient professionnel sont de natures différentes : selon une étude réalisée en 2012 par la FNATH, le licenciement pour inaptitude apparaît dans 75% des cas, suivi de la perte de salaire lié à un changement de poste ou à une modification du contrat de travail. Enfin, le chômage ou l'impossibilité durable de trouver un emploi apparaissent dans 26% des décisions. Ce n'est pas tant l'importance de la perte de revenus qui est prise en compte mais l'existence même de cette perte. Il en va de même en cas de difficultés de reclassement ou le fait pour la victime de retrouver un emploi après son licenciement avec une qualification moindre. Des critères plus subjectifs peuvent être pris en considération par les juges tels que le niveau de qualification ; en revanche, l'âge ne constitue pas un critère déterminant. On peut toutefois souligner l'absence d'un facteur important qu'est l'incidence des conséquences de l'AT/MP sur les droits à retraite de la victime : en effet, celle-ci peut voir sa pension de retraite diminuer suite à la perte de son emploi consécutive à l'AT/MP. Enfin, les coefficients professionnels attribués sont souvent de très petits taux : 70% se situent dans une fourchette de 1 à 6%. Devant la CNITAAT, les taux sont plus élevés (entre 10 et 12%). Pourtant, il n'existe aucune opposition de droit à ce qu'un coefficient professionnel soit plus important : certaines juridictions font ainsi preuve d'audace en fixant des taux jusqu'à 30%. Ce taux peut parfois revêtir une importance considérable en raison de son impact sur le taux global d'IPP : en effet, ce n'est pas tant le montant qui est important mais la possibilité pour le salarié de bénéficier d'une rente viagère au lieu d'un capital à partir de 10% d'IPP. Le coefficient professionnel n'intervient donc pas seulement à la marge. Il permet aussi parfois de dépasser le seuil de 20% permettant au salarié de partir de manière anticipée à la retraite pour pénibilité.

En conclusion, on ne peut que déplorer les grandes disparités observées dans les pratiques des caisses et des tribunaux qui constituent une rupture dans l'égalité des droits des assurés et créent une inquiétude voire une anxiété chez les présidents des TCI ayant peur de s'engager sur ce terrain.

## Dr Magdeleine BROM

S'agissant tout d'abord de la possibilité d'interroger le médecin du travail lors de la détermination du taux d'invalidité, celle-ci n'est possible qu'avec l'accord de l'intéressé : en effet, il ne saurait être question de demander au médecin du travail de violer le secret professionnel et encore moins de lire dans le marc de café. Il est évident que dans de nombreux cas, il connaît mieux la situation du salarié ou de l'entreprise que le médecin-conseil ou le juge du TCI. Toutefois, il n'est pas question de l'embarquer dans une logique de conflit entre l'employeur et l'assuré : il doit donner des éléments objectifs dans le respect du secret professionnel. De plus, il convient de rester modeste dans la possibilité de déterminer un taux car la situation économique actuelle est extrêmement compliquée et les médecins sont très peu armés pour prévoir a priori ce qui va se passer par la suite. Il est nécessaire de se ménager le cas échéant des possibilités de révision : les juges statuant sur un taux professionnel devraient pouvoir prendre en compte tous les éléments de la situation économique et de la situation du salarié.

Par ailleurs, il existe une interaction réciproque constante entre le travail et la réparation, le travail et la prévention, l'action des forces administratives, judiciaires et de la Sécurité sociale. Lorsque l'on parle de taux d'incapacité et de maladie professionnelle, on est dans le domaine de la réparation. Toutefois, lorsqu'il s'agit de la prise en compte de la santé des salariés, il n'est pas question uniquement d'argent : il s'agit de reconnaître la contribution du salarié à la bonne marche de la société, la question de son insertion dans une vie sociale mais également le rôle du travail comme élément indispensable de la vie personnelle du salarié. A ce titre, quels que soient les efforts mis en œuvre, toute réparation ne sera que partielle. Si l'on ne tient pas compte de cette dimension qui va au-delà de ce qui peut être inscrit dans les barèmes ou du mot même de « réparation », on se trompe sur la possibilité de rendre une décision équitable. Cela ne signifie pas qu'il faut rendre une décision sentimentale : il ne faut pas être dans l'empathie mais il y a une dimension subjective au travail comme une dimension subjective à la demande en justice et à la requête en contentieux.

L'article L434-2 du CSS fait bien mention du caractère indicatif du barème d'invalidité. Le décret d'application précise que celui-ci a pour objet de fournir des bases d'estimation des préjudices consécutifs des séquelles de l'accident de travail et éventuellement de la maladie professionnelle : est-ce à signifier que les conséquences des maladies professionnelles seraient moins légitimes que celles des accidents du travail ? que le barème des premières est moins facile à aborder, moins juste ? De plus, si le décret propose un mode de calcul du taux médical, il a la prudence de rappeler également que les séquelles d'un accident de travail ne sont pas toujours en rapport avec l'importance de la lésion initiale : des lésions minimales au départ peuvent laisser des séquelles considérables et inversement, des lésions graves peuvent aboutir à des séquelles minimales, voire à une guérison. S'agissant de la notion de guérison, on observe une difficulté actuelle pour l'assuré de comprendre la différence entre consolidation et guérison.

S'agissant du taux utile, il ne faut pas oublier en premier lieu qu'il n'y a pas de taux utile en droit commun. A quoi cela correspond-t-il ? Les taux d'IPP importants sont majorés et les taux minimaux sont minorés de manière à ce qu'une situation réputée grave soit prise en charge de manière extrêmement grave tandis que les taux inférieurs à 50% sont divisés par deux pour en diminuer la prise en charge. Ce raisonnement peut être justifié par une logique de bonne gestion ou même une certaine idée de justice.

Mais en pratique, on observe que cela emporte des conséquences plus importantes encore qu'avec un taux de droit commun dès lors qu'il y aurait une erreur d'appréciation ou de sous-estimation. Or, même avec un dossier complet, il est toujours possible de générer des injustices. Le taux utile ne fait donc que majorer les risques d'injustice et donc les risques de se sortir à plus ou moins long terme de la situation dans laquelle se trouve le salarié.

Pour reprendre la conclusion de Mme GARAT qui déplorait les grandes disparités dans les rendus de jugement entre les TCI : de fait, toute rupture de droit pour les salariés correspond aussi, et c'est important, à une rupture de droit et de l'égalité des droits entre les employeurs.

S'agissant enfin des liens entre médecin-conseil et médecin du travail, il convient de rappeler la mission de ce dernier. Le médecin du travail est, de par la volonté du Code du travail et donc de la volonté des partenaires sociaux, le conseiller du chef d'entreprise, des salariés et des représentants du personnel en matière de santé au travail dans le but d'exercer une mission confiée par la loi de 1946 : éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail par une action exclusivement préventive. Il convient de noter que cette loi est concomitante de la Constitution de 1946 qui institue l'interdiction des discriminations en raison de l'état de santé notamment et qui rappelle en préambule le droit au travail, le droit à l'emploi. La mission confiée au médecin du travail est ainsi de prévenir l'altération de la santé du fait du travail mais également de permettre au salarié de ne pas être l'objet d'une discrimination pour fait de santé. Cette mission s'exprime donc par l'émission de l'avis d'aptitude médicale. Si la santé du salarié évolue, le médecin du travail sera amené à se prononcer par exemple lors d'un arrêt de travail supérieur à 30 jours. Le salarié en arrêt de travail peut demander une visite de pré-reprise ou le médecin-conseil peut la demander. Dans tous les cas, le médecin du travail se prononcera lors de la reprise du travail dans une logique de préservation de la santé

Il y a donc de la part du médecin-conseil et du médecin du travail une synergie souhaitable dans le sens d'un maintien dans l'emploi ou d'un retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles. Cela va au-delà de la simple question de la désinsertion professionnelle.

Toutefois, si cette mission préventive peut s'articuler avec celle du médecin-conseil, il est important de rappeler que le médecin du travail n'est pas un médecin de contrôle. Dans certains cas, son avis sera requis : c'est le cas notamment lorsque le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) fait face à une maladie qui n'apparaît dans aucun tableau.

## Dr MOURET

Les dossiers AT/MP représentent la moitié des décisions contestées par les assurés. Tout débute avec l'établissement d'un certificat médical initial (CMI) par le médecin qui reçoit l'assuré et qui fait état de toutes ses lésions. Cet état est susceptible d'évolution : le médecin-conseil va parfois examiner ce patient au cours de l'arrêt de travail dû à l'accident du travail.

La consolidation peut être définie comme le 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, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité partielle consécutif à l'accident de travail, sous réserve de rechute possible. Le médecin établit alors un certificat médical final (CMF) : ce n'est pas toujours le médecin traitant qui l'établit car il arrive qu'au cours des visites chez le médecin-conseil, celui-ci décide de la consolidation. La consolidation ne consiste pas toujours en une reprise du travail (il peut y avoir reprise sans consolidation) mais à partir de ce moment, le patient se trouve dans une situation où soit il reprend son travail, soit il faut juger d'une inaptitude. Le CMF doit faire état de toutes les séquelles de l'accident du travail. Toutefois, un accident du travail ne cause pas toujours des séquelles : il peut y avoir guérison c'est-à-dire disparition apparente des lésions traumatiques ou morbides, sous réserve toujours d'une rechute.

Dès lors que le service médical est en possession du CMF, le médecin-conseil établit un rapport d'évaluation d'incapacité permanente transmis à l'assuré, lequel pourra ensuite le transmettre au secrétaire du TCI à l'appui de sa demande de recours. Il s'agit d'un document médico-légal qui ne peut être modifié après sa signature. Pour éviter les futurs contentieux sur le contenu de ce rapport, les praticiens conseil sont en possession d'un rapport type avec tous les détails nécessaires. Cependant, secret médical oblige, il n'est fait état que des lésions qui sont dues à l'accident du travail même s'il peut y avoir un état antérieur qui a interféré. L'examen clinique permet de déterminer les séquelles de l'accident du travail qui seront prises en compte pour le calcul du taux médical à partir d'un barème indicatif : un taux peut être donné pour chaque séquelle. Ce barème est organisé par grands appareils (membres supérieurs, membres inférieurs) puis chaque chapitre comprend toutes les séquelles pouvant être la conséquence d'un accident du travail. Toutefois, ce taux ainsi calculé reste indicatif car le médecin-conseil garde l'entière liberté de s'en écarter, en l'augmentant ou en le diminuant notamment en raison de l'existence d'un état antérieur : il devra alors exposer clairement pourquoi il s'en écarte. Le service médical s'est donné les moyens de superviser les rapports des médecins-conseils afin d'assurer l'égalité entre les assurés. Cela permet aussi une double lecture ce qui limite les risques d'erreur d'appréciation : cela apporte donc une sécurité raisonnable même pour l'auteur de la décision. Ce contrôle interne, mis en place depuis quelques années, permet aussi en dehors de la détermination du taux de vérifier la complétude du rapport afin d'éclairer les membres du TCI.

Le taux est ensuite transmis à la CPAM : s'il est inférieur à 10%, il donne droit à un capital forfaitaire mais à partir de 10%, le salarié a droit à une rente viagère. Le taux médical est fixé par le praticien conseil mais celui-ci indique de plus à la CPAM son avis sur le caractère souhaitable de fixer un taux professionnel. La CPAM reste libre de le faire ou non. Le taux global est ensuite notifié à l'assuré qui dispose d'un recours devant le TCI tout comme l'employeur. S'agissant des autres prestations qui arriveront également devant le TCI (invalidité et inaptitude), celles-ci font également l'objet de rapports de la part du service médical selon la même procédure qu'en AT ainsi que d'une supervision qui garantit le respect du secret médical, la qualité de l'examen clinique et la justification de la décision.

## **Christophe LAGARDE**

S'agissant de l'organisation territoriale de l'assurance maladie, on recense aujourd'hui une centaine de CPAM et une caisse nationale qui est un établissement public chargé de la gestion d'un service public administratif. Les CPAM quant à elles sont des organismes de droit privé gérant une mission de service public. Elles sont indépendantes ce qui peut expliquer que d'un endroit à l'autre, ce ne soit pas tout à fait la même chose qui soit appliquée. Chacune a, à ses côtés, des experts que sont les médecins-conseils : ils sont chargés de formuler à l'attention du directeur des avis sur l'aptitude d'une personne à reprendre son travail. Ces praticiens sont experts et indépendants et non pas inféodés au directeur de la CPAM. On parle parfois d'une difficulté de coordination entre les services administratif et médical : en réalité, on peut dire que chacun se nourrit de la richesse de l'autre et qu'il existe une parfaite osmose voire homogénéité entre les deux même si leurs champs d'application ne sont pas rigoureusement identiques.

S'agissant de la problématique du taux professionnel, il y a lieu de noter qu'un barème d'appréciation de ce taux a été progressivement élaboré dans le Haut-Rhin en fonction de différents critères tels l'employabilité du salarié, la perte supposée de capacité de travail, etc. Ce barème a ensuite été étendu avec l'aval des acteurs bas-rhinois d'où la possibilité de parler aujourd'hui d'un barème alsacien en la matière. Cependant, il est vrai que dans les notifications effectuées par les caisses, le taux professionnel n'apparaît jamais de manière explicite en pourcentage du taux global d'IPP. De plus, il est anormal que sur le territoire français, il y ait des caisses qui n'appliquent pas ce taux de manière totalement indépendante. En Alsace, les services collaborent afin de réaliser leur travail au mieux.

La décision sur le taux d'IPP est prise par la CPAM après avis motivé du service médical et après le cas échéant avoir été informée de l'existence d'un taux professionnel. Il est important de rappeler que lorsque l'on parle de taux d'IPP, il s'agit de l'incapacité permanente partielle : on n'est plus dans le régime des indemnités journalières qui indemnisent une incapacité temporaire. Cette décision de la CPAM peut alors faire l'objet d'un recours devant le TCI de la part de l'assuré tout d'abord qui estime le taux trop faible, que sa perte de capacité est jugée inférieure à ce qu'il estime. Il peut également contester la catégorie d'invalidité retenue ou encore la date d'effet de celle-ci. De même, le recours peut émaner de l'employeur qui a intérêt à voir le taux d'IPP diminuer en raison de son incidence sur sa cotisation AT. En effet, plus la rente est élevée, plus l'employeur risque de cotiser en matière de tarification.

En 2012, on recense 169 contestations devant le TCI en matière d'AT/MP dont 63 émanant des employeurs. Sur l'ensemble des jugements, 56 décisions de la CPAM ont été infirmées et dans 54 d'entre-elles, le TCI a conclu à une modification du taux de la rente. En matière d'invalidité en revanche, on ne recense que 91 contestations devant le TCI : 56 portaient sur la réduction de capacité de gain ou de travail et 35 sur la catégorie de pension. Toutefois, seules 11 décisions de la CPAM ont été infirmées ce qui démontre la qualité de ces décisions.

En matière d'AT/MP, la présence de la caisse à l'audience est obligatoire lorsqu'elle est en situation de demandeur : à défaut, la CNITAAT la déboute systématiquement, sans aller sur le fond. Lorsque c'est l'employeur qui conteste la décision, le TCI demande au service médical l'envoi du dossier médical. Enfin, la décision du TCI ne vaut que pour la partie demanderesse : s'il décide par exemple d'augmenter le taux de la rente, l'assuré seul sera concerné et cela ne sera pas opposable à l'employeur.

En matière d'invalidité, il est possible d'avoir une appréciation plus critique sur la valeur ajoutée de la caisse car les contestations sont quasiment exclusivement médicales (en AT/MP, il est plutôt question d'imputabilité). Les agents de la caisse n'ont donc pas un regard vraiment actif sur la procédure mais font simplement le lien entre le service médical et le TCI.

Si la présence administrative est largement souhaitable en AT/MP pour s'assurer que les échanges portent bien sur le contentieux technique et non sur l'origine professionnelle, il y aurait plutôt matière à la présence d'un médecin-conseil à l'audience en matière d'invalidité. En effet, il serait utile, au-delà du rapport écrit qu'il établit, que l'argumentation de la caisse puisse être défendue de manière précise et avec l'expertise qu'il convient devant le TCI. Plus le dossier est complet, plus les éléments sont étayés, mieux la décision est prise et moins elle ne doit être l'objet de critiques. Des tests sont en cours en ce sens.

## Me Frédérique BELLET

La problématique pour l'employeur est de comprendre comment le taux d'IPP a été fixé. Or, il est quasiment aveugle sur les décisions prises par la CPAM : en effet, si l'employeur est associé au début de la prise en charge de l'AT/MP (information préalable obligatoire à la décision de prise en charge), il n'est plus destinataire d'aucune information par la suite. Il ne peut que constater une prolongation de l'arrêt de travail, une déclaration d'aptitude ou d'inaptitude par exemple et se voit notifier un taux d'IPP qui sera pris en compte dans le calcul de sa cotisation AT. Pour avoir des informations, il est donc obligé de saisir le TCI afin d'avoir accès aux éléments médicaux du dossier.

L'article R143-8 du CSS dispose que la CPAM doit communiquer les documents médicaux au greffe du TCI mais également à l'employeur ou au médecin qu'il a désigné. Pendant près de huit ans, il s'agit du seul texte permettant la communication de ces documents et pourtant, les caisses ont eu les plus grandes difficultés pour les communiquer, notamment le rapport d'évaluation des séquelles. De fait, l'employeur ayant intenté un recours devant le TCI ne pouvait pas toujours comprendre comment la décision avait été prise, quelles étaient les séquelles qui subsistaient.

Mais la loi du 21 juillet 2009 a introduit l'article L143-10 du CSS qui autorise le médecin-conseil de la caisse à communiquer le rapport d'évaluation des séquelles sans violer le secret médical. Les décrets d'application de 2010 repris aux articles R143-32 et R143-33 du CSS prévoient désormais que le secrétaire du TCI demande au médecin-conseil la communication de ce rapport en double exemplaire sous pli confidentiel afin de le faire suivre au médecin expert du tribunal mais également à l'employeur ou au médecin qu'il a désigné. Toutefois, on constate que l'avocat, représentant de l'employeur, n'est a priori pas destinataire de ce rapport.

La communication de ce rapport d'évaluation des séquelles va donc permettre à l'employeur de pouvoir apprécier le taux d'IPP fixé par la caisse. Mais pour les employeurs, ce rapport n'est pas la seule pièce qui devrait être communiquée. En effet, la caisse a en sa possession d'autres documents listés à l'article R441-13 du CSS parmi lesquels on trouve notamment la déclaration de l'AT, les divers certificats médicaux et les informations parvenues à la caisse de la part de chacune des parties. Or, seul le rapport d'évaluation des séquelles est communiqué devant le TCI.

Une autre difficulté rencontrée en pratique concerne l'existence d'un état antérieur : si celui-ci n'a aucun rapport avec les séquelles, il n'a effectivement pas à être explicité. En revanche, s'il interfère avec l'AT, le fait qu'il ne soit pas évoqué ou détaillé pose une difficulté supplémentaire pour l'appréciation du taux d'IPP par l'employeur.

La question qui revient souvent est : pour quelle raison l'employeur doit-il être en mesure d'apprécier ce taux d'IPP ? La réponse est simple : l'indemnisation de l'incapacité permanente a une incidence pour l'employeur puisqu'elle va impacter sa cotisation AT. A l'origine, il avait donc intérêt à former un recours pour faire baisser le taux en-dessous du seuil de 10%. Mais ce seuil n'est même plus d'actualité avec la réforme du système de tarification intervenue en 2010 : l'impact du taux d'IPP se traduit désormais par l'impact d'un coût moyen dans le calcul de la cotisation AT. Ce coût moyen est défini par arrêté pour chaque secteur d'activité. On peut donc estimer que dès lors que l'employeur paie, il a le droit de savoir si les décisions sont bien prises.

## **Raymond BUCHHOLZER**

Il est important de rappeler que lorsqu'un accident de travail se produit, il n'y a qu'une seule victime : le salarié, l'assuré et non l'employeur. En effet, l'employeur est à l'origine de l'organisation du travail, des conditions de travail dans l'entreprise. Or, souvent, le salarié subit une triple peine : il est tout d'abord victime d'une atteinte à sa santé par le travail et les lésions physiques entraînent également une souffrance psychique. Ensuite, en cas de déclaration d'inaptitude à tout poste dans l'entreprise, le salarié va perdre son emploi par licenciement. Il existe aujourd'hui une large gamme juridique permettant à l'employeur de se séparer d'un salarié dont l'inaptitude l'empêche de convenir à l'organisation du travail telle que mise en place dans l'entreprise par l'employeur. Enfin, le salarié subit nécessairement une perte de ressources en raison de la faible indemnisation de son préjudice et de l'absence de coefficient professionnel.

En matière de maladie professionnelle, le salarié se trouve face à un véritable parcours du combattant pour recouvrer ses droits : en raison d'une exposition au risque, il subit une atteinte physique et/ou psychique ; il déclare ensuite sa maladie professionnelle ce qui engendre une instruction par la caisse ; enfin, il va devoir supporter un contentieux technique devant le TCI puis la CNITAAT parfois doublé d'un contentieux général devant le TASS. Cette procédure peut être présentée à travers deux exemples de dossiers en cours.

Dans le premier, la salariée constitue son dossier en 2004 en produisant un CMI puis le dossier est instruit pendant 4 mois par la caisse qui reconnaît finalement la maladie professionnelle. Mais elle est licenciée pour inaptitude à tout poste dans l'entreprise six mois après cette reconnaissance. La caisse est destinatrice du CMF en septembre 2005 qui conclut à l'absence de séquelles indemnifiables suite à consolidation. Or, en l'espèce, la salariée doit suivre des soins conséquents au long cours et a été licenciée avant même la consolidation sans que cela n'influence la position de la caisse. On constate donc une gestion rapide de la caisse mais sans résultat en matière de réparation. La salariée a finalement obtenu devant la CNITAAT en 2009 un taux médical de 5% et un coefficient professionnel de 2% présenté comme indemnifiant de manière équitable le préjudice économique et financier dont elle était victime ce qui correspond à 1% utile soit 11,50€ pour une perte réelle de 700€.

Dans le second, la salariée victime d'une maladie professionnelle est finalement licenciée pour inaptitude à tout poste dans l'entreprise. La caisse conclut au bout de six mois d'instruction du dossier à un refus de reconnaissance mais le plus important est le motif de ce refus : « *Les éléments d'appréciation ne permettent pas de reconnaître le caractère professionnel de la maladie* ». La salariée a donc la possibilité de faire un recours mais sur quels éléments de fait et de droit va-t-elle pouvoir se fonder ? Une circulaire du 4 juin 1992 relative justement à la motivation des décisions individuelles prises par les caisses précise que les caisses doivent procéder à une motivation écrite mais également que cette décision doit comporter un énoncé des considérations de fait et de droit qui ont motivé le refus. Pourtant, cette formulation est devenue quasi-systématique en pratique ce qui peut faire douter de l'effectivité des voies de recours offertes au salarié. Par la suite, la salariée conteste le refus devant la commission de recours amiable (CRA) de la caisse car toutes les conditions du tableau sont remplies, la caisse a eu communication de tous les documents pour prendre sa décision et aucun grief n'a été relevé à son encontre pendant toute la procédure. La caisse lui notifie finalement une reconnaissance de maladie professionnelle sans aucune explication ni aucune référence au courrier de refus précédent et surtout en l'absence de toute décision de la CRA. Est-ce à dire que pour obtenir gain de cause, il faut systématiquement présenter un recours devant la CRA ? Finalement, la caisse consolidera sans séquelle indemnifiable. Le recours au TCI est aujourd'hui en cours.