

BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES



Edition Chronologique

PARTIE PERMANENTE
Administration Centrale

INSTRUCTION N° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC

relative à l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles aux agents de l'Etat non fonctionnaires et à l'application des dispositions du statut des fonctionnaires concernant les accidents de service et les maladies contractées en service.

Du 30 novembre 1998

SERVICE DES PENSIONS DES ARMÉES : *sous-direction des pensions civiles.*

INSTRUCTION N° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC relative à l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles aux agents de l'Etat non fonctionnaires et à l'application des dispositions du statut des fonctionnaires concernant les accidents de service et les maladies contractées en service.

Du 30 novembre 1998

NOR D E F P 9 8 5 9 2 2 9 J

Modifié par :

- 1er modificatif du 28 juin 1999 (BOC, p. 3442) NOR DEFR996001J.
- Erratum du 30 décembre 1999 (BOC, 2000, p. 302) NOR DEFP9959229Z.

Texte abrogé :

Instruction n° 71-01/DN/DPC/PRA/AT du 21 avril 1971 (BOC/SC, p. 413 ; ses modificatifs des 4 juin 1971 (BOC/SC, p. 680), 4 octobre 1971 (BOC/SC, p. 969), 26 juin 1972 (BOC/SC, p. 737), 17 novembre 1976 (BOC, p. 3798), 5 mai 1995 (BOC, p. 2746), 25 février 1997 (BOC, p. 2203) et 4 septembre 1997 (BOC, p. 3848) et son erratum du 10 janvier 1998 (BOC, p. 401).

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 362.2, 628.4.1, 726.3.2.1.2.

Référence de publication : BOC 1999, p. 1258.

SOMMAIRE

LIVRE PREMIER. RÉGIME APPLICABLE AUX NON-FONCTIONNAIRES.

Article premier. Textes.

Article 2. Respect des délais.

Article 3. Quant au territoire.

Article 4. Quant à la date de l'accident.

Article 5. Quant aux bénéficiaires.

Article 6. Quant aux risques couverts.

Article 7. Déclaration des accidents par les victimes.

Article 8. Registre des accidents.

Article 9. Etablissement de la déclaration par l'employeur.

Article 10. Envoi de la déclaration par l'employeur.

Article 11. Procédure particulière pour les délégués syndicaux.

Article 12. Etude de la réalité et du caractère professionnel de l'accident.

Article 13. Etat antérieur.

Article 14. Réserves.

Article 15. Cas particuliers.

Article 16. Feuille d'accident.

Article 17. Certificat médical initial.

Article 18. Contrôle médical initial.

Article 19. Expertise.

Article 20. Contrôle de la relation entre un accident et le décès de la victime. Autopsie.

Article 21. Enquête.

Article 22. Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, etc.

Article 23. Contrôle des frais.

Article 24. Contrôle médical pendant la période d'incapacité temporaire.

Article 25. Obligations de la victime.

Article 26. Contrôle administratif, sanctions, frais abusifs.

Article 27. Etablissement du certificat final descriptif par le médecin traitant.

Article 28. Etablissement du certificat de consolidation ou de guérison par le médecin de contrôle.

Article 29. Fixation de la guérison ou de la consolidation.

Article 30. Droits des victimes d'accident du travail.

Article 31. Présentation des demandes.

Article 32. Etablissement du certificat par le médecin de contrôle (recommandations très importantes).

Article 33. Instruction des dossiers. Procédure contentieuse en cas de rejet de la demande.

Article 34. Paiement des frais de cure.

Article 35. Rémunération versée à la victime pendant la durée de la cure.

Article 36. Droits des victimes.

Article 37. Prothèses oculaires, podo-orthèses, grand appareillage de prothèse et d'orthèse.

Article 38. Petit appareillage (première prescription, renouvellement, location).

Article 39. Dispositions spéciales concernant les lunettes et verres de contact.

Article 40. Prothèse dentaire.

Article 41. Réparation ou remplacement des appareils.

Article 42. Réadaptation fonctionnelle.

Article 43. Rééducation professionnelle.

Article 44. Reclassement.

Article 45. Prestations légales.

Article 46. Prestations en cas d'accident suivi de mort.

Article 47. Prescription. Forclusion.

Article 48. Cas général.

Article 49. Cas particuliers.

Article 50. Généralités.

Article 51. Cas particuliers.

Article 52. Principes de l'indemnisation.

Article 53. Procédure.

Article 54. Enquête.

Article 55. Constitution et envoi du dossier.

Article 56. Procédure de reconnaissance complémentaire.

Article 57. Cas spécial de maladies provoquées par le travail mais n'entrant pas dans le cadre des maladies professionnelles.

Article 58. Faute inexcusable. Faute intentionnelle.

Article 59. Accidents occasionnés par un tiers.

Article 60. Accidents anciens.

Article 61. Indemnisation spéciale en cas d'accident aérien ou maritime au cours d'une mission, et en cas d'accident mortel en sous-marin.

Article 62. Cas particulier découlant de la titularisation dans un corps de fonctionnaires.

Article 63. Détermination du salaire de base. Relevé des salaires.

Article 64. Envoi du dossier au service des pensions des armées.

Article 65. Calcul de la rente.

Article 66. Fixation de la rente.

Article 67. Mise en paiement. Règles du cumul.

Article 68. Cas particulier du déclassement pour inaptitude physique.

Article 69. Avances sur rentes.

Article 70. Accidents successifs. Employeurs multiples.

Article 71. Généralités.

Article 72. Rentes d'ayants droit.

Article 73. Maximum des rentes.

Article 74. Procédure de l'allocation des rentes aux ayants droit.

Article 75. Allocations provisionnelles.

Article 76. Rentes de réversion.

Article 77. Principes.

Article 78. Contrôle médical en vue de la révision.

Article 79. Etablissement des certificats médicaux de révision.

Article 80. Procédure de la révision.

Article 81. Rentes dont le rachat est possible.

Article 82. Rentes dont le rachat ou la capitalisation est obligatoire.

Article 83. Généralités.

Article 84. Expertise.

Article 85. Principes.

Article 86. Le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Article 87. Rôle de l'employeur devant le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Article 88. Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance accidents du travail.

Article 89. Rôle de l'employeur en cas d'appel devant la cour nationale de l'incapacité.

Article 90. Recours en cassation.

Article 91. Principes.

Article 92. Commission de recours amiable.

Article 93. Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article 94. Cour d'appel.

Article 95. Cour de cassation.

Article 96. Rôle de l'employeur.

Article 97. Règlement des frais de justice, frais d'avoués, honoraires d'avocats, frais d'enquête et frais d'autopsie.

LIVRE II. RÉGIME APPLICABLE AUX FONCTIONNAIRES.

Article 98. Législation applicable aux accidents de service.

Article 99. Principes généraux.

Article 100. Définitions.

Article 101. Déclaration de l'accident.

Article 102. Formalités à remplir.

Article 103. Constitution et examen du dossier.

Article 104. Consultation de la commission de réforme.

Article 105. Décision du service des pensions des armées.

Article 106. Les prestations servies en cas d'accident de service.

Article 107. Dispositions particulières à certaines prestations.

Article 108. Le certificat médical de consolidation.

Article 109. Prise en charge des soins de réadaptation fonctionnelle après consolidation.

Article 110. La rechute.

Article 111. Indemnisation spéciale en cas d'accident aérien ou maritime au cours d'une mission et en cas d'accident mortel en sous-marin.

Article 112. Les prestations en cas d'invalidité. L'allocation temporaire d'invalidité. Rentes viagères d'invalidité.

Article 113. Fonctionnaires détachés.

Article 114. Fonctionnaires mis à disposition.

Article 115. Fonctionnaires retraités.

Article 116. Accidents occasionnés par un tiers.

Article 117. Procédures contentieuses.

Article 118. Cas litigieux.

Article 119. Abrogation.

ANNEXE I.

ANNEXE II. ACCIDENTS DE TRAVAIL.

ANNEXE III. LIISTE DES PIÈCES ENTRANT DANS LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER D'ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ.

ANNEXE IV. TABLE DES TEXTES CITÉS.

ANNEXE V. JURISPRUDENCE.

ANNEXE VI. TABLES DES SIGLES UTILISÉS.

ANNEXE VII. TABLE ALPHABÉTIQUE DE LA PRÉSENTE INSTRUCTION.

ANNEXE VIII. LISTE DES IMPRIMÉS.

LIVRE PREMIER.
RÉGIME APPLICABLE AUX NON-FONCTIONNAIRES.

TITRE PREMIER.
GÉNÉRALITÉS. CHAMP D'APPLICATION.

CHAPITRE PREMIER.
GÉNÉRALITÉS.

Article premier.
Textes.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Les décret 85-1353 du 17 décembre 1985 ⁽¹⁾ et décret n° 85-1354 du 17 décembre 1985 ⁽²⁾ ont rendu effective la refonte du code de la sécurité sociale (CSS) qui, en matière de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, trouvait sa source dans le décret n° 56-1279 du 10 décembre 1956 (pris en application de la loi du 30 octobre 1946). Les modalités de mise en œuvre des dispositions législatives avaient en la matière été de nombreuses fois précisées par des textes très divers, notamment par les décret n° 77-1074 du 2 septembre 1977 et décret n° 77-1075 du 2 septembre 1977 ainsi que par le décret n° 85-377 du 27 mars 1985.

Les dispositions des textes du 17 décembre 1985 se substituent à l'ensemble des anciennes dispositions du CSS. Elles-mêmes ont fait, depuis cette date, l'objet de modifications, notamment par le décret n° 99-323 du 27 avril 1999 (n.i. BO, JO du 29, p. 6385).

Conformément aux principes posés par l'article L. 413-14 de ce code, l'administration de la défense, comme toutes les administrations de l'Etat, constitue une organisation spéciale en matière d'accidents du travail et assume la charge totale des prestations et des rentes, jouant ainsi un rôle analogue à celui des caisses d'assurance maladie.

En matière contentieuse, les organismes de la sécurité sociale sont compétents à l'égard des agents de l'Etat, sauf les fonctionnaires, conformément aux articles L. 142-1 et suivants (contentieux de la sécurité sociale) et aux articles R. 711-20, R. 711-21 et R. 711-22 (contentieux des régimes spéciaux) du CSS [codification des textes d'application de l'ordonnance 58-1275 du 22 décembre 1958 (JO du 23, p. 11559)].

Article 2.
Respect des délais.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Toutes les formalités rappelées dans l'instruction doivent impérativement être effectuées sans aucun retard, en raison du caractère alimentaire des prestations. Tout retard injustifié est en effet passible d'une astreinte prononcée au profit de la victime ou de ses ayants droit par la juridiction compétente.

En outre, le non-respect par l'administration des délais imposés par l'article R. 441-10 du *CSS* (tel qu'il résulte du décret n° 99-323 du 27 avril 1999) entraîne d'office la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

CHAPITRE II.
CHAMP D'APPLICATION.

Article 3.
Quant au territoire.

Le *CSS* est applicable dans l'ensemble du territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion) ; cependant, pour ces quatre départements, le titre V du *CSS* a prévu des modalités particulières, notamment en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles (art. L. 754-1 à L. 754-4 du *CSS*).

Il est également applicable au personnel français et étranger du régime « défense » employé dans les établissements militaires des territoires d'outre-mer et de l'étranger. En revanche, les législations propres aux territoires d'outre-mer et aux pays étrangers sont applicables aux ouvriers recrutés sous statut local et il appartient aux organismes de commandement de prendre toutes dispositions utiles en vue de l'affiliation des intéressés aux institutions locales chargées de la réparation des accidents du travail. Il convient de se reporter à l'article L. 413-10 du *CSS* en ce qui concerne l'Algérie, pour la période antérieure au 1^{er} juillet 1962. Les ressortissants marocains et tunisiens, pour leur part, relèvent spécifiquement de conventions bilatérales entre la France et les pays concernés.

Article 4.
Quant à la date de l'accident.

Le code s'applique seulement aux accidents survenus depuis le 1^{er} janvier 1947 (art. L. 412-1 du *CSS*). Les accidents antérieurs à cette date demeurent régis par la loi du 9 avril 1898 (BO/G, 1942, p. 2118 ; BOEM/G 65) modifiée. Cependant, l'indemnisation des victimes d'accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1947 est possible, au titre de l'article L. 413-2 du *CSS*, lorsque les victimes ou leurs ayants droit font la preuve qu'ils auraient rempli et continuent à remplir l'ensemble des conditions exigées par le livre IV de ce code pour obtenir une rente.

Article 5.
Quant aux bénéficiaires.

Les bénéficiaires du régime spécial propre au ministère de la défense comprennent les agents publics non titulaires en activité dans les services, établissements et unités de ce ministère. Il s'agit des ouvriers ⁽³⁾ de certains contractuels ⁽⁴⁾, apprentis et élèves, employés auxiliaires. Cependant, ne bénéficient pas de ce régime :

- d'une part les fonctionnaires stagiaires ;
- d'autre part les ouvriers temporaires de la défense nationale ainsi que la main-d'œuvre occasionnelle ⁽⁵⁾. Ces deux dernières catégories de personnel sont couvertes, pour le risque « accident du travail », par le régime général de la sécurité sociale et non par le régime spécial du ministère de la défense.

CAS PARTICULIERS

A) OUVRIERS EN CONGE DE FORMATION SYNDICALE.

Les intéressés qui perçoivent la totalité de leur rémunération pendant la durée du congé assimilé à tous points de vue à une période de travail effectif, sont considérés comme présents au travail et bénéficient de la législation sur la réparation des accidents du travail [cf. décret 84-474 du 15 juin 1984 (BOC, p. 3515)] relative à l'attribution de congés destinés à favoriser la formation syndicale.

B) DELEGUES SYNDICAUX, REUNIONS SYNDICALES.

Les conditions d'exercice du droit syndical au ministère de la défense sont précisées par l'instruction 38990/DEF/DFP/PER/3 du 25 novembre 1992 (BOC, 1993, p. 1476) modifiée, en application du décret 82-447 du 28 mai 1982 (BOC, p. 2250 ;) relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique.

Les réunions syndicales peuvent être des réunions des organismes directeurs des syndicats et de leurs sections (conseils et bureaux) et les réunions d'information destinées à l'ensemble du personnel civil.

L'article VIII, C, deuxième paragraphe de cette instruction du 25 novembre 1992 précise que les agents participant à une réunion syndicale, qu'ils y soient en fonction ou qu'ils aient été régulièrement autorisés à s'y rendre, sont couverts en matière d'accidents du travail pendant la durée de la réunion et les déplacements effectués pour s'y rendre.

Cependant, lorsqu'il s'agit, non de réunions d'information, mais de réunions de conseils ou de bureaux, le bénéfice de cette disposition est limité aux seuls agents qui sont membres de ces organismes. Cela vise particulièrement les délégués syndicaux, auxquels est accordée une dispense de travail partielle ou complète. Ils bénéficient donc, à l'occasion de l'exercice de leur mandat, des dispositions de la présente instruction pour les risques définis à l'article 6.

Une procédure particulière est fixée à l'article 11 de la présente instruction à l'égard des délégués syndicaux mis en permanence à la disposition des fédérations syndicales à l'échelon national. Selon la jurisprudence de la cour de cassation, il n'est pas nécessaire que la réunion ait eu lieu à l'intérieur de l'établissement (cour de cassation, 21 mars 1996, Perrin/DRASS Lorraine).

En tout état de cause, lorsque l'accident survient à l'extérieur des établissements et services de la défense, il appartient à la victime, ou à ses ayants droit, de faire la preuve que l'accident est lié à l'exercice de l'activité syndicale.

C) DONNEURS DE SANG.

A la différence des fonctionnaires civils et militaires, les donneurs de sang non fonctionnaires ne sont pas de plein droit considérés en cette qualité comme travailleurs salariés ou assimilés.

Il convient de distinguer deux cas.

Si le don du sang est effectué sur les lieux du travail, le salarié bénéficie, selon la jurisprudence, de la présomption d'imputabilité (6).

En revanche, si le don du sang s'exerce en dehors de l'établissement, même avec l'accord de l'employeur, la qualification « d'accident du travail » doit être refusée (7). Dans ce cas, les accidents de la circulation dont ils peuvent être victimes en vue de répondre à la demande d'un hôpital, par exemple, ne peuvent alors être réparés par la législation des accidents du travail. Ils sont toutefois couverts par la police d'assurance souscrite par le centre de transfusion sanguine auprès duquel ils sont inscrits.

D) PARTICIPANTS AUX SEANCES D'ENTRAINEMENT PHYSIQUE OU SPORTIF.

En règle générale et sous réserve de l'appréciation souveraine des juridictions compétentes, les accidents qui peuvent survenir au personnel civil au cours de séances d'entraînement physique ou sportif ne sont pas couverts par la législation des accidents du travail. Exception est faite pour les stagiaires, apprentis ou assimilés dans la mesure où une activité physique est incluse dans le programme qui leur est imposé ou est considérée comme le prolongement normal des fonctions. De même, selon la jurisprudence de la cour de cassation (8), la législation propre aux accidents du travail devra être appliquée aux accidents survenus lors de telles activités, dès lors qu'il apparaît tout à la fois :

- qu'elles ont été exercées dans l'intérêt du service ;
- avec l'autorisation de l'employeur et maintien de la rémunération ;
- et qu'elles ne comportaient aucune considération de convenances personnelles.

Cela implique d'examiner, dans chaque cas, si le lien de subordination à l'employeur n'a pas été rompu et si le pouvoir disciplinaire de ce dernier est resté entier.

Il convient donc de rappeler qu'en dehors de ces cas particuliers, le personnel civil qui participerait à de telles activités, bien qu'elles ne lui soient pas imposées par son statut, devra se garantir, soit par des assurances spéciales souscrites à l'occasion de son adhésion aux différents clubs ou associations « type loi 1901 », soit par des assurances individuelles complémentaires couvrant les risques de cette nature.

E) ELEVES DES ECOLES D'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE OU PREPARATOIRES DES ARMEES.

Le statut de ces élèves ou apprentis est prévu par le décret 79-1092 du 12 décembre 1979 (BOC, p. 5297) modifié.

L'article premier de l'arrêté du 09 janvier 1980 (BOC, p. 166) modifié, pris pour l'application du décret précité énumère les écoles concernées. Les intéressés peuvent y être admis, selon le cas, dès l'âge de 15 ans (art. 2 du décret) : en tout état de cause, ils doivent souscrire, dès l'âge de 16 ans, pour la durée de leur scolarité, un engagement dans l'armée (art. 3 du décret).

L'article 10 de l'arrêté du 09 janvier 1980 (BOC, p. 166) précise que jusqu'à ce qu'ils aient contracté cet engagement, les élèves bénéficient du régime de couverture sociale suivant :

- a). Risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles, au titre des activités scolaires : loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et code de la sécurité sociale.
- b). Infirmités contractées et accidents survenus au titre des activités militaires : ces élèves doivent être couverts de la même façon que les élèves de la préparation militaire.

Il est précisé que dans cette situation les intéressés conservent la qualité d'ayant droit d'assurés sociaux et relèvent de la caisse de sécurité sociale, de la mutuelle ou de l'assurance privée de leurs parents. Ainsi ils ne relèvent pas de la présente instruction.

F) SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES.

Lorsque ce personnel est accidenté en combattant au profit d'une collectivité territoriale, la législation sur les accidents du travail lui est applicable, tant en vertu de l'article 5 de la loi n° 96-370 du 3 mai 1996 (JO du 4, p. 6735) relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers, que des articles L. 381-25, R. 381-95-1 et suivants du CSS. Mais le service des prestations est assuré aux intéressés par les organismes du régime général de la sécurité sociale.

Sont couverts :

1. L'accident du travail proprement dit, tel qu'il est défini à l'article L. 411-1 du CSS c'est-à-dire l'accident, soudain et brutal, survenu par le fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause, à toute personne salariée travaillant pour le compte de son employeur. Les infirmités préexistantes méconnues et indolores révélées par un accident du travail doivent bénéficier de la législation sur les accidents du travail jusqu'à la consolidation du syndrome douloureux en relation avec l'accident (cour de cassation, chambre sociale, 14 mai 1969, Lopez).

2. L'accident dit « de trajet » visé à l'article L. 411-2 dudit code, c'est-à-dire survenu sur le parcours aller et retour entre :

a). La résidence principale, une résidence secondaire présentant un certain caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial, et le lieu de travail.

b). Le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.

Ces dispositions n'étant applicables que dans la mesure où le parcours n'a pas 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 point précis du lieu de résidence où commence et finit le trajet est déterminé selon la jurisprudence.

3. D'une part les maladies professionnelles énumérées dans les tableaux prévus à l'article L. 461-2 du CSS et annexés à l'article R. 461-3 dudit code (cf. livre IV, annexe II) (voir titre V de la présente instruction) ; d'autre part les maladies « hors tableau » ayant fait l'objet d'une procédure de reconnaissance complémentaire, en vertu des articles D. 461-25 à D. 461-31 du CSS.

TITRE II.

DÉCLARATION D'ACCIDENT.

Déclaration d'accident. Registre des accidents. Caractère professionnel. Contestation. Premières constatations médicales. Expertise. Enquête.

CHAPITRE PREMIER.

DÉCLARATION D'ACCIDENT.

(Art. L. 441-1, L. 441-2, R. 441-2 à R. 441-4 du CSS.)

Article 7.

Déclaration des accidents par les victimes.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

(Art. L. 441-1 du CSS.)

Il importe que le personnel soit averti, autant que possible par voie d'affichage, de l'obligation qui est faite à la victime d'un accident d'en informer ou de faire informer, par quelque moyen que ce soit (même par téléphone), le chef d'établissement ou de service employeur ou l'un de ses représentants ⁽⁹⁾, le jour même où se produit l'accident, et au plus tard dans les vingt-quatre heures, sauf cas de force majeure ou d'impossibilité absolue dûment justifiée.

Les victimes d'accident de trajet survenu le vendredi soir, ou le samedi matin en cas de travail de nuit, ne doivent pas attendre le lundi matin pour avertir ou faire avertir leur employeur. Le délai ci-dessus indiqué impose aux accidentés l'obligation de faire la déclaration réglementaire au plus tard le samedi, soit par

téléphone, soit par lettre portant la date du samedi sur le cachet d'expédition de la poste. L'attention du personnel doit être appelée sur ce point.

Les déclarations tardives (c'est-à-dire celles qui sont faites plus de vingt-quatre heures après la survenance de l'accident) ne doivent pas pour autant être refusées par l'employeur, mais dans ce cas la victime perd le bénéfice de la présomption d'imputabilité au service et doit apporter la preuve de l'accident. Il est précisé à ce sujet que la déclaration peut être faite par la victime jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident. Ces déclarations doivent préciser la date à laquelle l'accident a été déclaré et être signalées spécialement à l'administration centrale.

L'établissement doit faire connaître au SPA, s'il y a lieu, les réserves que ces déclarations appellent éventuellement de sa part.

Article 8. **Registre des accidents.**

L'employeur doit inscrire tous les accidents du travail survenus à son personnel, même ceux n'ayant pas entraîné d'arrêt du travail, sur le registre des accidents dont le modèle figure en annexe (imprimé N° 362*/01) précédé des instructions sur sa tenue et sa conservation.

Article 9. **Etablissement de la déclaration par l'employeur.**

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Sauf dans les cas particulièrement bénins, l'employeur doit déclarer tout accident susceptible d'être considéré comme accident du travail ou allégué comme tel par la victime, qu'il entraîne ou non un arrêt de travail. Ces dispositions légales obligent l'employeur à procéder à la déclaration d'accident. Il ne peut se soustraire à cette obligation, sauf exceptions prévues plus haut, même si le caractère professionnel de l'accident n'est pas établi, puisque dans cette hypothèse, il a la possibilité d'émettre des réserves. La déclaration est effectuée en utilisant l'imprimé N° 362*/02 qui doit être rempli avec le plus grand soin et d'une manière détaillée pour permettre au service compétent de disposer du maximum de renseignements sur la victime et sur les circonstances de l'accident.

Dans le cadre de l'accident sans arrêt de travail, elle doit être rédigée en clair seulement, sauf pour les mentions portées à la rubrique « Employeurs ». Le numéro d'ordre de l'accident est aussi indiqué dans la partie réservée aux codes à la rubrique : « numéro d'ordre au registre des accidents du travail et des maladies professionnelles », ainsi que la catégorie de personnel et la nature de l'accident.

Dans le cas de l'accident avec arrêt de travail, elle doit être rédigée en clair, en code et la totalité des rubriques doit être renseignée (10).

Seuls les témoins directs devront être indiqués ou à défaut, les personnes qui auraient vu la victime immédiatement avant et après l'accident.

En ce qui concerne les accidents de trajet qui ont été définis à l'article 6 de la présente instruction, l'employeur remplit en outre un questionnaire, dont le modèle figure en annexe (imprimé N° 362*/03) et le joint à la déclaration. Ce questionnaire doit être accompagné d'un plan, suffisamment renseigné et établi à l'échelle, du chemin parcouru indiquant le lieu du travail, la résidence de la victime ou l'emplacement de la cantine ou du restaurant, l'endroit de l'accident et les voies empruntées. Il est souhaitable, dans la mesure du possible, de joindre tout document (procès-verbal de gendarmerie, constat amiable d'accident, etc.) apportant la preuve du moment où l'accident est survenu et de l'itinéraire suivi, ces pièces présentant la valeur d'un témoignage.

Article 10. **Envoi de la déclaration par l'employeur.**

(Modifié : 1^{er} modificatif)

La déclaration d'accident est adressée dans les conditions définies ci-après :

- au service des pensions des armées, un exemplaire de cette déclaration, accompagné d'une part du certificat initial prévu à l'article 17 ci-après, d'autre part du rapport d'accident du travail, et enfin d'un avis de l'établissement sous forme de rapport, faisant apparaître, s'il y a lieu, les réserves motivées. L'attention est tout particulièrement appelée sur le fait que le fonds de dossier ainsi constitué, destiné au service des pensions, devra impérativement parvenir à cet organisme dans les sept jours suivant la déclaration faite par la victime ;
- au service régional chargé des accidents du travail, un exemplaire de cette déclaration, accompagné du rapport d'accident du travail ;
- au délégué régional chargé de l'hygiène et de la sécurité du travail, ou à l'autorité qui en tient lieu, un exemplaire de cette déclaration.

Nota.

Lorsque la victime est un personnel affilié, pour les risques d'accident du travail, au régime général de la sécurité sociale, il n'y a lieu d'envoyer d'exemplaire de la déclaration qu'au service chargé de l'établissement des statistiques. Une déclaration est en revanche adressée, dans les vingt-quatre heures, à la caisse de sécurité sociale intéressée au moyen d'un imprimé du modèle établi par cette caisse.

Article 11.

Procédure particulière pour les délégués syndicaux.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

En ce qui concerne les délégués syndicaux mis en permanence à la disposition des fédérations syndicales à l'échelon national visés à l'article 5 ci-dessus, la fédération syndicale intéressée doit faire au service administratif auquel la victime est rattachée la déclaration de tout accident survenu dans le cadre de la mission syndicale. Elle établit un rapport détaillé sur l'accident, certifiant en particulier que celui-ci s'est bien produit soit par le fait ou à l'occasion de l'activité syndicale, soit au cours d'un trajet indemnisable, et y joint les documents nécessaires au service gestionnaire pour constituer le dossier initial d'accident du travail.

En raison des délais imposés par le CSS cette procédure devra être menée de toute urgence. D'après les éléments qui lui sont ainsi adressés, ce service rédige la déclaration réglementaire prévue à l'article 9 de la présente instruction, et fournit de toute urgence au service des pensions des armées les pièces réglementaires permettant d'établir les droits de la victime et poursuit en relation directe avec celle-ci ou ses ayants droit, les procédures qui incombent, habituellement, aux services employeurs (remise de la feuille à trois volets notamment). Copie en est adressée dans le même temps au service régional ou assimilé chargé des accidents du travail. Il convient de ne pas perdre de vue que les délais imposés pour le traitement de ce type de dossier sont les mêmes que ceux visés à l'article 10.

L'attention est appelée sur le fait que la remise à la victime de la feuille à trois volets n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'indemnisation de l'accident, ainsi que le dispose l'article R. 441-8 du CSS.

CHAPITRE II.

CARACTÈRE PROFESSIONNEL DE L'ACCIDENT. ÉTAT ANTÉRIEUR. RÉSERVES FEUILLE D'ACCIDENT.

Article 12.

Étude de la réalité et du caractère professionnel de l'accident.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Dès qu'il a connaissance, par quelque moyen que ce soit ⁽¹¹⁾ d'un accident, le chef d'établissement doit se préoccuper d'interroger ou de faire interroger la victime si possible et les témoins lorsqu'il y en a.

En cas d'accident de trajet et en cas d'accident grave, l'employeur invite les témoins ⁽¹²⁾ à remplir et à signer la demande de renseignements dont le modèle figure en annexe (imprimé N° 362*-04).

Cette pièce est envoyée au service des pensions des armées en même temps que la déclaration de manière à ce que ces documents parviennent dans les sept jours suivant la déclaration visée à l'article 10 de la présente instruction à cet organisme. Copie en est envoyée au service régional ou assimilé chargé des accidents du travail.

En cas d'accident de trajet et en cas d'accident grave, l'employeur invite les témoins ⁽¹²⁾ à remplir et à signer la demande de renseignements dont le modèle figure en annexe (imprimé N° 362*/04), cette pièce est envoyée au service régional ou assimilé chargé des accidents du travail, si possible en même temps que la déclaration et, en tout cas, dès qu'elle a été complétée.

Si l'employeur estime devoir émettre des réserves sur la réalité et le caractère professionnel de l'accident (ou de la maladie professionnelle) il devra les mentionner, en les motivant ainsi qu'il est dit à l'article 10.

A cette occasion l'attention est attirée sur les prescriptions de l' instruction 33 /DEF/DPC/HS du 20 juin 1977 (BOC, p. 2053) relative aux procédures à mettre en œuvre dans le cas d'accidents graves ou mortels.

Lorsqu'un accident survenu sur le lieu du travail n'a pas eu de témoins, l'employeur doit rendre compte des investigations effectuées pour s'assurer de sa réalité ; il précise notamment si, dans les moments qui l'ont suivi immédiatement, l'intéressé a signalé l'accident à ses camarades de travail ou à son chef, si ceux-ci (dont il convient d'indiquer les noms et qualités) ont constaté la blessure et si la victime est allée se faire soigner à l'infirmerie. Si au contraire la blessure n'a pas été immédiatement signalée et constatée, l'employeur précise à quelle date, à quelle heure et à qui elle a été déclarée.

En ce qui concerne les accidents de trajet, la rédaction de l'article L. 411-2 du CSS impose à la victime, ou à ses ayants droit, l'obligation d'apporter la preuve que toutes les conditions pour se prévaloir de cette législation sont remplies, à moins que l'enquête menée par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (*CHSCT*) ne permette à l'organisme responsable de disposer sur ce point de présomptions suffisantes. L'attention du personnel doit être appelée tout spécialement sur l'importance de cette disposition.

En tout état de cause, dans le cas des accidents graves voire mortels, il y a lieu de joindre au dossier le procès-verbal du *CHSCT*, ainsi que le compte rendu de l'enquête qu'il a menée.

Il est rappelé, en ce qui concerne les accidents graves ou mortels, que l'article L. 442-1 du CSS dispose que « lorsque, soit d'après les certificats médicaux transmis en exécution de l'article L. 441-6, soit d'après un certificat médical produit à n'importe quel moment à la caisse primaire par la victime ou par ses ayants droit, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale de travail ou lorsque la victime est décédée, la caisse primaire d'assurance maladie doit, dans les vingt-quatre heures, faire procéder à une enquête par un agent assermenté, agréé par l'autorité compétente de l'Etat ».

Aussi y a-t-il un réel intérêt, dans l'hypothèse considérée, à provoquer les témoignages et, à défaut de témoins, à réunir par tous les moyens les preuves de la matérialité de l'accident et des conditions dans lesquelles il est survenu.

Par ailleurs, en cas d'accident occasionné par un tiers, il y a le plus grand intérêt à s'assurer de son identité et de celle des témoins et, en outre, à faire établir immédiatement un constat par la gendarmerie, ou à défaut par la police, de manière à permettre d'établir les responsabilités respectives et d'augmenter les chances de faire aboutir favorablement le recours que la victime peut exercer en vue d'obtenir un complément de réparation par application des dispositions de droit commun.

L'attention du personnel doit également être appelée sur ce point (cf. art. R. 413-1 du CSS).

Article 13.
Etat antérieur.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Avant de reconnaître le caractère professionnel de l'accident, il est indispensable de s'assurer que la victime ne présentait pas déjà un « état antérieur » susceptible d'avoir favorisé l'apparition des lésions ou d'en avoir aggravé les conséquences.

Dans ces conditions, si l'employeur avait connaissance d'un « état antérieur », il conviendrait qu'il émette des réserves, dans les formes indiquées à l'article 10 de la présente instruction.

La déclaration d'accident devrait alors être accompagnée, si possible, de tous renseignements d'ordre médical permettant de déterminer si les lésions peuvent être imputées en totalité à l'accident qui les aurait provoquées, ou seulement partiellement et, dans cette hypothèse, d'apprécier si l'accident allégué a révélé ou aggravé un état préexistant.

Article 14.
Réserves.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Chaque fois que le caractère professionnel d'un accident, avec ou sans arrêt de travail, paraît contestable, l'employeur devra émettre des réserves. Ce sera notamment le cas lorsqu'il s'agit :

- d'une déclaration d'accident ou d'une constatation médicale tardive ;
- d'un accident de travail n'ayant provoqué aucune manifestation extérieure susceptible d'être effectivement confirmée par un témoin (simple algie par exemple) ;
- d'un accident de trajet survenu en dehors d'un délai normal ou de l'itinéraire habituellement emprunté ;
- d'une rixe sur le lieu du travail ou sur le trajet ;
- d'un malaise survenu sur les lieux du travail ou sur le trajet ;
- d'une déclaration de rechute dès lors que le lien entre l'aggravation et l'accident du travail n'est pas établi. Dans ce cas, l'avis du médecin de contrôle doit être impérativement joint au dossier.

Les chefs d'établissement en informent l'intéressé par écrit, sous pli recommandé avec demande d'avis de réception, dans le délai de vingt jours à compter de la date à laquelle ils ont eu connaissance de l'accident par quelque moyen que ce soit.

Dans les cas douteux, les chefs d'établissement saisissent immédiatement le SPA. Ils lui fournissent le maximum d'indications utiles qu'ils ont pu recueillir, éventuellement avec la collaboration des techniciens qualifiés, des agents de sécurité, du médecin de contrôle, des postes de garde, etc., et d'une façon générale tous renseignements susceptibles de lui permettre de disposer des éléments d'appréciation dont il a besoin pour prendre une décision sérieusement motivée.

Ils en informent immédiatement le service régional ou assimilé chargé des accidents du travail (13).

Selon le deuxième alinéa de l'article L. 371-5 du CSS, les prestations versées à tort au titre de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles restent acquises à l'intéressé, même s'il succombe à une action juridique en contestation du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Le souci d'éviter toute difficulté découlant du remboursement des sommes que pourrait avoir perçu indûment l'intéressé doit inciter à une mise en œuvre rapide et dans les conditions évoquées ci-dessus, de la procédure de contestation.

Remarques sur les cas de décès.

En tout état de cause, la formulation de réserves ne dispensera pas les chefs d'établissement de constituer et de faire parvenir dans le délai imparti par l'article 10 le dossier destiné au service des pensions des armées. »

Article 15. **Cas particuliers.**

(Modifié : 1er modificatif)

I. HERNIES.

Les déclarations d'accidents concernant les hernies doivent être accompagnées d'un certificat établi par le médecin de contrôle sur un imprimé N° 362*/05 dont le modèle est joint en annexe à la présente instruction.

En effet, la jurisprudence relative aux hernies constatées au cours du travail permet de préciser la position à suivre par les médecins de contrôle en ce qui concerne l'imputabilité d'une hernie à un accident du travail.

Du point de vue médical, cette question se trouve considérablement simplifiée du fait que toute hernie se révélant par extériorisation et douleur au cours du travail est présumée « accident du travail », même si elle a été favorisée par un état de faiblesse préexistant et il n'est pas nécessaire que le travail ait été la cause de la lésion, mais seulement l'occasion.

De cette jurisprudence, il résulte que la preuve contraire peut être rapportée uniquement s'il est démontré que la hernie existait avant l'accident, c'est-à-dire dans les deux cas suivants :

- la hernie a été constatée antérieurement à l'accident et figure dans les antécédents du sujet ;
- les caractères mêmes de la lésion, les circonstances de l'accident, l'absence de phénomènes généraux, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une hernie préexistante traumatisée au cours du travail.

Il reste entendu qu'une incapacité temporaire de travail motivée par un syndrome douloureux apparu au niveau d'une hernie préexistante, doit être prise en charge au titre de l'accident invoqué ; cette prise en charge n'implique pas nécessairement la reconnaissance d'une incapacité permanente de travail. S'il y a lieu à opération, l'entente préalable prévue à l'article 23 doit être demandée.

Par ailleurs, il est signalé que les hernies discales peuvent être prises également en compte au titre des maladies professionnelles, ainsi que le prévoient les tableaux nos 97 et 98 prévus par l'article L. 461-2 du CSS.

II. LUMBAGOS ET AUTRES ALGIES SANS LESION ANATOMIQUE EVIDENTE.

Chez tout sujet se plaignant pour la première fois de douleurs sans lésion anatomique évidente (algie vertébrale, irradiée ou non, et autre arthralgie, certaine névralgie, myalgie, etc.) ne nécessitant pas d'emblée un examen radiographique, survenues le plus souvent après un effort modéré ou minime, ou après un traumatisme peu important, le médecin de contrôle doit procéder à toutes investigations et notamment faire pratiquer le plus tôt possible, ou tout au moins avant de rédiger son certificat de consolidation, des examens radiologiques lui permettant de déceler tout état antérieur latent que l'accident du travail aurait révélé ou aggravé (cas notamment des arthroses et autres affections métaboliques).

Ces clichés servent de point de repère pour évaluer l'importance réelle de toute évolution ultérieure.

Le compte rendu des radiographies, comportant leur interprétation par le médecin, doit accompagner le dossier.

Il est nécessaire que la déclaration de l'accident précise la nature du travail auquel se livrait l'intéressé, le genre de matériel manipulé, son poids, etc.

Article 16.

Feuille d'accident.

(Modifié : 1er modificatif)

(Art. L. 371-5, L. 441-5 et L. 441-6 ; R. 441-8 et R. 441-10 à R. 441-15 du CSS.)

L'employeur remet le plus tôt possible à la victime une feuille d'accident. Il est interdit d'y mentionner le nom d'un praticien, d'un pharmacien, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque.

La feuille d'accident permet au blessé de recevoir les soins nécessaires des médecins et des auxiliaires médicaux, de se faire hospitaliser s'il y a lieu, et de se procurer les médicaments, le tout chez les praticiens et fournisseurs de son choix et sans avoir à faire l'avance des frais et honoraires afférents au traitement, ceux-ci devant être réglés directement par l'employeur.

Il convient d'utiliser l'imprimé N° 362*/06 annexé à la présente instruction. Ces formules comportent trois feuillets : l'un est remis par la victime au médecin qui le renvoie à l'employeur avec l'indication de ses honoraires ; un deuxième feuillet est destiné au pharmacien qui l'utilise de la même manière ; un troisième sert de récapitulatif aux interventions des médecins et des auxiliaires médicaux et aux fournitures pharmaceutiques (il est remis à l'employeur par la victime après guérison ou consolidation de la blessure ou lorsque cette feuille est entièrement utilisée).

L'employeur veille à ce que la feuille d'accident précise le service ou l'établissement (désignation et adresse complète) auquel le praticien, le pharmacien, etc., doivent adresser les feuillets susvisés. Il s'agit en l'occurrence du service qui verse le salaire de la victime.

Il est rappelé que, selon les dispositions combinées des articles L. 441-5 et R. 441-8 du CSS, la délivrance de la feuille à trois volets par l'employeur n'entraîne pas de plein droit la reconnaissance de la qualité d'accident du travail et la prise en charge, à ce titre, de l'indemnisation. Dans le cas où le SPA ne reconnaîtrait pas l'imputabilité de l'accident au service, il est précisé que la victime aurait droit aux prestations de l'assurance maladie.

Au cas où le caractère professionnel de l'accident aurait été initialement admis mais où, après examen de contrôle, la relation entre ledit accident et la lésion invoquée semblerait contestable, l'employeur mettrait en œuvre la procédure d'expertise médicale prévue aux articles L. 141-1 à L. 141-3 et R. 442-1 du CSS.

CHAPITRE III.

PREMIÈRES CONSTATATIONS MÉDICALES.

(Art. L. 371-5, L. 441-5, L. 442-8 et L. 482-5, R. 441-8, R. 441-9, R. 442-1 et R. 442-16 du CSS.)

Article 17.

Certificat médical initial.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Le médecin traitant renseigne le certificat médical (qu'il s'agisse du modèle N° 362/07 ou de celui utilisé couramment par les organismes de sécurité sociale) en indiquant les nom, prénoms et adresse du blessé, les conséquences suffisamment détaillées de l'accident, les suites éventuelles, la durée probable de l'incapacité du travail et les prescriptions à observer (repos au lit ou à la chambre, ou heures de sorties autorisées). Il adresse

directement ce certificat à l'employeur et remet un double à la victime.

Article 18.

Contrôle médical initial.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

L'employeur communique la déclaration d'accident et les certificats du médecin traitant au médecin de contrôle de l'établissement.

Celui-ci est le représentant de l'administration et remplit donc dans ces conditions des fonctions analogues à celles du médecin-conseil de la sécurité sociale. Ce rôle est en général tenu par un médecin des armées ⁽¹⁴⁾ ou par un médecin civil conventionné à cette fin. Ses attributions, à ce stade, sont :

- de vérifier les déclarations du médecin traitant ;
- de préciser l'état de la victime ;
- de rechercher, de manière non invasive, les données médicales relatives à cet état ;
- d'évaluer les propositions du médecin traitant.

S'il le juge nécessaire, le service des pensions des armées demande au médecin de contrôle de procéder à un examen du blessé ainsi que les articles R. 442-1 et R. 442-16 (1^{er} alinéa) du CSS lui en donnent droit.

De son côté, le médecin de contrôle doit effectuer cet examen de sa propre initiative s'il ne partage pas l'opinion de son confrère au sujet de l'imputabilité des lésions à l'accident invoqué, si la durée de l'indisponibilité prévue lui semble dépasser le temps nécessaire au « rétablissement du blessé » ou si la présomption d'un « état antérieur » (voir Article 13 ci-dessus) lui paraît devoir appeler des réserves.

Ces examens doivent être effectués dans les délais prévus à l'article 10. En cas d'impossibilité, il appartient à l'établissement de le signaler au SPA pour que celui-ci puisse mettre en œuvre les enquêtes complémentaires prévues par l'article R. 441-14 du CSS.

Lorsqu'il est fait état pour la première fois d'une lésion ou d'une maladie comme se rattachant à un accident du travail et dont l'existence ne découle pas des éléments d'information reçus lors de la déclaration, ou que le médecin de contrôle émet des doutes sur cette relation, l'employeur doit émettre des réserves sur le caractère professionnel auprès du service des pensions des armées.

CHAPITRE IV.

EXPERTISES. AUTOPSIE. ENQUÊTE.

Article 19.

Expertise.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

(Art. L. 141-1 à L. 141-3, R. 141-1 à 141-8, R. 442-1 à 442-15 et D. 442-2 du CSS.)

I. MISE EN ŒUVRE.

En cas de désaccord entre le médecin de contrôle et le médecin traitant sur l'état de la victime, notamment sur la relation entre l'accident et la lésion, ou lors de l'émission des réserves en matière de prise en charge (en matière de prise en charge de traitements médicaux, de l'imputabilité des rechutes à l'accident, etc.), à l'exclusion des contestations portant sur le taux d'incapacité permanente partielle (*IPP*), l'établissement employeur fait immédiatement application des dispositions de l'article R. 442-1 pris en application des articles

L. 141-1 et suivants du *CSS* qui prévoient une expertise médicale confiée en principe à un médecin unique et, dans certains cas, prévus par l'article D. 461-5 du *CSS* et faisant l'objet de tableaux mentionnés à cet article, à un collège de trois médecins.

Cette expertise devra faire l'objet d'une déclaration auprès du *SPA*, afin que celui-ci mette en place la procédure prévue à l'article 441-14 du *CSS*. R

Dans les cas suivants cette expertise doit être systématiquement provoquée :

- s'il y a désaccord entre le médecin traitant et le médecin de contrôle sur l'opportunité et les modalités de la reprise d'un travail léger avant guérison ou consolidation ;
- en matière de fixation de la date de guérison ou de consolidation, lorsque, le certificat final descriptif n'ayant pas été fourni par le médecin traitant, le médecin de contrôle estime cependant que la guérison ou la consolidation est acquise, ou lorsque, le certificat final descriptif ayant été fourni, le médecin de contrôle est en désaccord sur la date de guérison ou de consolidation proposée par le médecin traitant.

L'établissement employeur devra toutefois faire parvenir le dossier de l'accident au *SPA* dans le délai de sept jours, conformément à l'article 10, sans attendre le rapport de l'enquête.

L'expertise peut être provoquée non seulement par l'établissement employeur, mais aussi par le *SPA* ainsi que par des instances contentieuses instituées par l'article L. 142-2 du *CSS*. C'est le cas, notamment, selon l'article R. 142-22 du *CSS*, en ce qui concerne le tribunal des affaires de sécurité sociale (*TASS*). Elle peut également être demandée par l'accidenté qui, dans ce cas, par lettre recommandée ou déposée contre récépissé à l'établissement employeur, doit préciser l'objet de la contestation et indiquer le nom et l'adresse de son médecin traitant.

Aucune disposition n'ayant fixé un délai spécial, l'intéressé peut requérir l'expertise jusqu'à prescription de son droit à indemnité (cf. prescription de deux ans prévue à l'article L. 431-2 du *CSS*).

En vue de la désignation du médecin expert, le médecin de contrôle de l'établissement employeur est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent, soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical, soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime, soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Le médecin de contrôle et le médecin traitant désignent d'un commun accord un praticien figurant sur la liste des experts agréés en matière de sécurité sociale par les cours d'appel, qui ne peut être ni un médecin ayant soigné le blessé, ni un médecin du corps des médecins des armées ou lié par contrat avec le ministère de la défense. Au cas où cette désignation ne pourrait être faite d'un commun accord dans le délai d'un mois elle serait prononcée par le directeur des affaires sanitaires et sociales. On a également recours à cette procédure lorsque le médecin traitant est attaché à l'administration des armées.

II. PROTOCOLE.

L'établissement employeur adresse à l'expert dans les délais les plus courts, sous pli recommandé avec demande d'avis de réception, une demande d'expertise accompagnée obligatoirement d'un protocole. Ce document doit mentionner l'avis du médecin traitant, celui du médecin de contrôle, la mission confiée à l'expert, l'énoncé précis des questions qui lui sont posées, à savoir, notamment :

- préciser s'il existait un état antérieur clinique et radiologique et, dans l'affirmative, le décrire ;
- dire si l'accident en cause a entraîné des séquelles propres et faire connaître la gêne fonctionnelle qu'elles entraînent ;
- dire si l'accident a provoqué des lésions nouvelles et les décrire le cas échéant ;

- fixer la date de consolidation ou de guérison des séquelles précitées, en précisant s'il y a retour ou non à l'état antérieur.

En outre, lorsque l'expertise est demandée par la victime, il convient d'indiquer les motifs invoqués à l'appui de la demande.

Dans toute la mesure du possible, le médecin de l'administration qui rédige le protocole et assiste à l'expertise est celui qui a précédemment suivi la victime. A ce protocole doivent être joints :

1. Une note indiquant l'âge de l'accidenté, sa profession, les accidents dont il a été victime antérieurement, les infirmités et affections préexistantes, la date et les circonstances de l'accident en cause, la période d'incapacité temporaire entraînée par ce dernier et éventuellement les rechutes.
2. Les certificats médicaux fournis par la victime, ceux qui ont été établis par les médecins de l'administration et, le cas échéant, le résultat des examens spéciaux (radiologie, laboratoire, examens de spécialistes).

Il doit être rappelé que l'expert doit adresser, dans les quarante-huit heures de l'examen, une copie de ses conclusions motivées à la victime et à l'administration.

III. EXAMEN DE LA VICTIME.

L'expert informe immédiatement celle-ci des lieu, date et heure de l'examen, par lettre recommandée avec avis de réception. Il en avertit également selon les mêmes formes le médecin de contrôle et le médecin traitant qui peuvent y assister. Il doit procéder à cet examen dans les cinq jours suivant la réception du protocole et établir sans délai des conclusions motivées, dont il adresse, dans les quarante-huit heures qui suivent l'examen, un exemplaire à la victime et un autre au service médical de l'établissement employeur.

Enfin, il dépose son rapport au service médical susvisé avant l'expiration du délai d'un mois à compter de la réception du protocole. Ce rapport doit mentionner expressément que son auteur agit en qualité d'expert désigné dans les conditions prévues par l'article R. 141-4 du CSS.

Il doit comporter : le rappel du protocole, l'exposé des constatations faites par l'expert, la discussion des points qui lui ont été soumis et les conclusions motivées visées ci-dessus.

Ce rapport est envoyé au SPA pour décision.

A cette occasion, l'intéressé peut, s'il le désire, prendre connaissance des conclusions de l'expert par l'intermédiaire d'un médecin. La décision prise par l'administration à la suite de cette expertise s'impose à la victime ; celle-ci est en droit, selon l'article R. 142-18 du CSS, de contester cette décision ainsi que la régularité de l'expertise dans un délai de deux mois, à compter de la date de sa notification, devant les instances du contentieux général de la sécurité sociale.

Au vu de l'avis technique, le juge peut, sur demande d'une partie (la victime comme l'administration), ordonner une nouvelle expertise.

La régularité de l'expertise peut donc être contestée également par l'administration. Il est rappelé en outre que les experts ne sont pas compétents pour déterminer le taux d'IPP consécutif à un accident du travail ⁽¹⁵⁾, mais ils peuvent à titre indicatif proposer un taux d'IPP.

IV. DECISION.

Par ailleurs, l'attention est appelée sur l'article R. 141-5 du CSS, aux termes duquel l'administration doit notifier à la victime, dans un délai maximum de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées, la décision qu'elle a prise sur le vu de l'avis de l'expert. Il est donc indispensable que l'employeur adresse au service des pensions des armées, le plus rapidement possible, sous pli confidentiel, une copie des conclusions

motivées et une copie du rapport d'expertise.

Le SPA prend immédiatement une décision et fait parvenir à l'employeur la notification que celui-ci doit adresser à la victime par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La décision prise à la suite de l'avis de l'expert est exécutoire par provision, nonobstant toute contestation (les litiges portant sur ce point sont portés devant le TASS, voir Article 93).

Bien entendu, cette décision n'est pas à prendre si l'expertise a été ordonnée par une juridiction du contentieux de la sécurité sociale ; dans ce cas, l'employeur transmet les conclusions motivées et le rapport de l'expert au secrétariat de ladite commission dans les quarante-huit heures qui suivent la réception de ces pièces.

V. FRAIS.

Conformément à l'article L. 442-8 du CSS, les frais d'expertise comprennent les dépenses suivantes :

- a). Honoraires de l'expert.
- b). Honoraires du médecin traitant s'il assiste à l'expertise.
- c). Frais de déplacement de l'expert et du médecin traitant lorsque la victime n'a pu se déplacer.
- d). Frais de déplacement de la victime lorsqu'elle doit quitter la commune de sa résidence ou celle de son lieu de travail pour se rendre à la convocation de l'expert.
- e). Eventuellement, frais d'examens complémentaires ou d'analyses prescrits par l'expert.

Pour ces trois premières catégories de frais, les dépenses remboursables sont fixées selon l'article R. 141-7 du CSS et réglées dans la limite de ce qui est prévu par un arrêté interministériel sécurité sociale-budget.

Il appartient aux établissements employeurs qui ne seraient pas en possession de la documentation relative aux tarifs en vigueur de consulter à ce sujet la caisse primaire d'assurance maladie la plus proche.

Les frais et honoraires susvisés sont payés par l'employeur sur les crédits qui supportent le paiement des frais médicaux (chap. 33-91, budget de fonctionnement des établissements). Toutefois, si l'expertise a été faite à la demande de la victime, l'employeur peut demander au TASS, lorsque la réclamation est manifestement abusive, de mettre à la charge de l'intéressé tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux expertises et examens alors effectués (art. L. 442-8, 3e alinéa du CSS).

Il est signalé par ailleurs que la procédure d'expertise, rappelée dans les alinéas qui précèdent, est applicable, en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, aux litiges relatifs aux soins dentaires et aux appareils de prothèse dentaire (désignation d'un chirurgien-dentiste expert par le praticien traitant et le médecin ou chirurgien-dentiste de contrôle, envoi d'un protocole, expertise, etc.).

Article 20.

Contrôle de la relation entre un accident et le décès de la victime. Autopsie.

(Art. L. 442-4 et L. 443-1 et D. 443-1 du CSS.)

(Modifié : 1^e modificatif)

En cas d'accident du travail suivi de mort, le chef d'établissement doit en avertir de toute urgence le service des pensions des armées, afin que celui-ci puisse demander de faire procéder éventuellement à une autopsie dans les conditions prévues à l'article L. 441-4 du CSS :

- lorsque les ayants droit de la victime la sollicitent ;

- ou, avec l'accord préalable de ces derniers, lorsque la relation entre l'accident et le décès n'est pas nettement établie.

Cette demande doit être faite soit au juge du tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident s'est produit, soit dans le cas où l'intéressé est inhumé dans une autre région, au juge d'instance compétent territorialement.

Si les ayants droit s'opposent à l'accomplissement de l'autopsie demandée, le service des pensions des armées veille à ce que l'intérêt qui s'attache à cet acte soit bien compris par les ayants droit et les informe des conséquences de leur refus. En effet, le même article L. 442-4 du *CSS* précise que dans ce cas c'est aux ayants droit qu'il incombe d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès ; ce qui leur fait donc perdre le bénéfice de la présomption d'imputabilité déduite de l'article L. 411-1 du même code.

S'il s'agit d'un décès consécutif à un accident de trajet, cette preuve incombe aux ayants droit, quand ils refusent l'autopsie, à moins que l'enquête ne permette à l'administration de disposer de présomptions suffisantes (art. L. 411-2 du *CSS* ; voir Article 12 de la présente instruction).

De même, si le décès survient un certain temps après l'accident, soit au cours de la période de soins, soit même après la guérison apparente ou la consolidation, les ayants droit ne peuvent se prévaloir de la présomption d'origine ; en cas de doute, l'employeur demande l'autopsie, dans les conditions précitées, en vue d'établir l'existence ou l'absence de relation de cause à effet requise.

Dispositions particulières.

Cependant, les articles L. 443-1 (4e alinéa) et D. 443-1 du *CSS* instaurent une dérogation au principe selon lequel la charge de la preuve incombe aux ayants droit ; ceci dans le cas où la victime, atteinte d'une incapacité permanente totale, bénéficierait en outre de l'allocation pour tierce personne depuis au moins dix ans.

Dans ce cas, l'ayant droit qui a effectivement assuré le rôle de tierce personne pendant cette même période de dix ans n'a plus à rapporter la preuve de l'imputabilité du décès à l'accident ou à la maladie professionnelle.

Dans tous les cas énoncés ci-dessus, et afin que le *SPA* puisse se prononcer sur le caractère professionnel du décès, l'employeur devra lui transmettre dans les quarante-huit heures et sous pli confidentiel médical le certificat de décès portant indication des causes de celui-ci accompagné des pièces mentionnées à l'article 10 1^o, ainsi que des pièces médicales se rapportant au décès (feuille d'observation en milieu hospitalier, certificat du médecin traitant sur le processus évolutif de la lésion ou tout autre document que le médecin de l'établissement peut utilement réclamer en vue de la manifestation de la vérité).

Article 21.

Enquête.

(Modifié : 1er modificatif)

(Art. L. 442-1 à L. 442-3 et D. 442-1 du *CSS*.)

Il y a lieu à enquête en cas de maladie professionnelle susceptible d'entraîner la mort ou si l'accident a été suivi de mort, ou bien si, d'après un certificat médical, la blessure paraît devoir entraîner au moins une incapacité permanente totale de travail (d'où nécessité de provoquer l'enquête en cas d'infirmité apparue seulement au bout d'un temps plus ou moins long, même après guérison et reprise du travail). Aussi, est-il nécessaire de joindre le procès-verbal du *CHSCT* et le rapport d'accident.

Dans le cas d'une maladie professionnelle susceptible d'entraîner la mort, l'enquêteur devra se renseigner auprès des employeurs antérieurs sur l'existence du risque et la réalité de l'exposition de la victime à ce risque. A cet effet, les intéressés devront renseigner le questionnaire dont le modèle figure en annexe (imprimé N° 362*/09 bis).

L'enquête est confiée aux agents assermentés agréés par le ministre chargé de la santé publique et de la sécurité sociale. Il incombe à l'employeur de la provoquer dans les vingt-quatre heures qui suivent la réception des comptes rendus ou certificats permettant de constater qu'on se trouve dans un des cas visés ci-dessus. La demande d'enquête doit être faite en utilisant l'imprimé N° 362*/09 (en annexe).

L'employeur communique à l'enquêteur copie de la déclaration d'accident, du ou des certificats médicaux, le cas échéant des documents faisant état des premières constatations, ainsi que les nom et adresse des témoins et relevés des salaires perçus pendant les douze mois qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident (voir à l'Article 63 le mode d'établissement de ce relevé). Il lui adresse également des exemplaires en blanc de ceux des imprimés N° 362*/10 A à N° 362*/10 H (jointes en annexe) correspondant au cas particulier dont il s'agit et au nombre de personnes qui doivent être entendues (employeur, victime, témoins).

L'employeur doit adresser le dossier directement à cet agent sans passer par l'intermédiaire de la caisse d'assurance maladie ou du tribunal d'instance.

L'employeur participe à l'enquête.

Parmi les renseignements que doit recueillir l'enquêteur, ceux qui intéressent surtout l'employeur sont :

- la matérialité et le caractère professionnel de l'accident (admis ou contesté) ;
- les circonstances pouvant diminuer ou augmenter les charges de l'Etat (faute de la victime, de l'employeur ou d'un tiers) ;
- le salaire (éléments permettant de déterminer le salaire de base de l'indemnité journalière et de la rente) ;
- les accidents du travail ayant, le cas échéant, frappé antérieurement la victime.

Le représentant de l'administration ne doit pas se borner à répondre aux questions posées. S'il estime utile de faire préciser la déclaration d'un témoin ou de la victime sur un point déterminé, il demande à l'enquêteur de recueillir cette précision.

Il doit s'opposer à la désignation d'experts techniques chargés d'enquêter à l'intérieur des établissements où s'effectuent des travaux couverts par le secret de la défense nationale, le rôle de ces experts étant dévolu, dans les établissements militaires, aux fonctionnaires chargés de la surveillance ou du contrôle desdits établissements (art. L. 442-3 du CSS). Ce rôle peut être tenu par l'agent ingénieur ou l'agent chargé de la sécurité (16).

Selon l'article R. 442-14 du CSS, l'enquête doit être close dans les quinze jours qui suivent la réception des pièces par l'enquêteur. Le dossier est remis à l'employeur qui, par lettre recommandée et en utilisant l'imprimé N° 362*/11 joint en annexe, informe la victime ou ses ayants droit qu'ils peuvent en prendre connaissance dans les cinq jours qui suivent la réception de la lettre (R. 442-15, 2e alinéa du CSS). Une copie du procès-verbal d'enquête leur est adressée.

Pour le règlement des frais d'enquête, voir plus loin l'Article 97.

TITRE III.

SOINS. CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF. CURES THERMALES. PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE. RÉADAPTATION.

CHAPITRE PREMIER.

SOINS. CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF.

Article 22.

Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, etc.

(Art. L. 431-1 et R. 431-1 ainsi que L. 432-4 et R. 432-2 du CSS.)

Les prestations accordées aux bénéficiaires de cette réglementation comprennent : les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, les frais d'hospitalisation, les frais d'appareillage (voir Article 36 à Article 41), les frais de transport de la victime du lieu de l'accident à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier, et, d'une façon générale les frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement professionnel.

La victime qui présente la feuille d'accident réglementaire n'a pas à faire l'avance des frais ci-dessus (sauf des frais de déplacement le cas échéant). Elle peut cependant avoir à régler elle-même à un médecin des honoraires supplémentaires dans le cas exceptionnel de dépassement du tarif normal lorsqu'un tel dépassement est justifié par la notoriété du praticien ou par toute autre circonstance particulière appréciée conformément à l'article L. 162-35 du CSS.

Sauf dans les cas susvisés, les frais et honoraires sont payés directement par l'employeur aux médecins, chirurgiens, auxiliaires médicaux, pharmaciens et établissements hospitaliers.

Les tarifs applicables sont ceux de l'assurance maladie, sous réserve des dispositions spéciales fixées par l'arrêté interministériel du 13 novembre 1986.

Ces tarifs variant suivant les départements, les établissements doivent s'adresser aux caisses primaires d'assurance maladie pour connaître les tarifs en vigueur les concernant.

Par ailleurs, en matière de frais de transports, les articles R. 322-10 et suivants du CSS, pris pour l'application de l'article L. 321-1 du CSS, distinguent deux catégories de frais pouvant faire l'objet d'un remboursement :

- les frais de transport sanitaires terrestres de l'assuré ou de ses ayants droit par ambulance ou par des véhicules sanitaires légers ;
- les frais de transport non sanitaires au moyen de taxis, véhicules personnels ou transports en commun (y compris les avions ou bateaux de ligne régulière) de l'assuré ou d'une personne accompagnant l'assuré ou d'un ayant droit lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers.

Le remboursement, pour lequel sont exigées une prescription médicale ainsi qu'une facture, est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite la plus proche.

Nota. — Les vêtements ou biens divers portés par la victime au moment de l'accident du travail ne sont pas susceptibles de donner lieu à indemnisation, au titre de cette réglementation.

Article 23.

Contrôle des frais.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Les notes de frais et honoraires des médecins, des auxiliaires médicaux et des établissements hospitaliers ainsi que les notes des pharmaciens et des laboratoires doivent être soumises, avant paiement, au médecin de contrôle pour lui permettre de s'assurer qu'elles ne présentent pas un caractère abusif. Le décompte de ces notes fait l'objet d'une vérification effectuée par l'employeur à l'aide de renseignements recueillis auprès de la caisse primaire d'assurance maladie ⁽¹⁷⁾ (art. L. 432-3 et R. 432-1 du CSS).

Les frais pharmaceutiques ne peuvent être pris en charge que s'ils correspondent à des médicaments remboursables. En particulier, les spécialités pharmaceutiques ne sont payées par l'administration que lorsqu'elles figurent sur la liste établie par un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les frais d'hospitalisation sont remboursés à l'hôpital par l'employeur sur la base du tarif applicable en matière d'assurance maladie.

La victime conserve le libre choix de son médecin, de son pharmacien, et le cas échéant, des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin (art. L. 432-2 du CSS).

Les frais de séjour, de traitement et éventuellement, de transport de la victime dans un établissement de soins de toute nature à caractère privé, ne sont remboursés que si cet établissement est autorisé à dispenser ses soins aux assurés sociaux (art. L. 162-21 et suivants du CSS), dans les conditions prévues aux articles L. 432-4 et R. 432-2 du CSS. Si les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement hospitalier public, de même nature, le plus proche, le remboursement se fait, sauf circonstances exceptionnelles, dans les conditions prévues par l'assurance maladie.

Dans ce cas, la victime ou ses ayants cause doivent payer le montant de la différence entre les deux tarifs. Il appartient donc à l'employeur d'informer d'urgence les intéressés qu'ils ont intérêt à choisir un service hospitalier public ou ayant passé une convention avec la sécurité sociale.

Il ne pourra être fait exception à ces prescriptions que :

1. Dans le cas de transport d'urgence dans la clinique la plus proche immédiatement après l'accident.
2. Dans des cas tout à fait exceptionnels, par exemple, lorsqu'il s'agit d'une opération chirurgicale particulièrement délicate qui ne peut être effectuée que par un spécialiste n'opérant que dans une clinique privée. Toutefois le remboursement exceptionnel des frais de clinique dépassant le tarif de la sécurité sociale devra faire l'objet d'une correspondance spéciale adressée au SPA préalablement à l'admission de la victime dans une clinique privée non conventionnée.

Il est rappelé que le ministère de la défense, du fait du régime spécial qui est le sien, possède tout comme la sécurité sociale le droit d'exercer le contrôle tant médical qu'administratif des accidentés. En conséquence, les dispositions figurant sur la nomenclature générale des actes professionnels (arrêté du 27 mars 1972) telles qu'elles sont reprises par le règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles, sont applicables de plein droit aux établissements des armées, et il incombe aux directeurs de ces établissements de les faire respecter.

Aux termes de ces dispositions, certains actes de la nomenclature (suivis de la lettre E) ne peuvent être payés que si l'établissement a préalablement accepté de les prendre en charge sur le vu d'une demande d'entente préalable, remplie et signée par le praticien qui doit dispenser l'acte et envoyée par lui au service médical de l'établissement (18). Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien effectue l'acte, mais il remplit la formalité susvisée en portant sur la demande la mention « acte d'urgence ».

Il faut noter que des traitements non codifiés peuvent toutefois être partiellement remboursés dans des cas justifiant particulièrement leur emploi.

Par ailleurs, l'attention doit être appelée plus particulièrement sur trois catégories de prestations dont les ententes préalables émanent, en vertu du décret n° 81-937 du 12 octobre 1981 (BOC, p. 4741) modifié, d'autorités différentes, selon la catégorie de personnel intéressé.

A) LES CURES ET SEJOURS.

Il s'agit des :

- cures préventoriales ou sanatoriales ;
- cures thermales ou climatiques ;
- admissions dans une maison de convalescence ou de repos.

L'accidenté doit adresser la demande d'entente préalable à son établissement dans un délai raisonnable (environ 2 mois) avant la date projetée pour la cure.

L'administration est tenue de répondre dans les vingt et un jours qui suivent la réception de cette demande. A défaut de réponse dans ce délai (voir les Article 30 à Article 35 ci-après), le silence de l'administration vaut acceptation.

Il est rappelé qu'une cure ne peut être prise en charge au titre d'une rechute. En effet, une cure a pour objet de prévenir une aggravation, alors qu'une rechute, conformément à l'article L. 443-2 du CSS, implique un fait nouveau constitué soit :

- par l'aggravation de la lésion dont est atteinte la victime ;
- par l'apparition d'une lésion résultant de l'accident.

B) LA READAPTATION FONCTIONNELLE.

Il s'agit du traitement de nature à favoriser la guérison ou la consolidation, ou à atténuer le degré d'IPP.

C) APPAREILLAGE.

Il y a lieu, en ce qui concerne les modalités spéciales de la fourniture d'appareils de prothèse et d'orthopédie (appareillage, lunettes, prothèse dentaire) de se reporter aux articles 36 et suivants de la présente instruction.

Dans le cas d'un désaccord entre le médecin traitant et le médecin de l'administration au sujet de la prise en charge de l'un des traitements à la formalité de l'entente préalable, l'employeur après avoir pris, si besoin est, l'avis d'un spécialiste doit faire procéder à la désignation d'un expert conformément aux dispositions des articles L. 141-1 et R. 442-1 du CSS.

Les frais de cette nature (médicaux, pharmaceutiques, etc.) ainsi que les frais de cure (voir Article 34) ne doivent jamais être imputés sur le chapitre qui supporte le paiement des rentes ⁽¹⁹⁾ mais sur celui auquel sont inscrits les crédits destinés au paiement des prestations et versements obligatoires ⁽²⁰⁾. Quand les services ne disposent pas de crédits inscrits à ce dernier chapitre, les frais indiqués ci-dessus doivent être imputés sur les crédits de matériel et, dans les établissements où il n'en existe pas, sur les crédits de fonctionnement du service.

Article 24.

Contrôle médical pendant la période d'incapacité temporaire.

(Modifié : 1^e modificatif)

(Art. R. 442-16 du CSS)

L'article 18 de la présente instruction a traité du contrôle médical pendant les premiers jours qui suivent l'accident. L'employeur, qui a le droit de faire vérifier à tout moment l'état des blessés et des malades auxquels il sert des prestations, doit exercer ce contrôle pendant toute la durée de l'incapacité temporaire. Afin d'éviter la prolongation abusive ou la prise en charge d'une affection sans relation avec l'accident du travail, il convoque à cet effet la victime qui sera examinée par le médecin de contrôle ⁽²¹⁾.

Ainsi, un tel examen aura lieu obligatoirement, sera très souhaitable à l'issue du quatrième mois d'arrêt de maladie ainsi qu'à la fin du huitième mois de soins.

L'intéressé est tenu de présenter à toute réquisition du médecin de contrôle des certificats médicaux, radiographies, résultats d'examens de laboratoire et ordonnances en sa possession, ainsi que la feuille d'accident. Il doit faire connaître, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles dont il a été victime antérieurement et, au cas où il s'agit d'une rechute, fournir tous les renseignements qui lui sont

demandés sur son état de santé antérieur. Le médecin de l'administration ne lui fait aucune communication à l'issue des examens de contrôle, mais les décisions prises à la suite de ceux-ci lui sont notifiées immédiatement. Pour tous les actes de contrôle médical, l'intéressé a le droit de se faire assister par son médecin ; des honoraires spéciaux sont prévus pour ce dernier par arrêté du 13 novembre 1986.

Article 25.

Obligations de la victime.

Les victimes sont tenues d'observer rigoureusement les prescriptions du médecin traitant, notamment le repos au lit ou à la chambre s'il a été ordonné. Elles ne doivent quitter leur domicile que si le praticien l'a prescrit dans un but thérapeutique et seulement aux heures de sortie autorisées indiquées sur le certificat et qui doivent être comprises obligatoirement dans l'horaire fixé par le chef d'établissement (22). Il doit être porté à la connaissance du personnel et affiché de façon très apparente. Des autorisations spéciales peuvent, toutefois, être accordées, compte tenu des besoins particuliers du blessé.

En l'absence d'indication du médecin traitant relative aux heures de sortie autorisées, l'horaire fixé par l'employeur comme il est dit ci-dessus est applicable de plein droit et les sanctions prévues par la législation pourraient, le cas échéant, être prises.

Les intéressés ne peuvent être autorisés par l'employeur à sortir de la localité que dans un but thérapeutique justifié par ordonnance médicale ou pour une raison personnelle reconnue valable. Si leur envoi en convalescence est jugé nécessaire, ils doivent en aviser l'employeur avant leur départ et attendre l'autorisation de celui-ci qui leur indique, s'il y a lieu, la manière dont le contrôle médical sera exercé pendant la durée de la convalescence.

Sauf dans le cas de reprise d'un travail léger autorisé dans les conditions prévues par l'article L. 433-1 (dernier alinéa) du CSS, ils ne doivent se livrer, au cours de la période d'incapacité temporaire, à aucun travail rémunéré ou non, ni à aucune activité sportive sauf avec autorisation du médecin et dans les limites fixées par celui-ci.

Article 26.

Contrôle administratif, sanctions, frais abusifs.

(Art. L. 216-6 et R. 442-16 du CSS.)

L'employeur vérifie que les prescriptions rappelées au présent article sont observées par les intéressés, en particulier que ceux-ci ne quittent pas leur domicile (sauf aux heures de sortie autorisées) et qu'ils ne travaillent pas. Ce contrôle administratif, indépendant du contrôle médical rappelé à l'article 24, s'effectue dans les conditions prévues par l'assurance maladie.

Aucun bénéficiaire de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ne peut se soustraire aux divers contrôles indiqués aux articles 24 et 25. En cas de refus, le service des prestations et des indemnités est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible et cette suspension est notifiée à l'intéressé.

Par ailleurs, si celui-ci enfreint volontairement les prescriptions du médecin traitant ou la réglementation indiquée dans le présent article, il peut lui être retenu, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités dues pendant la période d'incapacité temporaire (23).

L'exercice des sanctions pécuniaires visées ci-dessus est réservé à l'appréciation exclusive de la direction centrale dont relève la victime. Cette direction est saisie, dans chaque cas d'espèce, par le chef de l'établissement employeur qui joint à son compte rendu des propositions motivées et un avis personnel sur la manière de servir de l'intéressé.

Enfin l'employeur poursuit le recouvrement des frais abusifs occasionnés par l'inobservation des dispositions qui précèdent.

CHAPITRE II.
CERTIFICAT FINAL DESCRIPTIF (GUÉRISON, CONSOLIDATION).

(Art. L. 442-6, R. 433-17 et R. 442-18 du CSS.)

Article 27.

Etablissement du certificat final descriptif par le médecin traitant.

Qu'il s'agisse d'une guérison ou d'une consolidation, le médecin traitant ou le spécialiste établit un certificat final descriptif en proposant une date pour fixation de la guérison ou de la consolidation et, éventuellement, un pourcentage pour l'évaluation de l'incapacité permanente (imprimé N° 362*/07 joint en annexe).

Ce certificat doit être suffisamment détaillé pour éviter les difficultés ou les contestations ultérieures.

Article 28.

Etablissement du certificat de consolidation ou de guérison par le médecin de contrôle.

A la fin de la période d'incapacité temporaire, l'employeur doit soumettre le blessé à l'examen du médecin de contrôle de l'établissement.

Dans le cas où le certificat médical établi par le praticien visé à l'article 27 fait apparaître soit une guérison, soit une consolidation à 0 p. 100 pour simplifier la procédure et éviter une perte de temps, il suffit que le médecin de contrôle appose sur cette pièce simplement son visa (signature et cachet).

Dans les autres cas, en se basant sur le certificat établi par le praticien susvisé, le médecin de contrôle établit à son tour soit un certificat de consolidation, soit un certificat final descriptif de guérison, selon le cas.

1. Si l'intéressé est guéri, le médecin de contrôle établit le certificat de guérison sur l'imprimé N° 362*/07 (joint en annexe).

2. Si l'intéressé est atteint d'une réduction de sa capacité de travail, le médecin de contrôle établit le certificat de consolidation sur l'imprimé N° 362*/12 (joint en annexe) ; il y mentionne expressément sa qualification (médecin des armées, médecin civil conventionné, etc.).

L'employeur fournira au médecin de contrôle tous renseignements et documents en sa possession (déclaration et éventuellement procès-verbal d'enquête de l'accident ; certificats médicaux : initial, de prolongation d'arrêt de travail éventuellement, final descriptif du médecin traitant, d'expertise ou de médecins consultants ; résultats des examens spéciaux : radiologiques, chimiques, biologiques, etc. ; documents administratifs concernant la date et les conditions de reprise du travail, avec leurs répercussions sur le classement professionnel, ou autres incidences sur le salaire), concernant :

- les accidents dont le blessé a été victime antérieurement ;
- les indisponibilités pour maladie ;
- l'accident du travail en cause.

Le certificat doit porter sur les points ci-après :

- a). Etat antérieur de la victime, infirmités préexistantes, affections congénitales ou acquises ; seules les séquelles de lésions traumatiques objectives revenant en propre à un accident du travail survenu sur un état antérieur connu sont susceptibles d'être indemnisées et retenues pour déterminer la date de consolidation, l'affection pathologique pouvant par ailleurs justifier une prolongation d'arrêt de travail dans le cadre de l'assurance maladie ⁽²⁴⁾. En cas d'aggravation passagère la consolidation est acquise avec retour à l'état antérieur lorsque l'influence momentanée de l'accident sur l'état antérieur connu est médicalement terminée.

b). Description anatomique détaillée des lésions occasionnées par l'accident et indication de la gêne fonctionnelle qui en résulte. Le médecin s'efforce d'établir, en s'appuyant sur les données anatomiques, si le fait rapporté dans la déclaration d'accident est bien, médicalement parlant, le point de départ de l'infirmité qu'il a pour mission d'apprécier.

c). Fixation du taux d'*IPP* d'après le barème de l'union des caisses nationales de sécurité sociale (*UCANSS*), même si ce taux est nul.

Chaque fois que le médecin croit devoir s'écarter des taux fixés par le barème, il doit en indiquer les motifs.

Dans les cas d'infirmités multiples résultant de l'accident, le taux d'incapacité doit être précisé pour chacune des lésions. Le taux global est fixé, en principe, par la méthode définie au chapitre préliminaire du barème auquel on se reporte également pour déterminer le taux d'incapacité en cas d'infirmités préexistantes.

Dans ce dernier cas, indiquer aussi le taux d'*IPP* correspondant à l'état antérieur, abstraction faite de l'incapacité résultant de l'accident. Mais le résultat ne saurait être adopté purement et simplement. Il ne constitue qu'une première indication et doit être discuté et, à l'occasion, corrigé en tenant compte des considérations physiologiques générales et des considérations cliniques propres au cas particulier.

En cas de désaccord entre le médecin de contrôle et le médecin conseil près le *SPA* sur le taux d'*IPP* proposé, le médecin conseil diligente une expertise. La mission de l'expert et les modalités de sa désignation sont déterminées par le médecin conseil. L'expert est choisi dans la liste arrêtée par les cours d'appel. C'est au vu de cette expertise que le médecin conseil fixe le taux d'*IPP*.

d). Date de la consolidation ⁽²⁵⁾.

e). Eventuellement, nécessité d'un appareil de prothèse.

f). Utilité, le cas échéant, d'un traitement spécial constituant la réadaptation fonctionnelle.

g). Evolution probable de l'invalidité au cours des années suivantes ; indiquer si l'état du blessé est susceptible d'amélioration et, dans l'affirmative au bout de combien de temps il semble opportun de prescrire une visite médicale de révision.

Une copie du certificat est adressée au *SPA* avec le dossier de fixation de rente (voir Article 66).

Si la victime demande une rente, en alléguant une *IPP*, alors que le médecin de contrôle estime la blessure guérie ⁽²⁶⁾, l'employeur invite ce praticien à remplir le certificat visé ci-dessus et il l'envoie, pour décision, au *SPA*.

Si la victime conteste la décision ministérielle dont il a reçu notification, il lui appartient de recourir à la procédure contentieuse (cf. TITRE VIII).

Article 29.

Fixation de la guérison ou de la consolidation.

La guérison ou la consolidation ⁽²⁷⁾ doit être autant que possible fixée à la veille de la reprise du travail.

Cependant, dans les cas suivants de reprise d'un travail incomplet, cette date ne peut être antérieure à la reprise du travail normal :

- travail léger ;

- continuation de soins assurés pendant les heures de travail ;
- séances de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle, nécessitées par les conséquences directes de l'accident.

La date de guérison ou de consolidation est notifiée dans tous les cas par l'employeur à l'intéressé, sous pli recommandé avec demande d'avis de réception (art. R. 442-18 du CSS).

Si la victime conteste la date arrêtée par l'employeur, il est fait appel à un expert dans les conditions prévues par les articles L. 141-1, L. 142-1 et R. 141-1 et suivants du CSS.

Que l'intéressé soit totalement guéri ou qu'il soit atteint d'une réduction permanente de sa capacité de travail, le médecin de contrôle doit établir, selon le cas, un certificat final descriptif de guérison ou un certificat de consolidation.

Le certificat est établi sur l'imprimé N° 362*/07 ou sur l'imprimé N° 362*/12 joints en annexe.

CHAPITRE III. **CURES THERMALES.**

Article 30.

Droits des victimes d'accident du travail.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la cure thermale peut être prescrite, soit en vue de provoquer ou de hâter la consolidation, soit, après consolidation, dans le but d'améliorer l'état de la victime ou de prévenir une aggravation éventuelle.

Ces dispositions sont applicables, non seulement au personnel civil en activité relevant du ministère de la défense, mais également à celui qui a été rayé des contrôles. Le droit au bénéficiaire de la cure n'est limité par aucune forclusion (28)

Ces soins sont à prendre en charge dans le cadre de l'article L. 431-1, premier alinéa du CSS visant d'une façon générale les frais nécessités par le traitement de la victime.

Article 31.

Présentation des demandes.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Les frais afférents aux cures thermales ne peuvent être pris en charge par l'établissement employeur que dans la limite des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et seulement si la victime a obtenu, préalablement à son départ pour la station thermale, l'autorisation correspondante prévue par l'article D. 323-1 du CSS.

La demande formulée par l'intéressé et le certificat du médecin traitant justifiant la nécessité de la cure sont établis sur le même imprimé, qui est celui en usage dans les caisses primaires d'assurance maladie (demande au recto, certificat médical au verso). Le médecin de contrôle vise obligatoirement cette demande (29)

Cette dernière pièce est rédigée obligatoirement d'après l'imprimé N° 362*/13 figurant en annexe de la présente instruction (voir art. suivant).

Les demandes de cure doivent être formulées le plus tôt possible ; il convient de noter que l'accord donné pour une prise en charge de cette nature est valable pour toute l'année civile.

La durée des cures est, en principe, de dix-huit jours ⁽³⁰⁾ Toutefois, cette durée peut être dépassée quand la victime doit suivre, à la station thermale, un traitement de réadaptation fonctionnelle spécial (art. L. 432-6 du CSS).

Les cures peuvent être effectuées durant toute la durée de la saison thermale.

Article 32.

Etablissement du certificat par le médecin de contrôle (recommandations très importantes).

Le certificat (imprimé N° 362*/13) établi par le médecin de contrôle de l'établissement employeur est le document essentiel permettant à l'autorité administrative compétente de prendre une décision en toute connaissance de cause en ce qui concerne les demandes de cures thermales. Il importe donc que l'examen des candidats soit effectué avec tout le soin et l'objectivité indispensables pour que ne soient envoyés en cure que les seuls traumatisés pour qui le traitement thermal est absolument nécessaire et dont l'état résulte bien des conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause.

En principe, il n'est pas accordé plus de trois cures pour une même infirmité. Dans le cas cependant où les cures supplémentaires s'imposeraient, le médecin pourrait les proposer en mentionnant les raisons techniques qui motivent ces propositions exceptionnelles.

Les certificats médicaux doivent comporter un résumé détaillé et précis de tous les signes positifs, objectifs et subjectifs observés et conclure par un avis motivé sur l'utilité ou l'inutilité de la cure sollicitée. La tension artérielle est obligatoirement mentionnée.

L'avis du médecin examinateur sera formulé compte tenu :

1. De l'importance de la lésion et de la gêne fonctionnelle résultant de l'accident.
2. De la possibilité d'une amélioration de certains signes pathologiques objectifs ou subjectifs.
3. De l'inefficacité des moyens usuels de traitement qui doivent avoir été employés pendant un temps suffisant sans résultats appréciables.
4. De l'âge des sujets.
5. Eventuellement, des résultats obtenus lors des cures thermales antérieures.
6. De l'absence de contre-indications.

A l'issue de la cure thermale, il doit être procédé par le médecin traitant ou le spécialiste à un examen de postcure avec délivrance d'un certificat médical précisant la nécessité, ou non, d'une nouvelle cure.

Article 33.

Instruction des dossiers. Procédure contentieuse en cas de rejet de la demande.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

La décision concernant la demande de cure thermale est prise par les établissements (en vertu de la délégation de pouvoirs qui leur a été accordée par le décret n° 81-937 du 12 octobre 1981, art. 2, § 3 et 4). Il est rappelé que cette décision ne vise que le principe de la prise en charge des frais entraînés par la cure et qu'il incombe à l'intéressé d'effectuer les démarches nécessaires en vue de son hébergement dans la station thermale.

Si l'établissement estime que la cure n'est pas justifiée par l'état de l'intéressé ou que cet état ne résulte pas des conséquences de l'accident, il saisit dans les délais prévus à l'article 10 de la présente instruction le SPA qui statue. Si la victime conteste ladite décision, l'employeur fait immédiatement application des dispositions des articles L. 141-1 et R. 142-1 du CSS qui prévoient la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Il y a lieu, pour la procédure à suivre, de se référer à l'article 19 de la présente instruction qui donne les indications nécessaires concernant la désignation de l'expert, la demande et le protocole adressés à celui-ci (31), la transmission du rapport, la décision de l'administration centrale, la notification de cette décision et le paiement des frais.

Article 34.

Paiement des frais de cure.

Les frais entraînés par la cure thermale et qui doivent être payés ou remboursés par l'établissement employeur (sur le chap. budgétaire 33-91, art. 20) sont les suivants :

1. Les honoraires médicaux, les frais du traitement hydrothermal et, le cas échéant, les frais pharmaceutiques, dans la limite du forfait prévu par la sécurité sociale pour la station thermale.
2. Les frais de séjour remboursés sur la base des tarifs forfaitaires appliqués par la sécurité sociale et fixés par arrêté annuel du ministre chargé de la sécurité sociale.
3. Les frais de transport sur la base d'un billet de chemin de fer en 2e classe à l'aller et au retour, dans la limite des frais réellement déboursés pour le trajet compris entre la gare la plus proche du domicile et la gare la plus proche de la station thermale. La victime doit fournir une déclaration sur l'honneur indiquant éventuellement les réductions de tarifs dont elle bénéficierait sur la *SNCF*.

Lorsqu'une station thermale n'est pas desservie directement par la *SNCF*, le trajet compris entre la gare la plus proche de cette station et la station elle-même est remboursé sur la base du prix du transport public le plus économique.

4. Les frais d'hospitalisation, uniquement lorsque l'état de santé de la victime rend cette mesure indispensable.

Article 35.

Rémunération versée à la victime pendant la durée de la cure.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Une cure consécutive à un accident du travail doit être considérée comme un traitement post-consolidation (car elle est dispensée en vue de prévenir une aggravation) et entraîne le versement de l'indemnité journalière allouée en cas d'incapacité temporaire à la suite d'un accident du travail.

Il y a lieu de se reporter aux articles 48 et suivants de la présente instruction en ce qui concerne :

1. Le calcul de cette indemnité journalière.
2. Les montants à en déduire au cas où une rente est servie au titre de l'accident qui a motivé la cure thermale.
3. Le personnel rayé des contrôles, et n'exerçant aucune activité professionnelle qui ne peut pas prétendre au paiement de l'indemnité journalière.

CHAPITRE IV.

PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE. RÉPARATION DES APPAREILS.

(Art. L. 431-1, L. 432-5, R. 165-1 à R. 165-29, R. 432-3 et R. 432-5 du CSS.)

Article 36.

Droits des victimes.

L'article L. 431-1 du *CSS* dispose que les prestations accordées aux bénéficiaires comprennent notamment :

- la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse nécessités par l'infirmité résultant de l'accident ;
- la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables.

Ces prestations sont accordées dans les conditions fixées par décret en conseil d'Etat, faisant l'objet des articles R. 165-1 à R. 165-29 du *CSS*.

L'article R. 165-1 précise qu'un ensemble d'arrêtés interministériels, constituant le « tarif interministériel des prestations sanitaires » (désigné couramment sous sa forme abrégée « *TIPS* ») fixe la nomenclature des fournitures et appareils pouvant être pris en charge par l'administration et le tarif de responsabilité qui leur est applicable.

Par ailleurs, l'article R. 165-4 du *CSS* dispose que, d'une part, la prise en charge des frais relatifs aux fournitures et appareillages est, naturellement, subordonnée à une prescription médicale, et d'autre part, que l'entente préalable de l'administration n'est nécessaire que si elle a été prévue par le *TIPS*. Enfin, certaines catégories de fournitures ou appareils font l'objet de prescriptions spéciales du *CSS* (art. R. 165-14 à R. 165-27 du *CSS*).

Article 37.

Prothèses oculaires, podo-orthèses, grand appareillage de prothèse et d'orthèse.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Il s'agit des catégories de matériels mentionnés à l'article précédent et visés par l'article R. 165-14 du *CSS*. Ces matériels relèvent du titre II du *TIPS* où ils sont décrits aux chapitres 5 (prothèses oculaires), 6 (podo-prothèses) et 7 (ortho-prothèses), et pour lesquels existe une procédure spécifique de prise en charge.

Dès que la victime peut être appareillée, l'employeur doit adresser au *SPA* une demande d'appareillage accompagnée :

1. D'une copie de la déclaration d'accident, sauf dans le cas où un dossier de fixation de rente a été envoyé au *SPA* (voir Article 10).
2. D'une prescription du médecin généraliste ou spécialiste traitant.
3. D'un avis du médecin de contrôle de l'établissement.
4. D'un devis d'un fournisseur agréé (la liste de ces fournisseurs peut être obtenue auprès des centres d'appareillage du ministère chargé des anciens combattants).

Ainsi constitué, le dossier est transmis au *SPA* pour que soit prise une décision de prise en charge ou de rejet. Il convient de noter qu'aux termes de l'article R. 165-25 du *CSS*, l'accord de l'administration est réputé acquis à défaut de réponse dans le délai de dix jours qui suit la réception de la prescription, sous réserve de la consultation médicale prévue à l'article R. 165-27 du *CSS*.

Les établissements devront se reporter à l'article 10 en ce qui concerne les délais de transmission du dossier au *SPA*.

Le droit à l'appareillage est constaté, s'il y a lieu, par le ministre dans une décision prise sous le timbre du *SPA* et notifiée à l'employeur. Celui-ci invite alors la victime à se faire inscrire au centre d'appareillage du ministère chargé des anciens combattants le plus proche de sa résidence ou le plus facilement accessible et à y déposer la copie certifiée conforme de la décision qui lui est remise par l'employeur.

Les diverses formalités à remplir au centre sont énumérées aux articles R. 165-26 et R. 432-4 du *CSS*. Les notes de frais, établies par les centres d'appareillage, sont adressées en double exemplaire au *SPA*.

Article 38.

Petit appareillage (première prescription, renouvellement, location).

(Modifié : 1^{er} modificatif)

Il s'agit des matériels non prévus à l'article précédent, également mentionnés dans le *TIPS*, tels qu'ils sont énumérés ci-après :

Titre Ier.

- Chapitre 1er à 4.

Titre II. Orthèses et prothèses externes.

- Chapitre 1er. Orthèses.
- Chapitre 2. Optique médicale.
- Chapitre 3. Appareils électroniques correcteurs de surdité.
- Chapitre 4. Prothèses externes non orthopédiques.
- Chapitre 8. Accessoires de prothèse et d'orthopédie délivrés par les centres d'appareillage.

Titre III.

- Chapitre 1er à 4. Prothèses internes.

Titre IV. Véhicules pour handicapés physiques.

Dans un but de célérité et par dérogation aux principes exposés précédemment, des dispositions spéciales sont prises en ce qui concerne le petit appareillage.

Ces fournitures doivent faire l'objet d'une prescription d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste, précisant que l'appareillage est nécessité par l'infirmité résultant de l'accident du travail. Cette prescription est soumise à l'avis du médecin de contrôle de l'établissement. Si la décision de ce dernier est favorable, une prise en charge est établie par l'établissement gestionnaire de l'intéressé. Ainsi les chefs d'établissements sont autorisés, sans demander l'accord préalable du *SPA* et sans obliger la victime à se faire inscrire dans un centre d'appareillage, à donner satisfaction aux demandes justifiées de fourniture, de réparation et de renouvellement de cette catégorie d'appareillage.

Les établissements devront se reporter à l'article 10 de la présente instruction en ce qui concerne les délais de transmission du dossier au *SPA*.

Dans le cas où l'avis du médecin de contrôle précité serait défavorable, l'établissement gestionnaire doit adresser le dossier pour décision au *SPA*.

Lorsque la prise en charge est accordée, la victime est invitée à se faire appareiller chez un fournisseur agréé par la caisse d'assurance maladie auquel elle remet un bon délivré par le chef d'établissement mentionnant la nature et les caractéristiques de l'appareil demandé, en indiquant que le coût en sera acquitté par l'établissement employeur dans la limite des tarifs de la sécurité sociale.

Cependant, avant toute réalisation ou fourniture, il convient que le fournisseur agréé délivre à l'intéressé un devis comportant le montant du tarif de remboursement de la sécurité sociale, et il y a lieu d'informer la victime du montant restant à sa charge, étant précisé que les mutuelles n'interviennent pas dans les compléments de remboursement dans le cadre « accidents du travail ».

Article 39.

Dispositions spéciales concernant les lunettes et verres de contact.

Les lunettes peuvent être fournies par le centre d'appareillage. Si le blessé opte pour cette solution, l'employeur demande au SPA de prendre une décision d'appareillage et lui envoie, dans ce but, une copie de la déclaration d'accident et un certificat médical du médecin de contrôle de l'établissement précisant que l'intéressé se trouve dans l'obligation de porter des lunettes en raison des suites de son accident.

S'il s'agit de verres de contact, la demande d'autorisation de prise en charge doit être accompagnée des mêmes pièces et en outre :

1. D'une copie de l'ordonnance prescrivant les verres.
2. D'une note de l'applicateur donnant les renseignements suivants :
 - acuité visuelle obtenue, d'une part par des verres correcteurs classiques, d'autre part par les verres de contact d'essai ;
 - résultats d'exams de vision binoculaire (fusion des images) ;
 - appréciation des réactions de tolérance du sujet lors des essais.

Article 40.

Prothèse dentaire.

Sauf en ce qui concerne la prothèse maxillofaciale, à laquelle sont applicables les dispositions de l'article 37 (grand appareillage), la prothèse dentaire s'effectue chez un praticien choisi par la victime, après décision prise par le SPA sur le vu d'un certificat signé par un médecin ou un dentiste de l'administration, précisant la nature des travaux nécessaires.

Le devis du dentiste traitant doit être joint à la demande ainsi qu'une copie de la déclaration d'accident (32).

Article 41.

Réparation ou remplacement des appareils.

La victime a droit, sous certaines réserves, à la réparation ou au remplacement de l'appareil de prothèse ou d'orthopédie rendu inutilisable du fait d'un accident de travail. La jurisprudence intervenue en la matière a posé les deux principes suivants fixant les conditions qui doivent être réunies pour ouvrir droit à ces dispositions :

- a). La cause de la détérioration doit être un fait soudain, présentant le caractère d'un accident du travail, et dont la matérialité est établie, mais l'appareil étant considéré comme « partie intégrante de l'individu » il n'est pas nécessaire que l'accident ait causé une lésion corporelle (33).
- b). L'appareil doit, au moment de l'accident, être porté sur le corps conformément à son utilisation normale.

Peu importe le fait qui avait motivé le port de l'appareil détérioré (accident antérieur, de caractère professionnel ou non, infirmité congénitale ou acquise).

Application des principes ci-dessus :

A) AU PETIT APPAREILLAGE ET AUX LUNETTES.

Le médecin de contrôle, à qui l'appareil brisé ou détérioré doit être présenté, établit un certificat constatant la nécessité de faire réparer ou remplacer ledit appareil. Sur le vu de ce certificat le chef d'établissement, sans en référer au SPA dirige l'intéressé sur un fournisseur privé après lui avoir remis le bon prévu à l'article 38 ci-dessus (le bon mentionne la nature et les caractéristiques de l'appareil et précise que le coût de la réparation ou du remplacement sera acquitté par l'établissement employeur dans la limite des tarifs de la sécurité sociale).

Il n'y a pas lieu, après livraison de l'appareil, d'envoyer au SPA le dossier constitué (certificats médicaux, bon de commande, note du fournisseur).

L'attention est appelée tout particulièrement sur l'obligation qui incombe aux chefs d'établissement ou de service de s'assurer, avant de délivrer le bon :

1. Que la matérialité de l'accident du travail a été formellement établie par les déclarations des témoins ou des personnes ayant constaté, peu après l'accident, des traces de ce dernier (en cas de doute en référer au service régional ou assimilé chargé des accidents du travail).
2. Qu'au moment de l'accident l'appareil était porté conformément à la destination normale.
3. Que le bris ou la détérioration n'a pas été provoqué intentionnellement ou qu'il ne résulte pas d'une négligence flagrante de l'intéressé (art. L. 453-1 du CSS), qu'il n'est pas imputable à un fait sans relation avec le travail (rixes provoquées, jeu, etc.) ou à l'inobservation des mesures réglementaires de sécurité (port de lunettes spéciales, mise en place d'écrans de protection, etc.).

B) AU GRAND APPAREILLAGE.

1. Réparations de minime importance : elles peuvent être confiées au fournisseur habituel de la victime à laquelle l'employeur, après avis du médecin de contrôle de l'établissement, délivre un bon comme en matière de petit appareillage, la réparation devant être payée dans les limites des tarifs de la sécurité sociale.

2. Réparations importantes ou remplacements : les faire effectuer par le fournisseur après accord du centre d'appareillage. Il convient dans ce cas d'adresser au préalable au SPA une copie de la déclaration d'accident⁽³⁴⁾ et du certificat établi par un médecin de l'administration. Une décision d'appareillage, destinée à être remise au centre par la victime, est ensuite envoyée, s'il y a lieu, à l'employeur.

C) A LA PROTHESE DENTAIRE.

Avant de prendre en charge les travaux de prothèse, l'employeur demande l'autorisation préalable du SPA auquel il adresse une copie de la déclaration d'accident, un certificat du médecin de contrôle indiquant les travaux nécessaires et le devis du dentiste choisi par la victime, comportant le montant du remboursement prévu par la sécurité sociale.

Nota.

1. Les appareils d'un coût élevé ou de luxe (par exemple en or) ne sont pas remplacés par des appareils de même type, l'administration n'étant débitrice de la nouvelle prothèse que dans les limites des tarifs de la sécurité sociale. Cette observation concerne principalement la prothèse dentaire et les lunettes ; aussi convient-il de préciser à la victime que son remboursement n'est effectué que sur la base de ces tarifs et non sur la totalité des frais engagés.
2. Les dispositions du présent article sont applicables seulement aux appareils de prothèse et d'orthopédie ; elles ne concernent pas les vêtements et objets divers détériorés du fait d'un accident du

travail ou au cours du travail, la loi n'ayant pas prévu la réparation de ce genre de préjudice. Une décision gracieuse peut, toutefois, dans des cas particulièrement dignes d'intérêt, être sollicitée par l'intéressé : la demande doit être adressée par la voie hiérarchique à la direction centrale dont il relève. En outre, dans les cas exceptionnels où la réparation de droit commun édictée par l'article 1382 du code civil peut être envisagée, une faute de l'administration étant à l'origine de l'accident, il y a lieu de saisir la direction de l'administration générale, sous-direction du contentieux (DAJ/CX).

CHAPITRE V. **RÉADAPTATION. RÉÉDUCATION. RECLASSEMENT.**

(Art. L. 432-6 à L. 432-10 du CSS.)

Article 42.

Réadaptation fonctionnelle.

Le bénéfice de la réadaptation fonctionnelle est accordé, soit sur demande de la victime, soit sur l'initiative de l'employeur après avis du médecin traitant et du médecin de l'établissement dès qu'il apparaît que ce traitement peut favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure ou atténuer l'incapacité permanente. En cas de désaccord, ou si la victime en fait la demande, il est procédé à l'expertise prévue à l'article L. 141-1 du CSS et dans ce cas, l'établissement employeur doit saisir le SPA. Une décision explicite est prise afin d'accorder à la victime, s'il y a lieu, le bénéfice du traitement et éventuellement l'admission, soit dans un établissement public ou agréé par la sécurité sociale, soit dans un hôpital des armées. Quand il s'agit de traiter les séquelles d'un traumatisme léger, la réadaptation peut être faite sous la direction du médecin de l'établissement.

La liste des établissements de soins publics ou privés agréés les plus voisins peut être fournie par la caisse primaire d'assurance maladie.

Toutefois, les séances de kinésithérapie sont prises en charge par l'établissement ; pour ce faire, il suffit que la prescription ait reçu l'aval du médecin de contrôle de l'établissement. En cas de désaccord entre ce dernier et le médecin traitant prescripteur, il y a lieu de saisir, pour décision, le SPA.

Le bénéficiaire de ces dispositions est tenu de se soumettre à toutes les prescriptions médicales, de s'abstenir de toute activité non autorisée et d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser la réadaptation fonctionnelle, sous peine de voir suspendre le paiement de l'indemnité journalière maintenue, en principe, pendant la durée du traitement.

Il appartient à l'employeur de contrôler le comportement de la victime au cours du traitement et, le cas échéant, de rendre compte au SPA des manquements constatés et des mesures prises.

Article 43.

Rééducation professionnelle.

Le droit à la rééducation professionnelle est ouvert à toute victime d'accident devenue, du fait de celui-ci, inapte à exercer sa profession ou ne pouvant le faire qu'après une nouvelle adaptation, qu'elle ait bénéficié ou non, au préalable, de la réadaptation fonctionnelle.

La victime a le droit d'être admise gratuitement dans un établissement 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 requise.

Le bénéfice lui en est accordé, soit sur sa demande, soit sur l'initiative de l'établissement employeur, au vu du résultat d'un examen psychotechnique préalable, organisé par l'administration des armées. Cet examen est passé devant une commission composée comme suit :

- le directeur de l'établissement ou le chef du service ou leur représentant, président ;

- le médecin du travail de l'établissement ou du service ou le médecin qui en fait fonction ;
- l'assistante sociale de l'établissement ou du service ;
- un psychotechnicien, dans la mesure où il est possible d'en avoir un en s'adressant soit aux caisses primaires d'assurances maladie, soit aux directions départementales du travail et de l'emploi, soit aux offices départementaux des anciens combattants et victimes de guerre.

L'office national des anciens combattants admet d'ailleurs actuellement dans ses écoles de rééducation professionnelle les personnes à rééduquer sur le vu d'un certificat médical attestant que la profession choisie est compatible avec l'infirmité. En fait, pour entrer dans ces écoles, l'examen psychotechnique est remplacé par un stage d'essai d'un mois au bout duquel l'intéressé est orienté définitivement vers la profession qui lui convient.

La commission émet un avis motivé et donne tous renseignements utiles permettant au SPA de prendre sa décision en connaissance de cause. Elle peut notamment proposer l'admission en stage d'un mois dans une école de l'office national des anciens combattants lorsque l'examen psychotechnique n'a pas donné de renseignements suffisamment précis.

L'avis de la commission est joint à la demande de l'intéressé qui indique le ou les métiers choisis. Sont également joints les certificats médicaux mentionnant les blessures de l'intéressé et précisant les mesures de réadaptation fonctionnelle déjà prises, le cas échéant, ainsi que toutes autres pièces utiles.

Le dossier est transmis au service régional ou assimilé chargé des accidents du travail qui prend la décision d'admission à la rééducation professionnelle après avis de la commission centrale des rentes.

Le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de déclarations inexactes ou incomplètes.

Article 44.

Reclassement.

Les dispositions relatives à l'attribution aux victimes d'accidents du travail de primes de fin de rééducation professionnelle et de prêts d'honneur, en vue de faciliter leur reclassement, n'ont pas encore été l'objet de textes d'application aux agents de l'Etat.

TITRE IV.

PRESTATIONS. PRESCRIPTION. INDEMNITÉ JOURNALIÈRE. RECHUTE.

CHAPITRE PREMIER.

PRESTATIONS. PRESCRIPTIONS. FORCLUSION.

Article 45.

Prestations légales.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

(Art. L. 431-1 et R. 431-1 du CSS.)

Outre le paiement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, etc. (voir Article 22, Article 23 et Article 34) et des frais d'appareillage (art. 36 à 41), la réparation des accidents du travail comprend :

1. Les prestations en cas de décès.

2. L'indemnité journalière relative aux jours non ouvrables suivant la cessation du travail consécutive à l'accident, qui est due lorsque l'incapacité est supérieure à quinze jours.

3. Les rentes, en cas d'incapacité permanente ou de décès (voir TITRE VII).

Article 46.

Prestations en cas d'accident suivi de mort.

(Art. L. 435-1 et L. 435-2, D. 435-1 et D. 435-2 du CSS.)

Si le décès de la victime est la conséquence directe de l'accident ou de la maladie professionnelle, des rentes sont dues à certains ayants droit (voir Article 72). En outre, l'employeur est tenu de rembourser, par imputation sur les crédits de fonctionnement :

a). Les frais funéraires, dans la limite des frais exposés, et sans que leur montant puisse excéder un maximum qui a été fixé par arrêté interministériel pris par les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie, du budget ⁽³⁵⁾, à savoir 1/24^e du montant maximum de rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

b). Les frais de transport du corps au lieu de sépulture en France (métropole, départements et territoires d'outre-mer), demandé par la famille, si la victime a été embauchée en dehors de sa résidence, ou si le décès s'est produit au cours d'un déplacement nécessité par le travail.

Ces frais sont décomptés conformément aux dispositions de l'article L. 435-2 du CSS.

Pour les frais d'autopsie exposés, le cas échéant, se reporter aux dispositions de l' instruction générale 235 /DEF/DAJ/CX du 01 juillet 1980 , titre II, chapitre II, section VI (BOC, 1982, p. 3953) modifiée.

Article 47.

Prescription. Forclusion.

(Art. L. 431-2 du CSS.)

Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par la loi se prescrivent par deux ans :

- soit à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête, ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière ;

- soit, dans les cas de rechute et de révision à compter de la date de la première constatation par un médecin de la modification survenue dans l'état de la victime (sous réserve, en cas de contestation, de l'avis émis par l'expert conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, articles L. 141-1 à L. 141-3 et R. 141-1 à R. 141-10) ou de la clôture de l'enquête effectuée à l'occasion de cette modification ou de la date de cessation du paiement de l'indemnité journalière allouée en raison de la rechute ;

- soit en cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, à compter de la date du décès.

L'action des praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements hospitaliers et autres, se prescrit par deux ans à compter 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 hospitalier.

Toutes les prescriptions ci-dessus sont celles du droit commun, telles qu'elles sont prévues par le code civil et notamment par l'article 2272, 2^e alinéa.

CHAPITRE II. INDEMNITÉ JOURNALIÈRE.

(Art. L. 433-1 à L. 433-3, L. 434-1, R. 433-4, R. 433-9, R. 433-10, R. 433-14 et R. 434-1 du CSS, décret n° 93-679 du 27 mars 1993.)

Article 48. Cas général.

I. OUVRIERS AFFILIÉS AU RÉGIME DU DÉCRET n° 65-836 du 24 septembre 1965.

Des avantages particuliers sont accordés aux ouvriers de l'Etat soumis à un régime spécial de retraite autre que celui des fonctionnaires et dont la rémunération est déterminée en fonction de salaires pratiqués dans le commerce et l'industrie ; en vertu du décret 72-154 du 24 février 1972 BOC/SC, p. 305 relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisés, ce personnel perçoit le plein salaire, déterminé à partir du forfait mensuel de rémunération, pendant les trois premiers mois d'incapacité temporaire consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Si la durée de l'indisponibilité excède cette période de trois mois, il convient alors de servir pour tous les jours écoulés après les trois premiers mois d'indemnisation, une indemnité journalière égale à 80 p. 100 du salaire journalier (cf. art. R. 433-9 du CSS).

II. CALCUL DE L'INDEMNITE.

A) Les articles R. 433-5 à R. 433-8 du CSS indiquent le mode de calcul du salaire journalier d'après lequel l'indemnité doit être déterminée.

Il convient de noter qu'en application du décret n° 93-679 du 27 mars 1993, le salaire servant de base à l'indemnité journalière ne doit pas comprendre les cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaires.

B) Si la victime a interrompu son travail pour cause de maladie, accident, maternité, chômage total constaté ou chômage partiel indépendant de sa volonté, congés non payés à l'exclusion des absences non autorisées, il est fait état du salaire qu'elle aurait reçu si elle avait travaillé normalement pendant lesdites périodes.

Le salaire journalier s'entend de l'ensemble des gains réalisés dans l'établissement. Il comprend, en plus du salaire proprement dit, les heures supplémentaires, les avantages en nature, les primes et indemnités (à l'exclusion de celles qui ont été payées à l'ouvrier en compensation des dépenses supplémentaires mises à sa charge pour les besoins du service, par exemple les indemnités de panier et de transport). Il ne faut pas déduire du salaire journalier les retenues effectuées pour les assurances sociales ou pour la retraite, ni y ajouter les prestations familiales, celles-ci continuant à être payées intégralement.

Lorsque les sommes allouées soit à titre de rappel de rémunération pour une période écoulée, soit à titre d'indemnités, primes ou gratifications, sont réglées plus tard que la rémunération principale afférente à la même période de travail, elles ne sont prises en considération, pour la détermination du salaire de base de l'indemnité journalière, qu'autant qu'elles ont été effectivement payées avant la date de l'arrêt de travail (art. R. 433-6 du CSS).

Conformément aux dispositions de l'article L. 433-2 et R. 433-3 du CSS, le salaire journalier n'entre en compte pour la détermination de l'indemnité journalière que dans la limite de 0,834 p. 100 du maximum de rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations de sécurité sociale en vertu de l'article L. 241-3 du CSS.

Nota. — Dans le cas d'un salarié que la gravité de ses blessures met dans l'impossibilité de reprendre le travail bien que lesdites blessures aient été considérées comme consolidées, l'employeur doit saisir le SPA qui donne, s'il y a lieu, des instructions tendant, soit à l'allocation d'avances sur rentes, soit à la prolongation du service de l'indemnité journalière jusqu'à la date de radiation des contrôles de l'intéressé pour admission à pension. Il est

essentiel de saisir rapidement la commission de réforme après consultation de la non-reprise du service.

III. *CUMUL.*

Le cumul de l'indemnité journalière et du salaire n'est possible qu'en cas de reprise d'un travail léger, autorisée par le médecin traitant et reconnue par le médecin de contrôle comme étant susceptible de favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

Le montant total de l'indemnité et du salaire ne peut dépasser le salaire normal de la catégorie professionnelle à laquelle appartient la victime ou le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière (art. L. 433-1, 4e alinéa du CSS). En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

Aussi, pour éviter que l'indemnisation journalière ne soit supérieure au revenu net d'activité, il a été précisé dans l'arrêté du 3 août 1993 (JO du 17, p. 11634) que le gain journalier net mentionné à l'article R. 433-5 du CSS devait être calculée à partir du salaire de référence diminué :

- de la part salariale des cotisations sociales ;
- de la contribution sociale généralisée.

En cas de rechute entraînant une nouvelle incapacité temporaire, après attribution d'une rente, l'indemnité journalière est payée suivant les modalités définies à l'article 50 sous déduction du montant de la rente, laquelle est maintenue pendant cette période.

L'établissement doit demander au SPA le montant exact de la rente versée à la victime pendant ladite période, afin que la somme de l'indemnité journalière et de la rente ne dépasse pas le salaire qu'aurait pu percevoir l'intéressé durant la période de rechute.

Article 49. **Cas particuliers.**

I. *CONTRACTUELS.*

Des avantages analogues sont accordés sous certaines réserves aux agents contractuels régis par le décret 49-1378 du 03 octobre 1949 (BO/G, p. 5516, BO/M, p. 1549, BO/A, p. 2633 ;) modifié notamment par le décret n° 64-469 du 27 mai 1964 (voir en particulier l'article 1er, 4°).

II. *APPRENTIS. TRAVAILLEURS AGES DE MOINS DE 18 ANS. OUVRIERS RECEMMENT EMBAUCHES, ETC.*

Se reporter aux articles R. 433-5 à R. 433-7 ainsi qu'aux articles R. 436-2 et R. 433-8-1 du CSS. En ce qui concerne les ouvriers non réglementés mensualisés, se reporter à la circulaire 43316 /DN/DPC/CRG du 16 février 1971 (BOC/SC, p. 237) modifiée.

Il est rappelé notamment que le salaire servant de base de calcul de l'indemnité journalière et des rentes dues au travailleur âgé de moins de 18 ans ou à ses ayants droit ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi de la profession en fonction duquel ont été fixés, par voie d'abattement, les taux minima de rémunération des jeunes travailleurs âgés de moins de 18 ans.

A défaut de cette référence, le salaire de base de l'indemnité journalière et de la rente ne peut être inférieur au salaire le plus bas des travailleurs adultes de la même catégorie occupés dans l'établissement ou, à défaut, dans un établissement voisin similaire.

Toutefois, en aucun cas, le montant de l'indemnité journalière ainsi calculée et due au jeune travailleur de moins de 18 ans ne pourra dépasser le montant de sa rémunération.

Les élèves des centres d'apprentissage et écoles techniques qui ne reçoivent aucune rémunération en espèces ne perçoivent pas d'indemnité journalière au cours de la période d'incapacité temporaire.

III. AUMONNIERS CIVILS BENEVOLES.

Se reporter à l'article 25 de l'arrêté du 08 juin 1964 (BO/G, p. 2883, BO/M, p. 2149, BO/A, p. 925) modifié pris pour l'application du décret 64-498 du 01 juin 1964 .

IV. TRAVAILLEURS PRIVES D'EMPLOI.

Pour les travailleurs privés d'emploi bénéficiaires des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-2 du code du travail et pour les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article R. 322-7 dudit code, victimes d'accidents du travail à l'occasion ou par le fait de tâches d'intérêt général qu'ils accomplissent, le salaire servant de base au calcul des prestations est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11 du CSS.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 433-13 du CSS sont applicables à l'indemnité journalière versée en application du présent article (décret n° 86-381 du 10 mars 1986).

A titre exceptionnel, lorsque la victime d'un accident du travail appartient à une catégorie de personnel ne bénéficiant pas d'avantages spéciaux et se trouve dans une situation particulièrement digne d'intérêt, le chef d'établissement peut saisir le SPA, sous couvert de la direction centrale dont il relève, d'une proposition tendant à accorder à l'intéressé, soit son salaire intégral, soit une fraction de ce salaire supérieure aux taux légaux. Un rapport d'enquête sociale doit être joint au dossier. En tout état de cause, la période pendant laquelle cet avantage est attribué ne peut excéder trois mois.

CHAPITRE III. RECHUTE.

(Art. L. 443-1 et L. 443-2 du CSS.)

Article 50. Généralités.

(Modifié : 1er modificatif)

La rechute implique un phénomène nouveau constitué, soit par l'aggravation de la lésion dont est atteinte la victime, soit par l'apparition d'une lésion résultant de l'accident ; s'il n'est pas nécessaire que la rechute entraîne une aggravation définitive de la lésion et par suite, du taux d'incapacité permanente, il est cependant indispensable, pour qu'il y ait rechute, que l'affection ancienne se soit réveillée en dehors de toute influence des conditions de travail.

A cet égard, il est rappelé que, selon la jurisprudence de la cour de cassation, une « rechute » est caractérisée par des troubles nés d'une aggravation, même temporaire, et non par ceux qui ne seraient qu'une manifestation des séquelles ⁽³⁶⁾.

En fait, la seule question pouvant se poser étant de savoir si la rechute alléguée est ou non une conséquence de l'accident, il en résulte, suivant une jurisprudence constante de la cour de cassation, que la rechute ne bénéficie pas de la présomption d'origine ; il appartient donc, dans tous les cas, à la victime ou, éventuellement aux ayants droit, de prouver la réalité des troubles nouveaux ou réapparus et leur rapport avec l'accident. Il doit y avoir un lien direct et unique avec l'accident ⁽³⁷⁾.

Il en résulte qu'en l'absence de toute aggravation une rechute qui ne serait constituée que par le réveil de l'affection ancienne, est sans effet en ce qui concerne la rente. Mais, les soins prodigués peuvent être pris en compte, si le lien avec l'accident du travail initial est établi.

Il incombe obligatoirement à l'employeur de procéder à la déclaration réglementaire de rechute, dès lors que la victime d'un accident du travail produit un certificat médical de son médecin traitant faisant état soit d'une aggravation de l'état du patient, soit d'une lésion ou d'une maladie imputée audit accident et entraînant la nécessité d'un traitement médical. Il est souligné que cette déclaration doit être effectuée qu'il y ait ou non arrêt de travail et quel que soit le temps écoulé entre la date de la guérison apparente ou de la consolidation et la date de rechute invoquée.

La déclaration est alors adressée aux mêmes destinataires et dans les mêmes conditions que la déclaration initiale d'accident du travail, en utilisant le même imprimé, surchargé de la mention « rechute ». A l'exemplaire de la déclaration destiné au SPA doit être joint un rapport médical du médecin de contrôle de l'établissement faisant ressortir l'aggravation des lésions ou des troubles nouveaux et leur lien direct avec ceux consécutifs à l'accident initial et précisant s'il considère qu'il y a relation ou non avec l'accident.

Il est rappelé que cette déclaration doit parvenir impérativement au service des pensions des armées dans les délais prévus à l'article 10. Avant de constituer le dossier relatif à la rechute, l'employeur devra recueillir l'avis du médecin de contrôle, lequel devra déterminer s'il s'agit d'une aggravation ou de la manifestation douloureuse des séquelles de l'accident initial, ce qui dans ce dernier cas relève des soins prodigués au titre de la post-consolidation.

C'est à la lumière des principes énoncés ci-dessus et en tenant compte de ce que la rechute suppose un « fait nouveau » qui se distingue des séquelles normales de l'accident, que l'employeur doit apprécier le caractère professionnel de l'état pathologique invoqué ; s'agissant, cependant, d'une appréciation d'ordre médical, l'accent est mis sur la nécessité de soumettre la victime à un examen de contrôle dès qu'un état de rechute est allégué.

S'il y a doute sur cette relation de cause à effet l'employeur doit simultanément :

- émettre des réserves motivées sur le caractère professionnel de la lésion ou des troubles allégués ;
- saisir le SPA de ce litige ;
- mettre en œuvre s'il y a lieu la procédure d'expertise.

Par ailleurs, pour éviter la prise en charge d'une affection indépendante d'un accident ou encore de l'aggravation consécutive à l'évolution d'un état préexistant, l'employeur doit émettre systématiquement des réserves motivées sur toute rechute consécutive à :

- des troubles ou lésions ayant un siège différent de celui de la blessure initiale ;
- des douleurs ou algies diffuses au niveau des articulations ou de la colonne vertébrale, telles que les lombalgies, dorsalgies, cervicalgies, gonalgies... ;
- des troubles (céphalées, vertiges, malaises...) apparaissant dès les suites plus ou moins lointaines d'un traumatisme crânien.

Toute nouvelle fixation du taux de l'IPP peut intervenir à tout moment pour la première rechute et dans un délai minimum d'un an après la date de consolidation de la rechute précédente pour les rechutes ultérieures.

S'il y a doute sur ce point, la victime bénéficie, à titre professionnel, quel que soit son statut, des prestations du régime général de l'assurance maladie.

Dans le cas d'une rechute imputable, l'employeur reprend, s'il y a prescription d'arrêt de travail, le service de l'indemnité journalière au titre accident du travail après trois mois du versement du plein salaire ; mais, si l'intéressé bénéficie déjà d'une rente en raison de l'accident, cette rente est maintenue pendant la nouvelle période d'incapacité temporaire et les arrérages correspondant à la période considérée sont déduits par l'employeur des sommes à payer au titre de l'indemnité journalière. Il y a donc lieu de déduire les arrérages de

la rente servie dont le montant exact à la date de rechute est demandé par l'employeur, pour chaque cas particulier, au SPA.

Par contre, si une rente est susceptible d'être allouée à la victime mais que la notification portant attribution de cette rente n'a pas encore été renvoyée par le SPA, l'établissement doit signaler à celui-ci la date et la durée de chacune des rechutes avec arrêt de travail, même de courte durée, pour permettre d'en tenir compte lors de la liquidation des droits de la victime et lors de la mise en paiement des arrérages courus.

L'aggravation postérieure à la consolidation imputable pour partie à un accident du travail et pour partie à une autre cause relève de l'assurance maladie, notamment lorsqu'il s'agit de l'évolution normale d'un état pathologique préexistant. »

Article 51. Cas particuliers.

I. OUVRIERS AFFILIES AU REGIME DE LA LOI n° 49-1097 du 02 août 1949 ET DU DECRET n° 65-836 du 24 septembre 1965 EN RECHUTE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL SURVENU ANTERIEUREMENT A LEUR AFFILIATION.

a). Accident survenu à l'ouvrier alors qu'il était en fonctions dans un établissement de la défense.

L'intéressé, maintenant affilié, doit bénéficier pour la rechute du maintien de son plein salaire, au titre des avantages statutaires prévus en matière d'accident du travail par le décret du 28 juin 1947 (JO du 29, p. 6034 ; BO/G, p. 1969 ; BO/M, p. 2/748 ; BO/A, p. 1165), du fait que l'accident est survenu au service du ministère de la défense.

Au cas où l'ouvrier aurait été victime de l'accident comme saisonnier (armée de terre), en régie directe (marine) ou temporaire (armée de l'air), donc assujetti au régime général de la sécurité sociale pour le risque « accident du travail », il appartiendrait à l'employeur de lui servir la portion de salaire excédant le montant des indemnités journalières payées par l'organisme de sécurité sociale.

b). Accident survenu à l'ouvrier alors chez un employeur privé.

Dans cette hypothèse, s'agissant d'une rechute d'un accident survenu « hors défense » cette indisponibilité doit être considérée par l'administration, en ce qui la concerne, comme justiciable du régime d'indemnisation de l'assurance maladie, l'intéressé percevant par ailleurs, du régime au titre duquel est indemnisé l'accident, les prestations propres à ce régime. L'employeur a donc à servir éventuellement à l'ouvrier la différence entre les indemnités auxquelles il peut prétendre au titre des droits à congé statutaire de maladie dont il dispose au moment de son arrêt de travail, et les indemnités journalières perçues au titre du régime général de la sécurité sociale ou de tout autre régime spécial dans le cadre du code de la sécurité sociale.

Toutefois, en ce qui concerne leur durée, ces congés sont décomptés au titre accident du travail et non au titre maladie (38).

II. OUVRIERS TEMPORAIRES MENSUALISES (NON REGLEMENTES).

Ces ouvriers victimes d'une rechute due à un accident du travail survenu hors défense bénéficient des avantages prévus à l'alinéa b) du I précédent pour les ouvriers réglementés (39).

III. PERSONNEL RAYE DES CONTROLES.

Deux situations peuvent se présenter :

a). Personnel soit ayant repris une activité professionnelle, salariée ou indépendante, soit en état de chômage.

L'employeur actuel doit délivrer à l'intéressé une feuille d'accident lui assurant la gratuité des soins médicaux et d'hospitalisation et des produits pharmaceutiques. Si la victime bénéficie d'une rente en raison de l'accident, cette dernière est maintenue pendant la nouvelle incapacité temporaire, et les arrérages correspondant à la période considérée doivent être déduits des montants à payer au titre de l'indemnité journalière.

Avant de mettre en paiement cette dernière indemnité, l'employeur doit exiger la production d'un document établissant que la rechute est bien la cause d'une perte de gain pour la victime. Pour le salarié en activité, une telle pièce sera un certificat de son nouvel employeur (40). L'indemnité journalière à verser éventuellement est déterminée d'après le salaire perçu par l'intéressé chez son employeur du moment pendant la période qui a précédé immédiatement l'arrêt de travail causé par la rechute. Cette indemnité ne peut toutefois être inférieure à celle correspondant respectivement à 60 ou 80 p. 100 du salaire perçu au cours de la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant, de la révision opérée conformément aux dispositions de l'article R. 433-8 du CSS (2e alinéa).

Dans le cas du travail indépendant, s'il est prouvé que l'intéressé a dû, en raison de la rechute, interrompre son activité professionnelle et a ainsi subi une perte de gain, il est équitable de lui accorder l'indemnité journalière. Celle-ci est alors calculée sur les mêmes bases que celle qui avait été servie lors de la première interruption de travail, compte tenu éventuellement des revalorisations de l'article L. 433-2 du CSS. C'est seulement dans le cas où il serait établi qu'antérieurement à la rechute l'intéressé avait définitivement mis fin à toute activité professionnelle que l'administration serait en droit de lui refuser le paiement des indemnités journalières.

Pour le chômeur, la pièce justificative est la carte délivrée par les associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (*ASSEDIC*). Si celui-ci avait repris une activité professionnelle salariée, l'indemnité journalière est calculée comme celle du travailleur en activité. S'il s'agit d'un travailleur indépendant qui a été amené à cesser volontairement son activité, la détermination de l'indemnité est calculée comme il est indiqué ci-dessus lorsqu'il poursuit normalement cette activité.

b). Personnel ayant cessé toute activité professionnelle.

Ce personnel a droit à la prise en charge par l'administration et dans la limite des tarifs, des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, mais il ne peut pas prétendre au paiement de l'indemnité journalière, la rechute n'occasionnant pas pour lui un arrêt de travail. En contrepartie, la rente qui lui est éventuellement allouée continue à lui être servie sans aucune retenue.

La procédure indiquée à l'article 78 II de la présente instruction, en vue de la transmission éventuelle du dossier « accident du travail » du personnel rayé des contrôles à un autre établissement plus voisin du nouveau domicile de l'intéressé facilite, en cas de rechute, le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et autres, ainsi que le paiement des indemnités journalières, sous déduction, le cas échéant, des arrérages de la rente.

TITRE V. **MALADIES PROFESSIONNELLES.**

(Art. L. 461-1 à L. 461-7, R. 461-1 à R. 461-7 et D. 461-1 du CSS.)

Article 52.

Principes de l'indemnisation.

Ouvrent droit à indemnisation les maladies dites professionnelles énumérées dans les tableaux figurant en annexe du livre IV du CSS, qui indiquent d'une part les maladies engendrées par certains agents nocifs, d'autre part les travaux susceptibles de provoquer ces maladies aux ouvriers qui les effectuent d'une façon habituelle. Les maladies qui répondent à cette double condition sont présumées d'origine professionnelle, sans que la victime ait à faire la preuve de la relation de cause à effet, sous la réserve suivante : lorsqu'un travailleur a cessé d'être exposé à l'action de l'agent nocif, l'employeur ne prend en charge l'indemnisation de la maladie

que si celle-ci survient dans un délai fixé par chaque tableau.

En ce qui concerne les tableaux n° 25, 25 *bis*, 30, 30 *bis*, 44 et 44 *bis*, relatifs aux maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de poussières renfermant de la silice libre, de poussières d'amiante ou de poussières et de fumées d'oxyde de fer, le délai est porté selon le cas à 30, 15, 10 ou 5 ans, après la cessation d'exposition aux risques, sous réserve d'une durée d'exposition de cinq ans, en une ou plusieurs périodes et dans un ou plusieurs établissements.

Pour les durées inférieures d'exposition au risque alloué, ou si le malade fait constater son affection au-delà du délai de prise en charge prévu par le tableau concerné, le droit à indemnisation est également ouvert après avis du médecin-conseil si l'examen effectué par le médecin agréé ou par le collège des trois médecins établit que la victime est ou était atteinte de l'affection correspondante nettement caractérisée (cf. art. D 461-13 du *CSS*).

L'attention est appelée sur les dispositions législatives concernant les conditions de prise en charge :

1. Les travaux énumérés dans les tableaux sont mentionnés à titre indicatif lorsqu'il s'agit de la manipulation ou de l'emploi de substances nocives et à titre limitatif en ce qui concerne les travaux pouvant occasionner des infections microbiennes.
2. Seules les maladies indiquées sur les tableaux comme susceptibles d'être engendrées par un travail déterminé sont indemnisables, mais non toutes les affections qui peuvent se manifester chez un sujet effectuant ce travail, même s'il est reconnu atteint de la maladie professionnelle pouvant, d'après le tableau, résulter dudit travail.

Article 53.

Procédure.

La législation concernant les accidents du travail et, par conséquent, les prescriptions de la présente instruction, sont applicables aux maladies professionnelles, sous réserve des dispositions spéciales à chacune d'elles ; ces dispositions sont indiquées sur les tableaux qu'il y a lieu de consulter pour l'examen de chaque cas d'espèce.

L'indemnisation de l'asbestose, notamment, est régie par des règles particulières qui ont fait l'objet des articles D. 461-5 et suivants du *CSS*. En particulier, l'article D. 461-14 (4^e alinéa) dispose que lorsque les malades atteints d'asbestose n'ont pas été exposés aux risques selon les différentes durées fixées à l'article D. 461-10, ils doivent être examinés, dans un centre d'étude des pneumoconioses public ou privé autorisé, par un collège de trois médecins particulièrement qualifiés pour leur connaissance de ces affections et de leurs complications.

En matière de maladies professionnelles, la date de la première constatation médicale de l'affection est assimilée à la date de l'accident (art. L. 461-I du *CSS*).

Article 54.

Enquête.

(Modifié 1^{er} modificatif)

Dans le cas où la maladie paraît devoir entraîner la mort et dans tous les cas, pour les maladies relevant des tableaux nos 30 et 30 *bis*, l'employeur devra diligenter l'enquête prévue à l'article L. 442-1 du *CSS*. Avant de prendre sa décision, pour les maladies inscrites aux tableaux visés à l'article D. 461-8 du *CSS*, le *SPA* doit informer les anciens employeurs chez lesquels l'ouvrier a été exposé à un risque potentiel de la maladie, du dépôt de la demande et des indemnisations pouvant éventuellement en découler. Par conséquent, la demande de l'intéressé doit mentionner, conformément au texte précité, tous les établissements dans lesquels il a été occupé à des travaux l'exposant à un ou plusieurs des risques retenus par les tableaux susvisés.

Ainsi lorsqu'il y a doute sur le caractère professionnel de la maladie invoquée ou si celle-ci ne correspond pas à tous les critères définis par le tableau incriminé, l'employeur doit obligatoirement transmettre au SPA un dossier constitué conformément aux prescriptions de l'article 55 ci-après ; s'il y a lieu le SPA oppose à la victime une décision de rejet qui, bien entendu, est susceptible de recours devant les juridictions du contentieux de la sécurité sociale.

Cette procédure doit être particulièrement appliquée dans les cas de surdité professionnelle où le déficit audiométrique moyen n'atteint pas le seuil minimum de 35 décibels fixé par le tableau n° 42 des maladies professionnelles ; l'employeur veille à ce que l'audiogramme prévu audit tableau soit pratiqué dans les délais légaux et saisit ensuite le SPA dans les mêmes conditions.

Article 55.

Constitution et envoi du dossier.

(Modifié : 1er modificatif)

La déclaration initiale doit être effectuée par la victime ou ses ayants droit qui adresse ou remet à l'employeur, dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail ⁽⁴¹⁾, les imprimés N° 363*/02 et N° 362*/14 figurant en annexe à la présente instruction, après l'avoir remplie et signée ⁽⁴²⁾. La victime joint à la déclaration un certificat de son médecin, en double exemplaire (un troisième exemplaire est conservé par elle).

Aux termes de l'article L. 461-5 du CSS, ce certificat doit indiquer la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées, ainsi que les suites probables.

Le dossier envoyé par l'employeur au SPA en vue de l'indemnisation d'un ouvrier présumé atteint d'une maladie professionnelle comporte obligatoirement les pièces suivantes ⁽⁴³⁾.

1. Déclaration de la victime et copie du certificat du médecin traitant établi comme il est dit ci-dessus :
2. Note technique de l'employeur justifiant, s'il y a lieu, que l'ouvrier a été employé à un travail reconnu comme susceptible d'occasionner la maladie dont il est atteint. Cette note doit donner toutes précisions utiles sur le poste occupé par lui et notamment sur les risques inhérents à ce poste, sur la durée pendant laquelle il l'a occupé, sur la nature exacte du produit incriminé, sur les moyens de prévention mis en œuvre, etc.
3. Copie du certificat initial du médecin de contrôle (imprimé N° 362*/15 en annexe) indiquant comme le certificat du médecin traitant, la nature de la maladie, les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées, les sites probables et, s'il y a lieu, les résultats des examens radiologiques ou de laboratoire qui ont été pratiqués.

Les pièces énumérées aux 1, 2 et 3 ci-dessus doivent être adressées par l'employeur au SPA le plus tôt possible après réception de la déclaration de maladie professionnelle souscrite par l'intéressé.

Les imprimés concernant ces maladies doivent porter la mention « déclaration effectuée en application de l'article L. 461-6 du CSS ».

4. Pour l'indemnisation, l'employeur doit adresser au service des pensions des armées le certificat médical de consolidation établi par le médecin de contrôle (imprimé N° 362*/16 en annexe) ainsi que le dossier de fixation de rente (voir Article 64 de l'instruction), à l'exception des pièces déjà envoyées.

L'employeur ne saurait se contenter d'un certificat médical se bornant à déclarer que tel travailleur présente des symptômes d'intoxication professionnelle. C'est au médecin de l'administration, civil ou militaire, voire au spécialiste ou au collègue des trois médecins, qu'appartient le soin d'établir un diagnostic basé sur des éléments indiscutables et de contrôler, le cas échéant, le diagnostic du médecin traitant, notamment lorsque celui-ci n'est pas confirmé par les examens de laboratoire indispensables.

Article 56.

Procédure de reconnaissance complémentaire.

I. LE DISPOSITIF JURIDIQUE.

La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (44), en complétant l'article L. 461-1 du *CSS*, a institué une procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Deux décrets du 27 mars 1993, dont les dispositions sont intégrées au *CSS*, en constituent les textes d'application. Il s'agit d'une part du décret n° 93-683 (45) instituant des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, et du décret n° 93-692 (46) fixant la procédure de reconnaissance de ces maladies.

Enfin, ce dispositif est complété par deux arrêtés du 28 mai 1993 et arrêté du 28 septembre 1993.

Une circulaire DSS/AT/93/77 (ministère des affaires sociales) du 12 août 1993 (BOC, 1995, p. 1135) a précisé les modalités d'application.

II. CARACTERISTIQUES.

Le système de reconnaissance complémentaire est fondé sur une expertise individuelle, confiée à des « comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles » (*CRRMP*) devant se prononcer sur le caractère professionnel de ces affections.

III. COMPETENCE.

Ces comités sont amenés à se déterminer dans deux types de situations :

- a). Lorsque la maladie désignée dans un tableau et directement causée par le travail habituel de la victime peut être reconnue d'origine professionnelle quand une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, durée d'exposition, ou liste limitative de travaux ne sont pas remplies (art. L. 461-1, 3^e alinéa du *CSS*), étant entendu que les conditions médicales (description clinique ou biologique) figurant dans les tableaux restent inchangées.
- b). Lorsque intervient une maladie caractérisée, non désignée dans les tableaux, celle-ci peut être reconnue d'origine professionnelle s'il est établi qu'elle est directement et essentiellement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle a entraîné son décès ou une *IPP* d'au moins 66,66 p. 100 (art. L. 461-1, 4^e alinéa du *CSS*).

IV. COMPOSITION DES COMITES.

Le comité se compose des personnes suivantes :

- le médecin-conseil régional de la sécurité sociale ou son représentant ;
- le médecin inspecteur régional du travail ;
- un professeur d'université, praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle.

Diverses personnes sont appelées à être entendues par le comité :

- obligatoirement : l'agent chargé de la prévention au sein de l'établissement ;
- à titre facultatif : la victime.

V. CONSTITUTION DES DOSSIERS.

Le dossier comprend :

- a). La demande de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit (même modèle que celui d'une reconnaissance de maladie professionnelle).
- b). Le certificat médical rédigé par le médecin traitant ou du travail (imprimé N° 362*/15).
- c). Le rapport circonstancié du chef d'établissement sur les emplois occupés par la victime.
- d). Le rapport du médecin de contrôle de l'établissement sur la pathologie de la victime, des causes probables et fixant un taux d'*IPP*.
- e). L'expertise prévue à l'article L. 141-1 du *CSS*, demandée par le médecin-conseil près du *SPA*.

L'ensemble des documents est adressé par l'établissement (bureau du personnel ou bureau unique des accidents du travail) au comité pour lui permettre de statuer.

VI. REGLEMENT DES FRAIS.

L'examen des dossiers par le comité régional étant assimilé à une expertise, les frais sont pris en charge par l'établissement demandeur.

Article 57.

Cas spécial de maladies provoquées par le travail mais n'entrant pas dans le cadre des maladies professionnelles.

Il est rappelé qu'en application de l'article L. 461-6 du *CSS*, toute maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles indemnisables mais présentant un caractère professionnel, doit faire l'objet d'une déclaration médicale obligatoire. Cette déclaration doit être adressée au *SPA* pour avis du médecin-conseil de l'administration et transmission par ses soins au ministère chargé du travail pour inscription éventuelle au tableau des maladies professionnelles. Une copie de cet envoi est adressée à l'inspection du travail dans les armées.

TITRE VI.

QUESTIONS ET PROCÉDURES SPÉCIALES.

Article 58.

Faute inexcusable. Faute intentionnelle.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

(Art. L. 451-1 à L. 453-1 et L. 455-2 du *CSS*.)

I. FAUTE INEXCUSABLE.

Aux termes d'un arrêt de la cour de cassation ⁽⁴⁷⁾, la notion de faute inexcusable est conditionnée par la réunion des quatre critères suivants :

- faute d'une gravité exceptionnelle ;
- acte ou omission volontaire à l'origine de cette faute ;
- conscience du danger que devait en avoir l'auteur de la faute ;

- absence de toute cause justificative.

Cependant, la réunion des éléments précédemment analysés ne suffit pas en droit à caractériser la *FIE*, de manière à produire les effets attachés par la loi à cette notion. Encore convient-il d'apprécier si la faute inexcusable invoquée a constitué la cause déterminante de la maladie professionnelle.

La faute inexcusable commise par l'employeur entraîne la majoration de la rente due à la victime ou à ses ayants droit (art. L. 452-1 et L. 452-2 du *CSS*).

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

De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 du *CSS* et suivants ainsi que les ascendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur, sous le contrôle du juge, réparation du préjudice moral.

Ces demandes sont préalablement examinées par la commission centrale des rentes, présidée par le chef de l'inspection du travail dans les armées.

En cas d'action pénale, la prescription biennale est interrompue.

Lorsqu'un accident a entraîné un taux d'*IPP* à 10 p. 100 et que la faute inexcusable de l'employeur a été retenue, la majoration ne peut être supérieure à l'indemnité en capital correspondant au taux d'*IPP* alloué.

II. FAUTE INTENTIONNELLE.

Selon l'interprétation de la cour de cassation, la faute intentionnelle suppose le désir de nuire et une certaine préméditation.

Une faute de cette nature entraîne les conséquences suivantes :

- a). Si elle est commise par l'employeur, la victime peut obtenir la réparation du préjudice causé conformément aux règles du droit commun dans la mesure où le préjudice n'est pas réparé au titre de la législation des accidents du travail (art. L. 452-5 du *CSS*).
- b). Si elle est commise par la victime ou un de ses ayants droit, aucune prestation ni indemnisation au titre de la législation précitée n'est due (art. L. 453-1 du *CSS*).

III. ROLE DE L'EMPLOYEUR.

Quand l'employeur croit se trouver en présence d'un des cas ci-dessus, il adresse au *SPA* un compte rendu détaillé pour permettre d'apprécier si la faute qui est à l'origine de l'accident peut être classée dans l'une ou l'autre de ces catégories et si sa gravité est de nature à entraîner les conséquences légales qui viennent d'être indiquées. Si la victime allègue une faute inexcusable de l'employeur, le compte rendu mentionne les arguments sur lesquels l'administration peut appuyer sa défense ⁽⁴⁸⁾.

En cas de rixe sur le lieu du travail, lorsque l'agression revêt le caractère d'une faute inexcusable ou intentionnelle, l'agresseur subit les sanctions légales concernant sa propre indemnisation.

De plus, l'agresseur convaincu de faute intentionnelle, et ayant blessé son adversaire, peut se voir intenter une action en responsabilité civile en vue de la réparation du dommage subi :

1. Par le blessé, dans la mesure où le dommage n'est pas réparé par la législation sur les accidents du travail.

2. Par l'administration, pour le montant des prestations dues au titre de cette législation.

En cas de faute intentionnelle de la victime, aucune action en réparation d'accident du travail ou de maladies professionnelles ne peut être exercée par la victime ou ses ayants droit (art. L. 451-1 et L. 471-3 du CSS).

Article 59.

Accidents occasionnés par un tiers.

(Art. L. 454-1 et R. 454-1, L. 455-1 et L. 455-2 du CSS.)

Si la responsabilité de l'accident est imputable à une personne autre que l'employeur, la victime ou ses ayants droit conservent contre l'auteur de l'accident le droit de demander, au titre du droit commun, un complément de réparation égal à la différence entre le préjudice total qu'elle a subi et la réparation forfaitaire allouée au titre de la législation des accidents du travail ⁽⁴⁹⁾.

En conséquence, l'employeur doit :

1. Assurer le service des prestations et indemnités rappelées dans la présente instruction, comme s'il s'agissait d'un accident du travail ordinaire.

2. Se conformer, en vue de l'exercice éventuel d'un recours contre le tiers, même si la responsabilité de ce dernier ne paraît pas établie, aux prescriptions de l' instruction 670 /DEF/DAG/CX/3 du 16 janvier 1989 ⁽⁵⁰⁾ relative aux mesures à prendre en matière de réparations civiles dues à l'Etat ou réclamées par des tiers. Ne pas omettre de saisir le bureau du contentieux et des dommages territorialement compétent de tout accident susceptible de recours contre un tiers et lui adresser les relevés de toutes les dépenses engagées par l'établissement en raison de l'accident, même si ces dépenses n'interviennent que longtemps après (*ex. : rechutes, cures thermales, etc.*).

L'employeur ne doit en aucun cas s'affranchir des prescriptions rappelées dans le présent article ; il ne doit notamment recevoir aucun remboursement du tiers responsable et n'engager aucun pourparler avec celui-ci ou avec son assureur en vue du règlement du préjudice subi par l'Etat.

S'il est saisi par le tiers ou par son assureur de propositions de règlement amiable, il doit les transmettre immédiatement au bureau du contentieux et des dommages ou inviter le tiers ou son assureur à s'adresser directement audit service.

Quant à l'accord qui peut intervenir entre la victime et le tiers, il ne dédommage pas l'administration ; sa conclusion ne doit donc pas faire perdre de vue les prescriptions de l' instruction précitée du 16 janvier 1989 .

Article 60.

Accidents anciens.

(Art. L. 431-2 et suivants, R. 413-2 et suivants du CSS.)

Le code prévoit l'indemnisation de certaines victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles lorsque ces faits ont été révélés avant l'entrée en vigueur de dispositions nouvelles relatives à ces accidents ou maladies, sous réserve que les intéressés apportent la preuve de leurs droits.

Les avantages qui en résultent et la procédure à suivre pour en demander le bénéfice ont été précisés, plus particulièrement en ce qui concerne l'administration, par la circulaire 68-02 /MA/DPC/PRA/AT du 13 février 1968 (BOC/SC, p. 145) à laquelle il convient de se reporter en tant que de besoin ainsi qu'aux articles R. 413-6 à R. 413-19 et R. 754-5 à R. 754-7 du CSS.

Article 61.

Indemnisation spéciale en cas d'accident aérien ou maritime au cours d'une mission, et en cas d'accident mortel en sous-marin.

I. ACCIDENT AERIEN OU MARITIME AU COURS D'UNE MISSION.

Le décret 67-744 du 25 août 1967 ⁽⁵¹⁾ permet d'allouer une indemnité exceptionnelle aux victimes d'un accident aérien ou maritime survenu au cours d'une mission accomplie dans les conditions qui sont définies à l'article 4 du texte. La procédure d'attribution et les modalités de calcul de ladite prestation sont précisées à l'article 2. L'attention est appelée sur le fait que l'indemnité n'est due qu'aux auxiliaires et aux contractuels.

II. ACCIDENT MORTEL SURVENU EN SOUS-MARIN.

Une décision du ministre de l'économie et des finances 68-1211 /8/F/1 du 11 février 1969 accorde une indemnité exceptionnelle aux ayants cause (qu'il faut entendre ici par « ayants droit ») des personnels civils victimes d'un accident mortel survenu en sous-marin au cours d'une mission exécutée dans l'exercice normal des fonctions.

Cette indemnité est calculée sur les mêmes bases que l'allocation servie par le fonds de prévoyance militaire, dans les conditions suivantes : les agents contractuels régis par le décret 49-1378 du 03 octobre 1949 ⁽⁵²⁾ appartenant à la catégorie spéciale, à la hors catégorie ou à la catégorie « A », sont assimilés au personnel officier ; le personnel contractuel de catégorie « B » (techniciens) ou ouvrier est assimilé au personnel sous-officier.

Nota. — L'attribution de cette indemnisation ne fait pas obstacle à l'application de la législation des accidents du travail, et il convient en pareil cas d'entamer la procédure habituelle.

Article 62.

Cas particulier découlant de la titularisation dans un corps de fonctionnaires.

Lorsque la victime d'un accident du travail vient à être titularisée dans un corps de fonctionnaires pour compter d'une date antérieure à celle de l'accident générateur du droit à réparation dans le cadre de la législation des accidents du travail, sa situation est réglée suivant une procédure particulière qui est exposée en détail au livre deuxième.

TITRE VII.

RENTES.

Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle a entraîné une réduction définitive, ou présumée telle, de la capacité de travail de la victime dont l'état s'est stabilisé, cette dernière a droit à une rente destinée à l'indemnisation de cette réduction, calculée dans les conditions fixées par le présent titre.

CHAPITRE PREMIER.

FIXATION DE LA RENTE ET MISE EN PAIEMENT.

Article 63.

Détermination du salaire de base. Relevé des salaires.

(Art. L. 434-2, L. 434-15 et L. 434-16, R. 434-30 et R. 436-1 du CSS.)

I. Le salaire à considérer est celui qui a été effectivement perçu chez un ou plusieurs employeurs pendant les douze mois civils précédant l'accident.

Toutefois, si l'incapacité apparaît pour la première fois après une rechute ou une aggravation, la période de douze mois à prendre en considération est celle qui précède soit l'arrêt de travail causé par la rechute ou, si l'aggravation n'a pas entraîné d'arrêt de travail, la date de constatation de l'IPP, soit l'arrêt de travail consécutif

à l'accident, selon le mode de calcul le plus favorable à la victime (art. R. 434-30 du *CSS*).

Les mêmes dispositions, qui visent uniquement les rechutes et les aggravations, doivent être appliquées, pour assimilation, dans le cas où l'incapacité permanente se constitue après une période de traitement initial sans arrêt de travail. D'où nécessité de fournir dans ce cas au *SPA* deux relevés de salaires au lieu d'un seul relevé [voir art. 64, *d*), de la présente instruction].

II. Si la victime appartenait depuis moins de douze mois civils à la catégorie professionnelle dans laquelle elle est classée au moment de l'arrêt de travail, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération effective, afférente à la durée de l'emploi dans cette catégorie, celle qu'elle aurait pu recevoir pendant le temps nécessaire pour compléter les douze mois sans toutefois pouvoir être inférieur au montant total des rémunérations perçues par l'intéressé dans ces divers emplois.

III. Si, pendant ladite période de douze mois, la victime a interrompu son travail pour cause de maladie, accident, maternité, chômage total constaté ou chômage partiel indépendant de sa volonté, congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, il y a lieu de compléter son salaire dans la colonne prévue à cet effet comme si elle avait travaillé normalement et à temps complet durant les douze mois.

IV. Le salaire de base doit être déterminé sous sa forme brute, c'est-à-dire défalcation non faite des retenues effectuées à des titres divers (assurances sociales, retraites) ; il comprend, outre le salaire proprement dit, les heures supplémentaires, les avantages en nature et les primes et indemnités (à l'exception de celles qui ont été payées à l'ouvrier en compensation des dépenses supplémentaires mises à sa charge pour les besoins du service, par exemple les indemnités de panier et de transport). Il ne faut pas y inclure la cotisation patronale aux assurances sociales, ni les prestations familiales.

Pour les ouvriers régis par le décret du 24 septembre 1965, il y a lieu d'ajouter au salaire de base la cotisation de l'Etat au fonds spécial des retraités géré par la caisse des dépôts et consignations.

V. Le relevé des salaires annuels, qu'il convient de fournir au *SPA* en application des dispositions de l'article 64 ci-après, doit être établi en s'inspirant des principes qui viennent d'être rappelés. Il doit être détaillé mois par mois et faire apparaître les divers éléments de rémunération (voir relevé type, imprimé N° 362*/17 en annexe).

Les rappels, consécutifs à la mise en vigueur de barèmes, ayant un effet rétroactif, ne doivent être pris en compte que pour la fraction afférente à la période incluse dans les douze mois. En particulier, lorsque les dossiers ont déjà été transmis au *SPA*, un relevé rectificatif doit être envoyé dans tous les cas où de tels rappels intéressent la période de référence, même si la rente est déjà allouée. D'une manière générale, mention doit être portée sur les états des salaires de l'application éventuelle des nouveaux barèmes ayant donné lieu à des rappels.

VI. Pour les cas particuliers (apprentis, travailleurs âgés de moins de 18 ans, travail discontinu, etc.) se reporter aux articles R. 434-30 et R. 434-31 ainsi que R. 436-2 du *CSS*. Il y a lieu de faire figurer sur le relevé toutes indications permettant de s'assurer qu'il a été établi conformément à la loi. Il est rappelé que le salaire servant de base au calcul de la rente due à un apprenti ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié où l'apprenti aurait normalement été classé en fin d'apprentissage, à raison de 39 heures par semaine.

VII. Travailleurs privés d'emploi (art. R. 436-1 du *CSS*).

Article 64.

Envoi du dossier au service des pensions des armées.

Lorsque la victime d'un accident du travail reste atteinte, du fait de cet accident, d'une incapacité permanente de travail dont le taux a été évalué par le médecin de contrôle de l'établissement (voir Article 29) ou que, contrairement à l'avis dudit médecin, elle prétend rester atteinte d'une incapacité, l'établissement employeur constitue et adresse au *SPA* le dossier de proposition de rente composé des copies des pièces suivantes, dont il

conserve les originaux :

- a). Déclaration d'accident, accompagnée du questionnaire et du croquis dans le cas d'un accident de trajet.
- b). Tous certificats médicaux et toutes pièces médicales fournis par la victime ou établis par les soins ou sur la demande du médecin de l'administration, notamment : certificat médical initial, certificat du médecin traitant proposant un taux d'*IPP*, certificat du médecin de contrôle, certificat de consolidation (voir Article 29), résultats des examens spéciaux pratiqués (radiologie, laboratoire, examens de spécialistes), éventuellement rapports d'experts médicaux.
- c). Procès-verbal de l'enquête prévue à l'article 21 auquel l'employeur joint, s'il y a lieu ses propres observations.
- d). Relevé de salaire établi comme il est indiqué à l'article précédent ; il convient toutefois de rappeler que, pour les rentes correspondantes à un taux d'*IPP* inférieur à 10 p. 100 (rentes remplacées par une indemnité en capital) le relevé de salaire n'est plus nécessaire, l'article D. 434-1 du *CSS* ayant fixé le barème de l'indemnité forfaitaire servie dans un tel cas.
- e). Note indiquant la date de reprise du travail soit dans l'administration, soit chez un employeur privé, avec la mention des périodes de rechute ⁽⁵³⁾ et donnant tous renseignements au sujet de l'activité professionnelle de l'intéressé, de la répercussion sur le salaire de l'infirmité résultant de l'accident et, le cas échéant, du changement de poste nécessité par cette infirmité.
- f). Note indiquant, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles dont l'intéressé a été victime antérieurement, soit dans l'administration, soit chez un employeur privé, et qui ont été indemnisés par l'attribution d'une rente, ainsi que les blessures et maladies pour lesquelles une pension militaire ou de victime civile a été allouée. Il y a lieu de préciser la date des accidents, le siège et la nature des lésions, le montant des rentes ou pensions et la date de leur attribution, le taux d'incapacité permanente sur lequel elles ont été calculées et les organismes débiteurs. Indiquer également les accidents de droit commun indemnisés par le paiement d'une rente ou d'un capital représentatif.
- g). En cas d'accident grave, copie du rapport d'accident du travail, et, le cas échéant, copie du rapport complémentaire de l'agent ou délégué de sécurité.
- h). Bulletin de naissance (sur papier libre) ou fiche d'état civil établie d'après le livret de famille ainsi qu'une déclaration d'élection de domicile.
- i). Notification par l'employeur à la victime de la date de guérison ou de consolidation.

Par ailleurs, il est précisé que dans la mesure où une rente serait accordée, le paiement des arrérages est effectué par virement sur un compte postal ou bancaire ou sur un livret de caisse d'épargne, dont le relevé d'identification a été fourni par l'intéressé.

Article 65. **Calcul de la rente.**

(Art. L. 434-2 et R. 434-2 à R. 434-4 du *CSS*.)

La rente due à la victime d'un accident ayant occasionné une *IPP* au moins égale à 10 p. 100, de même que les rentes dues aux ayants droit de la victime d'un accident mortel, ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum fixé chaque année par arrêté des ministres du budget et de la sécurité sociale, en application des articles L. 341-6 et R. 341-7 ainsi que les articles L. 434-15 à L. 434-17 du *CSS*.

Quel que soit le taux d'*IPP*, le salaire annuel n'entre intégralement en compte pour le calcul de la rente que s'il ne dépasse pas le double du salaire minimum. S'il le dépasse, l'excédent n'est compté que pour un tiers. Toutefois, il n'est pas tenu compte de la fraction excédant huit fois le montant du salaire minimum (art. R. 434-29 du *CSS*).

La rente est égale au salaire annuel, réduit s'il y a lieu, multiplié par le taux d'incapacité, préalablement diminué de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 p. 100 et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 p. 100.

Exemple : soit R la rente, S le salaire réduit :

a). Pour un taux d'incapacité de 40 p. 100 :

$$R = (S \times 40 \text{ p. } 100)/2.$$

b). Pour un taux d'incapacité de 80 p. 100, se décomposent en 50 p. 100 qui comptent pour moitié, soit 25 p. 100, et 30 p. 100 qui augmentés de moitié, comptent pour 45 p. 100 : au total 70 p. 100 :

$$R = S \times 70 \text{ p. } 100.$$

c). Pour un taux d'incapacité de comptant pour 25 p. 100 + 75 p. 100 = 100 p. 100 :

$$R = S.$$

Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, la rente est majorée de 40 p. 100. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un minimum fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 66.

Fixation de la rente.

Avant de soumettre le dossier à la commission centrale des rentes instituée par l'arrêté du 19 septembre 1996 modifié, il est nécessaire de demander à l'intéressé, par l'intermédiaire de son établissement employeur, les pièces nécessaires au paiement de la rente ou du capital [fiche d'état civil, attestation de domicile, relevé d'identité bancaire (*RIB*) ou relevé d'identité postale (*RIP*)]. S'il s'agit d'une rente, le relevé du dernier salaire annuel est demandé à l'employeur.

Après avoir procédé au calcul de la rente, le *SPA* soumet le dossier à la commission centrale des rentes, qui émet un avis sur le montant de la rente due. Le ministre (ou ses délégués) statue ensuite sur le vu de cet avis et le *SPA* porte la décision à la connaissance de l'employeur sous la forme d'une notification qu'elle lui envoie, en double exemplaire.

L'employeur remet à la victime un exemplaire de ladite notification tenant lieu d'extrait d'inscription, accompagné d'un récépissé ou le lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (art. R. 434-35 du *CSS*).

Sur cette notification, il est indiqué notamment qu'en cas de contestation portant sur le taux d'*IPP* ayant servi de base au calcul de la rente, le recours doit être porté, à peine de forclusion, dans le délai de deux mois à compter de la notification, devant le tribunal du contentieux de l'incapacité permanente (art. R. 143-6 du *CSS*). Toute réclamation portant sur le salaire de base, le point de départ de la rente ou le mode de calcul doit être transmise au *SPA*.

Si l'intéressé conteste la décision ministérielle portant attribution de rente, il lui incombe d'ouvrir la procédure contentieuse prévue aux articles 83 et suivants.

Lorsqu'il y a aggravation et augmentation du taux d'*IPP*, ou bien en cas d'amélioration et de diminution de celui-ci, le *SPA* procède à la révision et soumet à nouveau le dossier de l'intéressé à la commission centrale des rentes (voir CHAPITRE III).

Article 67.

Mise en paiement. Règles du cumul.

(Art. L. 434-11, L. 434-12, L. 434-18, L. 434-19 et R. 434-36 du *CSS*.)

L'administration centrale procède à la mise en paiement des arrérages courus dès que la rente a été allouée par décision ministérielle ; ce service est assuré à titre de provision sans engager la victime qui peut user, dans les délais impartis, des voies de recours qui lui sont ouvertes.

La rente est ensuite payée selon les modalités choisies par le bénéficiaire (voir Article 64 *in fine*) et aux dates des échéances civiles : 1er janvier, 1er avril, 1er juillet, 1er octobre de chaque année (art. R. 434-37 du *CSS*).

Toutefois, lorsque le taux d'*IPP* est égal ou supérieur à 66,66 p. 100, la rente est versée mensuellement, sous réserve de son paiement par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne ouvert au nom du titulaire ou de son représentant dûment mandaté.

En cas d'hospitalisation, la majoration pour aide d'une tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la victime a été hospitalisée ; au-delà de cette date, son service est suspendu (54).

Les arrérages des rentes courent, suivant le cas :

- du lendemain de la date de consolidation de la blessure ;
- du jour de la reprise du travail ;
- du lendemain du décès.

Ils se cumulent avec ceux des 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 sur leur traitement ou salaire. Toutefois, le montant de la pension augmenté du montant non réductible de la rente ne peut excéder 100 p. 100 des émoluments de base.

Article 68.

Cas particulier du déclassement pour inaptitude physique.

Lorsque par suite de l'invalidité résultant d'un accident du travail, un ouvrier est devenu inapte à exercer sa profession, l'intéressé doit être classé dans l'emploi et dans la catégorie correspondant à sa capacité physique et à ses aptitudes professionnelles. Il reçoit la rémunération afférente audit emploi et à ladite catégorie.

Nota.

1. Les sommes perçues au titre de la réparation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu des personnes physiques (art. 81, 8^o du code général des impôts).
2. Il est signalé de plus que, lorsque la victime d'un accident du travail n'a pas droit, à un autre titre, au « billet d'aller et retour de congé annuel » accordé par la *SNCF*, elle peut demander au *SPA* la délivrance d'une attestation qui lui permettra d'obtenir cet avantage en raison du régime spécial du ministère de la défense.

3. Lorsque la victime d'un accident du travail est réintégrée dans son établissement, il convient que ce dernier fasse connaître dans les meilleurs délais possible au SPA si l'intéressé a bien conservé son poste ainsi que son ancienne rémunération (même groupe de salaire) et s'il a éventuellement subi une réduction de prime.

Article 69.

Avances sur rentes.

(Art. R. 434-19 du CSS.)

Des avances sur rentes peuvent être accordées par le SPA, au nom du ministre, en cas de décès ou d'*IPP* importante. Ces avances, qui correspondent au maximum à un trimestre de rente, viennent en déduction du montant des indemnités journalières ou des rentes susceptibles d'être dues.

Article 70.

Accidents successifs. Employeurs multiples.

En cas d'accidents successifs donnant lieu à une incapacité permanente, il convient, pour le calcul des indemnités, de se reporter aux articles R. 434-1-1 à R. 434-1-3 du CSS.

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

- a). Si le nouveau taux d'incapacité reste inférieur à 10 p. 100, 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 p. 100, la rente due à la victime est calculée suivant les règles fixées par l'article 65 de la présente instruction ; les arrérages annuels de cette rente sont diminués de 30 p. 100 au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.

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'*IPP* est fixé, il est tenu compte du capital précédemment versé dans les conditions suivantes :

- a). Si le nouveau taux d'incapacité est inférieur à 10 p. 100 la rente est remplacée par l'indemnité en capital, selon le barème prévu à l'article D. 434-1 du CSS.
- b). Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 p. 100, 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 été précédemment remplacée par un capital.

Lorsqu'un nouveau taux d'incapacité inférieur à 10 p. 100 est fixé pour le bénéficiaire d'une rente, celle-ci est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1 du CSS.

Employeurs multiples.

(Art. L. 431-2, R. 431-2 et R. 434-25 du CSS.)

En cas d'employeurs multiples et d'accidents du travail successifs, dont le règlement est à la charge de plusieurs caisses d'assurance maladie (ou organismes assimilés), l'article R. 434-25 du CSS prévoit que l'organisme qui a la charge du dernier accident assume la gestion de la rente ou des rentes dues au titre d'accidents antérieurs.

En outre, le transfert de la rente, et éventuellement de ses revalorisations, donne également lieu au transfert de toutes les autres prestations au dernier organisme concerné.

Il appartient en conséquence aux établissements de tenir informé le cas échéant le SPA de toute évolution de l'état et du statut de la victime. Il y a extinction de la rente lors du décès de la victime.

CHAPITRE II. RENTES CONSÉCUTIVES AUX ACCIDENT SUIVIS DE MORT.

(Art. L. 434-11 à L. 434-19, L. 435-1 et L. 435-2, R. 434-11 à R. 434-18 du CSS.)

RENTES DE RÉVERSION

(Art. L. 434-3, R. 434-5 et R. 434-6 du CSS.)

Article 71. **Généralités.**

Ainsi qu'il est indiqué à l'article suivant, des rentes sont allouées à certains ayants droit lorsque le décès est la conséquence directe de l'accident.

L'énumération de ceux-ci et les modalités de fixation et d'attribution de la rente font l'objet du présent chapitre.

Il est rappelé que, selon les articles L. 435-1 et L. 435-2 du CSS, les frais funéraires sont, dans une certaine limite, à la charge de l'établissement (voir l'Article 46 de la présente instruction).

Article 72. **Rentes d'ayants droit.**

Ont droit à une rente :

A) *Le conjoint survivant*

(non divorcé ou séparé de corps et non remarié, non condamné pour abandon de famille ni déchu de l'autorité parentale), à condition que le mariage ait été contracté avant l'accident ou avant la première constatation médicale de la maladie professionnelle (la date de cette constatation étant assimilée à la date de l'accident ainsi qu'il a été précisé à l'article 52) ou qu'à défaut, il ait, à la date du décès, duré au moins deux ans (art. L. 434-8, 1er alinéa et art. R. 434-11, 1er alinéa du CSS).

La rente est égale à 30 p. 100 du salaire réduit, le taux en est porté à 50 p. 100, sur demande formulée par l'intéressé (imprimé N° 362*/18), dans les cas suivants :

- a). Lorsque le conjoint survivant atteint l'âge de 55 ans.
- b). Lorsque le conjoint survivant, n'étant pas encore âgé de 55 ans, est atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 p. 100 à condition que celle-ci ait une durée minimum de trois mois.

Des dispositions spéciales sont prévues par les articles L. 434-8 (2e alinéa) et R. 434-11 (2e alinéa) du CSS à l'égard du conjoint survivant, divorcé ou séparé de corps qui avait obtenu une pension alimentaire.

En cas de nouveau mariage, le conjoint survivant cesse d'avoir droit à la rente et reçoit une somme égale à trois annuités de celle-ci. S'il a des enfants, le rachat est différé jusqu'à ce que la dernière rente d'orphelin cesse d'être due (voir Article 81 de la présente instruction et art. L. 434-9 à L. 434-11 du CSS).

Si le conjoint remarié vient à divorcer, se séparer ou redevenir veuf, il a droit, dans certaines limites, à recouvrer sa rente de conjoint survivant (art. L. 434-9 du CSS).

B) *Les enfants âgés de moins de 16 ans,*

légitimes, naturels reconnus avant l'accident ⁽⁵⁵⁾, adoptifs (adoptés avant l'accident).

La rente s'élève pour un enfant à 15 p. 100 du salaire pris en compte pour le calcul de la rente (dit « salaire de référence », dans la limite de deux orphelins et à 10 p. 100 au-delà de deux. Pour les orphelins de père et de mère, la rente est portée pour chacun d'eux à 20 p. 100.

La limite d'âge est portée selon le cas, à :

1. 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.
2. 18 ans si l'orphelin est placé en apprentissage dans les conditions déterminées par le titre premier du livre premier du code du travail et si le salaire mensuel qu'il perçoit n'est pas supérieur au plafond de ressources retenu pour l'application de l'article L. 512-3 du CSS, les avantages en nature et les pourboires sont, le cas échéant, évalués suivant les règles prévues au cinquième alinéa de l'article R. 242-1 du CSS.
3. 20 ans si l'orphelin poursuit ses études ou si, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, l'orphelin est dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié (art. R. 434-16 du CSS).

Il est à noter que le cumul de cette rente avec les prestations familiales, du chef d'un même enfant, est autorisé sans limitation.

C) *Les descendants de la victime et les enfants recueillis*

par elle avant l'accident, si les uns et les autres étaient privés de leurs soutiens naturels et tombés à sa charge : mêmes rentes que pour les enfants du de cujus.

D) *Les ascendants à la charge de la victime*

à la date de l'accident ⁽⁵⁶⁾ ou, si celle-ci n'avait ni conjoint ni enfants, les ascendants qui, de son vivant, auraient pu obtenir d'elle une pension alimentaire. Le taux de la pension est de 10 p. 100 du salaire de référence par ascendant. La pension est refusée à l'ascendant reconnu coupable d'abandon de famille ou déchu de l'autorité parentale (art. L. 434-13 du CSS).

Article 73.

Maximum des rentes.

Le total des rentes des ascendants ne doit pas dépasser 30 p. 100 du salaire annuel de référence de la victime (L. 434-14 du CSS).

L'ensemble des rentes allouées aux différents ayants droit est limité à 85 p. 100 dudit salaire. En cas de dépassement, chaque rente fait l'objet d'une réduction proportionnelle ⁽⁵⁷⁾.

Article 74.

Procédure de l'allocation des rentes aux ayants droit.

Comme pour les autres accidents, l'employeur effectue la déclaration légale (cf. Article 9) et provoque l'enquête. S'il existe sur la question de relation entre l'accident et le décès un doute qui puisse être éclairci par une autopsie, il demande au juge du tribunal d'instance de faire procéder à celle-ci (art. L. 442-4 du CSS) ainsi qu'il a été indiqué à l'article 21 de la présente instruction ⁽⁵⁸⁾.

L'enquête à mener en cas d'accident mortel comporte, en outre, la recherche des ayants droit dans le cadre des dispositions de l'article L. 442-2 du CSS. En particulier, pour connaître éventuellement les ascendants remplissant les conditions indiquées à l'article 72, D), il est recommandé à l'employeur de ne pas négliger les renseignements que pourraient lui apporter sur l'existence de ceux-ci, le conjoint survivant, les parents ou les collègues de travail de la victime.

Dès que l'enquête a été effectuée, l'employeur adresse au SPA :

- a). La liste des ayants droit.
- b). Une copie de la déclaration d'accident du travail et du rapport d'accident (cf. Article 10 de l'instruction).
- c). Une copie du procès-verbal d'enquête (cf. Article 21).
- d). Une copie des pièces médicales du dossier, notamment du certificat médical établissant la relation entre l'accident et le décès.
- e). Le relevé des salaires annuels (cf. Article 63 de la présente instruction).

Signaler si la victime était titulaire d'une ou de plusieurs rentes en raison d'accidents du travail antérieurs et percevait un salaire inférieur à celui qu'elle aurait perçu si lesdits accidents ne s'étaient pas produits. Dans ce cas, ce dernier salaire serait substitué, pour le calcul des rentes d'ayants droit, au salaire réellement touché.

- f). Un bulletin de décès de la victime.
- g). Un extrait d'acte de mariage pour le conjoint survivant.
- h). Un extrait d'acte de naissance pour chacun des autres ayants droit.
- i). Une déclaration sur l'honneur établie par le conjoint survivant qui indique si une séparation de corps a été prononcée judiciairement et si, à sa connaissance, la victime a laissé ou non des enfants mineurs issus d'un précédent mariage ou des enfants naturels reconnus.
- j). Des justifications spéciales lorsque le conjoint survivant peut, en raison de son âge (55 ans au moins), ou d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 p. 100 d'une durée minimum de trois mois, prétendre à une rente égale à 50 p. 100 du salaire annuel de la victime (art. 72) : il y a lieu, dans ce cas, d'adresser au SPA une formule remplie et signée par l'intéressé, conforme à l'imprimé N° 362*/18 joint en annexe ; si la demande est motivée, non par l'âge du conjoint mais par son incapacité de travail, la formule ci-dessus doit être accompagnée des deux pièces suivantes : certificat médical (indiquant la nature de cette incapacité, sa durée probable et le taux d'IPP qu'elle entraîne) et la déclaration sur l'honneur dans laquelle l'intéressé certifie qu'il ne travaille pas (s'il travaille, il indique le montant mensuel de ses gains) ; cette déclaration figure au verso de l'imprimé N° 362*/18.

L'employeur doit fournir, en outre, les renseignements ci-après :

- pour le conjoint survivant, en cas de divorce ou de séparation de corps, faire connaître s'il a obtenu une pension alimentaire et, dans l'affirmative, quel en est le montant ; s'il a été déchu de l'autorité parentale ou s'il a été condamné pour abandon de famille ;
- pour les enfants, indiquer la date de reconnaissance des enfants naturels, celle de l'adoption des enfants adoptifs, et, pour les enfants âgés de plus de 16 ans, préciser, le cas échéant, s'ils sont en apprentissage, s'ils poursuivent leurs études, s'ils sont demandeurs d'emploi ou s'ils sont infirmes, et envoyer le certificat afférent au cas considéré ;

- pour les ascendants, descendants et enfants recueillis, indiquer s'ils étaient à la charge de la victime à la date de l'accident ; fournir un certificat de non-imposition les concernant ; préciser les moyens d'existence des ascendants et leur état de santé après avoir fait procéder, au besoin, à une enquête par le service local de l'action sociale des armées, et indiquer s'ils ont été condamnés pour abandon de famille ou s'ils sont déchus de l'autorité parentale.

La procédure de fixation des rentes est la même que celle rappelée plus haut au sujet des autres accidents (cf. Article 66). Le SPA, après avis de la commission, fixe le montant des rentes. Il porte sa décision à la connaissance de l'employeur et lui envoie les notifications destinées aux ayants droit de la victime. L'employeur adresse à ceux-ci lesdites notifications par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les rentes sont mises en paiement par le SPA comme il est prévu à l'article 72 ci-dessus.

En cas de contestation, il appartient aux ayants droit d'ouvrir la procédure contentieuse (art. 91 et suivants).

Article 75.

Allocations provisionnelles.

(Art. L. 361-1, R. 434-19 et R. 434-36 du CSS.)

En cas de décès, le ministre peut accorder au conjoint et aux ayants droit une allocation provisionnelle égale à un trimestre de rente, payable immédiatement et en une seule fois. Cette allocation est remboursable sur les quatre premiers trimestres d'arrérages (exceptionnellement 8).

Toutefois, il n'est pas versé d'allocation provisionnelle lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire du droit au capital-décès.

Article 76.

Rentes de réversion.

Le titulaire d'une rente peut, sous certaines conditions définies aux articles L. 434-3, R. 434-5 et R. 434-6 du CSS, constituer sur sa tête une rente viagère réversible pour moitié au plus au profit de son conjoint. La demande de conversion doit être présentée à l'organisme chargé du paiement de la rente au plus tard un an après le délai de cinq ans qui suit le point de départ des arrérages de ladite rente.

CHAPITRE III.

RÉVISION(MODIFICATION DE L'INFIRMITÉ POSTÉRIEUREMENT À LA DATE DE FIXATION DE LA RENTE).

(Art. L. 443-1, R. 443-1, R. 443-4 à R. 443-6 et D. 443-1 du CSS.)

Article 77.

Principes.

La rente allouée peut être révisée pour cause d'amélioration ou d'aggravation de l'infirmité dont le titulaire est resté atteint en raison de l'accident. Ce droit peut être exercé durant toute la vie de la victime. Après la fin de la période de deux ans qui suit la date de consolidation, une nouvelle fixation des réparations ne peut être faite qu'à des intervalles d'au moins un an, sauf accord contraire ⁽⁵⁹⁾.

La procédure de révision permet aussi d'attribuer une rente :

- a). Aux victimes, déclarées consolidées sans séquelles indemnifiables qui, de ce fait, ne bénéficiaient pas d'une rente et auxquelles une aggravation, en relation avec l'accident, occasionne ultérieurement une infirmité.

b). Aux ayants droit de la victime décédée des suites de l'accident pour lequel elle percevait une rente d'invalidité.

Dans les deux cas ci-dessus, se reporter à l'article 47 de l'instruction en ce qui concerne la prescription applicable éventuellement (art. L. 431-2 du *CSS*).

Article 78.

Contrôle médical en vue de la révision.

I. PERSONNEL EN ACTIVITE.

La réglementation limite la fréquence des examens médicaux que l'employeur est en droit d'imposer à la victime. L'intervalle entre chacun d'eux doit être au moins de trois mois au cours des deux premières années suivant la date de consolidation et d'un an après l'expiration de ce délai. L'intéressé doit être informé au moins six jours à l'avance, par lettre recommandée, du jour et de l'heure de l'examen. S'il refuse de s'y prêter, le *SPA* peut suspendre le service de la rente (art. R. 443-5 et R. 443-6 du *CSS*).

Les examens médicaux de révision sont effectués, en ce qui concerne le personnel présent sur les contrôles, à la diligence de l'établissement employeur qui, pour fixer les dates de ces examens, se conforme aux instructions envoyées par le *SPA* à l'occasion de chaque affaire (en principe dans la notification d'allocation de rente). L'examen est pratiqué par le médecin de contrôle de l'établissement, autant que possible par celui qui a signé le certificat de consolidation. Les certificats médicaux doivent être communiqués au praticien.

En outre, l'employeur doit provoquer cet examen sans attendre d'instruction s'il est informé d'une amélioration importante de l'état de la victime ou si celle-ci, alléguant une aggravation, demande la révision de sa rente. Dans ce dernier cas, la demande ne peut être prise en considération que si elle est accompagnée d'un certificat du médecin traitant, précisant la nature de l'aggravation.

II. PERSONNEL RAYE DES CONTROLES.

L'établissement employeur doit conserver les dossiers « accidents du travail » afin de continuer à faire examiner par le médecin de l'administration les titulaires de rentes rayés des contrôles et devant subir une visite médicale en vue de la révision éventuelle du taux d'*IPP*.

Toutefois, lorsqu'un intéressé fait élection de domicile dans une localité très éloignée de son ancien établissement, celui-ci doit en informer le *SPA* qui indiquera à quel établissement ou service des armées le plus voisin de la nouvelle résidence du titulaire de rente il y aura lieu de transmettre son dossier « accident du travail ».

En tout état de cause, les frais de déplacement exposés par l'intéressé pour se rendre à l'examen de contrôle visé dans le présent article lui sont remboursés par l'établissement employeur.

L'ensemble des frais exposés par la victime à la suite d'éventuelles rechutes, en relation avec un accident du travail initial, sont d'ailleurs également à la charge de l'établissement d'appartenance qui les imputera sur le chapitre 33-91 du budget, où sont inscrits les crédits destinés au paiement des prestations et versements obligatoires.

Article 79.

Etablissement des certificats médicaux de révision.

Après avoir examiné la victime, le médecin de contrôle établit un certificat (imprimé N° 362*/19 joint en annexe), une copie est adressée au *SPA*.

L'employeur fournit au médecin de contrôle les mêmes renseignements et documents que ceux fournis pour le certificat de consolidation (cf. Article 29) ainsi que tous ceux recueillis depuis, à savoir :

- les indisponibilités pour accident du travail ou pour maladie ;
- les certificats médicaux afférents à la rechute (initial, de prolongation et consolidation) ;
- les documents administratifs concernant les notifications de rente avec les renseignements correspondants concernant l'éventualité de prise en charge ou non des rechutes et autres conséquences (thérapeutiques et d'appareillage, physiothérapeutiques et kinésithérapiques, crénothérapiques, etc.) de l'évolution normale d'un état antérieur manifeste.

Doivent être également communiquées les décisions qui auraient été prises par le tribunal du contentieux de l'incapacité (*TCI*) et éventuellement par la commission nationale technique (*CNT*).

Le certificat de révision doit porter sur les points ci-après :

- a). Origine de la révision : soit prescrite par le *SPA*, soit sur demande de l'intéressé, avec date du certificat médical du médecin traitant l'accompagnant.
- b). Rappel de l'état antérieur.
- c). Etat actuel : description (anatomique, clinique, radiologique, etc.) détaillée des lésions et indications de la gêne fonctionnelle qui en résulte.
- d). Le cas échéant, modification des lésions ou de la gêne fonctionnelle par rapport au libellé du précédant certificat de guérison, de consolidation ou de révision. Résumer l'évolution et spécifier expressément ces modifications (amélioration ou aggravation) et leur retentissement sur les aptitudes professionnelles.
- e). En cas de modification, fixation du nouveau taux d'*IPP* d'après le barème *UCANSS* et compte tenu de l'âge de la victime, de son état général, de ses facultés physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle (art. L. 434-2 du *CSS*). Si le médecin croit devoir s'écarter des taux fixés par le barème, il doit indiquer les motifs. S'il n'y a pas de modification, le maintien du taux précédent est expressément mentionné.

En cas d'infirmités multiples, se reporter à l'article 28.

- f). Point de départ de la nouvelle incapacité. Si la révision a lieu sur la demande de l'intéressé, la date du certificat du médecin traitant précisant la nature de l'aggravation pourra éventuellement être retenue. Si la révision a lieu à l'initiative de l'administration, ce sera la date de l'examen médical à moins que le médecin de contrôle ne motive une autre date.

Article 80.

Procédure de la révision.

(Modifié : 1^{er} modificatif)

La commission centrale des rentes est tenue informée lors d'une révision, en cas d'aggravation ou d'amélioration.

La décision est prise par le *SPA* et notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à l'intéressé, auquel il appartient, s'il le juge utile, d'ouvrir la procédure contentieuse (cf. Article 83 et suivants de l'instruction).

Lorsqu'il y a réduction du montant de la rente ou suppression de celle-ci, le nouveau montant ou la cessation de paiement ont pour point de départ la première échéance qui suit la date de la décision (art. L. 443-1 et R. 443-4 du *CSS*).

CHAPITRE IV.
RACHAT DES RENTES.

Article 81.
Rentes dont le rachat est possible.

(Art. L. 434-3 à L. 434-5, R. 434-5 à R. 434-9 et D. 443-1 du CSS.)

Le rachat est possible, après l'expiration d'un délai de cinq ans dont le point de départ est fixé au lendemain de la date de consolidation, quelles que soient les modifications qu'ait pu subir le taux d'*IPP* par suite de révision au cours de cette période de cinq ans.

Le rachat ne peut alors être effectué que dans les conditions suivantes :

- a). Rachat portant sur la totalité de la rente si le titulaire est majeur et si le degré d'incapacité est au plus égal à 10 p. 100 (il s'agit de rentes ouvertes avant le 2 novembre 1986).
- b). Rachat sur le quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente si le taux d'*IPP* est de 50 p. 100 au plus.
- c). Rachat portant sur la part du capital correspondant à la fraction de rente allouée jusqu'à 50 p. 100 si le taux d'*IPP* est plus élevé.
- d). Constitution d'une rente viagère, réversible pour moitié au plus sur la tête du conjoint, au moyen du capital représentatif de la rente ou du capital réduit, conformément aux B) et C) de l'article 72 ci-dessus.

Les demandes formulées en application des A), B), C) et D) dudit article 72 doivent être présentées dans les douze mois qui suivent le délai de cinq ans visé plus haut, à peine de forclusion. Le *SPA* prend une décision au sujet de ces demandes.

Le montant du capital de rachat est calculé sur la base des tarifs fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ⁽⁶⁰⁾.

Article 82.
Rentes dont le rachat ou la capitalisation est obligatoire.

I. *PETITES RENTES.*

Les rentes fixées sur un taux d'*IPP* inférieur à 10 p. 100 sont désormais obligatoirement remplacées par un capital en vertu des dispositions des textes rappelés ci-après :

- article L. 434-1 du *CSS* ;
- article R. 434-1 du *CSS* ;
- article D. 434-1 du *CSS* ;
- loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 (JO du 12, p. 8761).

Ces indemnités sont versées lorsque la décision est devenue définitive. Elles sont incessibles et insaisissables.

Lorsqu'une même personne a été victime de plusieurs accidents entraînant chacun un taux d'*IPP* de moins de 10 p. 100, on procède au versement d'une indemnité en capital pour chacune des rentes attribuées.

Concrètement plusieurs hypothèses peuvent donc se présenter :

1. Toutes les dates de consolidation se situent avant le 3 novembre 1986.

La réglementation antérieure s'applique du moment que le taux global est supérieur à 10 p. 100 : il convient alors d'effectuer la comparaison prévue à l'article L. 434-2 du *CSS*.

2. L'une des dates de consolidation à partir du 3 novembre 1986 et le taux d'*IPP* correspondant à cet accident est supérieur ou égal à 10 p. 100. L'article L. 434-2 précité s'applique.

3. L'une des dates de consolidation intervient à partir du 3 novembre 1986 et le taux d'*IPP* correspondant à cet accident est inférieur à 10 p. 100.

Il ne peut être fait référence à la notion du taux global. Une indemnité en capital est servie pour le dernier accident, le ou les accidents antérieurs continuent à être réparés au moyen de rentes qui ne subissent aucun changement quant à leur montant.

4. Toutes les dates de consolidation interviennent à partir du 3 novembre 1986. Si le ou les taux afférents à chaque accident du travail sont inférieurs à 10 p. 100 une indemnité en capital est servie en fonction de chaque taux.

Lorsque l'un des taux est supérieur ou égal à 10 p. 100 une rente est servie.

En aucun cas la notion de taux global n'est à prendre en considération si l'un des taux d'*IPP* est inférieur à 10 p. 100.

La conversion ne porte pas atteinte aux droits de la victime en cas de rechute, d'aggravation, non plus que pour la détermination du montant de la rente en cas de nouvel accident.

Cette capitalisation est effectuée par le *SPA* en ce qui concerne les rentes déjà allouées. Quant aux dossiers nouveaux envoyés en vue de l'attribution de rentes, justifiables ou non des dispositions qui précèdent, ils doivent comprendre une pièce d'état civil qui, le cas échéant, permet au *SPA* de calculer le capital correspondant à la rente due si celle-ci entre dans le champ d'application des décrets précités. Ces dernières prescriptions figurent à l'article 65 de l'instruction.

II. RENTES D'AYANT DROIT.

En cas d'accident suivi de mort, le conjoint survivant qui se remarie cesse, s'il n'a pas d'enfants, d'avoir droit à sa rente. Il lui est alloué à titre d'indemnité totale une somme égale à trois fois le montant annuel de la rente. S'il a des enfants, le rachat est différé jusqu'à ce que le plus jeune de ceux-ci ait atteint l'âge de 16 ans (cf. Article 72).

Nota. — Il est rappelé que les rentes ayant fait l'objet d'une conversion en capital en application des dispositions des articles L. 434-3 et R. 434-5 du *CSS* ou en raison de la fixation d'un taux d'*IPP* inférieur à 10 p. 100 (art. L. 434-1 dudit code) ne peuvent bénéficier des revalorisations qui interviennent postérieurement à leur rachat ou capitalisation.

Toutefois, les rentes allouées sous le régime de la loi du 9 avril 1898 (accident survenu en Algérie notamment) échappent à cette mesure, sous réserve des dispositions de l'article 19 de ladite loi, à savoir l'obligation de formuler la demande dans un délai de deux ans après la rechute.

TITRE VIII. PROCÉDURES CONTENTIEUSES.

Article 83. Généralités.

Les litiges nés de l'application du régime de réparation des accidents du travail relèvent d'une organisation de contentieux spéciale à la sécurité sociale. Cette organisation, régie par les articles L. 142-1 et suivants du CSS, comporte deux divisions, le contentieux technique et le contentieux général. L'ordonnance 58-1275 du 22 décembre 1958 en a posé le principe (se reporter au tableau synoptique en annexe I).

CHAPITRE PREMIER. CONTESTATION D'ORDRE MÉDICAL AUTRE QUE CELLE PORTANT SUR LE TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE.

Article 84. **Expertise.**

La contestation qui peut s'élever pendant la période d'incapacité temporaire ou après consolidation des blessures est réglée par la procédure spéciale de l'expertise prévue, dans le cadre du contrôle médical, par l'article L. 141-1 du CSS dont les dispositions ont été indiquées plus haut à l'article 19.

Cette procédure est à suivre notamment à propos :

- a). Du contrôle médical exercé par l'employeur au moment des premières constatations.
- b). Des contestations sur le caractère professionnel de la lésion (relation entre l'accident et la lésion).
- c). De la fixation de la date de consolidation ou de guérison.
- d). De la justification de prise en charge des traitements médicaux et des cures thermales.
- e). Des rechutes.

Les litiges qui peuvent surgir à leur tour à la suite des décisions prises au vu de l'expertise entrent dans le champ d'application du contentieux général de la sécurité sociale ; ils sont alors déférés directement au tribunal des affaires de sécurité sociale (*TASS*).

CHAPITRE II. CONTESTATION SUR LE TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE. CONTENTIEUX TECHNIQUE.

Article 85. **Principes.**

La contestation relative à la fixation du taux d'*IPP* fait l'objet de la procédure prévue aux articles L. 143-1 à L. 143-4 ainsi qu'à l'article R. 143-3 du CSS, c'est-à-dire qu'elle relève du contentieux technique de la sécurité sociale (art. R. 143-1, R. 143-2 et R. 143-4 à R. 143-34 du CSS).

Le système de juridiction, tel qu'il a été organisé par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, article 80 (*JO* du 19, p. 960) comporte trois échelons :

- a). En première instance, le tribunal du contentieux de l'incapacité (*TCI*), constitué dans chaque région ⁽⁶¹⁾, indépendant de l'administration.
- b). En appel, la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, juridiction qui n'est compétente que si le taux d'*IPP* fixé par la décision attaquée est d'au moins 10 p. 100.
- c). En cassation : la cour de cassation.

Article 86.

Le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Si la victime conteste la décision du *SPA* sur le taux d'*IPP*, elle doit dans le délai de deux mois (art. R. 143-6 du *CSS*) qui suit la date de la notification de cette décision adresser sa réclamation par lettre recommandée avec avis de réception, au secrétariat du tribunal du contentieux.

Lorsque le taux d'*IPP* fixé par la décision ministérielle opposable à l'intéressé est inférieur à 10 p. 100, le tribunal statue en dernier ressort (décret 86-658 du 18 mars 1986).

Article 87.

Rôle de l'employeur devant le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Au cas où le *SPA* est informé par le secrétariat du *TCI* du dépôt de la réclamation formulée par l'intéressé, il en avise l'employeur. Ce dernier envoie au secrétariat dudit tribunal un dossier concernant l'intéressé comprenant les pièces suivantes :

1. Une note reprenant les observations éventuelles faites par le *SPA* et indiquant :

- les circonstances de l'accident, ses suites, la durée de la période initiale d'incapacité, et, le cas échéant, des rechutes ;
- l'âge, les facultés physiques et mentales de l'intéressé, les accidents dont il a été victime antérieurement, les infirmités ou affections préexistantes ;
- sa situation de famille ;
- ses aptitudes et sa qualification professionnelle, en particulier l'activité professionnelle exercée avant et après l'accident, les salaires correspondant à ses activités respectives, éventuellement le déclassement ou la radiation des contrôles ;
- la rémunération totale payée pendant les douze mois qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

2. Tous les certificats médicaux fournis par la victime ou établis par les médecins de l'administration (certificat initial, de prolongation, de consolidation, etc.) ; le cas échéant, les rapports d'expertise et le résultat des examens spéciaux.

3. La déclaration d'accident et le procès-verbal d'enquête.

4. L'accusé de réception de la notification envoyée par l'employeur et portant la décision ministérielle à la connaissance de l'intéressé.

5. Une note relative à la désignation du médecin chargé de représenter l'administration lors de l'audience du *TCI* au cours de laquelle est examiné le cas en litige.

Le médecin de l'établissement qui a contrôlé la victime durant l'évolution des suites de l'accident et procédé aux examens de consolidation ou de révision, est en principe désigné par les soins du directeur ou du chef de service pour défendre le point de vue de l'administration devant le *TCI*.

Cependant, certains établissements ne disposent pas d'un médecin de contrôle ayant effectivement suivi la victime ou sont saisis de réclamation émanant de victimes d'accident du travail rayées des contrôles de l'administration et se trouvent ainsi dans l'impossibilité de désigner un médecin en vue de siéger à une audience du *TCI*. Dans ce cas, il leur appartient d'adresser une demande à l'autorité du service de santé des armées territorialement compétente en vue de la désignation d'un médecin des armées ou conventionné.

Dans cette hypothèse, le directeur régional du service de santé concerné communique au directeur régional de la sécurité sociale intéressé le nom du médecin désigné ainsi que l'adresse à laquelle il convient d'envoyer la convocation.

Dans tous les cas le médecin désigné doit évidemment recevoir communication en temps opportun des dossiers devant être examinés lors de l'audience à laquelle il est appelé à siéger.

Les vacations à allouer éventuellement aux médecins conventionnés chargés de représenter l'administration ainsi que les frais de déplacement de ces derniers, ou des médecins des armées désignés pour la même mission, sont évalués sur les bases réglementaires et réglés par imputation sur les crédits prévus pour la réparation des accidents du travail ⁽⁶²⁾.

Il est rappelé par ailleurs que la présence au sein de ces juridictions techniques du médecin désigné par l'administration des armées ne dispense pas pour autant l'employeur, s'il est convoqué en séance, de s'y faire représenter par un de ses agents qui est muni soit d'un pouvoir établi spécialement à l'occasion de chaque réunion, soit d'un pouvoir permanent.

Article 88.

Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance accidents du travail.

Chacune des parties peut, dans le délai d'un mois qui suit la date de notification de la décision du *TCI*, faire appel devant la cour nationale de l'incapacité (*CNI*), par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat de la *CNI* ou par dépôt de l'acte d'appel au secrétariat du *TCI*, qui informe le secrétariat général de la *CNI* dans un délai de huit jours, et lui transmet les pièces et mémoires remis par les parties (art. R. 143-14, R. 143-23 et R. 143-24 du *CSS*). En cas de taux d'*IPP* inférieur à 10 p. 100, le *SPA* se substitue à l'employeur pour demander le cas échéant à la direction de l'administration générale (sous-direction du contentieux et des dommages) d'introduire un pourvoi en cassation.

Article 89.

Rôle de l'employeur en cas d'appel devant la cour nationale de l'incapacité.

Etant donné la brièveté du délai imparti pour l'appel, il est essentiel qu'une copie de la décision du *TCI* soit adressée immédiatement et par les voies les plus rapides au *SPA*, avec l'indication de la date à laquelle cette décision a été notifiée à l'établissement.

Lorsque le *SPA* estime devoir interjeter appel, il engage la procédure comme il est dit ci-dessus et, après avis du médecin-conseil, rédige un mémoire exposant les motifs qui justifient la réformation de la décision prise par le *TCI*.

Ce mémoire est envoyé à l'employeur qui doit le transmettre en l'état à la *CNI* accompagné des pièces justificatives.

Dans le cas où le dossier ne peut pas être constitué et remis à la *CNI* dans le délai susvisé, le *SPA* effectue en temps voulu les formalités d'appel précisées ci-dessus et il avise le secrétariat de l'organisme saisi que le complément du dossier lui sera remis ultérieurement.

Lorsque l'appel devant la *CNI* est interjeté par la victime, l'employeur en avise sans délai le *SPA* en précisant la date de réception de l'appel. Le *SPA* rédige alors, de la manière indiquée dans l'alinéa précédent, un mémoire en défense qu'il envoie ensuite, avec les pièces à l'appui, à l'employeur. Ce dernier transmet l'ensemble à la *CNI*.

Article 90.

Recours en cassation.

Les décisions rendues par la *CNI* peuvent être attaquées par la voie du recours en cassation dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Les prescriptions du dernier alinéa de l'article précédent doivent être observées pour saisir sans aucun retard la direction de l'administration générale (sous-direction du contentieux et des dommages), qui seule peut se pourvoir devant la cour de cassation, d'une copie de la décision du *TCI*, ou de la *CNI* avec l'indication de la date de notification.

Nota. — Quand une expertise ou un examen complémentaire est ordonné par le *TCI* ou par la *CNI*, les frais de déplacement du médecin expert sont réglés dans les mêmes conditions qu'en matière d'expertise effectuée au titre de l'article L. 141-1 du *CSS* (cf. Article 19).

CHAPITRE III. AUTRES CONTESTATIONS. CONTENTIEUX GÉNÉRALGENERAL.

Article 91. **Principes.**

Les contestations, autres que celles qui par leur nature relèvent ou du contentieux technique ou, dans un premier temps, de la procédure d'expertise au titre du contrôle médical (art. L. 141-1 du *CSS*) sont du ressort du contentieux général de la sécurité sociale.

Ce contentieux est organisé en trois échelons :

- a). La commission de recours amiable (*CRA*), relevant du *SPA*, qui est destinée à donner un avis sur les réclamations formulées par les intéressés.
- b). Le *TASS* (art. L. 142-2 du *CSS*) dont le ressort correspond à la circonscription d'une ou plusieurs caisses primaires d'assurance maladie.
- c). La cour d'appel qui statue sur les appels interjetés contre les décisions rendues par le *TASS*.

Les décisions du *TASS* et celles des cours d'appel sont placées sous le contrôle de la cour de cassation (voir Article 95, ci-après).

La procédure à respecter pour faire intervenir ces juridictions est précisée à la partie réglementaire du *CSS* (ensemble des art. R. 142 et R. 144).

Article 92. **Commission de recours amiable.**

Si la victime estime devoir contester une décision ministérielle relevant du contentieux général des accidents du travail, elle doit formuler sa réclamation par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision susvisée au secrétariat de la *CRA* siégeant au *SPA*, sous-direction des pensions civiles, 17016 La Rochelle Cedex. La forclusion ne peut être opposée à l'intéressé que si la notification porte mention de ce délai.

La réclamation est alors soumise à la *CRA* qui émet un avis sur la suite qu'il convient de lui réserver. La nouvelle décision ministérielle, prise après avis de la commission, est notifiée par l'intermédiaire de l'employeur de l'intéressé.

Si la victime n'a pas, dans le délai d'un mois, reçu de réponse à la lettre adressée au *SPA* et par laquelle elle a contesté la décision initiale, elle peut considérer sa réclamation comme rejetée et saisir le *TASS*.

Article 93. **Tribunal des affaires de sécurité sociale.**

Quelle que soit la suite donnée à la requête (nouvelle décision ou absence de réponse), l'intéressé peut saisir le *TASS* par lettre recommandée adressée au greffe du tribunal dans un délai de deux mois à compter, soit de la

notification de la nouvelle décision ministérielle, soit de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article précédent.

Article 94.
Cour d'appel.

Chacune des parties peut interjeter appel de la décision rendue par le *TASS*, dans le délai d'un mois à compter de la notification de cette décision. 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.

La déclaration indique les noms, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé. Elle désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

L'appel est porté ensuite devant la chambre sociale de la cour d'appel.

Article 95.
Cour de cassation.

Les arrêts de la cour d'appel peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation. La cour de cassation se prononce non sur les faits, mais sur le droit applicable. Elle doit être saisie dans le même délai (deux mois) et dans les mêmes conditions que celles indiquées à l'article 90.

Article 96.
Rôle de l'employeur.

L'employeur doit tenir compte des prescriptions suivantes :

a). En vue de recevoir de la direction de l'administration générale (sous-direction du contentieux et des dommages) toutes instructions utiles, l'employeur transmet à celle-ci copie des actes de procédure : avis de recours, notification d'appel, convocation à l'audience qui lui sont signifiés directement. Il en est de même pour les décisions rendues tant par le *TASS* que par une cour d'appel, et ce quelle que soit la nature de la décision : avant-dire droit, décision prise en premier ou dernier ressort ou encore ordonnant une expertise, une enquête ou statuant au fond.

L'employeur doit envoyer copie de ces décisions et y annexer la copie de chaque notification afférente portant mention de la date de réception, sans perdre de vue que ces diverses transmissions doivent être effectuées d'extrême urgence en raison des brefs délais impartis par la loi (cf. Article 89 et Article 90), dont dispose l'administration centrale pour décider, suivant le cas, s'il y a lieu d'interjeter appel ou de former un pourvoi en cassation.

En ce qui concerne les décisions avant-dire droit, qui en principe ne font qu'ordonner un supplément d'information, il convient de les examiner avec attention et d'en rendre compte immédiatement car elles peuvent statuer au fond. Pour permettre de faire éventuellement appel d'une telle décision devant le premier président (délai : quinze jours à compter de la lecture du jugement) ou devant la cour d'appel (délai : un mois après notification), il est souhaitable que l'établissement soit représenté à l'audience et à la lecture du jugement.

b). En cas de recours de la victime devant le *TASS*, l'employeur établit, conformément aux directives données par la direction de l'administration générale (sous-direction du contentieux et des dommages) préalablement saisie de l'avis de recours, un mémoire en défense qu'il lui communique pour approbation préalable ; après approbation ou, le cas échéant, modification, il transmet le mémoire, accompagné des pièces constitutives du dossier afférent à l'instance en cause, au secrétariat du tribunal.

A l'audience, il se fait représenter par un officier ou un agent civil à qui il remet un pouvoir ; ce représentant, qui doit être entendu par la juridiction, soutient l'argumentation développée dans le mémoire en défense et apporte, si nécessaire, sur les faits toutes précisions susceptibles d'éclairer le juge ; à l'issue de l'audience, il informe des débats l'employeur, qui en rend compte à la direction de l'administration générale.

En cas d'appel d'une décision rendue par ledit tribunal, sur instruction de la *DAG* l'employeur saisit l'avocat et lui transmet une copie des pièces du dossier. Il veille à ce que l'avocat communique, en temps opportun et pour approbation préalable, les conclusions que celui-ci entend déposer ; désigné dans les mêmes conditions que celles énoncées ci-dessus, le représentant de l'employeur peut, lors de l'audience, présenter des observations orales complémentaires.

Si l'administration centrale décide d'interjeter appel, elle communique les motifs de cet appel à l'employeur qui rédige alors l'acte d'appel en reprenant lesdits motifs ; il adresse ensuite cet acte, dans les conditions fixées à l'article 94 susvisé, au secrétariat du tribunal qui a rendu la décision critiquée.

Article 97.

Règlement des frais de justice, frais d'avoués, honoraires d'avocats, frais d'enquête et frais d'autopsie.

Dans ce domaine, il y a lieu de se conformer aux dispositions de l' instruction 235 /DEF/DAJ/CX du 01 juillet 1980 , titre II, chapitre II, section VI.

LIVRE II.

RÉGIME APPLICABLE AUX FONCTIONNAIRES.

TITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS. CAS PARTICULIERS.

CHAPITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS.

Article 98.

Législation applicable aux accidents de service.

Loi 84-16 du 11 janvier 1984 (BOC, p. 208) modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (art. 34-2, 2e alinéa et art. 65).

Décret n° 81-937 du 12 octobre 1981 (BOC, p. 4741) modifié portant délégation de pouvoirs du ministre de la défense en matière d'administration et de gestion des personnels civils extérieurs.

Décret 86-442 du 14 mars 1986 (BOC, p. 2044) modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés de maladie des fonctionnaires.

Décret 60-1089 du 06 octobre 1960 (BO/G, p. 4200, BO/M, p. 2669, BO/A, p. 1674) modifié par décret n° 84-960 du 25 octobre 1984(BOC, p. 6223) portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 *bis* de l'ordonnance n° 59-244 du 4 décembre 1959, relative au statut général des fonctionnaires.

Circulaire interministérielle (fonction publique) (santé) (budget) 1711 /FP 34 /CMS 2 /B/9 du 30 janvier 1989 (BOC, p. 920), relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques de maladie et d'accidents de service.

Circulaire du ministre de l'économie et des finances 13 /A/2 du 27 juillet 1977 (BOC, p. 4181) relative à l'allocation temporaire d'invalidité.

Instruction 24200 /DEF/SPA/6 du 27 novembre 1978 v modifiée.

Code des pensions civiles et militaires de retraite (L. 4 2^o, L. 27, L. 28, L. 38, L. 30, L. 31, L. 37 bis).

Code de la sécurité sociale.

Article 99.

Principes généraux.

Les fonctionnaires, auxquels ne s'applique pas la législation des accidents du travail, sont soumis exclusivement au régime de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, en ce qui concerne la couverture et la réparation des accidents survenus en service ou des maladies contractées à l'occasion du service.

La législation sur les accidents de service couvre :

- a). Les fonctionnaires stagiaires ou titulaires qui ont été victimes d'un accident survenu dans l'exercice de leurs fonctions ou à l'occasion de l'exercice de celles-ci.
- b). Les fonctionnaires dont l'invalidité a été contractée à la suite de circonstances particulières prévues à l'article L. 27 du code des pensions (acte de dévouement accompli dans un intérêt public, blessures ou maladie à l'occasion du don bénévole de leur sang, prélèvement d'organe au bénéfice d'une tierce personne).
- c). Les accidents de trajet survenus dans les conditions précisées à l'article 6 de la présente instruction et dans les mêmes limites d'appréciation.
- d). Les maladies contractées dans l'exercice des fonctions (maladies professionnelles ou maladies reconnues imputables au service).

Les divers avantages prévus par le statut général des fonctionnaires ne peuvent être obtenus que si les intéressés ont fait l'objet d'une décision leur accordant le bénéfice de l'article 34-2 (2^e alinéa) dudit statut.

Article 100.

Définitions.

Les accidents qui se produisent par le fait ou à l'occasion du service sont dits « accidents de service » lorsqu'ils surviennent à des fonctionnaires stagiaires ou titulaires.

Accident de service.

L'accident de service doit résulter de l'action soudaine et brutale d'une cause extérieure provoquant, au cours du travail, une lésion du corps humain (apparente ou non, interne ou externe).

Toutefois, l'accident qui sans entraîner de lésion corporelle a néanmoins causé la détérioration d'un appareil de prothèse ou d'orthopédie porté par l'intéressé est qualifié d'accident de service.

En outre, il est admis d'indemniser, même en l'absence d'action de tout événement extérieur, les lésions qui résultent d'un mouvement naturel survenu au temps et au lieu du travail dès lors qu'elles n'ont pas été provoquées ou favorisées par une cause étrangère au service, telle que l'état antérieur de la victime.

L'accident se distingue donc de la maladie par des critères de soudaineté et d'extériorité, la maladie présentant généralement une évolution lente, progressive.

Nota. — En principe, il n'existe pas de présomption d'imputabilité pour un accident de service ; c'est en effet au fonctionnaire d'apporter la preuve de l'accident et de sa relation unique et directe avec le service et d'établir

de manière indiscutable l'origine professionnelle de l'invalidité constatée. Toutefois, en raison de l'évolution de la jurisprudence, le Conseil d'Etat a jugé « qu'eu égard aux circonstances de temps et de lieu dans lesquelles il s'est produit, cet accident doit, à supposer même qu'il aurait été provoqué par un malaise sans lien avec le service, être regardé comme un accident de service » (63).

Accident de mission.

L'accident survenu en mission est assimilé à un accident de service dès lors qu'il se produit pendant l'exécution d'actes en relation avec l'exécution de la mission (transport, accident survenant aux fonctionnaires embarqués pour des essais navals ou aériens, sous-marins ou subaquatiques).

Les actes non inhérents à la mission et qui surviennent alors que le fonctionnaire a recouvré son indépendance (actes de la vie courante : soins d'hygiène corporelle dans la chambre d'hôtel, hors du délai limite mentionné sur l'ordre de mission, manifestation extra-professionnelle...) ne sont pas couverts par la loi.

Accident de trajet.

Est considéré comme accident de service, l'accident survenu pendant le trajet aller-retour selon la définition de l'article L. 411-2 du CSS.

Il n'existe pas de présomption d'imputabilité. Le fonctionnaire ne peut bénéficier de la législation sur les accidents de service que s'il établit le lien unique et direct de l'accident avec le service.

Maladies professionnelles.

On qualifie ainsi certaines affections qui ouvrent droit aux dispositions de l'article 34-2, *in fine*, de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 . Ce sont les maladies énumérées dans les tableaux annexés au livre IV du CSS.

La reconnaissance du caractère professionnel est subordonnée à certaines conditions cumulatives qui sont les suivantes :

- l'affection doit figurer dans l'un des tableaux et avoir été engendrée par les conditions de travail du fonctionnaire. A cet effet, un rapport médical, réalisé par un médecin spécialiste agréé de l'affection dont souffre l'intéressé, doit préciser la nature des lésions constatées et leur lien unique et direct avec l'exécution du service ;
- le délai de prise en charge prévu au tableau ne doit pas être expiré. La première constatation médicale de la maladie doit donc avoir lieu dans un délai qui court à compter de la cessation de l'exposition au risque précisé au tableau ;
- le fonctionnaire doit avoir effectué régulièrement des travaux limitativement énumérés au tableau. Il y a lieu d'adresser au SPA une fiche technique rédigée par le chef d'établissement qui mentionne l'activité professionnelle, les risques inhérents aux postes occupés et la durée des travaux effectués qui l'ont amené à contracter la maladie.

Nota. — Conformément à une jurisprudence administrative constante du conseil d'Etat (cf. arrêt du 4 décembre 1974, Sauvignon et arrêt du 17 octobre 1995, Golle), les décisions intervenues en vertu de l'article 34-2 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 ne permettent pas de préjuger le droit à allocation temporaire d'invalidité, dont la reconnaissance ne peut intervenir qu'après une procédure distincte instituée par le décret 60-1089 du 06 octobre 1960 modifié (64) et comportant notamment en vertu de l'article 3 dudit décret l'appréciation de l'imputabilité au service des infirmités invoquées.

CHAPITRE II. CONSTITUTION DES DOSSIERS. PRESTATIONS. RECHUTE.

Article 101.

Déclaration de l'accident.

Les prescriptions de l'article 8 de la présente instruction, relatives à l'inscription sur le registre des accidents de tous les accidents survenus au personnel, sont applicables également aux fonctionnaires.

L'employeur doit déclarer, aux fins de statistiques et de prévention (65), tous les accidents de service ou assimilés qui frappent les fonctionnaires placés sous son autorité. Il utilise, pour ce faire, l'imprimé N° 362*/02 qui figure en annexe : « Déclaration d'accident de service ou de maladie dite de service concernant un fonctionnaire » (66).

La déclaration est établie par le service gestionnaire en nombre d'exemplaires suffisant selon la suite qui lui est donnée (envoi ou non du dossier à la commission de réforme puis à l'administration centrale) ; dans tous les cas un exemplaire de la déclaration est adressé au délégué régional ou à l'autorité qui en tient lieu, et en ce qui concerne les services de la marine à la direction des constructions navales ou à celle de l'établissement concerné ainsi qu'au SPA, sous-direction des pensions civiles (pour statistiques).

Article 102.

Formalités à remplir.

La demande de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie professionnelle ne présente pas pour le fonctionnaire le même caractère d'obligation que pour les agents soumis au régime du livre IV du CSS.

La procédure d'envoi d'un dossier pour décision au SPA, sous-direction des pensions civiles, bureau des pensions des fonctionnaires, ne peut lui être imposée s'il estime qu'elle est inutile.

Dès lors que l'agent demande expressément à bénéficier des dispositions de l'article 34-2 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 (cf. imprimé N° 362*/20) le dossier d'accident doit être transmis complet au SPA (cf. liste des pièces en ANNEXE II).

Dans le cas où cette demande ne figure pas au dossier, celui-ci est mis en instance au SPA et les frais résultant de l'accident ne peuvent pas être imputés sur le budget de l'Etat.

Nota. — Lorsqu'un accident dit bénin n'entraîne ni frais médicaux ou pharmaceutiques, ni arrêt de travail et afin de préserver les droits de l'intéressé pour le cas de rechute ou de paiement de frais, ou d'apparition d'une incapacité permanente, le service gestionnaire doit l'inviter à produire soit un certificat médical initial soit à faire constater les lésions sur le registre des constatations médicales.

Ces documents sont classés au dossier de l'intéressé et sont transmis au SPA en cas d'aggravation des lésions initiales.

Article 103.

Constitution et examen du dossier.

Sous réserve de ce qui a été dit à l'article 102 (nota), le fait que l'accident soit survenu sur le lieu et pendant les heures de travail ne présume pas l'imputabilité au service. En effet, l'accident de service doit être corroboré par d'autres moyens de preuve qui découlent de l'enquête de l'administration (attestation du témoin ou, à défaut, celle de la première personne informée).

En matière d'accident de trajet, il convient de produire l'attestation du témoin ou à défaut la déclaration de la personne ayant vu la victime partir indemne et celle de la personne l'ayant vu arriver blessée ou celle de la première personne qui a été informée.

Dans l'éventualité où seul un membre de la famille est à même de produire un témoignage il doit, au préalable, avoir pris connaissance des dispositions de l'article 441-2 du code pénal relatif aux faux commis dans un

document délivré par une administration ainsi qu'à l'usage de ces faux (cf. en annexe la déclaration sur l'honneur prévue, imprimé N° 362*/21).

De plus, le questionnaire (imprimé N° 362*/03) et un plan établi à l'échelle, le constat amiable d'assurance ou rapport de gendarmerie ou de police ou le témoignage doivent être joints à l'envoi au SPA et produits, le cas échéant, à la commission de réforme.

Constatations médicales : le certificat initial (imprimé N° 362*/07) portant toutes indications sur les lésions constatées doit être établi par un médecin qui est du libre choix de l'intéressé. Ce document doit donner toutes précisions sur le siège et la nature des lésions qui résultent de l'accident.

Il y a lieu pour l'établissement employeur d'établir une feuille d'accident de service (imprimé N° 362*/22 A).

Article 104.

Consultation de la commission de réforme.

La saisine de la commission de réforme est obligatoire lorsque l'arrêt de travail provoqué par l'accident est supérieur à quinze jours ou que l'administration émet des réserves sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Il convient d'adresser à cet organisme les témoignages, rapports, constatations médicales, etc. qui lui permettent de donner un avis.

La commission de réforme peut demander à l'établissement de faire procéder à toutes enquêtes ou expertises complémentaires qu'elle juge utiles à cette fin.

Dès que le service employeur a reçu le procès-verbal de séance de la commission de réforme, il envoie le dossier au SPA.

Ce dossier comprend :

- toutes les pièces communiquées à la commission ;
- un exemplaire renseigné et signé du procès-verbal établi à l'issue de la session (67).

Article 105.

Décision du service des pensions des armées.

La décision concernant l'attribution ou le refus du bénéfice de l'article 34-2, *in fine*, de la loi du 11 janvier 1984 appartient au SPA.

Elle est notifiée à l'intéressé par l'établissement gestionnaire par lettre recommandée avec avis de réception y compris dans le cas où le dossier n'a pas été soumis à la commission de réforme.

Elle doit comporter obligatoirement les voies de recours (tribunal administratif du lieu de domicile du fonctionnaire, ou conseil d'Etat en ce qui concerne les fonctionnaires nommés par décret) (68).

Dans le cas où l'imputabilité au service n'a pas été reconnue, le fonctionnaire doit adresser à la caisse de sécurité sociale dont il relève un exemplaire de la décision de rejet qui lui a été notifiée, afin de pouvoir bénéficier du remboursement des prestations de l'assurance maladie.

Article 106.

Les prestations servies en cas d'accident de service.

I. PRESTATIONS EN ESPECES.

Le fonctionnaire victime d'un accident survenu pendant l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions (ou le fonctionnaire atteint d'une maladie professionnelle) conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite s'il devient inapte définitivement à l'exercice de ses fonctions.

Reprise du travail à mi-temps thérapeutique.

Elle est accordée à l'issue d'un congé pour accident de service ou pour une maladie contractée dans l'exercice des fonctions après avis favorable de la commission de réforme et pour une période d'une durée maximale de six mois renouvelable une seule fois et par affection ⁽⁶⁹⁾.

Ce congé est accordé, soit pour favoriser l'amélioration de l'état de santé du fonctionnaire, soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé.

Les fonctionnaires autorisés à travailler à mi-temps pour raison thérapeutique perçoivent l'intégralité de leur traitement.

II. PRESTATIONS EN NATURE.

Dans tous les cas où aucun doute ne peut subsister quant à l'imputabilité au service de l'accident, l'administration prend en charge directement les frais médicaux et paramédicaux énumérés limitativement à l'annexe 3 de la circulaire interministérielle 1711 /FP 34 /CMS 2 /B/9 du 30 janvier 1989 jusqu'à la fixation de la date de consolidation.

Il s'agit des dépenses suivantes :

- honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux (imprimés N° 362*/22 B à E) ;
- frais médicaux d'hospitalisation ;
- frais de médicaments, d'analyses et d'examens de laboratoire, fournitures pharmaceutiques ;
- frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé au cours de la procédure de constatation et de contrôle ;
- frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier ;
- petit appareillage et grand appareillage.

Le chef de service délivre à cet effet un « certificat de prise en charge directe par l'administration des frais occasionnés par un accident de service » (cf. imprimé N° 362*/23).

Nota. — Ce certificat est délivré sans préjudice de la décision définitive d'imputabilité au service qui sera prise par le SPA.

Si la décision définitive ne reconnaît pas l'imputabilité au service, le chef de service demande le remboursement des frais supportés par l'administration soit à la sécurité sociale et au fonctionnaire, soit à celui-ci uniquement ; le fonctionnaire ayant alors la possibilité de s'adresser à la sécurité sociale et à sa mutuelle le cas échéant.

Nota. — Les prescriptions médicales relatives à la réadaptation fonctionnelle doivent obligatoirement être soumises pour décision au SPA après avis de la commission de réforme (cf. décret n° 81-937 du 12 octobre 1981).

Article 107.

Dispositions particulières à certaines prestations.

I. CURES THERMALES.

Une cure peut être prescrite soit pour favoriser la consolidation soit après la consolidation pour prévenir une aggravation des blessures.

Les frais de cure sont remboursés si le fonctionnaire a été admis préalablement au bénéfice des dispositions de l'article 34-2 de la loi du 11 janvier 1984, après avis favorable de la commission de réforme et sur décision du chef d'établissement (décret n° 81-937 du 12 octobre 1981) et selon les critères suivants :

- frais de transport aller et retour depuis le domicile jusqu'à la station thermale sur la base du prix d'un billet de chemin de fer en 2e classe ;
- frais de cure et honoraires médicaux ;
- frais d'hébergement.

Si l'état de santé du fonctionnaire ne lui permet pas d'utiliser un transport en commun, l'autorisation d'utiliser son véhicule personnel ou une ambulance peut être accordée. Le remboursement se fait sur la base du calcul de la consommation du véhicule personnel en fonction de la puissance, de la distance ou sur facture de l'ambulance.

II. APPAREILLAGE.

A) Lunettes et verres de contact.

Le remboursement des frais d'optique intervient dès lors que le bris de lunettes s'accompagne d'une atteinte corporelle ou lésion qui définit l'accident.

Les verres sont réglés dans leur intégralité, les montures sont remboursées dans la limite d'un prix forfaitaire fixé à 150 francs.

B) Prothèse dentaire.

La victime doit obtenir avant l'engagement des soins, l'avis favorable d'un médecin agréé ou, le cas échéant, du comité médical compétent auquel elle fournit un devis détaillé établi par son médecin avant que ne débute le traitement.

Le médecin agréé a pour mission de différencier les travaux qui portent sur les dents détériorées par l'accident de celles qui ne le sont pas et qui ne peuvent pas être pris en charge par l'administration mais dont le remboursement des frais incombe à la caisse de sécurité sociale dont relève le fonctionnaire.

C) Appareils de prothèse et d'orthopédie.

La demande d'appareillage du médecin doit être fournie au chef d'établissement ou à l'autorité ayant reçu délégation de pouvoir (décret n° 81-937 du 12 octobre 1981) qui doit inviter le blessé à se faire inscrire au centre d'appareillage du secrétariat d'Etat aux anciens combattants et victimes de guerre le plus proche de son domicile (70).

Les frais d'appareillage à la charge de l'administration comprennent les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils d'après les tarifs pratiqués par les centres, les frais de déplacement exposés par le fonctionnaire lors de ses visites soit au centre d'appareillage, soit à son fournisseur, les frais entraînés par le fonctionnement administratif du centre.

En ce qui concerne le petit appareillage, l'établissement, après avoir fait effectuer un contrôle médical, règle les dépenses correspondantes.

Les frais d'appareillage comportent les prix d'acquisition, la réparation et le renouvellement d'après les tarifs pratiqués dans les centres d'appareillage du secrétariat d'Etat aux anciens combattants (71).

Nota. — Les frais médicaux et de prothèse nécessités par les besoins de la réadaptation fonctionnelle ne peuvent être accordés qu'après avis de la commission de réforme.

D) Frais funéraires.

En cas d'accident ou de maladie suivi de mort, les ayants cause ou les personnes qui ont réglé les frais d'obsèques peuvent prétendre au remboursement des frais funéraires dans la limite des frais engagés et du vingt-quatrième du maximum de la rémunération annuelle retenue pour l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

L'indemnité pour frais funéraires est déduite du capital décès et est versée entre les mains de la personne qui a supporté les frais, sur présentation des factures acquittées. Cette personne ne fait pas nécessairement partie de la famille du défunt.

Article 108.

Le certificat médical de consolidation.

Le chef d'établissement demande au médecin agréé par l'administration de fixer la date de consolidation, le taux de l'*IPP* et de donner un avis sur l'aptitude éventuelle du fonctionnaire à ses fonctions. S'il est déclaré inapte, il se prononce sur la mise à la retraite pour invalidité (cf. modèle N° 364-1*/III).

Article 109.

Prise en charge des soins de réadaptation fonctionnelle après consolidation.

Les soins doivent être en relation unique et directe avec les séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle. Il doit y avoir nécessité médicale d'éviter une rechute ou l'aggravation desdites séquelles.

La prise en charge doit être adressée au *SPA* pour décision après avis de la commission de réforme.

Article 110.

La rechute.

La rechute est constituée soit par l'aggravation après consolidation de la lésion dont est atteinte la victime, soit par l'apparition d'une lésion résultant de l'accident chez une victime considérée comme guérie ou qui, même, n'avait souffert jusqu'alors d'aucune lésion apparente. Elle constitue un fait nouveau, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations aiguës temporaires entraînent la cessation du travail.

Il n'y a pas de rechute lorsque, après une tentative de reprise de travail avant consolidation des blessures, l'agent est contraint d'interrompre à nouveau son service. Il s'agit alors d'un prolongement de la période d'indisponibilité initiale.

Procédure.

La déclaration donne lieu à une procédure identique à celle de l'accident initial, c'est-à-dire que le dossier (déclaration, demande expresse, certificat médical initial) de la victime est obligatoirement soumis à la commission de réforme en cas d'arrêt de travail supérieur à quinze jours ou lorsque des réserves sont faites sur l'imputabilité au service de ladite rechute.

En cas d'arrêt de travail inférieur à quinze jours il y a lieu de demander l'avis d'un médecin agréé qui se prononce sur le lien unique entre la rechute alléguée et les séquelles de l'accident initial.

Le dossier ainsi constitué est adressé au SPA pour décision.

Les frais occasionnés par une rechute sont pris en charge par l'administration dans les mêmes conditions et dans les mêmes limites que l'accident initial (72).

CHAPITRE III. INDEMNISATIONS.

Article 111.

Indemnisation spéciale en cas d'accident aérien ou maritime au cours d'une mission et en cas d'accident mortel en sous-marin.

Il est rappelé que :

1. Les fonctionnaires civils titulaires ou leurs ayants cause peuvent prétendre à l'indemnité prévue par le décret 67-744 du 25 août 1967 (BOC, p. 1183) en cas d'accident aérien ou maritime survenu au cours d'une mission. Les conditions d'application de ce texte ont été indiquées à l'article 61 de la présente instruction.

L'attribution de ladite indemnité ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de la loi du 11 janvier 1984, lorsqu'un fonctionnaire, victime d'un tel accident, est atteint d'une invalidité permanente tout en demeurant en activité de service ; en cas d'incapacité définitive à l'exercice de ses fonctions, il est en effet admis à la retraite pour invalidité et bénéficie alors, en sus de la pension, d'une rente viagère d'invalidité (cf. II).

2. En application des dispositions de la décision du ministre de l'économie et des finances 68-12 /11/8/F/1 du 11 février 1969, les ayants cause des techniciens supérieurs d'études et de fabrications victimes d'un accident mortel en sous-marin au cours d'une mission accomplie dans l'exercice normal des fonctions peuvent recevoir une indemnité exceptionnelle, calculée suivant les modalités précisées au même article 61 de la présente instruction.

Nota. — En cas d'accident mortel, l'établissement prend en charge les frais de transport du corps au lieu de sépulture en France, dès lors que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour le travail hors de la résidence du fonctionnaire.

Article 112.

Les prestations en cas d'invalidité. L'allocation temporaire d'invalidité. Rentes viagères d'invalidité.

Lorsque le fonctionnaire est atteint d'une invalidité permanente d'au moins 10 p. 100 résultant d'un accident de service, ou d'une maladie professionnelle à partir d'une invalidité de 1 p. 100, il peut dès lors qu'il a repris ses fonctions demander le bénéfice d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI).

Les conditions d'octroi sont plus restrictives que celles relatives à l'imputabilité au service.

En effet, l'ATI n'est attribuée en cas d'accident que lorsque celui-ci survient directement dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions (cf. nota de l'article 100 de la présente instruction).

L'accident de trajet doit se produire, pour être indemnisable, sur le trajet le plus direct séparant le domicile du lieu de travail.

Les maladies professionnelles ouvrant droit à ATI sont uniquement celles qui sont énumérées aux tableaux visés à l'article L. 461-2 du CSS.

I. PROCEDURE D'ATTRIBUTION.

La réalité du handicap invoqué, son lien avec le service, les conséquences ainsi que le taux d'invalidité qu'il entraîne et qui est apprécié d'après le barème indicatif annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite ⁽⁷³⁾ sont examinés par la commission de réforme compétente en matière d'admission à la retraite pour invalidité (art. L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

Le fonctionnaire dispose d'un délai d'un an à partir du jour où il a repris ses fonctions après la date de notification de consolidation de ses blessures ou de son état de santé pour déposer sa demande écrite d'*ATI*. Lorsqu'il n'a pas interrompu son activité, sa demande doit être déposée dans l'année qui suit la date de notification de la constatation officielle de la consolidation.

Le montant de l'*ATI* est égal au traitement correspondant à l'indice majoré 202, multiplié par le taux d'invalidité retenu.

Les taux d'invalidité pris en compte sont calculés par rapport à la validité restante du fonctionnaire (règle dite de « Balthazar »).

L'*ATI* est accordée conjointement par le ministre de la défense et par le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie pour une période de cinq ans, au terme de laquelle les droits sont réexaminés sans demande de l'intéressé.

Une nouvelle *ATI* est alors attribuée à titre définitif, sur la base du nouveau taux d'invalidité reconnu, ou, le cas échéant, supprimée. Toutefois, en cas d'aggravation, à l'expiration de chaque période quinquennale et jusqu'à la radiation des contrôles, le fonctionnaire peut demander la révision de son taux. La date d'effet de la nouvelle *ATI* est fixée à la date du dépôt de la demande du fonctionnaire.

Toutefois l'*ATI* ne peut plus être révisée après la radiation des cadres.

L'*ATI* est cumulable avec le traitement d'activité ou la pension sous réserve des dispositions ci-après :

- en cas de radiation des cadres pour un motif autre que l'imputabilité au service, l'*ATI* définitive est maintenue ;
- si la radiation des cadres est prononcée pour invalidité imputable au service mais de façon indépendante de l'infirmité ayant ouvert droit à l'*ATI*, cette dernière prestation est maintenue ;
- si la radiation des cadres est prononcée pour la même invalidité que celle ayant donné lieu à l'attribution de l'*ATI*, celle-ci est remplacée par la rente viagère d'invalidité.

L'*ATI* n'est pas réversible.

Les modalités de constitution et d'instruction des dossiers sont définies dans l' instruction 24200 /DEF/SPA/6 du 27 novembre 1978 (voir liste des pièces nécessaires en ANNEXE III).

II. LA RENTE VIAGERE D'INVALIDITE.

Elle est octroyée dès lors que le fonctionnaire a été reconnu inapte définitivement à l'exercice des fonctions en raison d'infirmités suite à des blessures ou maladies contractées ou aggravées en service, en accomplissant un acte de dévouement dans l'intérêt du public ou en exposant ses jours pour sauver des vies humaines (art. L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

La commission de réforme constate l'inaptitude définitive à l'exercice des fonctions, apprécie l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service, s'il s'agit d'un acte de dévouement et détermine le taux d'invalidité.

En cas de mise à la retraite pour invalidité résultant d'infirmités consécutives à un accident de service indemnisées par une *ATI* et d'infirmités non imputables à l'exercice des fonctions, l'*ATI* est convertie en rente viagère d'invalidité.

Le montant de la rente viagère est fixé à la fraction des émoluments de base visés à l'article L. 15 du code des pensions civiles et militaires de retraite, égale au pourcentage d'invalidité déterminé suivant le barème indicatif annexé au décret 68-756 du 13 août 1968 .

Elle est cumulable avec la pension de retraite dans la limite de 100 p. 100 du traitement correspondant à l'emploi, grade, échelon détenus depuis au moins six mois au moment de la cessation définitive des fonctions.

Elle est définitivement fixée lors de la radiation des contrôles et ne peut être révisée ultérieurement pour aggravation (jugement du tribunal administratif de Caen du 9 avril 1957, sieur Godin).

La rente viagère est réversible au profit des ayants cause.

III. ACTE DE DEVOUEMENT.

Le total de la pension et de la rente viagère sont portés au montant de la pension calculée sur la base de quarante annuités, à condition que le taux d'invalidité soit égal au moins à 60 p. 100.

En cas de décès du fonctionnaire, le total formé par la pension de réversion et la moitié de la rente viagère d'invalidité dont il aurait pu bénéficier ne peut être inférieure au traitement afférent à l'indice brut 515. La pension temporaire d'orphelin ne peut être inférieure à 10 p. 100 du traitement afférent à l'indice brut 515 sans que le total des émoluments attribués au conjoint survivant et aux orphelins puisse excéder le montant des émoluments afférents à l'indice brut 515 (cf. art. L. 37 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite).

CHAPITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES. CONTENTIEUX.

Article 113.

Fonctionnaires détachés.

Les fonctionnaires en position de détachement sont soumis aux dispositions, notamment, des articles 45 et 46 de la loi du 11 janvier 1984 . Il s'ensuit qu'ils relèvent en principe du régime d'assurance applicable à leur emploi de détachement.

Ainsi, s'agissant de fonctionnaires détachés dans un service ou établissement de l'administration des armées, dans un emploi conduisant ou non à pension du régime général des retraites des fonctionnaires de l'Etat, victimes d'un accident en service, il appartient au service employeur de prendre en charge, directement, les frais entraînés par cet accident ou cette maladie, après avis d'une commission de réforme.

La commission de réforme compétente est déterminée par le décret 86-442 du 14 mars 1986 qui prévoit deux cas :

1. Lorsqu'il s'agit de fonctionnaires détachés sur des emplois conduisant à pension du code des pensions civiles et militaires de retraite, la commission de réforme compétente est celle siégeant auprès de l'administration où l'intéressé exerce ses fonctions, c'est-à-dire celle du ministère de la défense, dans le cas présent (cf. art. 16 du décret).
2. Dans le cas où le détachement n'a pas lieu sur un emploi conduisant à pension du régime général des retraites des fonctionnaires de l'Etat, la commission de réforme compétente est celle de l'administration centrale dont relève le corps d'origine de l'intéressé.

Les modalités d'application aux intéressés des dispositions de l'article 34 (2^e du 2^o) de la loi du 11 janvier 1984 sont définies par circulaire (74).

Les fonctionnaires servant en qualité de détachés dans une entreprise privée sont soumis au régime de sécurité sociale applicable à l'emploi qu'ils exercent et pour le risque accident du travail et maladies professionnelles

sont en fait soumis au régime général ; ils doivent donc être affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de leur résidence habituelle conformément à l'article 2 du décret n° 81-45 du 21 janvier 1981 (JO du 23, p. 323).

Article 114.

Fonctionnaires mis à disposition.

Un fonctionnaire peut, avec son accord, être mis à disposition :

1. D'une administration de l'Etat ou d'un établissement public de l'Etat à caractère administratif lorsque les conditions prévues à l'article 41 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 sont réunies.
2. D'un organisme d'intérêt général, public ou privé.
3. D'un organisme à caractère associatif qui assure une mission d'intérêt général.

En cas d'accident de service ou de maladie professionnelle, l'administration d'origine supporte les charges qui peuvent résulter de l'application de l'article 34 (2^e alinéa du 2^o) et de l'article 65 de la loi précitée.

Article 115.

Fonctionnaires retraités.

Ils ont le droit, dans les mêmes conditions que les fonctionnaires en activité, au remboursement des frais rendus nécessaires par un accident ou une maladie survenus avant leur mise à la retraite, à condition que les frais engagés aient un lien direct avec l'accident ou la maladie.

Toutefois le taux de l'allocation temporaire d'invalidité est définitivement fixé à la date de la mise à la retraite de l'intéressé.

Cas particulier des maladies professionnelles.

Certaines maladies professionnelles peuvent se déclarer après la radiation des cadres. Il y a lieu de constituer le dossier de manière identique à celui d'un personnel en activité (cf. Article 100, Article 103 et Article 112 de la présente instruction).

Article 116.

Accidents occasionnés par un tiers.

Dans le cas où l'accident a été occasionné par un tiers, même si la responsabilité de ce dernier ne paraît pas établie, il convient :

1. De saisir le bureau du contentieux et des dommages territorialement compétent dans les formes prévues à l'instruction générale 670 /DEF/DAG/CX/3 du 16 janvier 1989 (BOC, p. 4345) sur la réparation des dommages causés ou subis par les armées et de l'instruction de la comptabilité publique 90-129 V 512/11/1990, en vue de permettre un recours éventuel contre le tiers.
2. D'adresser au même bureau les relevés de toutes les dépenses (traitement, frais médicaux, frais funéraires, pension, allocation temporaire d'invalidité) engagées par l'établissement en raison de l'accident, même lorsque ces dépenses n'interviennent que longtemps après (par exemple : rechute, cures thermales, appareillage, etc.).

L'attention est appelée sur les mesures de nature à faciliter l'exercice du recours de l'Etat contre les tiers responsables de dommages corporels subis par ses agents.

Aux termes de l'article 14 de la loi 85-677 du 05 juillet 1985 (BOC, 1986, p. 2461), le tiers payeur doit, dans un délai de quatre mois, faire valoir sa créance à l'encontre de l'assureur et de l'auteur de l'accident. Ce délai

est décompté à partir de la date à laquelle l'assureur demande au tiers payeur de lui faire connaître le montant de sa créance. A défaut de production de sa créance dans les délais impartis, le tiers payeur est déchu de ses droits à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage.

Il est donc du plus grand intérêt que le service juridique de l'agence judiciaire du Trésor (sous-direction du contentieux, 207 rue de Bercy, 75572 Paris cedex 12) dispose très rapidement des moyens d'exercer le recours de l'Etat.

A cet effet, une copie des documents relatifs à l'accident en cause doit lui être envoyée dès l'ouverture du dossier. En outre, la proposition d'allocation temporaire d'invalidité doit comporter une copie de ce bordereau d'envoi.

D'une manière générale, les directives données à l'article 54 de la présente instruction pour les ressortissants de la législation des accidents du travail sont applicables aux fonctionnaires.

Article 117.

Procédures contentieuses.

Les contestations qui peuvent naître de l'application de l'article 34-2 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 relèvent exclusivement du contentieux administratif (tribunaux administratifs, cours administratives d'appel et Conseil d'Etat).

La procédure à suivre est définie dans l'instruction générale du 01 juillet 1980 sur le contentieux (cf. Article 105 ci-dessus). Il est seulement précisé qu'en règle générale le recours contre une décision refusant le bénéfice dudit article 34, 2^o du statut général des fonctionnaires doit être introduit dans le délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'intéressé a reçu notification de cette décision.

Article 118.

Cas litigieux.

Les cas litigieux relatifs aux remboursements de dépenses sont soumis au préalable au SPA pour examen, et approbation éventuelle de l'engagement de la dépense.

Article 119.

Abrogation.

L'instruction n° 71-01/DN/DPC/PRA/AT du 21 avril 1971 modifiée relative à l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles aux agents de l'Etat non fonctionnaires et à l'application des dispositions du statut des fonctionnaires concernant les accidents de service et les maladies contractées en service est abrogée.

Pour le ministre de la défense et par délégation :

L'administrateur civil, sous-directeur des pensions civiles,

Guy TOUZARD.

(1) En ce qui concerne la partie législative et la partie réglementaire (décret en conseil d'Etat) du CSS (JO du 21, p. 14961 ; extrait au BOC, 1996, p. 953).

(2) En ce qui concerne la partie réglementaire (décrets simples) du CSS (JO du 21, p. 14972 ; BOC, 1996, p. 952).

(3) C'est-à-dire, d'une part, les ouvriers « réglementés » qui sont affiliés au régime du décret 65-836 du 24 septembre 1965 (BOC/SC, p. 1503) modifié, d'autre part les « journaliers » (terre et services communs), les « temporaires » (marine) et les « auxiliaires » (air) qui ont pris l'appellation d'ouvriers auxiliaires de la défense nationale [cf. inst. n°45836/DN/CRG du 31 mai 1972 (BOC/SC, p. 665) abrogée par l' instruction 318 du 16 mars 2000 (BOC, p. 3495)].

(4) Sauf personnel sous contrat « à durée déterminée » inférieure à un an pour lequel s'applique le régime général de sécurité sociale. Les caisses primaires d'assurance maladie prennent en charge les accidents du travail du personnel qui leur est affilié, celui-ci travaillant à temps incomplet et ayant parfois plusieurs employeurs [cf. décret 86-83 du 17 janvier 1986, TITRE PREMIER, Article 2 (BOC, p. 410)].

(5) Les ouvriers temporaires de l'air, saisonniers de la terre et en régie directe de la marine portant désormais l'appellation d'ouvriers temporaires de la défense nationale (cf. inst. n°45836/DN/CRG du 31 mai 1972). Abrogée par l' instruction 318 du 16 mars 2000 (BOC, p. 3495).

(6) Cour de cassation, 22 mars 1979.

(7) Cour de cassation, chambre sociale, 28 septembre 1993, Gandelon/CPAM du Puy-de-Dôme, et JOAN (questions écrites au gouvernement) 3 août 1992, p. 3483.

(8) Cour de cassation, 28 février 1991, Loubat/ministère de la défense.

(9) Le terme « employeur » est utilisé, dans la suite de la présente instruction, pour désigner les établissements, services, formations, corps de troupe, etc. relevant du ministère de la défense.

(10) Pour la rédaction et l'envoi de la déclaration, se reporter également à l' instruction 300055 /DEF/SGA/DFP/PER/1 du 12 janvier 1998 (BOC, p. 406), relative aux statistiques annuelles générales et technologiques des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles du personnel civil au ministère de la défense.

(11) Un accident signalé à un responsable de l'établissement (chef d'équipe par exemple) ou à l'infirmerie à l'occasion de soins, même si la victime n'établit pas la déclaration dans les délais prévus, doit être considéré comme ayant été porté à la connaissance de l'employeur.

(12) Y compris les témoins n'appartenant pas à l'établissement.

(13) Dans les services de la marine [direction des constructions navales (DCN), ports], c'est le bureau unique des accidents du travail (BUAT) dont dépend l'établissement qu'il convient d'informer.

(14) Tel que le médecin-chef d'un établissement, d'une base ou médecin-chef de la place, etc.

(15) Cf. Cour de cassation, ch. sociale, 19 novembre 1986, ministère de la défense, Piezzoli et 16 décembre 1985, CNAM de Lyon/Cappiolo.

(16) L'accès des autorités de police et judiciaire aux établissements, bâtiments et autres dépendances militaires est réglé par l' instruction 8590 /MA/DSL/SLP du 15 juillet 1958 (BO/G, p. 3798, BO/M, p. 2735, BO/A, p. 1746 ;).

(17) Ou dans la nomenclature des actes professionnels des médecins, chirurgiens, etc., éditée par l'Encyclopédie médico-chirurgicale, 110, boulevard Saint-Germain, Paris.

(18) L'opération de la hernie, par exemple, effectuée au titre accident du travail, nécessite l'entente préalable.

(19) Chapitre 37-91.

(20) Chapitre 33-91.

(21) L'employeur ne doit pas négliger d'exercer également son contrôle sur certains points d'importance secondaire, notamment sur la question de savoir si l'intéressé était fondé à demander une visite à son domicile au lieu d'une consultation chez le praticien, une visite de nuit au lieu d'une visite de jour, une visite le dimanche au lieu d'une visite de jour ouvrable. L'employeur ne paie la dépense supplémentaire que si elle est justifiée.

(22) Le chef d'établissement fixera cet horaire en appliquant autant que possible l'horaire adopté par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé l'établissement.

(23) Pour les ouvriers de l'Etat, bénéficiaires des dispositions du décret du 28 juin 1947 (BO/G, p. 1972) et du décret 72-154 du 24 février 1972 (BOC/SC, p. 305) modifié la retenue porte, pendant les trois premiers mois d'incapacité temporaire, sur le plein salaire statutaire.

(24) Cour de cassation, chambre sociale, 13 mai 1975, Lagoutte.

(25) Quand la victime a repris le travail, la consolidation doit être fixée, en principe, à la veille de la date de la reprise (voir Article 27). Le praticien ne doit donc pas indiquer la date de son examen comme date de consolidation sauf, bien entendu, dans le cas où la visite médicale a lieu la veille de la reprise du travail.

En effet, conformément à l'article R. 434-36 du CSS, la rente est due à compter du lendemain de la date de consolidation.

(26) Sous réserve d'une rechute, toujours possible.

(27) Le terme « consolidation » est réservé par la loi au cas 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 découlant de l'accident, sous réserve des rechutes et des révisions éventuelles.

(28) Bien que les accidents et les maladies antérieures au 1er janvier 1947 n'entrent pas dans le cadre de la présente instruction, il est utile de rappeler que les victimes de ces accidents ou maladies sont régies par l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 : l'administration n'est tenue de prendre en charge les frais de cure et de payer l'indemnité journalière que si le délai de révision n'est pas expiré. Ce délai court pendant trois ans à partir de la date de la décision judiciaire attributive de rente ; dans le cas où aucune rente n'a été allouée, mais où cependant l'accident a entraîné une incapacité temporaire, ce délai prend naissance à la date à laquelle l'indemnité journalière a cessé d'être due.

(29) A l'occasion d'une visite de contrôle pendant la période d'incapacité temporaire ou après consolidation de la blessure, le médecin de contrôle peut estimer qu'une cure thermale est nécessaire sans que le médecin traitant l'ait proposée.

(30) Arrêté interministériel du 10 avril 1997 (JO du 17 mai, p. 7466) portant approbation de la convention nationale thermale (art. 14.2.3 de la convention).

(31) L'article 19 de l'instruction indique les renseignements à donner au praticien dans le cas général d'une expertise régie par l'article L. 141-1 et suivants du CSS et les questions à poser dans le protocole. Mais, quand le litige porte sur la prise en charge d'une cure thermale, il convient de demander, en outre, à l'expert de préciser le bénéfice que l'accidenté peut retirer de la cure envisagée, compte tenu, le cas échéant, du résultat des cures antérieures et la possibilité ou l'impossibilité d'obtenir le même bénéfice par les moyens usuels de traitement.

(32) L'envoi de la copie de la déclaration d'accident est inutile lorsqu'un dossier de fixation de rente a déjà été adressé au SPA.

(33) Sauf en ce qui concerne le « bris de lunettes » : voir circulaire 68-04 /MA/DPC/PRA/AT du 23 juillet 1968 (BOC/SC, p. 752).

(34) Sauf si un dossier de fixation de rente a été envoyé précédemment à SPA.

(35) Les frais funéraires doivent être déduits du montant du capital-décès (art. L. 361-1 à L. 361-3 du CSS).

(36) Cour de cassation, chambre sociale, 17 avril 1996, CPAM d'Ille-et-Vilaine/Phelippe (cassation sur Rennes, du 25 mai 1994).

(37) Cour de cassation, chambre sociale, 26 septembre 1977 Hilaire ; 24 octobre 1978 Elbaze/ministère de la défense.

(38) Livre VII (titre Ier) du CSS.

(39) Décret 72-154 du 24 février 1972 .

(40) Le cas peut se présenter de salariés qui, pendant la durée de la rechute, perçoivent leur plein traitement chez le nouvel employeur, soit en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, soit en vertu des usages de la profession. La perte de gain n'existant pas pour eux, l'indemnité journalière ne leur est pas versée par le ministère de la défense, mais le nouvel employeur peut demander à celui-ci de la lui remettre puisqu'il est subrogé dans les droits de la victime à l'indemnité journalière (art. 433-12 du CSS, 3e alinéa).

(41) « La cessation du travail », telle que l'entend l'article L. 461-5 du CSS complété par l'article R. 461-5 du CSS, ne peut être que celle imposée par l'état de maladie professionnelle constatée, car le diagnostic d'une telle maladie peut n'avoir été fait qu'après plusieurs mois de soins et à la suite d'expertise, et l'on ne peut faire grief au malade de n'avoir pas fait la déclaration de sa maladie professionnelle dans le délai imparti par la loi, alors qu'il ignorait que son affection eût ce caractère.

(42) Dans les conditions fixées par les articles L. 461-2.3 du CSS des délais supplémentaires sont prévus en faveur des travailleurs dont la maladie, dûment constatée depuis le 1er janvier 1947, n'est pas indemnisable d'après les tableaux en vigueur, mais peut l'être ultérieurement par suite des modifications et adjonctions apportées aux tableaux par des décrets pris en Conseil d'Etat.

(43) Il y a lieu, dans les envois au SPA de séparer nettement :

1. Les déclarations des maladies professionnelles prévues aux tableaux et indemnisables.
2. Les déclarations de maladies non indemnisables, mais présentant un caractère professionnel et qui, aux termes de l'article L. 461-6 du CSS visant à l'extension et à la révision des tableaux, doivent être déclarées par tout docteur en médecine en connaissant l'existence.

(44) Loi portant diverses mesures d'ordre social (JO du 30, p. 1576).

(45) Décret n° 93-683 du 27 mars 1993 modifiant le CSS et relatif à la création des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (JO du 28, p. 5399).

(46) Décret n°93-692 du 27 mars 1993 relatif à certaines procédures de reconnaissance des maladies professionnelles et modifiant le CSS (JO du 28, p. 5407 ; rectificatif au JO du 17 avril, p. 6365).

(47) Cour de cassation ; 15 juillet 1941, veuve Villa/compagnie des assurances générales, voir : ANNEXE V « Jurisprudence ».

(48) Disponible.

(49) Il est rappelé qu'en cas d'accident de trajet causé par l'employeur, il est fait application, à l'encontre de l'auteur responsable de l'accident, des dispositions des articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-2 du CSS. Les conditions d'application de ce texte sont précisées par la circulaire 2086/110 /MA/DAAJC/CX/3 du 27 mai 1964 (BO/G, p. 2387, BO/A, p. 966).

(50) Cf. en particulier articles 138 et 139.

(51) BOC/SC, p. 1183 ; modifié.

(52) BO/G, p. 5516, BO/M, p. 1549, BO/A, p. 2633.

(53) Préciser si les dates indiquées comme marquant le début et la fin de chaque rechute correspondent respectivement au dernier jour de travail avant la rechute et au jour de la reprise, ou au premier et au dernier jour de la période d'incapacité temporaire.

(54) Décret n°86-381 du 10 mars 1986.

(55) Lorsque la filiation a été établie judiciairement, même postérieurement à l'accident, l'enfant naturel peut bénéficier de la rente d'orphelin à la condition d'avoir été conçu avant l'accident.

(56) Si cela est plus favorable, on peut retenir la date du décès de celle-ci pour accorder une rente aux ascendants.

(57) Toutefois dans le cadre de faute inexcusable de l'employeur l'ensemble des rentes peut être porté jusqu'à 100 p. 100 dudit salaire.

(58) Cette disposition se révèle particulièrement importante en cas de mort subite survenue sans cause extérieure apparente, sur le lieu de travail, au cours d'une mission ou des trajets. Si les ayants droit du défunt refusent de laisser procéder à l'autopsie, il leur incombe d'apporter la preuve d'un lien de causalité entre le décès et le travail, pour bénéficier de la loi sur les accidents du travail.

(59) Lorsqu'une rente a fait l'objet d'un rachat mais que néanmoins une visite de révision est prévue au titre de l'accident du travail en cause, celle-ci doit être obligatoirement effectuée pour vérifier si le taux d'IPP s'est modifié ou a disparu. Ce renseignement serait utile en cas d'accident ultérieur.

(60) Barème annexé à l'arrêté du 17 décembre 1954 .

(61) Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

(62) Chapitre budgétaire 33-91.

(63) CE, 13 octobre 1997, Polledri ; cf. aussi, dans le même sens : CE, 30 juin 1995, caisse des dépôts et consignations/Bedez. Il y a lieu de noter que, dans les deux cas cités, les victimes se trouvaient sur les lieux de leur travail.

(64) Modifié par le décret 84-960 du 25 octobre 1984 .

(65) Il s'agit donc d'une simple mesure d'ordre interne, puisque la déclaration d'un accident par le fonctionnaire intéressé n'est pas légalement exigible.

(66) L'employeur doit, en outre, se conformer aux prescriptions de l'instruction 33 /DEF/DPC/HS du 20 juin 1977 (BOC, p. 2053) relative aux procédures à mettre en œuvre en cas d'accidents graves du travail, ou de service, survenus à des personnels civils de la défense.

(67) Un exemplaire est conservé par la commission, l'autre par le service employeur.

(68) Dans les conditions déterminées par l'instruction générale 235 /DEF/DAJ/CX du 01 juillet 1980 (BOC, 1982, p. 3953) modifiée.

(69) Loi n°94-628 du 25 juillet 1994 (JO du 26, p. 10735) relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

(70) Cette inscription n'est valable que pour le grand appareillage.

(71) Il convient sur ces différents points de se reporter à la circulaire interministérielle 1711 /FP 34 /CMS 2 /B/9 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires de l'Etat contre les risques de maladies et d'accidents de service.

(72) Circulaire interministérielle 1711 /FP 34 /CMS 2 /B/9 du 30 janvier 1989 .

(73) Décret 68-756 du 13 août 1968 (BOC/SC, p. 977).

(74) Circulaire interministérielle 1711 /FP-34/CMS 2 /B/9 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques de maladie et d'accidents de service.

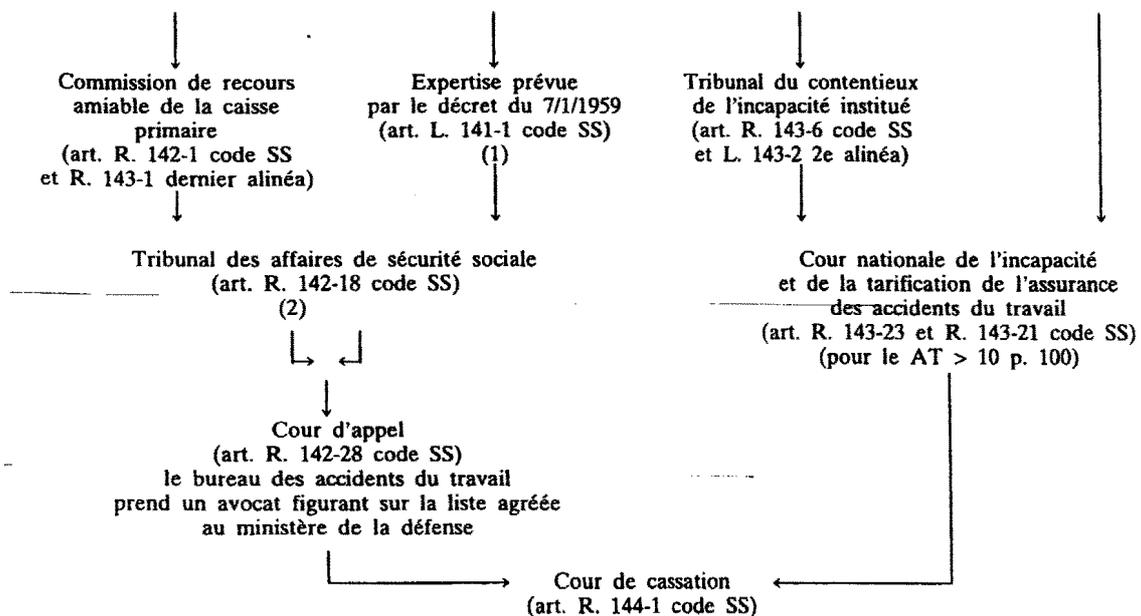
ANNEXE I.

Figure 1. TABLEAU SYNOPTIQUE DU CONTENTIEUX DE LA SECURITE SOCIALE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES [modifié par le décret n° 86-658 du 18 mars 1986 (JO du 20, p. 4788) et loi n° 94-43 du 18 janvier 1994].

**TABLEAU SYNOPTIQUE DU CONTENTIEUX DE LA SECURITE SOCIALE
POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

[modifié par le décret n° 86-658 du 18 mars 1986 (JO du 20, p. 4788)
et loi n° 94-43 du 18 janvier 1994].

Contentieux général L. 142-1.	Expertise médicale L. 141-1.	Contentieux technique L. 143-1.	Contentieux technique.
Contestations portant :	Contestations portant :	Contestations portant :	Contestations portant :
Sur le caractère professionnel de l'accident. Sur le montant de l'indemnité journalière. Sur le règlement des prestations en nature. Sur le droit à la rééducation et au reclassement professionnels : — rente (liquidation); — conversion obligatoire; — rachat facultatif. — reversibilité.	Sur le caractère professionnel de la lésion ou de la rechute. Sur la date de guérison ou de consolidation. Sur la nécessité d'un traitement médical.	Sur le taux d'incapacité permanente fixé par la caisse primaire.	Sur les taux de cotisation d'accident du travail.



(1) Si rejet avec voie de recours expertise L. 141-1 indiquée par le médecin conseil :

- présenter l'expertise au médecin-conseil lorsqu'elle est établie;
- l'imputabilité communique les résultats de l'expertise avec voie de recours TASS.

(2) Dans le cas où une contre-expertise L. 141-1 est demandée par la victime suite à la première expertise, il s'agit d'un contentieux à traiter par le SPA/SDC/3.

ANNEXE II.
ACCIDENTS DE TRAVAIL.

Documents à fournir.

1. ACCIDENTS DE TRAVAIL.

Demande expresse : le fonctionnaire manifeste sa volonté de bénéficier des dispositions légales (art. 34-2 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984).

Déclaration d'accident du travail (imprimé N° 362*/02 dûment remplie, datée et signée (+ date de constatation de l'employeur, cachet établissement).

Certificat médical initial (imprimé N° 362*/07) donne la description exacte des lésions et la date de leur première constatation ; doit comporter également la signature et le cachet du médecin (traitant, hospitalier, de prévention, agréé...).

Témoignage(s) oculaire(s) daté(s) et signé(s) ; à défaut, attestation d'intégrité physique avant l'accident par collègue ; attestation de première personne informée précisant ses propres constatations.

Expertise médicale : réalisée par un médecin agréé auprès des préfetures ; nécessaire pour éclaircir certains points médicaux : bilan médical antérieur, lien entre les douleurs alléguées et les conditions du travail, fixation de la date de consolidation, évaluation du taux *IPP*...

Procès-verbal de la commission de réforme : obligatoire pour arrêts de travail supérieurs à quinze jours, doute sur l'imputabilité, prescription de soins-kinésithérapie, rechutes...

2. ACCIDENTS DE TRAJET.

Mêmes pièces que pour l'accident de travail, mais en plus :

Questionnaire-trajet (imprimé N° 362*/03) : dûment complété, confirme les renseignements fournis par ailleurs et justifie le trajet ou le détour éventuel.

Plan : il doit être officiel (*PTT*, carte routière, d'état-major, etc.) et retracer précisément l'itinéraire de la victime en situant le domicile, le lieu de l'accident et le lieu du travail ; peut être accompagné d'un croquis faisant ressortir l'endroit de l'accident par rapport à la voie publique.

Procès-verbal de gendarmerie, police, chaque fois qu'il a été établi, ou déclaration du tiers en cause, photocopie du constat amiable, attestation du garagiste, attestation du transporteur (*RATP, SNCF*...).

3. MALADIES PROFESSIONNELLES.

Demande expresse.

Déclaration de maladie professionnelle (imprimé N° 362*/14) : souscrite par la victime, elle doit mentionner le type de maladie.

Certificat médical de première constatation médicale de la maladie : souvent établi par le médecin traitant, il donne le point de départ de la maladie (et donc le point de départ de l'*ATI* qui peut être servie au fonctionnaire).

Certificat médical de déclaration de maladie (imprimé N° 362*/15) : établi par un médecin, il doit impérativement comporter les lésions ou la nature de la maladie et la référence du tableau des maladies professionnelles correspondant.

Rapport technique sur l'exposition au risque : rédigé par le chef d'établissement, ce rapport doit décrire précisément la nature et la durée des travaux effectués par la victime au cours de sa vie professionnelle.

Expertise médicale : réalisée par un médecin agréé, l'expertise décrit les troubles constatés, précise leur origine et leur lien avec les conditions du travail et confirme le numéro du tableau correspondant.

Procès-verbal de la commission de réforme : obligatoire : il donne son avis sur l'imputabilité au service de la maladie constatée.

Le certificat médical de consolidation (modèle N° 364-1*/III) : il clôt tous les dossiers d'imputabilité : fixe la date de consolidation et évalue le taux *IPP* des séquelles restantes. Il doit être établi par un médecin agréé. En cas de guérison, un certificat final descriptif de guérison suffit.

Le dossier de rechute : il comprend la demande expresse, la déclaration de rechute (déclaration *AT* initial revêtue de la mention « rechute »), le certificat médical de rechute reliant les symptômes constatés à l'accident initial (ou maladie), l'avis d'un médecin agréé sur le lien unique, direct et certain entre les troubles nouveaux et les séquelles de l'accident initial (en cas d'arrêt de travail supérieur à quinze jours, l'avis de la commission de réforme est obligatoire) et, éventuellement, le certificat médical de consolidation.

ANNEXE III.
**LIISTE DES PIÈCES ENTRANT DANS LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER D'ALLOCATION
TEMPORAIRE D'INVALIDITÉ.**

1. PIÈCES ADMINISTRATIVES.

Original de la demande d'allocation temporaire d'invalidité comportant la date de dépôt et le cachet du service (modèle N° 364-1*/I).

Original de la notification de la date de consolidation et du taux d'*IPP* (modèle N° 364-1*/X).

Original du bordereau récapitulatif des pièces transmises à l'appréciation de la commission de réforme daté et signé par le chef de service et contresigné, au retour de la séance, par le président de la commission de réforme (modèle N° 364-1*/V).

Original du procès-verbal de la commission de réforme appelée à statuer sur le droit à *ATI* (modèle N° 364-1*/VI ou modèle N° 364-1*/VII).

L'état général des services comportant les arrêts de travail consécutifs à l'accident ainsi que les dates de reprise du travail (modèles utilisés pour la constitution des dossiers de pension de retraite des fonctionnaires).

Déclaration d'élection de domicile et de non-cumul établie depuis moins de six mois (modèle N° 364-1*/II).

Extrait d'acte de naissance pour le fonctionnaire ou fiche familiale d'état civil pour la femme fonctionnaire (établis depuis moins de trois mois).

La déclaration d'accident ou de maladie professionnelle (imprimé N° 362*/02).

Dans le cas des accidents de trajet joindre également :

- le questionnaire ;
- la demande de renseignements à témoins ;
- le croquis et le plan des lieux ;
- le rapport de police ou de gendarmerie ;
- déclaration sur l'honneur souscrite par le fonctionnaire (dans le cas d'un accident de trajet imputable à un tiers modèle N° 364-1*/VIII) ;
- le cas échéant, ventilation du capital perçu du tiers responsable (détail des divers éléments couverts par le capital).

Dans les cas de maladies professionnelles, joindre également :

- déclaration de maladie professionnelle (imprimé N° 362*/14) ;
- certificat médical de constatation (imprimé N° 362*/15) ;
- notes techniques précisant le poste occupé, les risques inhérents à ce poste et la durée pendant laquelle il a été occupé.

2. PIÈCES MÉDICALES.

Le certificat médical initial.

Original de l'expertise médicale effectuée par le médecin ou le spécialiste agréé auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (*DDASS*).

Original du certificat médical de consolidation délivré par un médecin expert agréé auprès de la *DDASS* (modèle N° 364-1*/III ou modèle N° 364-1*/IV à l'exclusion de tout autre).

Les certificats médicaux prescrivant les arrêts de travail consécutifs à l'accident ou à la maladie professionnelle.

Les certificats de reprise du travail.

Les décisions de reprise du travail à mi-temps thérapeutique.

Les décisions de réintégration à temps plein à l'issue de la période à mi-temps thérapeutique.

ANNEXE IV.
TABLE DES TEXTES CITÉS.

Codes.

Code de la sécurité sociale (CSS).

Code général des impôts, article 81, 8^o.

Code des pensions civiles et militaires de retraite.

Table 1. Lois.

Date.	Numéro.	Intitulé.	Références de publication.	Article de l'instruction.	Page.
1898. 9 avril.		Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.	BO/G, 1942, p. 2118.	30 (note).	
1946. 30 octobre.	46-2426.	Loi sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.	JO du 31, p. 9273, BO/A, p. 1928 ;	1, 5 (E).	
1949. 2 août.	49-1097.	Loi portant réforme du régime des pensions des personnels de l'Etat tributaires de la loi du 21 mars 1928 et ouverture de crédit pour la mise en application de cette réforme.	Ex-BOEM/380-3, BO/M, p. 957, BO/A, p. 2312.	51.	
1984. 11 janvier.	84-16.	Loi portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.	JO du 12, p. 271, BOC, p. 208 ;	98, 102, 105, 111, 113, 114, 117.	
1985. 5 juillet.	85-677.	Loi tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.	BOC, 1986, p. 2461.	116.	
1989. 10 juillet.	89-475.	Loi relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.	JO du 12, p. 8761.	82.	
1993. 27 janvier.	93-121.	Loi portant sur les diverses mesures d'ordre social (art. 15-1 et II).	JO du 30, p. 1576. Rectif. du 23 avril, p. 6528.		
1994. 18 janvier.	94-43.	Loi relative à la santé publique et à la protection sociale.	JO du 19, p. 960. Rectif. du 2 février, p. 1807.	85.	
1996. 3 mai.	96-370.	Loi relative au développement du volontariat dans le corps des sapeurs-pompiers.	JO du 4, p. 6735.	5 (F).	

Table 2. Décrets.

Date.	Numéro.	Intitulé.	Références de publication.	Article de l'instruction.	Page.
1967. 25 août.	67-744.	Décret instituant une indemnité exceptionnelle pour les fonctionnaires et agents de l'Etat victimes d'un accident aérien ou maritime dans l'exécution d'une mission.	JO du 3 septembre, p. 8935, BOC/SC, p. 1183.	61 (I), 111.	
1968. 13 août.	68-756.	Décret pris en application de l'article L. 28 (3e alinéa) de la loi 64-1339 du 26 décembre 1964 portant réforme du code des pensions civiles et militaires de retraite.	JO du 24, p. 8133, BOC/SC, p. 977 ;		
1972. 24 février.	72-154.	Décret relatif aux congés en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail dont peuvent bénéficier certains personnels ouvriers de l'Etat mensualisé.	JO du 26, p. 2099, BOC/SC, p. 305 ;	26 (note), 48 (I), 51 (II) (note).	
1977. 24 septembre.	77-1074.	Décret modifiant diverses dispositions réglementaires relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.	JO du 27, p. 4711, BOC, p. 3494.	1.	
1977. 24 septembre.	77-1075.	Décret modifiant diverses dispositions du décret 46-2959 du 31 décembre 1946 modifié relatif à l'application des dispositions du livre IV du code de la sécurité sociale.	JO du 27, p. 4712, BOC, p. 3495 ;	1.	
1979. 12 décembre.	79-1092.	Décret relatif aux élèves des écoles d'enseignement technique ou préparatoires des armées.	BOC, p. 5297.	5 (E).	
1981. 21 janvier.	81-45.	Décret relatif à l'affiliation des personnes relevant du régime général de la sécurité sociale à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de leur résidence habituelle et abrogeant certains dispositions du code de la sécurité sociale.	JO du 23, p. 323, BOC, p. 368.	113.	
1981. 12 octobre.	81-937.	Décret portant délégation des pouvoirs du ministre de la défense en matière d'administration et de gestion des personnels civils extérieurs.	JO du 17, p. 2826, BOC, p. 4741 ;	23, 33, 98, 106, 107 (I et II).	
1982. 28 mai.	82-447.	Décret relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique.	JO du 30, p. 1726, BOC, p. 2250 ;		
1984. 15 juin.	84-474.	Décret relatif à l'attribution aux agents de l'Etat du congé pour la formation syndicale.	JO du 21, p. 1910, BOC, p. 3515.	5 (A).	
1984. 25 octobre.	84-960.	Décret portant l'application de l'article 65 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat.	JO du 27, p. 3366, BOC, p. 6223.	100 (note).	
1985. 27 mars.	85-377.	Décret modifiant certaines dispositions du décret 46-2959 du 31 décembre 1946 relatif aux accidents du travail et maladies professionnelles.	JO du 30, p. 3715.	1.	
1985. 17 décembre.	85-1353.	Décret relatif au code de la sécurité sociale (partie législative et partie "décrets en conseil d'Etat").	JO du 21, p. 14961.	1.	
1985. 17 décembre.	85-1354.	Décret relatif au code de la sécurité sociale (partie "décrets").	JO du 21, p. 14972.	1.	

Table 3. Arrêtés.

Date.	Intitulé.	Références de publication.	Article de l'instruction.	Page.
1986. 13 novembre.	Arrêté portant fixation de tarifs particuliers en matière d'accidents du travail.	JO du 22, p. 14108.	24.	
1993. 28 mai.	Arrêté modifiant l'arrêté du 09 décembre 1988 fixant le fonctionnement des collèges de trois médecins prévus à l'article D 461-6 du code de la sécurité sociale.	JO du 9 juin, p. 8263.	56 (I).	
1993. 3 août.	Arrêté portant sur les modalités de calcul du gain journalier net mentionné à l'article R. 433-5 du code de la sécurité sociale.	JO du 17, p. 11634.	48 (III).	
1993. 28 septembre.	Arrêté portant remboursement des frais de déplacement et de séjour des praticiens hospitaliers mentionnés à l'article D. 461-27 du code de la sécurité sociale.	JO du 7 octobre, p. 13928.	56 (I).	
1996. 19 septembre.	Arrêté relatif à l'institution auprès du ministre de la défense de diverses commissions ayant compétence en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.	JO du 10 octobre, p. 14865, BOC, p. 4158.	66.	
1997. 30 avril.	Arrêté interministériel portant approbation de la convention nationale thermale.	JO du 17 mai, p. 7466.	31 (note).	

Table 4. Autres textes.

Date.	Numéro.	Intitulé.	Références de publication.	Article de l'instruction.	Page.
1958. 15 juillet.	8590/MA/DLSA/SLP.	Instruction sur l'intervention de l'autorité judiciaire à l'intérieur des établissements, bâtiments et autres dépendances militaires ou maritimes ainsi qu'à bord des bâtiments de l'Etat.	BO/G, p. 3798, BO/M, p. 2735, BO/A, p. 1746.	21 (note).	
1964. 27 mai.	2086/110/MA/DAAJC/CX/3.	Circulaire relative à l'application de la loi no 63-820 du 6 août 1963 permettant le recours de la victime d'un accident de trajet contre le tiers responsable.	BO/G, p. 2387, BO/A, p. 966 ;	59 (note).	
1968. 13 février.	68-02/MA/DPC/PRA/AT.	Circulaire relative à l'application de la loi 66-419 du 18 juin 1966 concernant l'indemnisation de certaines victimes d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées avant l'entrée en vigueur des dispositions nouvelles concernant ces accidents ou maladies.	BOC/SC, p. 145.		
1989. 30 janvier.	1711/FP/34/CMS/2/B/9.	Circulaire interministérielle relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques de maladie et d'accidents de service.	BOC, p. 920, brochure no 1623, édition des	98, 106, 107 (note), 110 (note), 113	

			<i>JO.</i>	(note).	
1990. 21 novembre.	90-129-V/5.	Instruction du ministère de l'économie, des finances et du budget (direction de la comptabilité publique) relative aux accidents de service et hors service.	N.i. <i>BO</i> et <i>JO</i> .	116.	
1992. 25 novembre.	38990/DEF/DPF/PER/3.	Instruction relative à l'exercice du droit syndical au ministère de la défense.	<i>BOC</i> , 1993, p. 1476.	5 (B).	
1993. 12 août.	DSS/AT/93/77.	Circulaire relative à la mise en place des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.	<i>BOC</i> , 1995, p. 1135.	56 (A).	
1998. 12 janvier.	300055/DEF/SGA/DFP/PER/1.	Circulaire relative aux statistiques annuelles générales et technologiques des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles du personnel civil au ministère de la défense.	<i>BOC</i> , p. 406.	9 (note).	

ANNEXE V.
JURISPRUDENCE.

CH. REUN. 15 juillet 1941. Accidents du travail. Faute inexcusable. Patron. Caractères de la faute. Entrepreneur. Effondrement d'un immeuble (1).

La faute inexcusable du patron 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, et se distinguant de la faute intentionnelle par le défaut d'intention [L. 9 avril 1898, art. 20, § 3] (1) ;

En cas d'accident mortel causé à un ouvrier par l'effondrement d'un immeuble, le rejet de la demande de majoration de rente formée par la veuve et fondée sur la faute inexcusable du patron, entrepreneur de la construction, n'est pas légalement justifié par l'arrêt qui, — tout en constatant la mauvaise qualité des fondations et du mortier employé, l'insuffisance de la plupart des points d'appui, la faiblesse des fers, l'absence de chaînages et de liaisons entre les divers éléments constructifs, ensemble d'actes ou d'omissions volontaires constitutifs d'un mépris des règles les plus élémentaires de l'art de bâtir, — refuse cependant de voir dans ces faits une faute inexcusable, par le motif que l'entrepreneur ne pensait pas que ces fautes d'ordre technique compromettaient la solidité de l'immeuble puisqu'il en occupait le rez-de-chaussée avec sa famille et, d'autre part, que l'absence de tout incident sérieux au cours de la construction était de nature à confirmer sa confiance dans la stabilité du bâtiment (2) ;

Ni la témérité dont l'entrepreneur a fait preuve en habitant l'immeuble, ni le fait qu'il n'avait tenu aucun compte de ce qu'une fissure s'était produite dans un mur extérieur, ne peuvent suffire pour refuser le caractère de faute inexcusable à une faute qui implique par elle-même, en raison de sa nature et de son exceptionnelle gravité, qu'un entrepreneur de profession devait avoir conscience du danger auquel il exposait ses ouvriers (3).

(Veuve Villa C. Compagnie des Assurances générales)

Arrêt (après délibération en la charge du constructeur)

(DA 1941, J. 321)

LA COUR,

Sur l'unique moyen du pourvoi : — Vu l'article 20 de la loi du 9 avril 1898 ; — Attendu que la faute inexcusable retenue par l'article 20, paragraphe 3, de la loi du 9 avril 1898, 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, et se distinguant par le défaut d'un élément intentionnel de la faute visée au paragraphe 1er dudit article ; — Attendu qu'à la suite de l'accident mortel dont a été victime son mari, au cours du travail qu'il effectuait, au service de l'entrepreneur Provini, assuré à la compagnie d'Assurances générales, la veuve Villa, agissant tant en son nom personnel qu'au nom de ses enfants mineurs, a demandé la majoration de rentes prévue par l'article 20 de la loi du 9 avril 1898, en se fondant sur la faute inexcusable commise par le chef d'entreprise et qui a entraîné l'effondrement de l'édifice ; — Attendu que l'arrêt attaqué (Orléans, 30 octobre 1935) constate que la mauvaise qualité des fondations de l'immeuble écroulé et du mortier employé à sa construction, l'insuffisance de la plupart de ses points d'appui, la faiblesse de ses fers, l'absence de chaînages et de liaisons entre les différents éléments constructifs, constituent, en raison de la nature du terrain, des actes ou des omissions volontaires imputables à Provini, qui, d'après le rapport des experts, a édifié la construction au mépris « des règles les plus élémentaires de l'art de bâtir » ; — Attendu que, pour décider que la faute ainsi commise par Provini ne constitue pas une faute inexcusable au sens de l'article 20 précité, l'arrêt se base, d'une part, sur ce qu'il n'avait jamais eu la pensée que ces fautes d'ordre technique compromettaient la solidité de l'immeuble, puisqu'il en occupait lui-même le rez-de-chaussée avec sa famille et, d'autre part, sur ce que l'absence de tout incident sérieux, en cours de construction, à l'exception d'une fissure de 1,20 m de longueur, qui s'était produite dans un mur extérieur, un mois avant l'accident, était de nature à confirmer sa confiance dans la stabilité du bâtiment et par conséquent

dans la sécurité de son personnel ; — Mais attendu que ni la témérité dont Provini a fait preuve en occupant le rez-de-chaussée de l'immeuble, ni le fait qu'il n'a tenu aucun compte de l'avertissement qui résultait de ce qu'une fissure s'était produite dans un mur extérieur dudit immeuble, ne pouvaient suffire pour refuser le caractère de faute inexcusable à une faute qui, telle qu'elle est constatée par l'arrêt, implique par elle-même, en raison de sa nature et de son exceptionnelle gravité, que Provini, entrepreneur de profession, devait avoir conscience du danger auquel il exposait ses ouvriers ; — D'où il suit qu'en statuant ainsi qu'elle l'a fait, la Cour d'appel n'a pas donné une base légale à sa décision.

Par ces motifs, casse l'arrêt rendu entre les parties par la Cour d'appel d'Orléans, cour de renvoi, le 30 octobre 1935, et renvoie devant la Cour d'appel de Rouen.

Du 15 juillet 1941. Ch. réun. MM. Frémicourt, 1er pr. ; Donat-Guigne, rap. ; Caous, proc. gén. ; Gaffinel et Roques, av.

Note.

(1, 2 et 3) Le présent arrêt des chambres réunies met fin aux incertitudes auxquelles avait donné lieu la notion de « faute inexcusable », admise par la loi du 9 avril 1898 et maintenue par celle du 1er juillet 1938, soit pour augmenter la responsabilité forfaitaire du chef d'entreprise, soit pour réduire la rente due à la victime d'un accident du travail ou à ses ayants droit.

Ces incertitudes ont été particulièrement grandes pendant les trente premières années d'application de la loi, parce que la Cour de cassation considérait la qualification d'une faute comme une question de fait, à résoudre souverainement par les tribunaux ou cours d'appel. On pouvait prévoir que cet état de choses prendrait fin le jour où la Cour de cassation, s'étant ravisée, décida de soumettre à son contrôle cette question (Req. 22 février 1932, DP 1932, 1. 25, et notre note). Cependant tout flottement n'a pas immédiatement disparu, et la Cour de cassation elle-même hésita sur la définition qu'il convenait de donner de la faute inexcusable. Une première formule, que nous avons proposée comme se dégageant de l'ensemble de la jurisprudence antérieure, parut tout d'abord être acceptée. Cette formule consistait à dire : 1^o Que le fait en question ne devait pas avoir eu une cause justificative ; 2^o Que l'acte ou l'omission devait être volontaire, sans cependant que l'accident ait été délibérément provoqué ; 3^o Que l'auteur de cet acte devait avoir eu conscience du danger grave résultant de son acte. Un arrêt de la chambre des requêtes du 4 juin 1934 (DH 1934, 378) s'approprie cette formule, et on pouvait penser que les autres chambres de la Cour suprême feraient de même.

Cependant il apparut très vite que la chambre civile entendait différencier plus profondément la faute inexcusable de la faute intentionnelle, avec laquelle certaines décisions tendaient à la confondre (Civ. 19 mars 1934, *Rec. Gaz. du Palais*, 1934, 1. 915 ; *Revue gén. assur. terr.*, 1934, 648 ; Civ. 12 novembre 1935, DH 1936, 19). Un arrêt du 4 mai 1937 accentua cette différence et donna pour la première fois une formule nouvelle : « La faute inexcusable est une faute d'une exceptionnelle gravité, eu égard à la conscience que son auteur devait avoir du danger résultant de son acte ou de son omission » (*Rec. Sirey*, 1937, 1. 331). Cette formule fut reprise par la même chambre civile, qui précisa que « le caractère inexcusable de la faute ne saurait être subordonné à l'existence d'un élément volontaire dans son exécution » (Civ. 15 février 1938, DH 1938. 181. Cf. Civ. 28 février 1938, DH 1938. 261). Cette évolution de jurisprudence fut signalée dès 1938 par un article de MM. Pic et Kréber (*Revue jurid. de la Fédération nationale des mutilés et invalides du travail*, 1938, n^o 2). Acceptée par la chambre des requêtes (Req. 7 juin 1937, DH 1937. 470 ; Req. 1er mars 1938, DH 1938. 241) et par la chambre sociale (Soc. 6 mars 1941, DA 1941. J. 154 ; 20 février 1941, DA 1941. J. 183 ; 4 avril 1941, DA 1941. J. 214), on pouvait penser qu'elle serait définitive (V. en ce sens, Rouast et Givord, *Supplément au Traité du droit des accidents du travail*, nos 135-136). Le présent arrêt des chambres réunies ne la consacre cependant qu'en partie, car il reprend, parmi les éléments constitutifs de la faute inexcusable, le caractère volontaire de l'acte ou de l'omission. Il convient de préciser la valeur juridique, et de dégager les conséquences pratiques, de la formule ainsi retouchée.

I. La définition de la faute inexcusable ne pouvait être trouvée dans les travaux préparatoires de la loi du 9 avril 1898, qui sont particulièrement confus sur ce point. Il y apparaît seulement que cette notion fut admise à titre de transaction entre les partisans de l'application intégrale de l'idée de risque, et leurs adversaires qui voulaient qu'on tînt compte des fautes qui pourraient être prouvées, tout au moins des

fautes lourdes (V. les rapport Thévenet au Sénat, 2 mars 1896, et Maruéjols à la Chambre, 7 juillet 1897). La majorité des auteurs déclarèrent, en conséquence, que la faute inexcusable est plus grave que la faute lourde, et constitue un degré intermédiaire entre celle-ci et la faute intentionnelle (Cabouat, *Traité des accidents du travail*, nos 198 et suiv. ; Loubat, *Traité sur le risque professionnel*, 3^e éd., nos 289 et suiv. ; Pic, *Traité de légis. industrielle*, 6^e édition, n° 1111 ; Capitant et Cucho, *Précis de légis. industrielle*, n° 332 ; Gauguier, *Etude sur le risque professionnel*, n° 263 ; Voisenet, *La faute lourde*, thèse, Dijon, 1934, p. 466 ; J. Bienvenu, *La faute inexcusable*, thèse, Caen, 1938, p. 66 ; Rouast et Givord, *Traité du droit des accidents du travail*, n° 132). Quelques auteurs avaient cependant fait observer que, la faute lourde étant toute proche du dol, il ne saurait y avoir place pour une catégorie intermédiaire (Sachet et Gazier, *Traité de la légis. des accidents du travail*, 8^e édition, t. 2, nos 1405 et suiv. ; Josserand, note DP 1933, 1. 49). Cf. H. Lalou, *La gamme des fautes*, chronique DH 1940, p. 19-20.

Il est certain que la faute lourde ne se distingue essentiellement du dol que par l'absence d'élément intentionnel, ou même simplement que parce que cet élément ne peut être prouvé, bien qu'on puisse le présumer (L. Mazeaud, chronique DH 1933, p. 49). Quelle place peut-on faire dès lors à la faute inexcusable entre ces deux notions ? Si l'on veut la distinguer de la faute lourde, ne sera-t-on pas porté à la confondre avec la faute intentionnelle ?

La distinction de la faute inexcusable et de la faute lourde était présentée par la plupart des auteurs, soit par référence à une gravité plus grande du fait en question, soit par référence à un élément volontaire. Sur le premier point, on est en présence d'une question de mots, et tout dépend de l'appréciation du juge : la faute inexcusable est « la faute d'une gravité exceptionnelle », dit la Cour de cassation. Ce superlatif est un hommage rendu aux intentions des auteurs de la loi, mais on ne peut y trouver les éléments d'une distinction nette avec la faute lourde. Aussi les auteurs insistent-ils volontiers sur le caractère volontaire de la faute inexcusable. La faute lourde peut consister en une simple imprudence, une négligence involontaire, bien que d'une certaine gravité ; la faute inexcusable est un acte ou une attitude volontaire, correspondant à un état d'esprit conscient et réfléchi.

Mais si la distinction de la faute inexcusable et de la faute lourde est très nette à ce second point de vue, n'en résulte-t-il pas qu'elle se confond avec la faute intentionnelle ? Comment en effet discriminer l'acte volontaire de l'acte intentionnel ? Volonté et intention ne sont-ils pas des vocables synonymes ? Nous avons nous-même signalé l'écueil, et nous avons dit comment on peut y échapper. L'identité des deux mots n'est qu'apparente, et un acte volontaire ne se confond pas avec un acte intentionnel. Un acte doit être considéré comme volontaire lorsqu'il est accompli en complète conscience ; mais un tel acte, dont les conséquences se sont révélées dommageables, ne comportait pas nécessairement le désir que ces conséquences se manifestent. Vouloir un acte n'est pas nécessairement désirer qu'il en résulte un dommage. Le chef d'entreprise qui expose délibérément un ouvrier à un danger n'est généralement pas désireux qu'un accident se produise ; de même, l'ouvrier qui s'expose, au mépris d'une défense formelle, et peut-être même pour le plaisir de braver cette défense, n'a pas, en général, le désir de subir un accident. L'un et l'autre peuvent espérer que le risque ne jouera pas, et que leur témérité n'aura pas de conséquences. Il n'y aurait faute intentionnelle, dans ces deux cas, que si l'accident avait été désiré, soit par le patron, soit par l'ouvrier ; il n'y a pas faute intentionnelle si l'un ou l'autre ont seulement provoqué le danger délibérément, mais sans désirer qu'il en résulte un accident (Rouast et Givord, *Traité précité*, nos 132 et 136). Dire que la faute inexcusable correspond à un acte ou à une attitude volontaire ne signifie donc pas qu'elle se confond avec la faute intentionnelle. Et, pour mieux marquer l'opposition, certains auteurs évitent d'employer le mot « volontaire » pour y substituer un adjectif qui prête moins à confusion, tel que « délibéré » ou « réfléchi » (Gauguier, *op. cit.*, p. 263 ; J. Bienvenu, *op. cit.*, p. 61).

Cette différenciation était-elle suffisante, et n'y avait-il pas un danger à maintenir cet élément volontaire dans la définition de la faute inexcusable ? On pouvait se le demander, et la chambre civile avait jugé prudent de le supprimer expressément dans son arrêt précité du 15 février 1938. Beaucoup de décisions ont en effet confondu, de ce chef, la faute inexcusable et la faute intentionnelle (V. notamment, pour la faute inexcusable du patron : Lyon, 28 octobre 1927, *Gaz. des Trib.*, 22 mai 1928 ; Douai, 15 décembre 1927, *Rev. Gaz. du Palais*, 1928, 1. 131 ; — pour celle de l'ouvrier : Douai,

7 janvier 1905, DP 1911, 5. 21, et *Pand. franç.*, 1907, 2. 336 ; Chambéry, 11 décembre 1907, *Gaz. des Trib.*, 22 janvier 1908 ; Trib. civ. de Nice, 11 janvier 1921, *Rec. Gaz. du Palais*, 1921, 1. 335). Il est certain qu'il est souvent difficile de savoir si l'on est en présence d'une simple volonté de l'acte, ou d'une volonté de ses conséquences nocives ; toute recherche dans la psychologie de l'agent est délicate, et il est périlleux de prétendre savoir qu'elle a été son arrière-pensée. Ainsi s'explique la confusion qui a été faite par les juges dans les décisions précitées. Ainsi s'explique aussi la réaction de la chambre civile qui ne pouvait laisser subsister cette confusion, contraire au texte de la loi de 1898. La distinction de la faute inexcusable et de la faute intentionnelle est faite, en effet, nettement par l'article 20, qui supprime toute indemnité à l'ouvrier coupable d'une faute intentionnelle, tandis qu'il réduit seulement sa rente au cas de faute inexcusable.

Mais en faisant disparaître l'élément volontaire de la définition de la faute inexcusable, la chambre civile l'avait pratiquement confondue avec la faute lourde. On pouvait dès lors considérer comme faute inexcusable une simple imprudence, une négligence involontaire, pourvu qu'elle fût estimée grave. Cette solution risquait de multiplier sans limites les applications de la faute inexcusable ; la victime d'une imprudence patronale aurait toujours prétendu de ce chef avoir une rente supérieur au forfait ; le patron dont l'ouvrier a commis une désobéissance ou peut-être une négligence de précautions due à l'accoutumance, aurait toujours demandé une réduction du forfait. L'idée de faute, qu'on avait voulu n'admettre en tout ce domaine qu'à titre exceptionnel, aurait ainsi repris le premier plan, au détriment de l'idée de risque. L'économie générale de la loi aurait été faussée.

Telles sont, sans doute, les considérations qui ont amené les chambres réunies à rétablir dans la définition de la faute inexcusable l'élément volontaire. S'ensuit-il que l'arrêt solennel ait rendu possible de nouveau la confusion de la faute inexcusable avec la faute intentionnelle ? Il n'en est rien, car les chambres réunies ont maintenu pour le surplus la formule antérieure de la chambre civile, qui donne de la faute inexcusable une notion purement abstraite. La faute inexcusable suppose « la conscience du danger que *devait en avoir* son auteur » ; la faute intentionnelle suppose au contraire établie la preuve de la pensée coupable qu'avait effectivement son auteur. Il convient d'insister sur ce point essentiel.

On sait comment la jurisprudence a assoupli la théorie de la responsabilité civile par une conception abstraite de la faute. Si la notion de faute est d'ordre moral, le juge, qui est mal placé pour sonder les consciences, n'est pas obligé cependant de rejeter toute faute lorsqu'il lui est impossible de pénétrer dans la psychologie de l'agent. A défaut d'une preuve établie de cette psychologie répréhensible, il se contente de comparer la conduite de l'agent à celle d'un homme moyen, et s'il apparaît que l'auteur de l'acte incriminé ne s'est pas comporté avec la prudence normale qu'on aurait pu attendre, il est déclaré en faute. C'est la *culpa in abstracto*, substituée à la *culpa in concreto*. Les auteurs modernes insistent justement sur cette conception abstraite de la faute, qui est admise très généralement en ce qui concerne les imprudences et négligences (Ambroise Colin et H. Capitant, *Cours élém. de droit civil français*, 8e édition, par Julliot de la Morandière, t. 2, n° 190 ; Planiol et Ripert, *Traité prat. de droit civil français*, t. 6, *Obligations*, par Esmein, n° 517 ; H. et L. Mazeaud, *Traité de la responsabilité civile*, 3e édition, t. 1, nos 418 et suiv. ; Savatier, *Traité de la responsabilité civile*, t. 1, n° 166).

Cette conception abstraite ne saurait évidemment s'appliquer à la faute intentionnelle, puisque celle-ci suppose qu'on peut établir la volonté de nuire ; sa constatation demeure concrète. Mais toute autre faute moins grave, fût-elle lourde, est appréciée abstraitement.

On pouvait hésiter à admettre cette appréciation abstraite pour la faute inexcusable, en raison de l'élément volontaire qu'elle comporte. Constaté cet élément, n'est-ce pas se livrer à une recherche concrète concernant la psychologie de l'agent ? La chambre civile, qui avait rejeté cet élément volontaire, avait admis sans difficulté le caractère abstrait de la faute ; mais les chambres réunies, en exigeant à nouveau que le fait fût volontaire pour que la faute pût être qualifiée d'inexcusable, ne devaient-elles pas revenir également à une appréciation concrète de la conduite de l'agent ? Elles ne l'ont pas pensé, et elles ont décidé qu'il n'y avait pas contradiction à constater qu'un acte est volontaire, et à apprécier abstraitement la faute qu'il comporte. Cette appréciation porte en effet non pas sur l'acte lui-même, mais sur la conscience que son auteur avait de ses conséquences dangereuses.

C'est uniquement à ce second point de vue que le juge doit recourir à une comparaison avec un individu normal, au lieu de rechercher si l'auteur de la faute a eu réellement l'idée du danger qu'il provoquait. Ainsi la conduite de l'agent, bien que comportant *in concreto* une volonté d'action, est appréciée *in abstracto* en ce qui concerne les conséquences de son attitude qu'il a pu envisager.

Il ne lui est même pas possible de se disculper en prouvant qu'en fait il n'avait pas prévu ces conséquences. Dans l'espèce, le patron incriminé avait cherché à se justifier en observant qu'il habitait avec sa famille la maison qui s'est écroulée, ce qui excluait la conscience du danger. Cette preuve ne saurait suffire, dit l'arrêt, « à refuser le caractère de faute inexcusable à une faute qui implique par elle-même que son auteur, entrepreneur de profession, *devait avoir conscience* du danger auquel il exposait ses ouvriers ». L'appréciation abstraite de la faute inexcusable n'est donc pas seulement un pis-aller, à défaut de preuve du caractère concret de cette faute ; la Cour de cassation fait de cette appréciation abstraite une règle absolue, qui ne cède pas devant la preuve contraire. Cette solution peut sembler rigoureuse ; elle est cependant dictée par le qualificatif même employé par le législateur. Il n'est pas question en effet d'une « faute non excusée », ce qui impliquerait un examen de la psychologie de l'agent, mais d'une « faute inexcusable », ce qui évoque un jugement objectif de la manière dont celui-ci s'est comporté.

L'arrêt des chambres réunies paraît donc bien échapper à toute critique. Il différencie nettement, et sans confusion possible, la faute inexcusable de la faute intentionnelle, par cet élément abstrait relatif à la conscience du danger. Par ailleurs, il rétablit la distinction de la faute inexcusable et de la faute lourde, par l'élément volontaire qu'il exige à la base de l'acte ou de l'attitude incriminés. La mise au point de la notion de faute inexcusable est ainsi faite d'une manière précise. Il reste à esquisser la portée pratique de la définition ainsi donnée.

II. On sait que la faute inexcusable peut être relevée soit à l'encontre du patron, pour majorer la rente de l'ouvrier, soit à l'encontre de ce dernier, pour diminuer sa réparation forfaitaire. Il convient de se placer successivement à ces deux points de vue pour essayer de déterminer la portée pratique de l'arrêt des chambres réunies.

A. *Faute inexcusable du patron ou de ses préposés.* — La décision des chambres réunies a été rendue dans un cas de ce genre ; il est donc particulièrement facile d'en déterminer la portée, étant donné les termes très précis de l'arrêt. Quatre éléments sont requis par l'arrêt pour qu'une faute du patron ou de ses préposés puisse être considérée comme inexcusable :

1. L'absence de fait justificatif. — Toutes les fois que l'acte commandé avait un caractère indispensable, en raison des circonstances, on ne saurait parler de faute inexcusable si les précautions normales qui étaient possibles ont été prises. A la vérité, il n'y a alors aucune faute, même légère, à reprocher au patron. Il y a lieu de tenir compte sur ce point des nécessités techniques de la profession, qui comportent certains travaux particulièrement dangereux ; mais il faut aussi, en sens inverse, examiner si toutes les mesures normales de prévention d'accident ont été prises. Le développement de ces mesures, qui est aujourd'hui l'objet du souci des pouvoirs publics, permettra de diminuer la fréquence des cas d'excuse tenant au caractère nécessaire d'un travail dangereux. Ces cas trouveront à l'avenir surtout leur application en présence d'événements imprévus, et notamment de sinistres dus à la force majeure. Il n'y a évidemment pas faute inexcusable à essayer une manœuvre délicate pour arrêter les ravages d'un incendie ou d'une inondation.

2. Le caractère volontaire de l'acte ou de l'omission incriminés. — Nous avons déjà dit que cet élément volontaire, que la chambre civile avait rejeté, a été rétabli dans la définition de la faute inexcusable pour la différencier de la faute lourde, qui peut être involontaire, sans qu'il y ait cependant lieu de confondre la faute inexcusable avec la faute intentionnelle, la volonté qui doit être constatée portant sur l'acte ou sur l'omission, mais non pas sur les conséquences dommageables qui en résultent. Il n'y a donc pas faute inexcusable lorsqu'on est en présence d'un acte accompli par pure

distracted, or mechanically, and to a greater extent if the attitude reproached to the agent constitutes a sort of reflex instinctive. Thus, it seems well that the automatic gesture of the smoker who throws a match after having lit his cigarette without verifying the extinction of this match, cannot be considered as a fault inexcusable, because it has been accomplished mechanically, outside of any control of the will. But alone, an imprudence or a negligence entirely independent of the will must make the character inexcusable of the fault; a simple error would not suffice if it has not taken place in an unconscious movement; and it will certainly have no doubt of maintaining the solution given by the civil chamber in its decision of February 15, 1938, in terms of which there is a fault inexcusable in the case of a contractor who, wanting to cut an electric current, trips the switch. One will therefore often hesitate in such cases on the conscience of the agent as to his gesture; very often the character of the act will be uncertain. Will it then be imposed on the victim or on his heirs the proof of this character, because it is to them or to these that it falls to prove a fault inexcusable, if they wish to benefit from its consequences? One might think at first. But this solution would have the defect of making very often impossible the task of the victim, in reason of the difficulties which she encounters in penetrating the psychology of the author of the accident. We believe that it must be rejected, because every act of a sane man of sound mind must be reputed to be voluntary; distraction, automatism, are anomalies, and it belongs to the one who invokes them to prove them. There is, on this point still, a deep difference which separates the voluntary act which has caused a damage, from the act executed intentionally to harm; the fault intentional must be proved, while the character of the voluntary act or of an attitude must be presumed.

3. The conscience of the danger which the author responsible for the accident should have. — We have said that the character of the act does not suppose the desire to provoke the accident; but for it to be inexcusable, it must be that the author should have had conscience of the danger which it resulted in. The chambers assembled, after the civil chamber, do not require nevertheless a concrete proof of this element, but they base themselves on a purely abstract appreciation. What can be the bases of this appreciation? One will find them for the most part in the circumstances following, which have already been brought into relief by the previous jurisprudence:

a). The case of professional fault. Every profession involves a certain number of technical rules which the one who practices it must know; when the non-observance of these rules involves a danger, the head of the enterprise must know it, and if he goes on, he commits a professional fault for which he must admit that he has conscience of the prejudicial consequences which can result from it. This was the case of the species: an entrepreneur of construction neglected the solidity of the foundations, employed insufficient beams, did not insure the liaison of the various constructive elements, in short, despised the most elementary rules of the art of building (V. in a similar species Req. 7 June 1937, cited. — *Contra*: Req. 2 May 1932, DH 1932. 317. Cf. for the case of an order given to raise a pylon, before the current was cut, Soc. 4 April 1941, DA 1941. J. 214, relevant to the fact that a technician could ignore this danger).

b). The case of violation of a regulation. Numerous precautions of a regulatory nature are imposed on industrialists to assure the prevention of accidents; to neglect these precautions is equivalent to despising the care of prevention which they dictate, and as a result to make no account of the possible danger. No one is supposed to ignore the law, the head of the enterprise who violates a prescription of security imposed by a regulation, must be reputed to have conscience of the peril to which he exposes his personnel. The jurisprudence has often admitted already the

faute inexcusable en des cas de ce genre (V. notamment Req. 5 juin 1934, DH 1934. 397).

c). Le cas d'omission d'une précaution signalée comme nécessaire par une personne qualifiée, notamment un inspecteur du travail ou un délégué mineur (Lyon, 21 décembre 1909, DP 1911, 2. 255 ; Trib. civ. de Dunkerque, 31 juillet 1913, *Rec. Gaz. du Palais*, 1913. 2. 324), ou encore par les ouvriers eux-mêmes (Trib. civ. de la Seine, 18 juillet 1925, DH 1925. 583 ; Req. 21 juillet 1932, DH 1932. 507). Il en est de même lorsque le simple bon sens et l'expérience courante peuvent suffire à imposer cette précaution : ainsi, le patron qui transporte un surbordonné dans une automobile dont les pneumatiques sont en mauvais état, sans modérer sa vitesse, doit être considéré comme ne pouvant ignorer le danger de sa conduite (Soc. 6 mars 1941, DA 1941, J. 154. Cf. Req. 28 avril 1933, DH 1933. 332).

d). Le cas d'emploi d'un ouvrier inexpérimenté ou trop jeune. La prudence normale invite le patron à ne pas confier à cet ouvrier des travaux périlleux, ou à user de précautions ou d'une surveillance exceptionnelles pour le préserver ; à défaut de quoi il y a lieu d'admettre qu'il a dû avoir conscience du risque grave auquel il l'exposait (Cf. Dijon, 20 janvier 1931, DH 1931. 156).

4. La gravité de la faute. — Tous les cas qui viennent d'être indiqués n'imposent pas au juge l'admission de la faute inexcusable ; il faut encore que le reproche qu'on peut adresser au patron soit grave, un manquement léger ne pouvant être considéré comme une faute lourde, *a fortiori* comme une faute inexcusable. La Cour de cassation a soin de rappeler dans sa définition que celle-ci « doit s'entendre d'une faute d'une gravité exceptionnelle ». Il y a là un élément pour l'appréciation duquel le juge du fait est seul bien qualifié, et qui jouera pour modérer les applications de l'art. 20 de la loi. Une faute professionnelle légère ne saurait être retenue ; et il en est de même d'une contravention à un règlement qui porte sur des détails d'importance secondaire (Cf. Req. 28 octobre 1935, *Rec. Gaz. du Palais*, 1936, 1. 125 ; Req. 5 novembre 1935, *Revue gén. assur. ter.*, 1936. 379). Une condamnation à une amende ne suffit pas à qualifier la faute si, par exemple, elle est motivée par un homicide involontaire (Req. 26 octobre 1936, DH 1936. 570).

B. *Faute inexcusable de l'ouvrier*. — La conception de la faute inexcusable doit logiquement être la même lorsque celle-ci est imputée à un ouvrier que lorsqu'elle est imputée à un patron. Il y a lieu cependant de tenir compte de ce que la situation se présente d'une manière tout opposée. Le patron peut être considéré comme ayant été rendu par la loi débiteur de sécurité envers ceux sur lesquels il exerce une autorité ; c'est à ce titre que s'imposent à lui des mesures préventives des accidents, et qu'on peut être assez exigeant pour admettre qu'il a dû avoir conscience du danger auquel il expose ses surbordonnés. L'ouvrier, au contraire, met sa force de travail au service du patron, et lui doit simplement l'obéissance. Il ne lui appartient pas de prendre lui-même l'initiative de mesures de précautions. On admettra donc plus difficilement qu'il a commis une faute inexcusable, et, de fait, les applications de l'article 20 sont beaucoup plus rares en ce qui le concerne qu'en ce qui concerne le chef d'entreprise. Cependant ces applications se rencontrent, et il ne semble pas que l'arrêt des chambres réunies doive les rendre moins nombreuses. La formule donnée par cet arrêt, transposée aux fautes des ouvriers, conduit encore à exiger quatre éléments pour qu'une faute puisse être qualifiée inexcusable :

1. L'absence de cause justificative. — Une cause justificative sera par exemple une initiative dangereuse prise par un ouvrier pour faire face à un cas de force majeure : éviter un accident à l'entreprise (Cf. Douai, 20 janvier 1934, *Rec. Douai*, 1934. 231), sauver un camarade en danger, etc. On observera seulement que les actes de

dévouement accomplis hors du service ou de la subordination n'engagent pas la responsabilité du patron, si l'on ne peut présumer qu'ils sont tacitement autorisés par lui (V., sur ce point, Rouast et Givord, *Traité et Supplément* précités, n° 100).

2. Le caractère volontaire de l'acte. — La faute inexcusable de l'ouvrier, comme celle du patron, suppose un acte délibéré ou une attitude prise consciemment. Il faut donc rejeter ce qualificatif lorsque l'accident est dû à l'accoutumance qui conduit peu à peu l'ouvrier à faire machinalement ses gestes techniques, et qui finit par lui faire oublier le danger qui l'entoure. On a souvent invoqué cette situation pour justifier le risque professionnel ; il ne faudrait pas que la notion de faute reparaisse toutes les fois qu'elle se présente : ce serait aller à l'encontre des intentions certaines des auteurs de la loi. De même, on écartera la faute inexcusable lorsqu'il est certain que l'ouvrier a agi par distraction, sauf à exiger de lui la preuve de cette distraction, et à vérifier qu'elle ne procède pas elle-même d'une faute antérieure, telle que l'ivresse.

3. La conscience du danger. — Comme pour le patron, la constatation de la conscience que l'ouvrier devait avoir du danger auquel il s'exposait doit être faite abstraitement. Les principales circonstances qui peuvent la faire admettre sont les suivantes :

a). La désobéissance à un ordre formel du patron ou à une consigne générale de l'atelier (Cf. Caen, 21 novembre 1910, DP 1912. 5. 32 ; Civ. 8 juillet 1903, DP 1903. 1. 510 ; Req. 2 août 1904, DP 1906. 1. 108). L'ouvrier qui désobéit doit être réputé avoir conscience des conséquences de son attitude, et nous croyons qu'il ne lui serait pas possible de se disculper en invoquant un oubli de l'ordre reçu.

b). La faute professionnelle incontestable pour un ouvrier qualifié qui sait son métier. Il y a lieu toutefois de tenir compte, pour exclure le caractère inexcusable d'une faute professionnelle, de certaines habitudes tolérées par l'usage : ainsi un charretier qui se tient debout sur son brancard peut être considéré comme n'ayant pas commis une faute inexcusable (Douai, 25 avril 1910, *La Loi*, 22 août 1910 ; mais V. *contra*, pour le charretier qui s'assied sur sa charrette alors qu'il a deux chevaux en flèche, Trib. civ. de Narbonne, 13 février 1900, DP 1901. 2. 82). On notera qu'une faute professionnelle est incontestable pour tout subordonné qui se rend au travail en état d'ivresse. La jurisprudence était déjà fixée en ce sens (V. notamment Paris, 24 novembre 1900, DP 1901. 2. 60 ; Nancy, 27 mars 1901, DP 1902. 2. 28 ; Req. 9 mai 1927, DH 1927. 318). Le patron doit toutefois s'opposer à ce qu'il travaille dans ces conditions et commettrait de son côté une faute inexcusable en tolérant cette grave imprudence (Civ. 15 novembre 1921, *Rec. Gaz. Pal.* 1922. 1. 26).

4. La gravité de l'acte. — La jurisprudence a toujours reconnu au juge un pouvoir d'appréciation au sujet de la gravité du manquement qui est reproché à l'ouvrier. C'est surtout à l'occasion des cas de désobéissance que les tribunaux ont fait usage de ce pouvoir ; de nombreuses décisions n'admettent pas qu'il y ait faute inexcusable, bien que l'ouvrier ait contrevenu à un ordre du patron ou à un règlement (V. notamment : Toulouse, 17 juillet 1907, *Gaz. Trib. du Midi*, 11 août 1907 ; Lyon, 2 janvier 1925, *Rec. Gaz. du Palais*, 1925. 1. 382). De même, les tribunaux ont souvent exclu la faute inexcusable en tenant compte de la jeunesse ou de l'inexpérience de l'ouvrier, qui diminue la gravité du reproche qu'on pouvait lui adresser (Nancy, 11 janvier 1921, *Rec. Gaz. du Palais*, 1921. 1. 335 ; Douai, 22 janvier 1934, *Rec. Douai*, 1934. 231). Il est à prévoir que des décisions de ce genre continueront à intervenir, l'arrêt des chambres réunies ayant soin d'insister sur la gravité du fait qu'on impute à l'agent.

Telles sont les applications que l'on peut envisager de la formule donnée par les chambres réunies. Elles ne constituent pas un bouleversement profond de la jurisprudence, comme on aurait pu le prévoir au lendemain des arrêts de la chambre civile précités de 1937 et 1938. Sur un seul point cette jurisprudence est modifiée : l'appréciation de la conscience du danger doit être abstraite, et il n'est pas permis de se livrer à cet égard à une recherche concrète. Mais en maintenant au juge le droit d'apprécier la gravité de la faute, en exigeant que l'agent ait fait preuve d'une activité volontaire, les chambres réunies laissent une place importante aux éléments concrets et maintiennent une grande souplesse dans l'application de l'article 20 de la loi sur les accidents du travail. Ce texte demeure le siège d'un pouvoir modérateur des conséquences de l'application des règles du forfait de responsabilité, soit pour en aggraver la charge pour le patron, soit pour en réduire le bénéfice pour l'ouvrier.

Ce pouvoir modérateur s'imposait en droit, et en fait. Sans doute a-t-on pu l'estimer contradictoire à l'idée de risque professionnel ; mais si on substitue à cette notion celle de risque d'autorité, comme nous l'avons proposé, et comme la loi du 1^{er} juillet 1938 semble bien le faire elle-même, il n'y a plus de difficulté à admettre la théorie de la faute inexcusable, soit pour le patron, soit pour l'ouvrier (V. Rouast et Givord, *Traité*, n° 129). Pour le patron, il faut en effet tenir compte du devoir de surveillance que lui impose l'autorité qu'il exerce ; il est légalement débiteur de sécurité vis-à-vis de ses ouvriers, et tenu, de ce chef, de prendre des mesures de prévention. Il ne saurait se désintéresser de ce devoir impérieux sans un grave péril pour l'ordre public, en se retranchant derrière les limites forfaitaires de sa responsabilité. Pour ce qui est des ouvriers, il faut tenir compte de ce que l'autorité patronale n'est pas un servage, et de ce qu'il importe, dans leur intérêt même, de les intéresser aux mesures de prévention des accidents. Le fondement de la théorie de la faute inexcusable est ainsi justifié, et son développement est en relation avec le développement moderne de la prévention. Plus on fera d'efforts sur ce terrain, plus il y aura lieu d'être sévère pour les patrons ou les ouvriers qui font fi des mesures prévues. La théorie de la faute inexcusable est la sanction nécessaire de la politique industrielle de la prévention. Sa mise au point par les chambres réunies intervient à un moment opportun comme appui de cette politique. Nous ne doutons pas qu'elle donne d'excellents résultats.

André ROUAST,

Professeur à la faculté de droit de Paris.

CONTENTIEUX ET PROCEDURE : Matérialité de l'accident du travail.

SYNCOPE A LA SUITE DE LA FERMETURE BRUTALE D'UNE PORTE CARACTERE PROFESSIONNEL DE L'ACCIDENT RECONNU.

Cour de cassation (section sociale) (2).

(Arrêt du 30 juillet 1949).

Sous la condition qu'elle provienne d'une cause soudaine et extérieure, toute lésion, dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident du travail.

En conséquence, lorsqu'à la suite de la brusque fermeture d'une porte métallique se trouvant immédiatement derrière lui, un employé a été pris de syncope, qui fut elle-même suivie de céphalée et de vertiges, doit être cassée la décision de la commission régionale qui considère que le bruit de cette porte, ajouté à celui fait par les diverses machines comptables, n'avait rien d'exceptionnel, si la simultanéité de la syncope et du bruit violent de la porte métallique était affirmée par la déclaration écrite de deux témoins qui n'étaient contredites par aucune déclaration contraire et sur lesquelles les juges ne se sont pas expliqués.

Sur le principe que toute lésion, dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme un accident du travail (voir Cass. civ. 21 juillet 1941, S. 1942, 1, 13 et les renvois).

ACCIDENTS DU TRAJET : Temps et circonstances. (Application stricte de l'art. 2, § 2, de la loi du 30 décembre 1946.)

Cour de cassation.

(19 juillet 1951) (3).

Affaire : Caisse Primaire Centrale de Sécurité sociale de Paris contre Veuve Boulmer.

Pourvoi en cassation contre une décision de la Commission régionale d'appel de Paris du 22 juin 1949. — Arrêt :

LA COUR,

.....

Sur le moyen unique,

Vu l'article 2 de la loi du 30 octobre 1946 ;

Attendu que l'accident survenu au travailleur pendant le trajet de la résidence au lieu du travail ou *vice versa* 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 en exécution du contrat de louage de services ;

Attendu qu'il résulte de la décision attaquée que, le 19 janvier 1948, Boulmer, veilleur de nuit aux usines Citroën, est rentré à son domicile vers 5 h 30 du matin, son travail fini ; qu'il est retourné spontanément aux usines, vers 9 h 30, pour y chercher, en vue d'un dégrèvement d'impôts, un renseignement personnel d'ordre purement fiscal à un bureau spécial mis par la direction à la disposition de ses ouvriers et, qu'alors qu'il revenait chez lui, il fut, quai de Javel, en un lieu qui n'était pas soumis à l'autorité du chef d'entreprise, happé et tué par une locomotive sortant d'un immeuble situé au numéro 147 ;

Attendu que la Commission Régionale d'Appel de Paris a considéré que les consultations données aux ouvriers travaillant aux usines Citroën constituaient un avantage inhérent au travail et que l'accident était « couvert par la présomption d'imputation dès lors qu'il n'y avait eu, avant l'accident, aucune interruption du trajet de retour » ;

Mais attendu qu'il était établi que Boulmer avait quitté le travail depuis 5 h 30 ; que le trajet accompli par lui au moment de l'accident n'avait pas pour cause un travail venant de s'accomplir ou devant s'accomplir ; qu'il suit de là qu'en décidant ainsi qu'elle l'a fait, la Commission Régionale d'Appel de Paris a violé l'article 2, paragraphe 2, susvisé, dont l'application stricte est de rigueur ;

Par ces motifs,

CASSE...

DETOURS POUR DES MOTIFS PERSONNELS. NOTION STRICTE DU DOMICILE.

Est considéré comme accident du travail l'accident survenu aux travailleurs visés par la loi pendant le trajet de la résidence au lieu du travail et vice versa, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de leur emploi.

Encourt la cassation la décision qui reconnaît les caractères d'un accident du travail à l'accident dont a été victime une ouvrière alors qu'elle venait de cesser son travail et se rendait chez sa fille où elle allait souvent prendre ses repas ; en effet, l'accident est survenu sur un parcours différent de celui que la victime eût dû normalement emprunter pour se rendre du lieu de travail à son propre domicile et, en se rendant chez sa fille, elle obéissait exclusivement à des motifs d'intérêt personnel.

Cour de cassation

(chambre civile, section sociale) (4)

(28 juillet 1951).

Affaire : caisse régionale de sécurité sociale de Lyon contre dame Desseux.

Pourvoi en cassation contre une décision de la commission régionale d'appel de Lyon du 4 novembre 1949. — Arrêt :

LA COUR,

.....

Sur le moyen unique,

Vu l'article 2, paragraphe 2, de la loi du 30 octobre 1946 ;

Attendu qu'est considéré comme accident du travail l'accident survenu aux travailleurs visés par la loi pendant le trajet de la résidence au lieu du travail et *vice versa*, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de leur emploi ;

Attendu que, pour reconnaître les caractères d'un accident du travail à l'accident dont a été victime dame Desseux, le 11 septembre 1948, la décision attaquée se borne à constater que cet accident est arrivé alors que la dame Desseux venait de cesser son travail à la caisse régionale de sécurité sociale de Lyon, se rendant chez sa fille où, depuis le mariage de cette dernière, elle allait souvent prendre ses repas et où elle pouvait être considérée comme ayant une résidence secondaire ;

Mais attendu, qu'il n'est pas contesté que l'accident est survenu sur un parcours différent de celui que la victime eût dû normalement emprunter pour se rendre du lieu du travail à son propre domicile et, qu'en se rendant chez sa fille, dame Desseux obéissait exclusivement à des motifs d'intérêt personnel ; qu'il s'ensuit que l'article 2, paragraphe 2, de la loi du 30 octobre 1946, était sans application dans l'espèce et qu'en statuant comme elle l'a fait, la commission régionale d'appel de Lyon n'a pas donné de base légale à sa décision ;

Par ces motifs,

CASSE...

Nota. — Revoir, dans la même rubrique, les décisions relatives au « domicile », à la « résidence » (habituelle ou occasionnelle), aux repas pris hors du lieu de travail.

COUR DE CASSATION (Ch. sociale). (5) 29 janvier 1965. — Accidents du travail. — Accidents ouvrant droit à garantie. — Temps et lieu du travail. — Salarié envoyé en mission. — Blessures dans une chambre d'hôtel à la suite d'un séisme. — Accident couvert.

Aux termes de l'article 415 C. sécur. soc., est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

Encourt la cassation l'arrêt qui tout en constatant qu'un salarié, chargé par son employeur de se rendre dans le sud du Maroc pour visiter les producteurs et exportateurs de la région d'Agadir, a été, par suite du séisme qui dévasta cette ville, le 29 février 1960, enseveli sous les décombres de l'hôtel où il résidait et grièvement blessé, a refusé de reconnaître à cet accident le caractère d'accident du travail, au motif que le salarié ne se livrait pas, au moment du sinistre, à une activité professionnelle, qu'il allait se coucher et qu'il accomplissait donc un acte de la vie courante.

En statuant ainsi, alors qu'il résultait de ses constatations mêmes que l'accident dont avait été victime le salarié était dû non à l'accomplissement d'un acte de la vie courante qui en avait été la cause, mais à son séjour dans une zone sinistrée qui lui avait été imposé pour l'exécution de sa mission, que ce salarié, bien qu'accomplissant un acte de la vie courante, était demeuré dans les limites normales de cette mission et que, dès lors, l'accident dû à ce séjour devait être considéré comme étant en rapport de cause à effet avec le travail et survenu à l'occasion du travail au sens de l'article 415 C. sécur. soc., la cour d'appel a violé le texte légal.

Breteau contre Caisse primaire centrale de sécur. soc., de la région parisienne.

Pourvoi en cassation contre un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 26 avril 1963.

ARRET :

LA COUR, — sur le moyen unique : vu l'article 415 C. sécurité sociale,

Attendu qu'aux termes de ce texte, est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ;

Attendu que, tout en constatant que Breteau Roger, chargé par son employeur de se rendre dans le sud du Maroc pour visiter des producteurs et exportateurs de la région d'Agadir a été, par suite du séisme qui dévasta cette ville le 29 février 1960, enseveli sous les décombres de l'hôtel où il résidait et grièvement blessé, l'arrêt attaqué a refusé de reconnaître à cet accident le caractère d'accident du travail au motif que Breteau n'établissait pas qu'au moment du sinistre il se livrait à une activité professionnelle, qu'en effet, d'après ses propres déclarations, il allait se coucher et que, dans ces conditions, il accomplissait un acte de la vie courante ;

Attendu qu'en statuant ainsi, alors qu'il résultait des constatations mêmes des juges du fond que l'accident dont avait été victime Breteau était dû, non à l'accomplissement d'un acte de la vie courante qui en aurait été la cause, mais à son séjour dans une zone sinistrée qui lui avait été imposé pour l'exécution de sa mission, que Breteau, bien qu'accomplissant un acte de la vie courante, était demeuré dans les limites normales de cette mission et que, dès lors, l'accident dû à ce séjour devait être considéré comme étant en rapport de cause à effet avec le travail et survenu à l'occasion du travail au sens de l'article 415 C. sécurité sociale, la cour d'appel a violé le texte légal ;

Par ses motifs,

CASSE...

MM. Vigneron, *président-rapporteur*. — Mellottée, *avocat général*. — Me Mayer, *avocat*.

Nota.

Note. — La Cour de cassation a posé en principe que les salariés envoyés en mission par leur employeur ont droit à la protection de la loi sur les accidents du travail pendant tout le temps que dure cette mission et que celle-ci doit être considérée comme s'exerçant tant qu'il n'est pas établi que le salarié a recouvré sa pleine indépendance ou a interrompu sa mission pour un motif uniquement dicté par l'intérêt personnel et indépendant de son emploi. V. Cass. soc. 25 avril 1951 (*Gaz. Pal. T. Q.* 1951-1955, voir *Accidents du travail*, n° 124. — *Bull. cass.* 1951.3.227) ; Cass. soc. 29 mars 1952 (*Gaz. Pal. T. Q.* 1951-1955, voir *Accidents du travail*, n° 122. — *J.C.P.* 1952. 7166, 3e espèce).

Les faits susceptibles d'être considérés comme une interruption de la mission, dans un intérêt personnel, peuvent varier à l'infini. Citons à titre d'exemple, dans une hypothèse assimilable à celle du salarié envoyé en mission, le cas d'un représentant de commerce qui, en tournée dans une ville côtière, se rend à la pêche et se noie (*Cass. soc.* 11 juillet 1961, *Gaz. Pal.* 1962 I.T., voir *Accidents du travail*, n° 31. — *Bull. cass.* 1961.4.618).

Plus délicat est le point de savoir quand on peut dire que le salarié a recouvré sa pleine indépendance. Si un arrêt de la Chambre sociale du 15 novembre 1957 (*Gaz. Pal. T. Q.* 1956-1960, voir *Accidents du travail*, n° 111. — *Bull. cass.* 1957.4.771. — D. 1958.97) a considéré comme couvert l'accident dont avait été victime un courtier envoyé en prospection, alors qu'il regagnait l'hôtel où il devait nécessairement coucher, la jurisprudence tendait, jusqu'ici, à distinguer entre les actes de la vie courante et les actes de la vie professionnelle et excluait du champ d'application de la loi sur les accidents du travail les accidents survenus à l'hôtel pendant le temps de repos du salarié, celui-ci étant alors considéré comme jouissant d'une totale liberté d'action. Voir notamment : *Cass. soc.* 4 juin 1958 (*Gaz. Pal. T. Q.* 1951-1955, voir *Accidents du travail*, n° 119. — D. 1953-680) ; *Cass. soc.* 4 juillet 1962 (*Gaz. Pal.* 1963.1.T., voir *Accidents du travail*, n° 25 — *Bull. cass.* 1962.4.490).

L'arrêt rapporté rompt avec cette jurisprudence. Il mérite d'autant plus d'être signalé que, dans une précédente espèce où il s'agissait également d'un salarié en déplacement, victime d'un séisme dans l'hôtel où il passait la nuit, la Cour suprême avait au contraire écarté la qualification d'accident du travail, en se fondant sur le fait que le salarié avait terminé son travail de la journée et cessé toute activité professionnelle, au moment du sinistre (*Cass. soc.* 18 février 1958, *Gaz. Pal.* 1958.2.T., voir *Accidents du travail*, n° 10 — *Bull. cass.* 1958-4.165 — D. 1958.339). Il est vrai que la Cour de renvoi avait refusé de s'incliner. V. Oran 29 juin 1960 (*Gaz. Pal.* 1960.2.226).

ACCIDENT DU TRAVAIL : Formalités. — Contrôle. — Expertise (expertise technique. Avis de l'expert. Conclusions claires et non équivoques. Imputabilité. Troubles névrotiques).

Cour de cassation, chambre sociale (6).

(22 mai 1970)

Affaire : Desseaux contre caisse primaire centrale de sécurité sociale de la région parisienne.

SOMMAIRE.

Doivent être considérés comme claires, précises et dénuées d'ambiguïté ou de contradiction, les conclusions de l'expert technique qui, pour écarter l'imputabilité des troubles présentés par un assuré social à l'accident du travail dont il a été victime, observe que la névrose dont il est atteint est essentiellement liée au terrain psychologique qu'il s'agit d'une affection indépendante de l'accident et évoluant pour son propre compte que si les différents chocs émotionnels peuvent modifier plus ou moins l'aspect ou l'expression de cette névrose, ils ne sauraient en aucun cas la créer et qu'en conséquence on ne peut établir un lien direct de causalité par origine ou aggravation entre l'accident et les troubles invoqués.

Ces conclusions s'imposent à la juridiction saisie qui n'a pas à tenir compte de l'avis divergent d'un autre praticien.

(Cour d'appel de Paris, 6 février 1969.)

Rejet.

(1) Dalloz Critique, 1941, Jurisprudence, p. 117.

(2) Bulletin sécurité sociale.

(3) Bulletin juridique sécurité sociale n° 45-1951, p. 89. Rubrique K-9 accident du trajet.

(4) Bulletin sécurité sociale.

(5) Dalloz 1965, p. 283.

(6) Bulletin sécurité sociale.

ANNEXE VI.
TABLES DES SIGLES UTILISÉS.

<i>ASSEDIC</i>	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.
<i>ATI</i>	Allocation temporaire d'invalidité.
<i>BOC</i>	<i>Bulletin officiel des armées</i> (édition chronologique).
<i>BOEM</i>	<i>Bulletin officiel des armées</i> (édition méthodique).
<i>BUAT</i>	Bureau unique des accidents du travail (marine).
<i>CHSCT</i>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
<i>CNI</i>	Cour nationale de l'incapacité.
<i>CPAM</i>	Caisse primaire d'assurance maladie.
<i>CRA</i>	Commission de recours amiable.
<i>CRRMP</i>	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.
<i>CSS</i>	Code de la sécurité sociale.
<i>DCN</i>	Direction des constructions navales.
<i>DRASS</i>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.
<i>IPP</i>	Invalidité permanente partielle.
<i>JO</i>	(AN) <i>Journal officiel</i> de la République française (édition des débats, assemblée nationale).
<i>RIB</i>	Relevé d'identité bancaire.
<i>RIP</i>	Relevé d'identité postal.
<i>SPA</i>	Service des pensions des armées.
<i>TASS</i>	Tribunal des affaires de sécurité sociale.
<i>TCI</i>	Tribunal du contentieux de l'incapacité.
<i>TIPS</i>	Tarif interministériel des prestations sanitaires.
<i>UCANSS</i>	Union des caisses nationales de sécurité sociale.

ANNEXE VII.
TABLE ALPHABÉTIQUE DE LA PRÉSENTE INSTRUCTION.

	Numéros des articles.
Accidents du travail (législation des)	1, 4, 6.
Accidents ouvrant droit à indemnisation	6.
Accidents ouvrant droit à indemnisation (fonctionnaires)	100.
Accidents :	
Agents titularisés dans un corps de fonctionnaire	62.
Anciens	4, 60.
De service (fonctionnaires)	99, 100.
De trajet	6, 12.
De trajet (fonctionnaires)	100.
Déclaration par la victime	7.
Déclaration par l'employeur	9.
Déclaration par l'employeur (fonctionnaires)	101.
Du travail (législation des accidents du travail)	1, 6.
En mission (aériens ou maritimes) et en sous-marin	62.
En mission (aériens ou maritimes) et en sous-marins (fonctionnaires)	111.
Grave ou mortel	12.
Mortel (preuve de l'imputabilité)	20.
Mortel en sous-marin	61 II.
Mortel en sous-marin (fonctionnaires)	111.
Occasionné par des tiers	59.
Occasionné par des tiers (fonctionnaires)	116.
Sans témoins	12.
Sans témoins (fonctionnaires)	103.
Successifs	70.
Actes de dévouement	112 III.
Activités physiques et sportives	5 D.
Algies (voir : lombalgies).	
Allocation temporaire d'invalidité	112.
Allocations provisionnelles	75.
Appareillage :	
Appareils de prothèse et d'orthopédie	37.
Appareils de prothèse et d'orthopédie (fonctionnaires)	107.
Grand appareillage de prothèse et d'orthopédie	37, 41 B.
Grand appareillage de prothèse et d'orthopédie (fonctionnaires)	106.
Lunettes et verres de contact	39, 41 A.
Lunettes et verres de contact (fonctionnaires)	107.
Petit	38, 41 A.
Petit (fonctionnaires)	106, 107.
Podo-orthèses	37.
Prothèses dentaires	40, 41 C.
Prothèses dentaires (fonctionnaires)	107.
Prothèses oculaires	37.
Réparation et remplacement	41.

Apprentis et ouvriers de moins de 18 ans	5, 49 II.
Asbestose	52, 53.
Ascendants (rentes)	72 D.
Assistance d'une tierce personne (voir : indemnité).	
Astreinte	
Aumôniers civils bénévoles	49 III.
Autopsie	20.
Auxiliaires (voir : employés).	
Auxiliaires (ouvriers « air »)	5 (note).
Avances sur rentes	69.
Avocats (voir : honoraire d'avocats).	
Avoués (voir : frais d'avoués).	
Ayants droit	12, 72, 74, 75, 82 II.
Bénéficiaires	5.
Bénéficiaires (fonctionnaires)	99, 114, 115.
Billet aller et retour (<i>SNCF</i>) (frais de transport, cure)	107.
Billet de congé annuel (<i>SNCF</i>)	68 nota.
Capitalisation de rentes	82.
Caractère professionnel	12.
Catégories professionnelles	9.
Certificats médicaux :	
De guérison ou de consolidation	28, 108.
De révision	79.
Final descriptif (guérison ou consolidation)	27, 28.
Médical initial	17.
Champ d'application (territoire, date de l'accident, bénéficiaires, risques couverts)	3, 4, 5, 6.
Champ d'application (territoire, date de l'accident, bénéficiaires, risques couverts) (fonctionnaires)	99, 100.
Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles	56.
Commission :	
De recours amiables	92.
De réforme (fonctionnaires)	104, 106, 112, 113.
Des rentes	66.
Congés de formation syndicale	5 A.
Conjoints (rentes)	72, 76, 81, 82.
Consolidation (voir : certificat médical de guérison ou de consolidation, certificat final descriptif).	
Contentieux	83 à 96.
Contentieux (fonctionnaires)	117.
Contestations	14, 85, 91.
(Voir aussi : expertise, enquête).	
Contractuels	5, 49 I.
Contrôle :	
Administratif	26.
Des frais	23, 26.
Des frais (fonctionnaires)	106, 107.
Contrôle médical :	

A l'occasion d'une rechute	50.
En vue de la révision	78.
Initial	17, 18.
Pendant l'incapacité temporaire	24.
Cour :	
Cour nationale de l'incapacité	88, 89.
D'appel	94.
De cassation	95.
Cumul	67.
Cures thermales	30 à 35.
Cures thermales (fonctionnaires)	107.
Décès	14, 20.
Décision :	
Article 34-2, 2o de la loi du 11 janvier 1984	105, 107.
Attributive de rente	66, 74.
Gracieuse	41 nota.
Déclaration des accidents	7, 9, 11.
Déclaration des accidents (fonctionnaires)	101.
Déclassement pour inaptitude physique	68.
Délégués syndicaux	11.
Départements d'outre-mer	3.
Descendants (rentes)	72 C.
Détachés (fonctionnaires)	113.
Domaine militaire (entrée)	21 (note).
Donneurs de sang	5 C.
Dossier (voir : envoi).	
Elèves des écoles d'enseignement technique ou préparatoire des armées	5 E.
Employés auxiliaires	5.
Employeurs multiples	70.
Enfants (rentes)	72.
Enquête	21.
Entraînement physique ou sportif (séances d')	5 D.
Entrée dans le domaine militaire	21 (note).
Envoi de dossier	55, 56, 64, 74, 87.
Envoi de dossier (fonctionnaires)	101, 102, 103.
Etablissements militaires (voir : domaine militaire).	
Etat antérieur	13.
Expertise :	
Médicale	19.
Technique	21.
Faute :	
Inexcusable	58.
Intentionnelle	58.
Feuille d'accident	16.
Fixation de la rente	66.
Fonctionnaires	99.

Fonctionnaires détachés	113.
Fonctionnaires mis à disposition	114.
Fonctionnaires retraités	115.
Fonctionnaires stagiaires	5.
Frais :	
Abusifs	26.
D'appareillage (voir : appareillage).	
D'autopsie	97.
D'avoués, de justice, etc	97.
De cure	34.
De déplacement de la victime	22.
De déplacement de la victime (fonctionnaires)	106.
D'enquête	97.
D'expertise	19.
Funéraires	46.
Funéraires (fonctionnaires)	107 D.
Médicaux (hospitalisation, pharmacie, etc.)	22, 23, 34, 45.
Médicaux (hospitalisation, pharmacie, etc.) (fonctionnaire)	106.
Généralités	Titre Ier du livre Ier.
Généralités (fonctionnaires)	Chapitre Ier du livre II.
Guérison (voir : certificat médical de guérison ou de consolidation. Certificat final descriptif).	
Hernies	15 I.
Honoraires :	
D'avocats	97.
De médecins experts	19 V.
Hospitalisation (voir : frais médicaux).	
Incapacité permanente de travail (fixation du taux)	28.
Indemnité :	
Journalière	48, 49.
Pour assistance d'une tierce personne	65.
Invalidité (fonctionnaire)	111, 112.
Journaliers (ouvriers et services communs)	5 (note 3).
Loi du 9 avril 1898 (voir : régime de la).	
Lumbagos	15 II.
Lunettes (voir : appareillage).	
Lunettes (fonctionnaires)	107.
Main d'œuvre occasionnelle	5.
Majoration des rentes	58, 65.
Maladies :	
De service (fonctionnaires)	99, 115.
Non professionnelles mais contractées en service	57.
Professionnelles	52 à 56.
Professionnelles (fonctionnaires)	100.
Maximum des rentes (ayants droit)	73.
Médecin :	

De contrôle	18, 19, 32, 37, 38, 39, 41, 55, 64, 78, 79.
Traitant	17, 19, 32, 37, 42, 55, 64, 78, 79.
Expert	19, 32.
Agréé	107.
Mise à disposition (fonctionnaires)	114.
Mission (accidents aériens ou maritimes survenus en)	61.
Mission (accidents aériens ou maritimes survenus en) (fonctionnaires)	111.
Mi-temps thérapeutique	106.
Modèles (imprimés) (voir l'annexe VIII).	
Notification :	
De la date de guérison ou de consolidation	29.
De la décision attributive de rente	66.
De la décision relative à l'application de l'article 34-2, 4o de la loi 84-16 du 11 janvier 1984	105.
Obligations de la victime	25.
Orphelins (voir : enfants).	
Orthopédie (voir : appareillage).	
Outre-mer (établissements, départements, territoires)	3.
Ouvriers	5.
Paiement des rentes	67.
Prescription	47.
Prestations	45, 46.
Prestations (fonctionnaires)	106, 107, 112.
Principes (voir : généralités).	
Prise en charge	31, 37, 38, 39, 41.
Prise en charge (fonctionnaires)	106, 109.
Procédure :	
Relative à l'indemnisation des maladies professionnelles	53.
Procédure contentieuse (voir : contentieux).	
Procédure contentieuse (fonctionnaires) (voir : contentieux)	117.
Procédures spéciales	Titre VI.
Prothèse (voir : appareillage).	
Questions et procédures spéciales	Titre VI.
Rachat des rentes	82.
Réadaptation fonctionnelle	42.
Réadaptation fonctionnelle (fonctionnaires)	106, 107, 109.
Rééducation professionnelle	43.
Rechute	50, 51.
Rechute (fonctionnaires)	110.
Reclassement	44.
Reconnaissance complémentaire (maladies professionnelles)	56.
Recours :	
Contre décisions de l'administration ou des juridictions administratives et contentieuses (voir : contentieux).	
Contre les tiers (voir : tiers).	
Rééducation professionnelle	43.

Régie directe (ouvriers de la marine en)	5 (note 5), 51.
Régime de la loi du 9 avril 1898	4.
Registre des accidents	8, 101.
Réglémentés (ouvriers)	5 (note 3), 48 I.
Relevé de salaires	63.
Remboursement :	
D'appareillage, de prothèse, etc. (voir : appareillage).	
De frais médicaux et divers (fonctionnaires) (voir : frais médicaux, fonctionnaires).	
Remplacement d'appareils détériorés	41.
Remplacement d'appareils détériorés (fonctionnaires)	107.
Rente :	
Accidents suivis de mort	71 et suivants.
D'ascendants	72 D.
Avances	69.
Ayant droit	72, 74, 82 II.
Calcul	65.
Capitalisation	82.
De conjoint survivant	72 A.
De descendant de la victime	72 C.
D'enfant de moins de 16 ans	72 B.
D'enfant recueilli	72 C.
Etablissement du dossier	64.
Fixation en cas d'accident suivi d' <i>IPP</i>	66.
Fixation en cas d'accident suivi de décès	74.
Majoration	58.
Maximum	73.
Paiement	67.
Rachat	81, 82.
Réversion	76.
Révision	77 à 80.
Salaire de base	63.
Réparation d'appareillage (voir : remplacement).	
Retraités	51 III, 78 II.
Retraités (fonctionnaires)	115.
Réunions syndicales	5 B.
Réversion (voir : rentes).	
Révision	80.
Risques couverts	6.
Risques couverts (fonctionnaires)	99, 100.
Saisonniers (ouvriers terre et services communs)	5 (note 5), 51.
Salaire de base :	
Indemnité journalière (voir ce mot).	
Rente (voir : rente, calcul).	
Sanctions :	
Pour faute inexcusable ou intentionnelle (voir ces mots).	
Pour infractions à la réglementation ou aux prescriptions du médecin	26.

Pour retard dans le paiement des prestations (voir : astreinte).	
Sapeurs-pompiers volontaires	5 F.
Séances d'entraînement physique ou sportif	5 D.
Silicose	52.
Soins	22.
Soins (fonctionnaires)	106.
Sports (voir : séances d'entraînement physique ou sportif).	
Stagiaires (fonctionnaires)	99.
Statut général des fonctionnaires (art. 34-2, 2o et 65 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984)	Livre II.
Tarifs médicaux et pharmaceutiques	23.
Taux d'incapacité permanente partielle (voir : certificat final descriptif et contestation).	
Témoins (voir : accidents sans témoins).	
Temporaires (ouvriers air et marine)	5 (notes 3 et 5), 51.
Territoire (champ d'application)	3.
Territoire d'outre-mer	3.
Textes	1.
Textes (fonctionnaires)	98.
Tiers responsable	59.
Tiers responsable (fonctionnaires)	116.
Titularisation (des accidentés du travail dans un corps de fonctionnaires)	62.
Total des rentes (ayants droit) (voir : maximum des rentes).	
Trajet (voir : accident de trajet).	
Travailleurs privés d'emploi	49 IV.
Tribunal du contentieux de l'incapacité	86.
Verres de contact (voir : lunettes).	
Vêtements détériorés	22 nota.
Voies de recours (voir : contentieux).	

ANNEXE VIII.
LISTE DES IMPRIMÉS.

Référence.	Libellé.	Articles de l'instruction.
362*/01.	Registre des accidents du travail.	8.
362*/02.	Déclaration d'accident du travail ou de maladie.	9, 55, 101.
362*/03.	Questionnaire à remplir pour tout accident de trajet.	9, 103.
362*/04.	Demande de renseignements à témoins.	12.
362*/05.	Certificat médical de constatation d'une hernie après un accident de travail.	15.
362*/06.	Feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle.	16.
362*/07.	Certificat médical initial, final, de prolongation, de rechute.	17, 27, 28 (1), 29, 103.
362*/08.	Expertise médicale.	19 III.
362*/09.	Demande d'enquête adressée au greffier du tribunal d'instance ou à l'agent assermenté.	21.
362*/09 bis.	Questionnaire à renseigner dans le cas d'une autre carrière civile ou militaire.	21.
362*/10 A.	Convocation à enquête adressée à l'employeur.	21.
362*/10 B.	Convocation à enquête adressée à la victime ou à ses ayants droit.	21.
362*/10 C.	Convocation à enquête adressée aux témoins de l'accident.	21.
362*/10 D.	Procès-verbal d'enquête (accidents du travail et maladies professionnelles).	21.
362*/10 E.	Procès-verbal d'enquête (accident de trajet).	21.
362*/10 F.	Intercalaire au procès-verbal d'enquête (maladie professionnelle).	21.
362*/10 G.	Intercalaire au procès-verbal d'enquête (recours éventuels).	21.
362*/10 H.	Intercalaire au procès-verbal d'enquête (infirmités préexistantes).	21.
362*/11.	Avis de clôture d'enquête adressée à la victime ou à ses ayants droit.	21.
362*/12.	Certificat médical de consolidation.	28 (2) et 29.
362*/13.	Certificat à délivrer en matière de cures thermales.	31.
362*/14.	Déclaration de maladie professionnelle à remplir par la victime.	55.
362*/15.	Certificat médical complétant la déclaration de la maladie professionnelle.	55 (3) et 56 V.
362*/16.	Certificat médical de consolidation (maladies professionnelles).	55 (4).
362*/17.	Relevé des salaires bruts de la victime.	63 V.
362*/18.	Déclaration souscrite en vue d'obtenir le bénéfice de la rente égale à 50 p. 100 du salaire de base.	72 (A) et 74.
362*/19.	Certificat médical de révision.	79.
362*/20.	Demande d'admission au bénéfice des dispositions de l'article 34 de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 .	102.
362*/21.	Déclaration sur l'honneur.	103.
362*/22 A.	Feuille d'accident de service ou de maladie de service concernant un fonctionnaire.	103.
362*/22 B.	Feuille d'accident de service ou de maladie de service concernant un fonctionnaire (relevé des honoraires médicaux).	106.
362*/22 C.	Feuille d'accident de service ou de maladie de service concernant un fonctionnaire (relevé des prescriptions pharmaceutiques).	106.
362*/22 D.	Feuille d'accident de service ou de maladie de service concernant un fonctionnaire (relevé des honoraires paramédicaux).	106.
362*/22 E.	Feuille d'accident de service ou de maladie de service concernant un fonctionnaire (demande de renouvellement de feuille).	106.
362*/23.	Certificat de prise en charge directe par l'administration.	106.

Terre (1).
Mer (1).
Air (1).

Format 21 x 29,7.

REGISTRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Régime :
Direction :
Service ou établissement :

**INSTRUCTION POUR LA TENUE ET LA CONSERVATION DU REGISTRE
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, DE TRAJET ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES.**

1. Dans tous les établissements et services publics ou privés, ainsi que dans les entreprises de travail, de transport et des industries professionnelles, des personnes ou des travaux, catégories (Électriciens, constructeurs, ouvriers, métalliers, etc.).

2. Ce registre à tenir sur le territoire d'un ou de plusieurs départements dans les collectivités (ou communes) dans les zones de travail, qui ont fait l'objet d'une déclaration, même tacite, y compris ceux dont la nature n'est pas connue au moment de la déclaration.

Tous dans l'ordre chronologique et suivant une numérotation annuelle et géographique, il tient l'établissement de statistiques à l'Institut pour et par les autres les renseignements de chaque année.

Il a la nature d'un document administratif et ne peut en substituer en aucun cas la déclaration d'accident, documents de base qui assurent seul la preuve de la matérialité de l'accident et qui doit être établi même s'il n'est pas donné à due connaissance à l'administration centrale (voir de l'accident sans motif).

3. Y figurent :
- les accidents de travail au sens de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale;
 - les accidents de trajet au sens de l'article L. 411-2;
 - les maladies professionnelles au sens de l'article L. 461-1;
 - les accidents de trajet et les maladies dont le régime est prévu de l'article 24, 25, 26 ainsi que de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1985 (intercommunes).

4. Les victimes y sont recensés avec un numéro attribué à la date à laquelle elles se présentent.

5. Les obligations sont la part indéniablement pour toutes les obligations de personnel civil.

6. La colonne 3 est remplie d'après les éléments fournis par le médecin médical - nature précise des lésions (contusions, éraillures, etc.) - symptômes cliniques et résultats des analyses qui précèdent les hospitalisations. Approuvés de la victime.

7. Les renseignements doivent figurer dans la colonne 4 (voir note sous reproduit dans la documentation d'accompagnement) rédigés d'après les déclarations des témoins et de la victime.

8. Les données doivent être complétées par le responsable du rapport d'enquête établi par rapport chargé de la sécurité et par celle de l'administration centrale (autres des accidents de travail).

Figurer et de certains en cas de laquelle l'accident a été évité.

9. S'il s'agit d'une maladie, il convient de faire apparaître succinctement la nature du travail dangereux effectué et les périodes pendant lesquelles l'exercice a été exposé au risque.

8. Le code de l'accident mentionné à la colonne 7, en raison de son caractère, peut être les établissements et services à l'instruction n° 98-01/DEMINFSPA/SDC du 30 novembre 1998 (annexe 2, table 8).

7. La date de la consolidation, à la colonne 8, est indiquée dans le certificat médical de la consolidation.

En principe, elle doit être celle de la date de la date de travail depuis que l'accident a eu lieu pour l'application de l'article 24, 25, 26 différenciant les cas de travail.

10. Figurent à la colonne 9 les conséquences de l'accident sous la forme conventionnelle suivante :

- accidents sans arrêt : 0;
- accidents avec arrêt : LTF X jours;
- accidents avec incapacité permanente partielle - IPP X p. 100;
- accidents avec incapacité permanente totale : 100 p. 100;
- décès : 9

Les invalidités ne peuvent être mentionnées que lorsque la victime a accepté le lieu de travail proposé ou qu'on lui indique les voies de recours en cas de contestation.

11. La colonne 10 est destinée à recenser des renseignements complémentaires tels que l'absence post-accidentelle dans les colonnes précédentes (hospitaliers, soins, etc., accidents de trajet, etc.).

12. Les mentions y sont faites en ce qui concerne les victimes qui sont des objets d'une contestation.

A cet effet, la case 9 laquelle l'accident a été porté à la connaissance de l'administration et la date à laquelle il a donné lieu à l'accident.

13. L'agent ou l'ingénieur chargé de la sécurité, le médecin responsable ou chargé de la responsabilité du travail compétent chargé de l'enquête et de l'enquête.

14. La conservation de ce registre est à la charge de l'établissement, qui ne doit en faire, et son dossier, dans les cas de dissolution d'un établissement, les données qui sont envoyées à l'administration centrale (autres des accidents de travail).

Lire après l'adresse d'urgence.

EXEMPLES.

Numéro d'ordre.	Nom, prénoms, profession, numéro national d'identité.	Age. Sexe.	Date de l'accident ou de la constatation de la maladie.	Nature des lésions traumatiques ou symptômes et diagnostic de la maladie.	Circonstances de l'accident ou conditions dans lesquelles est apparue la maladie.	Elément matériel code.	Date de la reprise du travail, de la consolidation ou du décès.	Conséquences de l'accident.	Observations.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	<i>Exemples :</i> DURAND (Alfred). Manœuvre spécialisé. 1.480926 252003.	40 ans M	29-8-1998.	Main droite : perte de la phalangette médium et de la moitié de la phalangette annulaire. Raideur des articulations interphalangiennes de ces deux doigts. Gêne marquée dans les mouvements de préhension et dans leur force.	En planant des pièces sur une presse, l'ouvrier a effleuré le bord du bas de planage de sa main droite, a été blessé au médium et à l'annulaire.	15	31-10-1998.	IPP 12 p. 100.	
2	MARTIN (Lucien). Manœuvre spécialisé.	41 ans M	13-9-1998. (Date de cessation du travail.)	Silicose professionnelle : gêne respiratoire ayant commencé il y a 4 ou 5 ans, devenue plus pénible depuis quelques jours. Pouls à 80. Rythme respiratoire à 28. Temps d'année 15. Auscultation normale. Examen radiologique (30-7-1998). Accentuation des deux hiles. Micronodules disséminés dans les deux champs pulmonaires.	Ouvrier employé au dessablage du 3 octobre 1985 au 17 juin 1990 et du 1 ^{er} avril 1997 au 13 septembre 1998.	—	17-5-1999.	IPP 30 p. 100.	
3	DUPONT (Henriette). Agent de bureau.	36 ans F	2-10-1998.	Contusion de la joue et du coude droits. Œdème de l'articulation du coude; point douloureux au niveau de l'épicondyle. Radio du 3 octobre 1998 : petit arrachement osseux au niveau de la cupule radiale.	En transportant des dossiers a glissé sur le linoléum du couloir desservant son bureau et est tombée lourdement sur le sol. S'est contusionnée la joue et le bras droits.	01	28-10-1998.	ITT 25 jours.	Fonctionnaire.

MINISTERE DE LA DEFENSE.

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL.

(Tenir compte des instructions figurant sur la notice d'utilisation)

Etablissement :

Année :

N° de l'accident :

Régime de réparation (1) : Fonctionnaire Régime défense Sécurité sociale

(1) Accident de travail Maladie professionnelle Accident de trajet Réserve codification

EMPLOYEUR

Direction ou région :
 Etablissement de gestion : N° d'identification :
 Adresse : Effectifs de l'établissement :
 Atelier ou service : Téléphone du chef d'atelier ou de service :
 Téléphone du correspondant du travail :

A
 B
 C

VICTIME

Nom patronymique : Prénoms : Sexe :
 Nom marital : Age : Matricule :
 N° d'immatriculation sécurité sociale ou date de naissance :
 Adresse :
 Profession ou grade : Date d'embauchage :
 Catégorie de personnel : Date d'affectation dans le poste :

D {

 E P

ACCIDENT

N° d'ordre de registre des accidents du travail :
 Date de l'accident : Jour de la semaine :
 Nature de l'accident : Heure (de 0 à 23) :
 Moyen de locomotion utilisé au moment de l'accident :
 Horaire de la victime le jour de l'accident de : H Mn à H Mn et de H Mn à H Mn
 Lieu de l'accident : Localisation de l'activité hors déplacement :
 Elément matériel :
 Jour et heure auxquels l'accident a été { déclaré par la victime (1).
 constaté par l'employeur (1).

F
 G
 H
 J R
 K

CONSEQUENCES

Nature des lésions :
 Siège des lésions :
 Suites immédiates de l'accident (1) : Sans arrêt de travail Avec arrêt de travail
 Incapacité permanente prévue En attente Décès Nombre journées perdues
 Inscrit au registre d'infirmerie ou des constatations médicales : OUI NON

L
 M
 N

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT

Lieu où la victime a été transportée ou s'est rendue après l'accident :

TEMOINS

Noms, prénoms
et adresses } 1.
2.

Rapport de police établi (1) : OUI NON

A défaut de témoins, nom et adresse de la première personne informée de l'accident :

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Nom, prénom et adresse du tiers :

Société d'assurance du tiers :

L'accident a-t-il été contesté : OUI NON Fait à _____, le _____ 19__

Date de la contestation : _____ (2)

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL.

(Notice d'utilisation.)

A renseigner en 4 exemplaires.

EMPLOYEUR.

Direction.

Exemple : DGA, DSS, ...

Chef d'atelier.

A compléter lorsqu'il s'agit d'un accident du travail.

VICTIME.

Profession ou grade.

Indiquer la qualification ouvrière, grade s'il s'agit d'un fonctionnaire.

Catégorie de personnel.

Ouvrier réglementé, agent sur contrat, fonctionnaire (titulaire ou stagiaire), élève, apprenti.

Ancienneté dans le poste.

< 1 mois, 1 à 3 mois, > 3 mois et < 1 an, 1 an à 5 ans, > 5 ans.

ACCIDENT.

Nature.

Accident du travail.

Accident de trajet, maladie professionnelle.

Rechute.

Lieu de l'accident.

Préciser si l'accident s'est produit sur le lieu de travail habituel (atelier, bureau, chantier), sur un lieu de travail occasionnel, lors d'un déplacement pour le compte de l'employeur, au domicile des intéressés, sur le trajet aller ou retour entre domicile ou le lieu de prise habituelle des repas, et le lieu de travail.

Dans tous les cas, indiquer la localité et le lieu précis de l'accident. Joindre pour accident de trajet photocopie plan du trajet.

Localisation.

Préciser *a) Bureau b) Locaux enseignement c) Atelier, terrain ou laboratoire d) Autres.*

Elément matériel.

Indiquer la cause extérieure déterminante de l'accident. *Exemple : sol glissant.*

CONSEQUENCES.

Nature des lésions.

Préciser s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, présence d'un corps étranger, lésions multiples, autres (à préciser).

Siège des lésions.

Indiquer l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres inférieurs, sièges internes ...).

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS.

A renseigner pour accident de trajet si tiers en cause.

Joindre photocopie procès-verbal constat assurance.

CONTESTATION (rubrique qui ne concerne pas les fonctionnaires).

Mesure conservatoire permettant à l'employeur d'émettre toutes réserves sur le caractère professionnel (*ex. : déclaration 24 heures après l'accident invoqué alors qu'il n'y a pas eu de témoins des faits, accident de trajet sans témoins, absence de lésion, lombalgie, rechute...*).

Par lettre recommandée avec avis de réception adressée dans les vingt jours suivant la déclaration (c'est-à-dire la date à laquelle l'accident a été porté à la connaissance de l'employeur) délai porté à soixante jours pour les maladies professionnelles.

Etablissement ou service employeur :

Articles 9 et 103 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7.

*ACCIDENTS DU TRAVAIL.***QUESTIONNAIRE A REMPLIR****pour tout accident survenu pendant le trajet effectué pour aller au travail ou inversement.**

NOM, prénoms de la victime :

Jour, date et heure de l'accident :

Questions.	Réponses.
1. Lieu du travail à la date de l'accident.	
2. Résidence à la date de l'accident (rue et numéro)? S'il s'agit d'une résidence occasionnelle (fins de semaines, congés, etc.), préciser également la rue et le numéro et indiquer les jours ou périodes de l'année où cette résidence est occupée par l'intéressé.	
3. S'il s'agit d'un accident survenu en allant déjeuner ou en revenant, indiquer le lieu où le repas allait être pris ou avait été pris (préciser la rue et le numéro).	

Questions.

Réponses.

Est-ce un restaurant, une cantine, le domicile d'un parent ou d'un ami ?
La victime y prend-elle ses repas d'une manière habituelle ?

4. Lieu précis de l'accident ?
Heure précise de l'accident ?

5. Si l'accident est survenu sur le trajet du domicile au lieu du travail (le cas échéant sur le trajet du lieu où l'intéressé prend son repas au lieu du travail) :

a) Heure du début du poste ?

b) Heure à laquelle le blessé a quitté son domicile (ou le restaurant) ?

c) Combien de temps faut-il, avec le mode de locomotion employé, pour parcourir le chemin :

1° Jusqu'au lieu du travail ?

2° Jusqu'au lieu de l'accident ?

6. Si l'accident est survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile (ou au lieu du repas) :

a) Heure à laquelle le blessé a quitté le lieu du travail ?

b) Combien de temps faut-il, avec le moyen de locomotion employé, pour parcourir le chemin :

1° Jusqu'au lieu de l'accident ?

2° Jusqu'au domicile (ou au lieu du repas) ?

Questions.

Réponses.

7. Quel chemin emprunte-t-il habituellement? (Désignation, dans leur ordre, des rues, routes, agglomérations traversées, etc.)
 Cet itinéraire est-il le plus direct?
 Dans la négative, pourquoi l'emprunte-t-il?

8. Quel chemin a-t-il pris le jour de l'accident? (Joindre un croquis du chemin parcouru sur lequel figurent les noms des voies empruntées, le lieu du travail, le domicile, le lieu de l'accident et, le cas échéant, le lieu du repas. Dans le cas où ce chemin différerait du trajet habituel, indiquer les deux itinéraires.)

9. Le parcours habituel a-t-il été :
 a) Interrompu (indiquer la durée de l'interruption, de heure à heure et le motif : repas, démarche, achat, arrêt dans un café, etc.)?
 b) Détourné (indiquer la situation exacte du lieu où l'intéressé se rendait en dehors de son itinéraire normal, le motif de ce détour et son importance)?

10. Mode de locomotion utilisé au moment de l'accident?

11. Circonstances de l'accident.

Questions.	Réponses.
<p>12. La victime était-elle seule ou accompagnée au moment de l'accident ?</p> <p>Dans ce dernier cas, indiquer les noms, prénoms et adresses des personnes qui l'accompagnaient.</p>	
<p>13. Noms et adresses des témoins de l'accident.</p>	
<p>14. Où le blessé est-il allé après l'accident ? A sa résidence ? Au lieu de son travail ? A l'hôpital ? Qui l'a accompagné ?</p>	
<p>15. Par qui, quel jour et à quelle heure les premiers soins lui ont-ils été donnés ?</p> <p>Nom et adresse du praticien.</p>	
<p>16. S'il s'est rendu à son travail, à quelle heure est-il arrivé ?</p> <p>A-t-il déclaré l'accident immédiatement ?</p> <p>A qui (joindre au questionnaire un compte rendu signé des constatations faites au sujet des traces matérielles de l'accident) ?</p>	
<p>17. Si l'accident s'est produit sans témoin et si le blessé ne s'est pas rendu immédiatement au travail ou n'a pas reçu immédiatement des soins, quelles constatations ont été faites permettant d'établir la réalité de cet accident et par qui ont-elles été faites ?</p> <p>A-t-il été rencontré par des personnes pouvant attester qu'il était blessé ?</p>	

Questions.	Réponses.
<p>18. L'accident a-t-il été causé par un véhicule (auto, moto, vélo, etc.) ?</p> <p>a) Nom, prénoms, adresse du conducteur.</p> <p>b) Véhicule utilisé, numéro d'immatriculation.</p> <p>c) Le conducteur est-il propriétaire du véhicule ? Sinon : Nom, prénoms, adresse du propriétaire.</p> <p>d) Société d'assurance (nom et adresse).</p>	
<p>19. Le tiers désigné ci-dessus est-il fautif ? De quelle façon ? Le blessé est-il fautif ? De quelle façon ?</p>	
<p>20. L'accident a-t-il été causé par un animal ? Nom et adresse du propriétaire.</p>	
<p>21. L'accident a-t-il été causé par un état de choses pouvant mettre en jeu la responsabilité d'un propriétaire foncier ou d'une collectivité (mauvais état de la chaussée, défaut de protection de passages dangereux, chutes de tuiles, branches) ?</p> <p>Si oui : désignation de la personne, de l'établissement ou de la collectivité dont la responsabilité pourrait être reconnue.</p>	
<p>22. En cas d'accident causé par un tiers, le bureau du contentieux et des dommages territorialement compétent a-t-il été saisi et, dans la négative, pour quels motifs ne l'a-t-il pas été ?</p>	

Questions.

Réponses.

23. Un rapport ou un procès-verbal a-t-il été dressé par la police ou par la gendarmerie ?

Signature de la victime,

Fait à _____, le _____

Pour le chef de service ou d'établissement :
(Indiquer les nom et qualité du signataire.)

Article 12 de l'instruction n° 23-887
DENDFFESPASSEC du 20 no
vembre 1956.

Format 21 x 29,7.

(Recto.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS A TEMOINS.

(Cachet de l'établissement employeur.)

Référence :

Objet :

Accident survenu le

à M.

et reconnu par

M.

Vous m'avez été indiqué comme témoin d'un accident survenu le

à

à M.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me renvoyer dans l'enveloppe ci-jointe la réponse de réponse adressée à la présente lettre, après y avoir notifié ce que vous savez de cet accident.

En vous remerciant à l'avance, je vous prie d'agréer, M.
l'assurance de mes sentiments distingués.

Le directeur,

REPONSE.

Lieu précis de l'accident :

Date et heure de l'accident :

Le témoin a personnellement vu l'accident ? OUI - NON (cocher la mention choisie).

(Si oui, indiquer où, quand et comment l'accident est survenu. Sinon, indiquer par qui, quand et comment il a appris l'accident.)

Circonstances (1) :

NOM du témoin :

Fait à

, le

Signature,

(1) Lorsqu'il s'agit d'un accident de la circulation :

Pourriez-vous indiquer :

- la vitesse des véhicules ?

- à qui, selon vous, incombe la responsabilité de l'accident ?

Pourriez-vous indiquer sur un croquis au verso :

- la position des personnes et des véhicules ?

- les directions suivies ?

- le point de choc ?

- les passages cloutés ?

- l'endroit où vous vous trouviez au moment de l'accident ?

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

CERTIFICAT MEDICAL

**de constatation d'une hernie après un accident de travail
(à établir par le médecin de contrôle de l'établissement).**

NOM et prénoms de la victime :

Date de l'accident invoqué :

Date de la première constatation :

Description de la lésion (siège, volume, etc.) :

Avis du médecin sur l'imputabilité de la hernie à l'accident invoqué, compte tenu des constatations ayant pu être faites antérieurement à l'accident :

— cette hernie est la conséquence directe de l'accident (1);

— il s'agit d'une hernie préexistante traumatisée et rendue douloureuse du fait de l'accident (1).

Nombre de jours d'arrêt de travail :

La cure radicale $\left\{ \begin{array}{l} \text{est (1)} \\ \text{n'est pas} \end{array} \right\}$ envisagée.

Fait à _____, le _____ 19 _____

(Nom, grade ou qualité du médecin.)

Signature,

(1) Rayer la mention inutile.

MINISTERE DE LA DEFENSE

Articles 17, 28, 29, 103 de l'ins-
truction n° 98-01/DEF/DFP/
SPA/SDC du 30 novembre 1998.

Format 21 x 29,7.

2 volets

ACCIDENT DU TRAVAIL
ET MALADIE
PROFESSIONNELLE**CERTIFICAT MEDICAL (1)** INITIAL DE PROLONGATION
 FINAL DE RECHUTEVolet 1, à adresser.
par le praticien à l'établissement
dans les 24 H.

(Art. L 441-6, L 461-5-3e et 4e, R 441-7, R 441-13, R 442-15, R 461-6, O 461-29-1 du code de la sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (2)

NUMERO D'IMMATRICULATION

_____ (à défaut, date de naissance) _____

REGIME

 Général
 Fonctionnaire
 DéfenseNOM PATRONYMIQUE, PRENOM
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

ADRESSE

 ACCIDENT DU TRAVAIL
 MALADIE PROFESSIONNELLEDate de l'accident ou de la 1^{re}
constatation médicale de la
maladie professionnelle

FEUILLE D'ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE présentée

 OUI NON *

* En cas de non-présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du code de la sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

(Nom, prénom ou dénomination sociale)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

JE, SOUSSIGNE,

AI CONSTATE ET CERTIFIE CE QUI SUIT

 CONSTATATIONS DETAILLEES : siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles **CONSEQUENCES** :

dates en lettres

 SOINS JUSQU'AU

inclus

(complétez également si nécessaire les rubriques ARRÊT DE TRAVAIL OU REPRISE DE TRAVAIL)

 ARRÊT DE TRAVAIL JUSQU'AU

inclus

SORTIES AUTORISEES

 OUI NON

de _____ h à _____ h

 REPRISE DE TRAVAIL LE**CONCLUSIONS (3)** GUERISON AVEC RETOUR A L'ETAT ANTERIEUR GUERISON APPARENTE AVEC POSSIBILITE DE RECHUTE ULTERIEURE

Date

 CONSOLIDATION AVEC SEQUELLES

Cachet du praticien ou de l'établissement

CERTIFICAT ETABLI LE

Signature du praticien

(1) Ne cocher qu'une case

(3) A remplir seulement en cas de certificat final.

(2) A compléter selon les indications de l'assuré(e) ou se reporter à sa carte d'assurance sociale.

Article 19 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 no-
vembre 1998.

Format 21 × 29,7.
(Double.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

EXPERTISE MEDICALE

(prévue par les articles L. 141-1 à L. 141-3, L. 432-6 et R. 141-1 à R. 141-10
du code de la sécurité sociale).

L'attention de MM. les médecins experts est attirée sur le fait que le rapport d'expertises peut être transmis aux commissions administratives ou contentieuses.

Le rapport du médecin expert doit comporter :

- le rappel du protocole;
- l'exposé des constatations faites au cours de l'examen;
- la discussion des points soumis;
- les conclusions motivées.

Le médecin expert dépose son rapport au service du contrôle médical avant l'expiration du délai d'un mois à compter de la réception du protocole.

L'établissement adresse une copie intégrale du rapport au médecin traitant.

RAPPORT D'EXPERTISE MEDICALE.

Le docteur

désigné d'un commun accord entre le médecin traitant et le médecin de contrôle, en date du

désigné d'office par M. le directeur départemental de la santé, à défaut d'accord entre le médecin traitant et le médecin de contrôle, après avoir pris connaissance du protocole d'expertise, et de la mission à lui confiée, après avoir dûment convoqué en mon cabinet par lettre recommandée avec AR en date du

Le médecin traitant et le médecin de contrôle de
(nom et adresse de l'établissement)

rédige le rapport ci-après concernant M.

demeurant :

I. Rappel des faits et du protocole.

II. Exposé des constatations de l'expert.

I. Discussion des points soumis.

IV. Conclusions motivées.

Mission remplie le _____, en mon cabinet, en présence :
1° Du docteur _____ représentant l'assuré;
2° Du docteur _____ représentant l'établissement.

En foi de quoi, j'ai signé le présent rapport.

Fait à _____, le _____
Signature,

lignes

mots rayés nuls.

Imprimé n° 362*/09.

Article 21 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 no-
vembre 1998.

Format 21 x 29,7.
(Recto-verso.)

DEMANDE D'ENQUETE

adressée au greffier du tribunal d'instance ou à l'agent assermenté ci-dessous.

(Art. L. 442-1 du code de la sécurité sociale.)

Nom	}	
Prénoms		
Qualité		
Adresse		

Ville, le

(1) ACCIDENT DU TRAVAIL du : MALADIE PROFESSIONNELLE constatée le

Numéro de dossier :

ENQUETE DEVANT ETRE CLOSE AVANT LE

M.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir procéder immédiatement à l'enquête prévue par les articles L. 442-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

au sujet de (1) l'accident du travail la maladie professionnelle

dont l'ASSURE

Nom, prénoms :	
Adresse :	
Profession :	Numéro d'immatriculation : <input type="text"/>
Hospitalisé à (2) :	
a été (1) <input type="checkbox"/> victime <input type="checkbox"/> atteint	

au service de l'EMPLOYEUR

Cachet de l'établissement	Numéro d'identification : <input type="text"/>
---------------------------	--

Je vous communique ci-joint :

1° Copie de la déclaration faite par :

(1) L'EMPLOYEUR LA VICTIME LES AYANTS DROIT DE LA VICTIME

2° Copie de Certificats médicaux

3°

4°

(1) Porter une croix dans le intéressé.

(2) A compléter éventuellement.

Je vous rappelle que les convocations doivent être adressées par lettre recommandée trois jours francs avant la date fixée pour l'enquête (art. R. 442-6 du code de la sécurité sociale).

Vous voudrez bien utiliser à cet effet les imprimés n° 362*/10 A (employeur de la victime), n° 362*/10 B (victime ou ayants droit) et n° 362*/10 C (témoins).

Je vous rappelle également que, conformément aux dispositions de l'article L. 478 du code de la sécurité sociale, l'enquête doit être close dans les quinze jours de la réception de la déclaration et du certificat médical laissant prévoir une incapacité permanente probable ou le décès. Votre procès-verbal établi au moyen de la formule mise à votre disposition devra donc me parvenir avant la date indiquée au recto.

Au cas où vous ne seriez pas en mesure d'effectuer l'enquête ou si vous aviez connaissance d'un motif de récusation sur votre personne, il conviendrait de m'en informer par retour du courrier, en me retournant la présente demande et les pièces y annexées.

Dans le cas, qui doit être exceptionnel, où le délai ci-dessus indiqué se trouverait dépassé vous voudriez bien me faire connaître immédiatement les circonstances qui retarderaient la clôture de l'enquête et faire mention de ces circonstances dans votre procès-verbal.

J'ajoute que, dans le cas où l'assistance d'un expert technique vous paraîtrait nécessaire, vous voudriez bien m'en avertir aussitôt en me fournissant des indications sur les circonstances ou les difficultés rencontrées.

J'insiste tout particulièrement auprès de vous, dans l'intérêt d'une bonne application de la loi, pour que les prescriptions légales et réglementaires et, en particulier, les délais soient scrupuleusement observés.

Veillez agréer, M.

, l'assurance de ma considération distinguée.

Le directeur,

Article 21 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 novembre 1998.

Format : 21 × 29,7.

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE.

**QUESTIONNAIRE A RENSEIGNER
DANS LE CAS D'UNE AUTRE CARRIERE CIVILE OU MILITAIRE.**

NOM :

Prénom :

Société employeur. Adresse.	Emploi occupé.	Date de début.	Date de fin.	Pensez-vous avoir été (ou qu'il a été) exposé à l'amiante dans cet emploi (1) ?	
				OUI.	NON.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déposé une demande d'indemnisation au titre de cette maladie auprès d'un autre régime (1) ?

OUI

NON

Si oui lequel ?

Nom :

Adresse :

A

, le

Signature,

(1) Cocher la case correspondante.

Imprimé n° 362*/10 A.

CONVOCATION A ENQUETE
adressée à l'employeur de la victime.

(Art. R. 422-6 du code de la sécurité sociale.)

Article 21 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 no-
vembre 1998.

Format 21 × 29,7.



Numéro de dossier

/ille, le

à rappeler
dans toute correspondance

Je soussigné ENQUETEUR

NOM, prénoms :

Qualité (1) :

- greffier du tribunal d'instance à
 agent assermenté pour la région de

saisi d'une demande d'enquête par

au sujet de (1) l'accident du travail la maladie professionnelle

dont l'ASSURE

NOM, prénoms :

Profession :

Adresse :

a été (1) victime atteint, à votre service

ai l'honneur de vous prier de bien vouloir vous présenter le

(jour de la semaine, date, heure)

(lieu précis)

pour être entendu à l'enquête ouverte par mes soins.

Important. Ci-joint une formule à l'aide de laquelle vous voudrez bien établir l'attestation de salaires portant sur la période de douze mois antérieure à l'arrêt de travail consécutif à (1) :

- l'accident du travail la maladie professionnelle.

Vous devrez ME REMETTRE cette attestation datée et signée, lors de votre audition. J'attire particulièrement votre attention sur l'importance de ces éléments à défaut desquels, je ne pourrais clore le procès-verbal d'enquête.

Vous voudrez bien également VOUS MUNIR de la présente convocation et d'une pièce d'identité.

JE VOUS DEMANDE INSTAMMENT, DANS L'INTERET DE LA VICTIME COMME DANS VOTRE PROPRE INTERET, DE DEFERER A LA PRESENTE CONVOCATION.

L'enquêteur,

(1) Mettre une croix dans le correspondant à la mention utile.

(Recto-verso.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.

CONVOCATION A ENQUETE
adressée à la victime ou à ses ayants droit.
(Art. R. 442-6 du code de la sécurité sociale.)

Ville, le

Numéro du dossier

A rappeler dans
toute correspondance.

Je soussigné ENQUETEUR

NOM, prénoms :

- (1) greffier du tribunal d'instance à
(1) agent assermenté pour la région de

saisi d'une demande d'enquête par
de

au sujet de (1) : l'accident du travail

la maladie professionnelle

dont l'ASSURE

NOM, prénoms :

a été (1) : victime

atteint

au service de l'EMPLOYEUR

Cachet
de
l'établissement

N° ident.

ai l'honneur de vous prier de bien vouloir vous présenter le

(jour de la semaine, date, heure)

à

(lieu précis)

pour être entendu à l'enquête ouverte par mes soins.

VOUS VOUDREZ BIEN VOUS MUNIR :

1° De la présente convocation;

2° De toutes pièces (bulletins de paie, attestations, etc.) nécessaires pour déterminer les salaires journaliers et annuel dans les divers emplois occupés au cours :

(1) du mois des douze mois ayant précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle;

3° Du livret de famille, ou à défaut, de toutes pièces d'état civil (si possible, bulletin de naissance) concernant la victime, son conjoint, ses enfants et ses parents.

Je vous demande instamment, dans votre propre intérêt, de déférer à la présente convocation.

L'enquêteur,



Expéditeur :

RECOMMANDEE
Article R. 442-6
du code de la sécurité sociale

M.

(Recto-verso.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

CONVOCAZIONE A ENQUETE
indirizzata ai testimoni de l'accident.

(Art. R. 412-6 du code de la sécurité sociale.)

Le signifié ESTOUFFEUR

NOM, prénom

- (1) gérant du régime d'assurance
(2) agent désigné pour la signer de

est à vos ordres disponibles par
deau titre de (1) titulaire de contrat le titulaire professionnelle

dont L'AN/NO

NOM, prénom

Numéro du dossier

Adresse :

à (C.C.P.) - titulaire agent

Le signifié DÉPLAÇÉ

Cachet
de l'établissement

à l'heure de ma prise de face visible sans passer le

jour de la semaine, être absent

à

le jour prévu

pour vos ordres à l'adresse ci-dessus par mes soins.

VOTRE RÉPONSE SERA TRÈS BIEN VUE

Il faut la présenter au verso de

C' D'une pièce détachée

En cas de doute téléphonique, avec l'arrêt de la société ou de ses agents élus, et pour permettre l'application de
la loi de 1993 à la sécurité sociale.Je précise que le présent document est une liste de personnes désignées, dans une limite déterminée, au cas d'un accident
de travail (1), dans un cadre déterminé de validité, en ce qui concerne les conditions prévues par la
réglementation en vigueur. Une liste de personnes de remplacement de leur cas sera tenue par mes soins lors de
votre visite.**Important :** Si, par inadvertance, à la date de l'accident, vous avez transmis votre demande avec une adresse plus
récente, il n'y aura pas lieu de vous rendre à la présente convocation. Par contre, vous devrez me adresser votre
BCIAI votre nouvelle adresse, à l'adresse suivante :

M.

Civilité, sur les moyens d'atteindre ultérieurement vos déclarations

A

B

Signature



Expéditeur :

RECOMMANDEE
Article R. 442-6
du code de la sécurité sociale

M.

PROCES-VERBAL D'ENQUETE.

(Art. R. 442-2 du code de la sécurité sociale.)

Format 21 × 29,7.

N° du dossier _____

ENQUETEUR

Je soussigné (nom, prénoms).....	
Qualité { greffier du tribunal d'instance de..... agent assermenté agréé pour la région de.....	
Saisi d'une demande d'enquête par.....	MINISTERE DE LA DEFENSE
Au sujet de	(1) L'ACCIDENT DU TRAVAIL LA MALADIE PROFESSIONNELLE
dont M. (nom, prénoms, n° d'immatriculation).....	(1) _____ A ETE VICTIME - A ETE ATTEINT LE
au service de M.) (cachet) de) l'établissement)	_____
après avoir convoqué les intéressés par lettre recommandée le ai procédé à l'enquête tant à	
qu'au siège de l'établissement sis à.....	
et recueilli les renseignements et constaté les faits ci-après :	
Ne se sont pas présentés bien que régulièrement convoqués.	{ 1. 2. 3. 4.

I. AUDITION DE LA VICTIME OU DE SES AYANTS DROIT.

IDENTIFICATION DES PERSONNES QUI ASSISTENT LA VICTIME

(1) LA VICTIME - LES AYANTS DROIT DE LA VICTIME, assisté(e)(s) de (2) :

1° Nom, prénoms, qualité et adresse.....	{
2° Nom, prénoms, qualité et adresse.....	{
invité à dire la vérité a fait, en l'absence des témoins et en la présence des personnes susnommées qui l'assistent, les déclarations suivantes :	

A) ETAT CIVIL ET RESIDENCE DE LA VICTIME

Nom (3), prénoms (4)	
Date et lieu de naissance	
Résidence habituelle	
Lieu où la victime se trouve actuellement.....	
Si la victime est MINEURE, indiquez : les nom, prénoms, profession et adresse de la personne ayant l'exercice de l'autorité parentale.)	
Nationalité	Si la victime est ETRANGERE, indiquez
la date depuis laquelle elle réside en France.....	
les noms, prénoms, et adresse des parents résidant en France ou à l'étranger. {	1° 2°
Observations, le cas échéant, sur l'état civil et la résidence de la victime. {	

(1) Rayer la mention inutile.

(2) Désignation de la collectivité ou du régime spécial de la sécurité sociale.

(3) Pour les femmes mariées, veuves ou divorcées, indiquer le nom de jeune fille suivi de femme X..., veuve X...,
divorcée X...

(4) Souligner le prénom usuel.

B) SITUATION FAMILIALE DE LA VICTIME

(1) CELIBATAIRE - MARIE - VEUF - SEPRE DE CORPS - DIVORCE.

Conjoint [nom, prénoms (2), adresse et profession].....

Enfants.....

Nom, prénoms.	Age.	Signaler s'il est en apprentissage, poursuit ses études ou est atteint d'une maladie chronique.

Si la victime était DIVORCEE, servait-elle une pension alimentaire à son ex-conjoint ?
les nom et adresse de celui-ci et le montant annuel de cette pension

Si oui, indiquer :

La victime laisse-t-elle des PETITS-ENFANTS, des ENFANTS RECUEILLIS par elle avant l'accident, privés de leur soutien naturel et tombés à sa charge ?
Dans l'affirmative, complétez le tableau ci-dessous :

Nom, prénoms.	Age.	Lien de parenté.	Signaler s'il est en apprentissage, poursuit ses études ou est atteint d'une maladie chronique.

La victime laisse-t-elle des ASCENDANTS (parents, grands-parents) A CHARGE ?

Si oui, précisez :

L'aide apportée (en nature, en argent), le montant et la périodicité des subsides, etc.

Les noms, prénoms, liens de parenté et adresse.

1°
2°

Observations, le cas échéant, sur la situation familiale de la victime.

EN CAS D'ACCIDENT MORTEL

C) INFIRMITES PREEXISTANTES

Il doit être répondu OUI ou NON à chacune de ces questions :

La victime avait-elle été antérieurement victime d'un ou plusieurs accidents du travail ?

Est-elle titulaire :

— d'une pension d'invalidité du régime général ou d'un régime particulier de la sécurité sociale ?

— d'une pension militaire d'invalidité ?

— d'une pension de victime civile de la guerre ?

En dehors des cas ci-dessus, la victime était-elle atteinte, avant l'accident, d'une infirmité ou d'une mutilation ? ...

S'il a été répondu affirmativement à une des questions ci-dessus, l'imprimé n° 362*/10 H doit être établi.

(1) Rayer la ou les mentions inutiles.

(2) Souligner le prénom usuel.

D) CAUSES, NATURE, CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

	Déclaration de la victime ou de ses ayants droit.	Déclaration de l'employeur ou de son représentant.
Date de l'accident.....		
Jour de la semaine Heure (de 0 à 24)	Heure :	Heure :
Lieu de l'accident (ville, village, lieu-dit).....		
Indication précise de l'usine, du chantier, etc.....		
Localisation de l'accident à l'intérieur de l'usine, du chantier, etc. {		
Durée de travail { A quelle heure a-t-elle débuté ? avril { A quelle heure s'est-elle terminée ?		
Nature du travail effectué par la victime au moment de l'accident. {		
Causes et circonstances : (La victime, l'employeur sont respectivement invités à faire une relation brève mais précise et complète des faits, tels qu'ils les ont constatés.) {		
Quels sont les témoins de l'accident ?..... {		
En l'absence de témoins oculaires quelles personnes ont eu connaissance les premières de l'accident ? {		
Par qui ces personnes ont-elles appris ce qu'elles savent des circonstances de l'accident ? {		
Observations, le cas échéant, sur les causes, nature et circonstances de l'accident. {		

E) CIRCONSTANCES PARTICULIERES DE L'ACCIDENT

Il doit être répondu OUI ou NON à chacune de ces questions.

Existe-t-il des faits ou circonstances susceptibles de faire apparaître une faute :

Inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction ?.....		
Inexcusable de la victime ?.....		
Inattention de l'employeur ou de l'un de ses préposés ?		
Inattention de la victime ?.....		
D'un tiers ?.....		

S'il a été répondu affirmativement à une des questions ci-dessus, l'imprimé n° 362*/10 G doit être établi.

N° du dossier

F) CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

	Déclaration de la victime ou de ses ayants droit.	Déclaration de l'employeur ou de son représentant.
Nature des lésions. Indiquer notamment : — la ou les parties du corps atteintes..... — s'il y a eu plaies, écrasements, fractures..... — le côté droit ou gauche..... La victime a-t-elle repris le travail ?..... — pourra-t-elle le reprendre ?..... — dans l'emploi occupé avant l'accident ?..... — dans un autre emploi ?..... — lequel et pourquoi ?..... } Observations, le cas échéant, sur les conséquences probables de l'accident. }		

G) SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA VICTIME

Date depuis laquelle la victime travaillait pour le compte de l'employeur au service duquel l'accident est survenu.		
(Si la victime travaillait depuis moins de douze mois chez l'employeur, se reporter éventuellement à l'imprimé n° 362*/10 F).		
Nature de l'emploi exercé par la victime pour le compte de l'employeur (voir ci-après « Cas spéciaux »)		
La victime travaille-t-elle également pour le compte d'autres employeurs ?		
S'il a été répondu affirmativement à la dernière question, l'imprimé n° 362*/10 F doit être établi.		
Important. La victime conteste-t-elle une ou plusieurs des indications portées par l'employeur, dans l'attestation de salaire ci-jointe ? Si oui, faire préciser le ou les points litigieux. }		
Cas spéciaux : Il doit être répondu OUI ou NON à chacune de ces questions.		
La victime, avant l'arrêt de travail consécutif à l'accident, se trouvait-elle dans une des situations suivantes :		
Activité saisonnière ?	Apprenti ?	
Elève d'un établissement d'enseignement technique ?	Stagiaire dans un centre de réadaptation fonctionnelle ?	
Stagiaire dans un centre de formation professionnelle ?	Stagiaire dans un centre de rééducation professionnelle ?	
Agé de moins de 18 ans lors de l'accident ?		
Observations, le cas échéant, sur la situation professionnelle de la victime. }		

II. DECLARATION DES TEMOINS.**PREMIER TEMOIN**

Nom, prénoms, profession.....

Adresse.....

Après avoir prêté serment de dire la vérité et avoir déclaré :

(1) qu'il était - qu'il n'était pas - parent - allié - serviteur
- domestique :

(1) de la victime - de ses ayants droit - de l'employeur

Proches formulés à son encontre.....

Après lecture des pièces du dossier et déclaré ce qui suit, sans lire aucun projet écrit, en présence :

(2) de la victime (ou de ses ayants droit) - de l'employeur (ou
son représentant)Après lecture faite au témoin de ses déclarations et sur réponse des parties, qu'elles n'avaient pas de questions à lui
poser, le témoin a déclaré persister dans ses déclarations et a signé avec nous :(1) greffier - agent assermenté. (Mention est faite le cas
échéant que le témoin ne sait
pas ou ne peut pas signer.)

A

le

*Signature,***DEUXIEME TEMOIN**

Nom, prénoms, profession.....

Adresse.....

Après avoir prêté serment de dire la vérité et avoir déclaré :

(1) qu'il était - qu'il n'était pas - parent - allié - serviteur
- domestique :

(1) de la victime - de ses ayants droit - de l'employeur

Proches formulés à son encontre.....

Après lecture des pièces du dossier et déclaré ce qui suit, sans lire aucun projet écrit, en présence :

(2) de la victime (ou de ses ayants droit) - de l'employeur (ou
son représentant)Après lecture faite au témoin de ses déclarations et sur réponse des parties, qu'elles n'avaient pas de questions à lui
poser, le témoin a déclaré persister dans ses déclarations et a signé avec nous :(1) greffier - agent assermenté. (Mention est faite le cas
échéant que le témoin ne sait
pas ou ne peut pas signer.)

A

le

Signature,

III. AUTRES DECLARATIONS FAITES PAR :

PERSONNE AUTRE QUE LES TEMOINS

NOM, prénoms, profession.....

Adresse.....

Déclaration.....

PERSONNE ASSISTANT : (1) LA VICTIME - SES AYANTS DROIT

NOM, prénoms, profession.....

Adresse.....

Déclaration.....

(2) REPRESENTANT de l'administration des armées

NOM, prénoms.....

Adresse.....

Déclaration.....

Lecture de ces déclarations a été faite à chaque personne intéressée qui a signé ci-dessous :
(Mention est faite de celles qui ne peuvent ou ne savent pas signer.)

La victime
(1)

Les ayants droit
(1)

Les personnes qui les ont assistés
(1)

L'établissement employeur
(1)

En foi de quoi, nous avons clos le présent procès-verbal à

L'ENQUETEUR :

MOTIF DU RETARD

(Lorsque l'enquête n'est pas terminée dans les 10 jours
de la réception de la demande.)

REMARQUE. Le procès-verbal d'enquête doit être établi sans blancs, ni ratures (art. R. 442-10 du code de la sécurité sociale). Il y aura lieu, en conséquence, de bâtonner soigneusement tous les blancs et d'approuver et de faire approuver par toutes les parties tous renvois et rectifications qui pourraient être nécessaires.

(1) Rayer la ou les mentions inutiles.

(2) Rayer le cas échéant, s'il ne s'est pas présenté.

ACCIDENTS DE TRAJET (1).

PROCES-VERBAL D'ENQUETE.

(Art. L. 411-2 du code de la sécurité sociale.)

N° du dossier

ENQUETEUR

soussigné (nom, prénoms)

qualité { greffier du tribunal d'instance de.....
agent assermenté agréé pour la région de.....

si d'une demande d'enquête par..... (a)

sujet de l'accident dont M. { Nom, prénoms
N° d'immatriculation a été victime le

au service de }
(cachet de }
établissement) }

après avoir convoqué les intéressés par lettre recommandée le

pour le

procédé à l'enquête tant à.....

qu'au siège de l'établissement sis à.....

recueilli les renseignements et constaté les faits ci-après :

: se sont pas présentés bien que régulièrement { 1.
convoqués. } 2.
3.
4.

I. AUDITION DE LA VICTIME OU DE SES AYANTS DROIT.

IDENTIFICATION DES PERSONNES QUI ASSISTENT LA VICTIME

(2) LA VICTIME - LES AYANTS DROIT DE LA VICTIME, assisté(e)(s) de (3) :

Nom et prénoms, qualité et adresse..... {

Nom et prénoms, qualité et adresse..... {

invitée à dire la vérité a fait, en l'absence des témoins et en la présence des personnes susnommées qui l'assistent, les
déclarations suivantes :

A) ETAT CIVIL DE LA VICTIME

Nom (4), prénoms (5)

date et lieu de naissance

si la victime est MINEURE, indiquez :
 ses nom, prénoms, profession et adresse de la personne ayant
 l'exercice de l'autorité parentale. {

nationalité.....

si la victime est ETRANGERE, indiquez :

la date depuis laquelle elle réside en France

les noms, prénoms et adresse des parents résidant en { 1°
France ou à l'étranger. } 2°

observations, le cas échéant, sur l'état civil et la résidence de
 la victime. {

(a) Désignation de l'organisme.
(1) L'utilisation de cet imprimé ne préjuge pas la reconnaissance de l'accident en cause, comme accident de trajet.
(2) Rayer la mention inutile.
(3) Désignation de la collectivité ou du régime spécial de la sécurité sociale.
(4) Pour les femmes mariées, veuves ou divorcées, indiquer le nom de jeune fille suivi de femme X..., veuve X...,
divorcée X...
(5) Souligner le prénom usuel.

B) SITUATION FAMILIALE DE LA VICTIME

(1) CELIBATAIRE - MARIE - VEUF - SEPRE DE CORPS - DIVORCE.

Conjoint [nom, prénoms (2), adresse et profession].....

Enfants.....

Nom, prénoms.	Age.	Signaler s'il est en apprentissage, poursuit ses études ou est atteint d'une infirmité ou d'une maladie chronique.

Si la victime était DIVORCEE, servait-elle une pension alimentaire à son ex-conjoint ? Si oui, indiquer : les nom et adresse de celui-ci et le montant annuel de cette pension

La victime laisse-t-elle des PETITS-ENFANTS, des ENFANTS RECUEILLIS par elle avant l'accident, privés de leur soutien naturel et tombant à sa charge ? Dans l'affirmative, complétez le tableau ci-dessous :

EN CAS D'ACCIDENT MORTEL

Nom, prénoms.	Age.	Lien de parenté.	Signaler s'il est en apprentissage, poursuit ses études ou est atteint d'une infirmité ou d'une maladie chronique.

La victime laisse-t-elle des ASCENDANTS (parents, grands-parents) A CHARGE ? Si oui, précisez :

L'aide apportée (en nature, en argent), le montant et la périodicité des subsides, etc. {

Les noms, prénoms, liens de parenté et adresse. {
1°
2°

Observations, le cas échéant, sur la situation familiale de la victime. }

C) INFIRMITES PREEXISTANTES

Il doit être répondu OUI ou NON à chacune de ces questions :

La victime avait-elle été antérieurement victime d'un ou plusieurs accidents du travail ?

Est-elle titulaire :
— d'une pension d'invalidité du régime général ou d'un régime particulier de la sécurité sociale ?

En dehors des cas ci-dessus, la victime était-elle atteinte, avant l'accident, d'une infirmité ou d'une mutilation ?

S'il a été répondu affirmativement à une des questions ci-dessus, l'imprimé n° 362*/10 H doit être établi.

(1) Rayer la ou les mentions inutiles. (2) Souligner le prénom usuel.

D) CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

	Déclaration de la victime ou de ses ayants droit.	Déclaration de l'employeur ou de son représentant.
<p>Nature des lésions. Indiquer notamment :</p> <p>— la ou les parties du corps atteintes.....</p> <p>— s'il y a eu plaies, écrasements, fractures.....</p> <p>— le côté droit ou gauche.....</p> <p>La victime a-t-elle repris le travail ?</p> <p>— pourra-t-elle le reprendre ?</p> <p>— dans l'emploi occupé avant l'accident ?</p> <p>— dans un autre emploi ?</p> <p>— lequel et pourquoi ?.....</p> <p>Observations, le cas échéant, sur les conséquences probables de l'accident.</p>		

E) SITUATION PROFESSIONNELLE DE LA VICTIME

Date depuis laquelle la victime travaillait pour le compte de l'employeur au service duquel l'accident est survenu.		
(Si la victime travaillait depuis moins de douze mois chez l'employeur, se reporter éventuellement à l'imprimé n° 362*/10 F.)		
Nature de l'emploi exercé par la victime pour le compte de l'employeur (voir ci-après « Cas spéciaux »)		
La victime travaille-t-elle également pour le compte d'autres employeurs ?		
(S'il a été répondu affirmativement à la dernière question, l'imprimé n° 362*/10 F doit être établi.)		
<p>Important : la victime conteste-t-elle une ou plusieurs des indications portées par l'employeur dans l'attestation de salaire ci-jointe ? Si oui, faire préciser le ou les points litigieux.</p>		
Cas spéciaux : il doit être répondu OUI ou NON à chacune de ces questions.		
La victime, avant l'arrêt de travail consécutif à l'accident, se trouvait-elle dans une des situations suivantes :		
Activité saisonnière ?	Apprenti	
Elève d'un établissement d'enseignement technique ?	Stagiaire dans un centre de réadaptation fonctionnelle ?	
Stagiaire dans un centre de formation professionnelle ?	Stagiaire dans un centre de rééducation professionnelle ?	
Agé de moins de 18 ans lors de l'accident ?		
Observations, le cas échéant, sur la situation professionnelle de la victime.		

L'ACCIDENT EST SURVENU ENTRE LES POINTS SUIVANTS :

RESIDENCE.

- Résidence secondaire.
- Autre lieu habituel et familial.
- Restaurant, cantine, lieu de repas habituel.
- Autres lieux.

LIEU DU TRAVAIL

Biffer les mentions inutiles et indiquer le sens du trajet en renforçant la flèche correspondante.



F) RESIDENCE - RESIDENCE SECONDAIRE, ETC.

	Déclaration de la victime ou de ses ayants droit.	Déclaration de l'employeur ou de son représentant.
Résidence principale : adresse..... Résidence secondaire : adresse..... Nature de la résidence (résidence de fin de semaine, résidence de parents, etc.). Autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial..... Motifs..... Fréquence (ex. : tous les jours, tous les deux jours, une fois par semaine, depuis quelle époque). { Lieu des repas : Cantine..... Restaurant..... Désignation précise de tout autre lieu où le travailleur prend habituellement ses repas..... Fréquence (ex. : tous les jours, tous les deux jours, une fois par semaine, depuis quelle époque). { Autres lieux : adresse..... Motifs..... Observations..... }		

G) LIEU DE TRAVAIL

Désignation précise du lieu de travail à la date de l'accident..... S'agit-il du lieu habituel?..... Dans la négative, préciser si le lieu de travail change fréquemment (ex. : chaque jour, à l'achèvement d'un travail, poursuite du déplacement d'un chantier, etc.)... Horaire de travail : Le matin..... L'après-midi..... Séance unique de travail..... Eventuellement, indication précise des horaires particuliers (en cas de nuit, etc.)..... Observations..... }	de h à h de h à h de h à h	de h à h de h à h de h à h
--	----------------------------------	----------------------------------

H) DATE, HEURE ET LIEU DE L'ACCIDENT

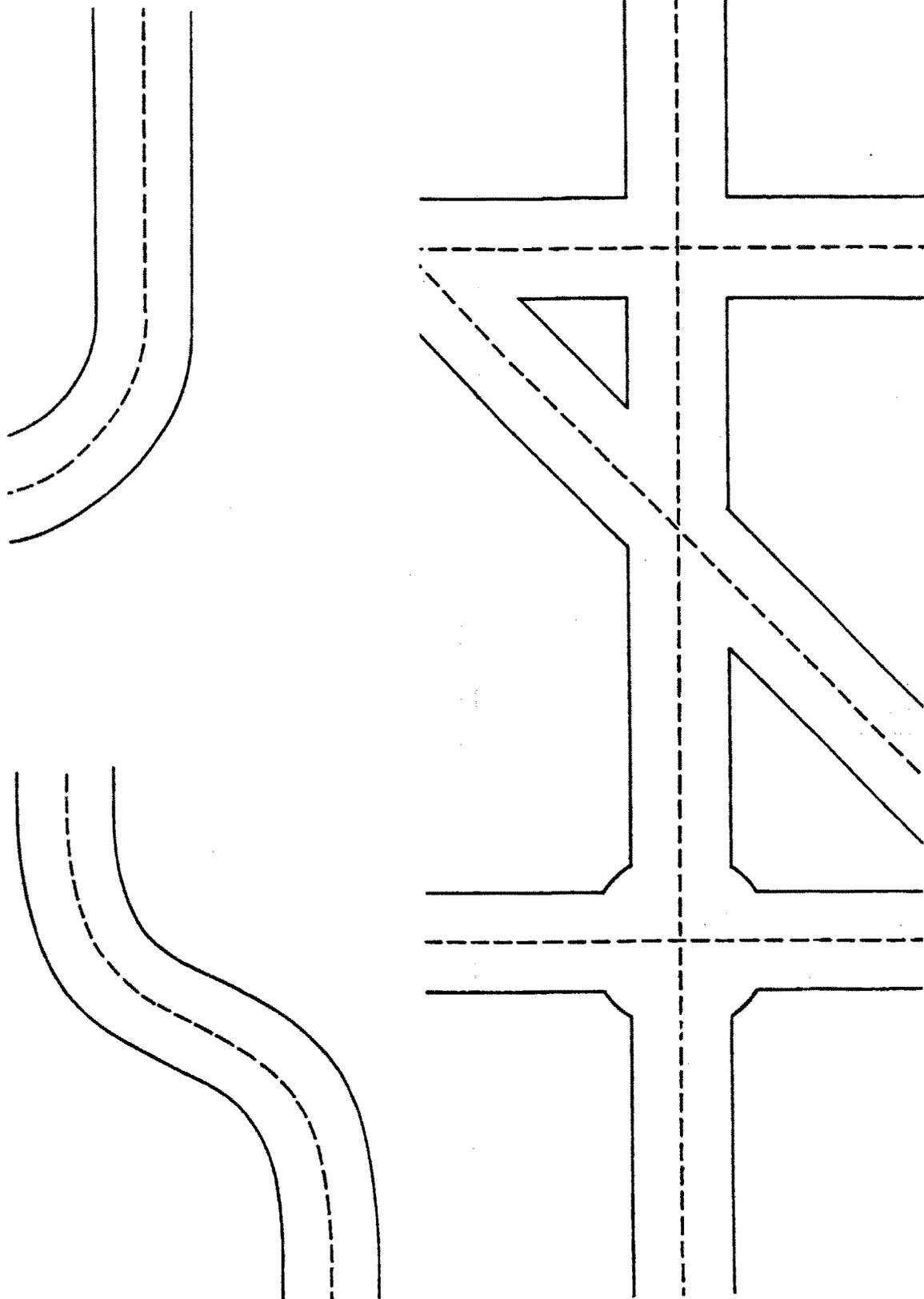
	Déclaration de la victime ou de ses ayants droit.	Déclaration de l'employeur ou de son représentant.
<p>Date de l'accident.....</p> <p>Jour de la semaine.....</p> <p>À quelle heure, le jour de l'accident, la victime a-t-elle quitté, selon le cas :</p> <p>— sa résidence (ou sa résidence secondaire ou la cantine ou le restaurant, etc.) ?.....</p> <p>— son lieu de travail.....</p> <p>Heure précise de l'accident.....</p> <p>Moyen de locomotion utilisé au moment de l'accident :</p> <p>— individuel (à pied, à bicyclette, à motocyclette, en voiture, etc.).....</p> <p>— transport en commun (autobus, tramway, chemin de fer, etc.).....</p> <p>— ce moyen était-il habituel à la victime ?.....</p> <p>Distance approximative entre le lieu de travail et la résidence (ou la résidence secondaire, la cantine, etc.).</p> <p>Durée normale du parcours compte tenu du moyen de locomotion utilisé par la victime.....</p> <p>Lieu précis de l'accident (en établir si possible, le plan succinct à l'aide du croquis type ci-joint).....</p> <p>Distance entre le lieu de l'accident et le point de départ du parcours.....</p> <p>Temps mis par la victime pour accomplir le parcours compris entre le point de départ et le lieu de l'accident.</p>		
<p>Observations.....</p>		

I) CIRCONSTANCES PARTICULIERES

<p>Parcours.</p> <p>A-t-il été interrompu ?</p> <p>— si oui, indiquer la durée de l'interruption.....</p> <p>— motif de cette interruption (repos, démarche, achat, etc.) dans l'intérêt :</p> <p>— de l'employeur.....</p> <p>— d'un tiers.....</p> <p>— de la victime.....</p> <p>A-t-il été détourné ?</p> <p>— si oui, en quoi consiste le détour.....</p> <p>— motif de ce détour ?</p> <p>L'accident est-il survenu au cours de l'interruption ou du détour ?.....</p>	<p>de h à h</p>	<p>de h à h</p>
--	-----------------	-----------------

J) CIRCONSTANCES PARTICULIERES (suite)

	Déclaration de la victime ou de ses ayants droit.	Déclaration de l'employeur ou de son représentant.
<p>Parcours (suite).</p> <p>A-t-il été différent?.....</p> <p>Si la victime a emprunté, le jour de l'accident, un parcours différent de celui qu'elle emprunte habituellement, en indiquer les motifs.</p> <p>Conditions atmosphériques particulières le jour de l'accident (température, pluie, neige, brouillard, verglas, etc.).</p> <p>Responsabilité éventuelle d'un tiers.</p> <p>a) L'accident a-t-il été causé par le fait d'un tiers?</p> <p>Si oui, indiquer :</p> <p>Nom, prénom, adresse du tiers.....</p> <p>Véhicule utilisé.....</p> <p>Numéro d'immatriculation.....</p> <p>Le conducteur est-il propriétaire du véhicule?.....</p> <p>Dans la négative, indiquer : les nom, prénoms et adresse du propriétaire.</p> <p>Société d'assurance.....</p>		
<p>Indiquer sur le croquis du feuillet n° 7 la position de la victime, celle du tiers responsable, en précisant au moyen d'une flèche la direction suivie par chacun d'eux.</p> <p>b) L'accident a-t-il été causé par un état de chose pouvant mettre en jeu la responsabilité d'un tiers (mauvais état de la chaussée, défaut de protection de passage dangereux, chute de tuiles, branches, etc.).</p> <p>Dans l'affirmative, indiquer : la désignation de la personne, de l'établissement ou collectivité dont la responsabilité pourrait être reconnue.</p> <p>Une plainte a-t-elle été déposée?.....</p> <p>Le sera-t-elle?</p> <p>Un rapport a-t-il été fait par :</p> <p>— la police? Si possible le n° de l'agent.....</p> <p>— la gendarmerie?.....</p> <p>— l'entreprise de transport?.....</p> <p>— une société d'assurance?.....</p> <p>— un huissier?.....</p>		
<p>Observations.....</p>		

N° du dossier 

Indiquer :

- le lieu précis de l'accident;
- la position de la victime;
- éventuellement celle du tiers responsable.

Préciser au moyen d'une flèche la direction suivie par la victime et éventuellement par le tiers.

Déclaration de la victime
ou de son ayants droit.Déclaration de l'employeur
ou de son représentant.

Causes et circonstances :

(Rédiger brièvement et préciser des faits tels qu'ils se sont
produits, indications qui aideraient sur les données et
répondre aux questions précédentes)

La victime se trouvait-elle seule ou accompagnée, en
matériel de l'entreprise ?

Travaux en cours, indiquer les noms, professions et
adresses de chacun des intervenants qui l'accomplissaient.

La victime s'était-elle dérangée :

— sur place ?

— à l'hôpital (indiquer l'archivage)

Si elle a cessé de travailler par ses propres moyens,
indiquer l'heure à laquelle elle y est arrivée.

Nom et adresse des personnes qui lui à donné les
premiers soins.

S'il y a lieu, nom et adresse de la personne qui a
transporté la victime à son domicile ou à l'hôpital
ou à l'hôtel.

Observations :

N° du dossier **II. DECLARATION DES TEMOINS.****PREMIER TEMOIN**

NOM, prénoms, profession

dresse

Après avoir prêté serment de dire { (1) qu'il était - qu'il n'était pas - parent - allié - serviteur - domestique :
la vérité et avoir déclaré : { (1) de la victime - de ses ayants droit - de l'employeur

Reproches formulés à son endroit

A entendu lecture des pièces du dossier et déclaré ce qui suit, sans lire aucun projet écrit, en présence :

(2) de la victime (ou de ses ayants droit) - de l'employeur (ou son représentant)

Après lecture faite au témoin de ses déclarations et sur réponse des parties, qu'elles n'avaient pas de questions à lui poser, le témoin a déclaré persister dans ses déclarations et a signé avec nous :

(1) greffier - agent assermenté.

A

le

(Mention est faite le cas
échéant que le témoin ne sait
pas ou ne peut pas signer.)

*Signature,***DEUXIEME TEMOIN**

NOM, prénoms, profession

Adresse

Après avoir prêté serment de dire { (1) qu'il était - qu'il n'était pas - parent - allié - serviteur - domestique :
la vérité et avoir déclaré : { (1) de la victime - de ses ayants droit - de l'employeur

Reproches formulés à son endroit

A entendu lecture des pièces du dossier et déclaré ce qui suit, sans lire aucun projet écrit, en présence :

(2) de la victime (ou de ses ayants droit) - de l'employeur (ou son représentant)

Après lecture faite au témoin de ses déclarations et sur réponse des parties, qu'elles n'avaient pas de questions à lui poser, le témoin a déclaré persister dans ses déclarations et a signé avec nous :

(1) greffier - agent assermenté.

A

le

(Mention est faite le cas
échéant que le témoin ne sait
pas ou ne peut pas signer.)

Signature,

III. AUTRES DECLARATIONS FAITES PAR :

PERSONNE AUTRE QUE LES TEMOINS

NOM, prénoms, profession.....

Adresse.....

Déclaration.....

PERSONNE ASSISTANT : (1) LA VICTIME - SES AYANTS DROIT

NOM, prénoms, profession.....

Adresse.....

Déclaration.....

(2) REPRESENTANT de l'administration des armées

NOM, prénoms.....

Adresse.....

Déclaration.....

Lecture de ces déclarations a été faite à chaque personne intéressée qui a signé ci-dessous :

(Mention est faite de celles qui ne peuvent ou ne savent pas signer.)

La victime
(1)Les ayants droit
(1)Les personnes qui les ont assistés
(1)L'établissement employeur
(1)En foi de quoi, nous avons clos le présent procès-verbal à
le

L'ENQUETEUR :

MOTIF DU RETARD

(Lorsque l'enquête n'est pas terminée dans les 10 jours
de la réception de la demande.)

REMARQUE. Le procès-verbal d'enquête doit être établi sans blancs, ni ratures (art. R. 442-10 du code de la sécurité sociale). Il y aura lieu, en conséquence, de bâtonner soigneusement tous les blancs et d'approuver et de faire approuver par toutes les parties, tous renvois, et rectifications qui pourraient être nécessaires.

(1) Rayer la ou les mentions inutiles.

(2) Rayer, le cas échéant, s'il ne s'est pas présenté.

INTERCALAIRE AU PROCES-VERBAL D'ENQUETE (1).

MALADIE PROFESSIONNELLE.

(Art. R. 411-12 et D. 461-9 du code de la sécurité sociale.)

N° du dossier

IDENTIFICATION DE LA VICTIME

NOM (2), prénoms.....
 Maladie professionnelle constatée le..... N° d'immatriculation
 Nom du médecin traitant.....
 Nature de la maladie.....
 Nom de la maladie professionnelle mentionnée à l'un des tableaux annexés au code de la sécurité sociale).

DECLARATIONS

	Du malade ou de ses ayants droit.	De l'employeur ou de son représentant.
Identification de l'employeur (cachet de l'établissement).		
Période d'emploi :		
Date de début du travail.....		
Date de cessation du travail.....		
Nature des travaux effectués.....		
Agent causal de l'affection (agent nocif, infection micro- bienne ou attitudes particulières).....		
Date à partir de laquelle le malade a été exposé au risque.....		
Date à laquelle il a cessé d'y être exposé.....		
Autres employeurs :		
Le malade a-t-il été exposé au risque alors qu'il travaillait chez d'autres employeurs ?.....		

AUTRES EMPLOYEURS

1 ^{er} employeur	{	Nom, prénoms ou raison sociale.....	
		Profession.....	
		Adresse.....	
		Travaux effectués par le malade { Nature..... Période, du.....	au
2 ^e employeur	{	Nom, prénoms ou raison sociale.....	
		Profession.....	
		Adresse.....	
		Travaux effectués par le malade { Nature..... Période, du.....	au
3 ^e employeur	{	Nom, prénoms ou raison sociale.....	
		Profession.....	
		Adresse.....	
		Travaux effectués par le malade { Nature..... Période, du.....	au

(1) La rédaction du présent intercalaire sera, bien entendu, effectuée sans préjudice de celle du procès-verbal d'enquête lui-même dont les diverses rubriques devront être normalement remplies.

(2) Pour les femmes mariées, veuves ou divorcées : indiquer le nom de jeune fille de épouse X..., veuve X..., ou divorcée X...

Observations, le cas échéant, du REPRESENTANT de l'administration des armées

Observations, le cas échéant, de l'ENQUETEUR

Lecture de ces déclarations a été faite à chaque personne intéressée, qui a signé ci-dessous :
(Mention est faite de celles qui ne peuvent ou ne savent pas signer.)

La victime
(1)

Les ayants droit
(1)

Les personnes qui les ont assistés
(1)

L'établissement employeur
(1)

En foi de quoi, nous avons clos le présent intercalaire contenu au procès-verbal de l'enquête concernant la maladie professionnelle survenue

le

à M

Fait à

, le

L'ENQUETEUR :

INTERCALAIRE AU PROCES-VERBAL D'ENQUETE (1).

RECOURS EVENTUELS.

(Art. L. 452-5, L. 454-1 et L. 455-1 du code de la sécurité sociale.)

N° du dossier

IDENTIFICATION DE LA VICTIME

NOM (2), prénoms.....

Date de l'accident.....

N° d'immatriculation

DECLARATIONS

De la victime
ou de ses ayants droit.

De l'employeur
ou de son représentant (2).

Tiers responsable :

L'accident a-t-il été causé par une personne autre que l'employeur ou ses préposés ?

Relation des faits ou circonstances susceptibles de faire apparaître une faute du tiers.

Nom, prénoms ou raison sociale du tiers et adresse.

Profession

Le tiers est-il assuré ?

Si oui, désignation de sa compagnie d'assurance.....

Faute inexcusable éventuelle :

De l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction.

Relation des faits ou circonstances susceptibles de faire apparaître une faute inexcusable.

Nom, prénoms et adresse de celui que l'employeur s'est substitué dans la direction.

Qualité (contremaître, chef de chantier, etc.).....

Un règlement de sécurité a-t-il été violé ?

Si oui, lequel ?

De la victime :

Relation des faits ou circonstances susceptibles de faire apparaître une faute inexcusable.

(1) La rédaction du présent intercalaire sera, bien entendu, effectuée sans préjudice de celle du procès-verbal d'enquête lui-même dont les diverses rubriques devront être normalement remplies.

(2) Pour les femmes mariées, ou veuves ou divorcées, indiquer le nom de jeune fille suivi de épouse X... ou veuve X..., ou divorcée X...

(3) Ou le cas échéant, du directeur de l'établissement ou du centre d'enseignement technique, d'apprentissage, de formation professionnelle, de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle.

DECLARATIONS (suite)

	De la victime ou de ses ayants droit.	De l'employeur ou de son représentant.
Faute intentionnelle : De l'employeur ou de l'un de ses préposés : Relation des faits ou circonstances susceptibles de faire apparaître une faute intentionnelle de (1).....	L'EMPLOYEUR L'UN DE SES PREPOSES	L'EMPLOYEUR L'UN DE SES PREPOSES
Nom, prénoms, adresse et qualité du préposé de l'employeur. } Une plainte a-t-elle été déposée ? Une instance pénale a-t-elle été engagée ? Si oui, devant quel tribunal ? De la victime : Relation des faits ou circonstances susceptibles de faire apparaître une faute intentionnelle de la victime : } Une plainte a-t-elle été déposée Si oui, par qui ? Une instance pénale a-t-elle été engagée ? Si oui, devant quel tribunal ?		

Observations, le cas échéant, du REPRESENTANT de l'administration des armées

Observations, le cas échéant, de l'ENQUETEUR

Lecture de ces déclarations a été faite à chaque personne intéressée, qui a signé ci-dessous :
(Mention est faite de celles qui ne peuvent pas signer.)

La victime (1)	Les ayants droit (1)	Les personnes qui les ont assistés (1)	L'établissement employeur (1)
-------------------	-------------------------	---	----------------------------------

En foi de quoi, nous avons clos le présent intercalaire contenu au procès-verbal de l'enquête concernant l'accident survenu.

le _____ à M _____

Fait à _____, le _____

L'ENQUETEUR :

(1) Rayer la ou les mentions inutiles.

INTERCALAIRE AU PROCES-VERBAL D'ENQUETE (1).

INFIRMITES PREEEXISTANTES.

N° du dossier

IDENTIFICATION DE LA VICTIME

NOM (2), prénoms.....
Date de l'accident..... N° d'immatriculation

DECLARATIONS DE LA VICTIME

A) La victime avait-elle été antérieurement victime d'un ou plusieurs accidents du travail ?
Après avoir rappelé à la victime qu'elle est TENUUE de fournir ces indications, et que toute déclaration inexacte peut entraîner une réduction éventuelle de la nouvelle rente (art. L. 471-3 du code de la sécurité sociale), l'invite à préciser, pour chaque accident :

	1 ^{er} accident.	2 ^e accident.	3 ^e accident.	4 ^e accident.
Date de l'accident.....				
Montant de l'indemnité journalière (si la victime la perçoit toujours).....				
Désignation de l'organisme débiteur.....				
Date de guérison ou de consolidation.....				
Taux de l'incapacité permanente.....				
Montant annuel de la rente.....				
Nom et adresse de la personne ou de l'organisme débiteur de la rente.....				
Siège et nature des blessures occasionnées par chacun des accidents antérieurs.....				

	Désignation de l'organisme ou service débiteur de la pension.	Point de départ de la pension.	Montant annuel de la pension.
B) La victime est-elle titulaire :			
D'une pension d'invalidité du régime général de la sécurité sociale ?			
D'une pension d'invalidité d'un régime particulier ?			
D'une pension militaire d'invalidité ?			
D'une pension de victime civile de la guerre.....			
Siège et nature de l'infirmité ayant donné lieu à une pension d'invalidité.....			
Siège et nature de la mutilation ayant donné lieu à l'attribution d'une pension.....			

C) Indépendamment des cas visés en A et B, la victime était-elle atteinte avant l'accident :
d'une infirmité ? d'une mutilation ?

Si oui, indiquer la nature

(1) La rédaction du présent intercalaire sera, bien entendu, effectuée sans préjudice de celle du procès-verbal d'enquête lui-même dont les diverses rubriques devront être normalement remplies.

(2) Pour les femmes mariées, veuves ou divorcées : indiquer le nom de jeune fille suivi de épouse X..., veuve X..., ou divorcée X...

Observations, le cas échéant, du REPRESENTANT de l'établissement

Observations, le cas échéant, de l'ENQUETEUR

Lecture de ces déclarations a été faite à chaque personne intéressée, qui a signé ci-dessous :
(Mention est faite de celles qui ne peuvent ou ne savent pas signer.)

La victime
(1)

Les ayants droit
(1)

Les personnes qui les ont assistés
(1)

L'établissement employeur
(1)

En foi de quoi, nous avons clos le présent intercalaire contenu au procès-verbal de l'enquête concernant la maladie professionnelle survenue.

le _____ à M _____

Fait à _____, le _____

L'ENQUETEUR :

Imprimé n° 362*/11.

Article 21 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 no-
vembre 1998.

Format 21 × 29,7.

AVIS DE CLOTURE D'ENQUETE
adressé à la victime ou à ses ayants droit.
(Art. L. 442-14 du code de la sécurité sociale.)

DESTINATAIRE {
NOM
Prénoms
Adresse

Ville, le

N° de dossier

A RAPPELER DANS TOUTE
CORRESPONDANCE

M.

Nous avons l'honneur de vous adresser, ci-jointe, une expédition du procès-verbal de l'enquête effectuée

par l'ENQUETEUR

NOM :

Prénoms :

Qualité (1)

- greffier du tribunal d'instance à.....
 agent assermenté agréé pour la région de.....

A la suite de (1)

- l'accident du travail survenu le.....
 la maladie professionnelle constatée le.....

dont l'ASSURE

NOM :

Prénoms :

Profession :

N° d'immatriculation

Adresse :

a été (1) victime atteint

au service de l'EMPLOYEUR

Cachet
de
l'établissement

Numéro d'identification

Nous vous avisons, en outre, que l'ensemble du dossier de l'enquête est déposé à nos bureaux à l'adresse ci-après :
où vous pourrez, si vous le désirez, en prendre connaissance, personnellement ou par mandataire justifiant de sa qualité pendant un délai de cinq jours à compter de la réception de la présente lettre.

Veuillez agréer, M _____, l'assurance de notre considération distinguée.

Le directeur,

(1) Mettre une croix dans le correspondant à la mention utile.

Articles 28 et 29 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7.

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION.

Je soussigné, docteur en médecine (nom et prénom) :

après avoir examiné ce jour (nom et prénom de la victime) :

né(e) le

demeurant à

victime d'un accident du travail le _____ au service de (établissement employeur)

ai constaté et certifie de ce qui suit :

1. Etat antérieur de la victime, infirmités préexistantes, affections congénitales ou acquises; le cas échéant, évaluation de la capacité restante avant l'accident :

2. Description anatomique détaillée des lésions occasionnées par l'accident et indication de la gêne fonctionnelle en résultant, relation de cause à effet entre l'accident et les lésions présentées :

3. Evaluation du taux d'incapacité permanente résultant de l'accident, d'après le barème annexé au code de la sécurité sociale et compte tenu de l'âge de la victime, de son état général, de ses facultés physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle (1) :

4. Date de consolidation :

5. Nécessité éventuelle d'un appareil de prothèse :

6. Opportunité éventuelle d'un traitement spécial en vue de la réadaptation fonctionnelle :

7. Aptitude ou inaptitude de la victime à continuer à exercer sa profession :

8. Evolution probable de l'infirmité au cours des années suivantes (indiquer si elle est susceptible d'amélioration. Dans l'affirmative, au bout de combien de temps semble-t-il opportun de soumettre l'intéressé à une nouvelle visite) :

Date :

Signature,

(1) Lorsque le médecin croit devoir s'écarter des taux fixés par le barème, il doit en indiquer les motifs.

Dans les cas d'infirmités multiples résultant de l'accident, le taux d'incapacité doit être précisé pour chacune des lésions. Le taux global est fixé, en principe, par la méthode définie au chapitre préliminaire du barème. Mais le résultat ne saurait être adapté purement et simplement. Il ne constitue qu'une première indication, et doit être discuté, et, à l'occasion, corrigé, en tenant compte des considérations physiologiques générales et des considérations cliniques propres au cas particulier.

Article 31 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 no-
vembre 1998.

Format 21 × 29,7.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.

CERTIFICAT

à délivrer en matière de cures thermales par le médecin de contrôle de l'établissement.

Je soussigné (nom, grade ou qualité du médecin)

certifie avoir examiné ce jour (nom et prénom de l'intéressé)

, né(e) le

qui a été victime d'un accident du travail (ou qui a contracté une maladie professionnelle) le (date)

à (établissement employeur)

et avoir constaté :

1^o Description anatomique détaillée des lésions, de la gêne fonctionnelle ou des troubles occasionnés par l'accident ou la maladie (l'examen sera complété, s'il y a lieu, par toutes recherches utiles, biologiques, radiologiques, mesures de la tension artérielle, etc.) :

2° Traitements déjà mis en œuvre et résultats obtenus :

3° Nombre et date des cures thermales antérieures et résultats de celles-ci :

4° Avis du médecin sur l'absence de contre-indication :

5° Avis du médecin sur la nécessité de la cure thermale demandée et sur le bénéfice que l'intéressé peut en retirer :

Date :

Signature,

Article 55 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 no-
vembre 1998.

Format 21 × 29,7.

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(à remplir par la victime et à adresser en double exemplaire à l'établissement employeur).

Je, soussigné(e) (nom et prénom)

né(e) le

demeurant à

employé(e) en qualité de

au

DECLARE :

Etre atteint(e) de (nom de la maladie professionnelle)

Date de la cessation du travail :

Ci-joint deux exemplaires du certificat délivré le

par le docteur

demeurant à

Fait à _____, le

Signature,

Article 53 et 56 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7.

CERTIFICAT MEDICAL
établi par le médecin de l'établissement
et complétant la déclaration de maladie professionnelle faite par le malade.

Je, soussigné, docteur en médecine,
médecin de (nom de l'établissement)
après avoir examiné (nom et prénom)
lequel (laquelle) m'a déclaré être employé(e) à (nom et adresse de l'établissement)
en qualité de (profession exacte)
certifie avoir constaté :

1° Symptômes de la maladie professionnelle :

2° Agent nocif ayant provoqué cette maladie :

3° Référence à l'un des tableaux de maladies professionnelles annexés au code de la sécurité sociale :

Date :

Signature,

MALADIES PROFESSIONNELLES.

CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION.

Nous, soussigné (nom et qualité du médecin)

certifie avoir examiné ce jour (nom, prénoms de la victime)

né(e) le _____, qui a contracté une maladie professionnelle

le _____, à (établissement ou service employeur)

et avoir constaté :

1° Etat antérieur de la victime, infirmités préexistantes, affections congénitales ou acquises :

2° Description détaillée des lésions ou des troubles occasionnés par la maladie :

3° Fixation, le cas échéant, du taux d'IPP d'après le barème annexé au code de la sécurité sociale et compte tenu de l'âge de la victime, de son état général, de ses facultés physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle.

Taux d'incapacité (1) :

4° Date de la consolidation :

5° Evolution probable de l'invalidité au cours des années suivantes (indiquer si elle est susceptible d'amélioration; dans l'affirmative, au bout de combien de temps il semble opportun de soumettre l'intéressé à une visite de révision) :

Date :

Signature,

(1) En cas d'infirmités antérieures indiquer non seulement le taux d'IPP entraîné par la maladie en cause mais aussi le taux correspondant aux infirmités susvisés.

(Cachet de l'établissement.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.

RELEVÉ DES SALAIRES BRUTS DE LA VICTIME.

Format 21 x 29,7.
(Recto-verso.)

NOM et prénoms :
Profession (indiquer également le groupe et l'échelon) :

Mode de rémunération : heure, journée, mois, devis.
(Biffer la mention inutile)

Matricule (marine) :
Affiliation : décret n° 65-836 du 24 septembre 1965, sécurité sociale.
(Biffer la mention inutile.)

Période du _____ au _____
Date de l'embauchage : _____
Date de l'accident : _____
Date du premier arrêt de travail consécutif à l'accident : _____

Période de douze mois (1) précédant l'arrêt de travail (jour de l'accident compris) (2).	Salaire brut de la victime.		Complément de salaire en cas d'interruption de service de longue durée, en raison de maladie, accident, maternité, chômage total constaté ou chômage partiel indépendant de sa volonté, congé non payé, afin de porter le gain de la victime au salaire de l'ouvrier de même catégorie ayant travaillé normalement sans interruption.	Salaire minimum de la catégorie au cas où l'ouvrier a moins de 18 ans ou salaire minimum de la catégorie dans laquelle aurait été classé l'élève ou l'apprenti à sa sortie du centre.	Part de l'Etat au fonds spécial de retraites (décret du 24 septembre 1965) (4).	Totaux.
	En espèces (primes et indemnités comprises) (3).	Evaluation des rémunérations en nature.				
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Du _____ au _____						
Totaux						

(Voir notes au verso)

Certifié conforme :
(Date et signature.)

- (1) Si, au cours de ces douze mois, l'ouvrier a travaillé dans d'autres établissements, spécifier le nom de ces établissements et le montant du salaire perçu dans chacun d'eux.
- (2) Si la victime travaillait dans une entreprise effectuant normalement, ou accidentellement, un nombre d'heures inférieur à la durée légale du travail, le salaire annuel est calculé, soit dans le premier cas (activité normale), en ajoutant à la rémunération afférente à la période d'activité de l'entreprise les gains que le travailleur a réalisés, par ailleurs, dans le reste de l'année; soit dans le second cas (inactivité accidentelle), en portant le salaire à ce qu'il aurait été dans l'hypothèse d'un nombre légal d'heures de travail.
- (3) Conformément à la jurisprudence, ne doivent pas être comprises, dans les primes et indemnités, les primes d'éloignement. En effet, la rémunération du temps consacré au trajet ne saurait être prise en compte dans le calcul du salaire de base afférent à la durée du travail proprement dit.
- (4) Cette colonne n'est à utiliser que pour les ouvriers du cadre affiliés au régime de retraites du décret n° 65-836 du 24 septembre 1965.

Articles 72 et 74 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7.
(Recto-verso.)

DECLARATION

souscrite en vue d'obtenir le bénéfice de la rente égale à 50 p. 100 du salaire de base
(L. 434-8 et R. 434-11 du code de la sécurité sociale).

NOM du demandeur :

Prénoms :

Adresse :

En ma qualité de titulaire d'une rente allouée à la suite de l'accident mortel du travail dont mon conjoint a été victime le _____, je demande que le taux de cette rente soit porté à 50 p. 100 du salaire de base conformément aux dispositions des articles L. 434-8 et R. 434-11 du code de la sécurité sociale et cela en raison de :

— mon âge (60 ans accomplis);

— mon incapacité de travail (minimum 50 p. 100).

} Rayer la mention inutile.

J'affirme, en outre, sous la foi du serment, l'exactitude des réponses fournies par moi au questionnaire figurant au verso de la présente déclaration.

Je m'engage à signaler à l'administration centrale des armées (1) tous changements modifiant la présente déclaration (modification du montant de la ou des pensions déclarées, attribution de nouvelles pensions).

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 471-3 du code de la sécurité sociale qui punit d'une amende quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir des prestations ou des réparations qui ne sont pas dues.

(1) Service des pensions des armées, SDC 3, 17016 La Rochelle Cedex.

QUESTIONNAIRE.

	Réponses (répondez par oui ou par non).
Etes-vous titulaire d'une pension de retraite ou de vieillesse?	
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité?	
Etes-vous titulaire d'une rente pour un ou plusieurs accidents du travail dont vous auriez été victime personnellement?	
Même question pour les maladies professionnelles?	
Exercez-vous une profession salariée?	

Si vous avez déclaré ci-dessus une ou plusieurs pensions, précisez-les dans le tableau suivant :

Nature de la pension.	Désignation de l'organisme qui a attribué la pension.	Numéro de la pension.	Montant trimestriel.
1°			
2°			
3°			

A

, le

Certifié exact :

(Signature.)

Article 79 de l'instruction n° 98-01/
DEF/DFP/SPA/SDC du 30 no-
vembre 1998.

Format 21 × 29,7.
(Recto-verso.)

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

CERTIFICAT MEDICAL DE REVISION.

Je, soussigné (nom et qualité du médecin),

certifie avoir examiné ce jour (nom et prénom de la victime)

né(e) le _____, qui a été victime d'un accident du travail

(ou qui a contracté une maladie professionnelle), le

(établissement ou service employeur)

et avoir constaté :

1° Description anatomique détaillée des lésions et indication de la gêne fonctionnelle en résultant
(ou description des troubles engendrés par la maladie) :

2° Modifications des lésions et de la gêne fonctionnelle (ou des troubles engendrés par la maladie).
Spécifier expressément si, depuis l'examen précédent, l'état de la victime a subi ou non des
modifications; dans l'affirmative, les préciser :

3° Fixation, en cas de modification, du nouveau taux d'incapacité permanente d'après le barème
indicatif d'invalidité (accident du travail) en application de l'article R. 434-35 du code de la
sécurité sociale et compte tenu de l'âge de la victime, de son état général, de ses facultés
physiques et mentales, de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle.

Nouveau taux d'incapacité :

4° Point de départ de la nouvelle incapacité :

5° Nécessité d'un appareil de prothèse :

6° La victime est-elle justiciable d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle ?

7° Evolution probable de l'infirmité au cours des années suivantes (indiquer si elle est susceptible d'amélioration; dans l'affirmative, au bout de combien de temps il semble opportun de soumettre l'intéressé à une nouvelle visite) :

Date :

Signature,

Article 102 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7.

DEMANDE

d'admission au bénéfice des dispositions de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984.

NOM :

Prénom :

Qualité :

Demande à bénéficier des dispositions relatives aux congés de maladie et d'accident de service prévues à l'article 34 2° de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique de l'Etat, au titre de :

— l'accident (1) survenu le :

— de la maladie (1) déclarée le :

A _____, le

Signature de l'agent,

(1) Rayer la mention inutile.

DECLARATION SUR L'HONNEUR.

NOM :

Prénom :

Adresse :

Lien de parenté avec la victime :

Atteste, sous la foi du serment l'exactitude des éléments contenus dans la déclaration que j'ai
souscrite à propos de l'accident survenu à :

— M

— le

— à

A ce sujet, je déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article 441-2 du code pénal
reproduites ci-dessous.

A _____, le

Signature,

Article 441-2 du code pénal :

« Le faux commis dans un document délivré par une administration publique aux fins de constater un droit, une identité ou une qualité ou d'accorder une autorisation est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende.

L'usage du faux mentionné à l'alinéa précédent est puni des mêmes peines... »

Date des actes médicaux, paramédicaux ou d'exécution des ordonnances.	Prescription. — 1. Lit. 2. Chambre. 3. Sortie autor. 4. Pas d'arrêt de travail.	Nature des actes médicaux.	Déli- vrance du certificat médical.	Déli- vrance d'ordon- nance.	Signature du médecin ou de l'auxiliaire médical.	Cachet du pharma- cien.	Montant des honoraires (médicaux ou paramédicaux) ou de la facture (frais pharmaceutiques).

Nota. — Les frais exposés par le bénéficiaire de la présente feuille d'accident sont directement pris en charge par l'administration dans la limite seulement des tarifs légalement applicables en matière d'assurance maladie et en cas d'hospitalisation dans une clinique privée, dans la limite des frais d'hospitalisation qui auraient été payés dans un établissement public. Les dépassements éventuels sont à régler par l'intéressé.

(Désignation du service employeur.)

Article 103 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7
(Recto-verso.)

**FEUILLE D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE DE SERVICE
CONCERNANT UN FONCTIONNAIRE.**

(Volet à conserver par la victime jusqu'à la fin des soins.
Ensuite le remettre sans délai au chef de service).

ACCIDENTE :

NOM :

(éventuellement indiquer le nom de jeune fille suivi de : épouse X, divorcée X, veuve X)

Prénoms :

Grade :

Date de l'accident :

Adresse :

Désignation et adresse du service chargé du paiement des frais :

Date des actes médicaux, paramédicaux ou d'exécution des ordonnances.	Prescription. — 1. Lit. 2. Chambre. 3. Sortie autor. 4. Pas d'arrêt de travail.	Nature des actes médicaux.	Déli- vrance du certificat médical.	Déli- vrance d'ordon- nance.	Signature du médecin ou de l'auxiliaire médical.	Cachet du pharma- cien.	Montant des honoraires (médicaux ou paramédicaux) ou de la facture (frais pharmaceutiques).

Date des actes médicaux, paramédicaux ou d'exécution des ordonnances.	Prescription. — 1. Lit. 2. Chambre. 3. Sortie autor. 4. Pas d'arrêt de travail.	Nature des actes médicaux.	Déli- vrance du certificat médical.	Déli- vrance d'ordon- nance.	Signature du médecin ou de l'auxiliaire médical.	Cachet du pharma- cien.	Montant des honoraires (médicaux ou paramédicaux) ou de la facture (frais pharmaceutiques).

Nota. — Les frais exposés par le bénéficiaire de la présente feuille d'accident sont directement pris en charge par l'administration dans la limite seulement des tarifs légalement applicables en matière d'assurance maladie et en cas d'hospitalisation dans une clinique privée, dans la limite des frais d'hospitalisation qui auraient été payés dans un établissement public. Les dépassements éventuels sont à régler par l'intéressé.

(Désignation du service employeur.)

Article 106 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7.
(Recto-verso.)

**FEUILLE D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE DE SERVICE
CONCERNANT UN FONCTIONNAIRE.**

Relevé des honoraires médicaux.

(Volet à remettre au médecin.)

ACCIDENTE :

NOM :
(éventuellement indiquer le nom de jeune fille suivi de : épouse X, divorcée X, veuve X).

Prénoms :

Grade :

Date de l'accident :

Adresse :

Désignation et adresse du service chargé du paiement des frais :

Le praticien, soussigné, déclare que pour l'accident survenu le _____ au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

Je désire être réglé de la façon suivante (1) :

Règlement
demandé
(2)

{	Virement à mon compte courant postal n°
	centre de
	Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :
	Virement à mon compte bancaire n°
	Désignation de la banque ou de la succursale :
	Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :
Je donne autorisation de percevoir en mon nom à M.	
compte n°	
Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :	

(Cachet du médecin.)

(Signature.)

(1) Dans tous les cas indiquez vos nom, prénom et adresse.

(2) Joindre un RIB ou un RIP.

NOTE D'HONORAIRES.

Date de l'acte médical.	Désignation de l'acte médical dispensé.	Lettres de coefficient.	Ind., kil., nombre de kilomètres.	Certificats médicaux.	Décompte du médecin.
				Total	

Adressez votre note d'honoraires au chef du service employeur (voir au recto désignation et adresse de ce service).

Nota. — Les frais exposés par le fonctionnaire intéressé sont directement pris en charge par l'administration dans la limite seulement des tarifs légalement applicables en matière d'assurance maladie et, en cas d'hospitalisation dans une clinique privée, dans la limite des frais d'hospitalisation qui auraient été payés dans un établissement public. Les dépassements sont à régler par le fonctionnaire.

(Désignation du service employeur.)

Article 106 de l'instruction
n° 98-01/DEF/DFP/SPA/SDC du
30 novembre 1998.

Format 21 × 29,7.
(Recto-verso.)

**FEUILLE D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE DE SERVICE
CONCERNANT UN FONCTIONNAIRE.**

Relevé des prescriptions pharmaceutiques.

(Volet à remettre au pharmacien.)

ACCIDENTE :

NOM :
(éventuellement indiquer le nom de jeune fille suivi de : épouse X, divorcée X, veuve X).

Prénoms :

Grade :

Date de l'accident :

Adresse :

Désignation et adresse du service chargé du paiement des frais :

Le pharmacien, soussigné, déclare que pour l'accident survenu le _____ au blessé désigné ci-dessus, les fournitures prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été faites et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, elles s'élèvent à la somme globale de :

Je désire être réglé de la façon suivante (1) :

Règlement
demandé
(2)

Virement à mon compte courant postal n°
centre de
Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :
Virement à mon compte bancaire n°
Désignation de la banque ou de la succursale :
Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :
Je donne autorisation de percevoir en mon nom à M.
compte n°
Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :

(Cachet du pharmacien.)

(Signature.)

(1) Dans tous les cas indiquez vos nom, prénom et adresse. Précisez également l'intitulé du compte s'il ne correspond pas au cachet de votre établissement.

(2) Joindre un RIB ou un RIP.

RELEVÉ RECAPITULATIF DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES.

Ordonnance du :	Exécutée le :	Montant.
	Total	

Adressez votre facture au chef du service employeur (voir au recto désignation et adresse de ce service).

Nota.

1° Les pièces annexées (factures, ordonnances) doivent, sous peine de rejet, indiquer lisiblement les nom et prénoms de la victime. Le règlement des honoraires est lié à la bonne présentation des notes de frais. Les ordonnances doivent être complétées par les vignettes.

2° Les frais exposés par le fonctionnaire intéressé sont directement pris en charge par l'administration dans la limite seulement des tarifs légalement applicables en matière d'assurance maladie. Les dépassements éventuels sont à régler par le fonctionnaire.

**FEUILLE D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE DE SERVICE
CONCERNANT UN FONCTIONNAIRE.**

Relevé des honoraires paramédicaux.

ACCIDENTE :

NOM :
(éventuellement indiquer le nom de jeune fille suivi de : épouse X., divorcée X, veuve X).

Prénoms :

Grade :

Date de l'accident :

Adresse :

Désignation et adresse du service chargé du paiement des frais :

L'auxiliaire médical, soussigné, déclare que pour l'accident survenu le _____ au blessé désigné ci-dessus, les soins prescrits médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été donnés et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

Je désire être réglé de la façon suivante (1) :

Règlement
demandé
(2)

Virement à mon compte courant postal n°
centre de
Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :
Virement à mon compte bancaire n°
Désignation de la banque ou de la succursale :
Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :
Je donne autorisation de percevoir en mon nom à M.
compte n°
Intitulé du compte : M.; Mme; Mlle :

(Cachet.)

(Signature.)

(1) Dans tous les cas indiquez vos nom, prénom et adresse. Précisez également l'intitulé du compte s'il ne correspond pas à celui figurant sur votre cachet.

(2) Joindre un RIB ou un RIP.

NOTE D'HONORAIRES.

Date des soins.	Désignation de l'acte paramédical dispensé.	Lettres de coefficient.	Ind. kil. nombre de kilomètres.	Décompte de l'auxiliaire médical.
			Total.....	

Adressez votre note d'honoraires au chef de service employeur (voir au recto désignation et adresse de ce service).

Nota.

1° Les pièces annexées (factures, ordonnances) doivent, sous peine de rejet, indiquer lisiblement les noms, prénoms et adresses des blessés. Le règlement des honoraires est lié à la bonne présentation des notes de frais.

2° Les frais exposés par le fonctionnaire intéressé sont directement pris en charge par l'administration dans la limite seulement des tarifs légalement applicables en matière d'assurance maladie et, en cas d'hospitalisation dans une clinique privée, dans la limite des frais d'hospitalisation qui auraient été payés dans un établissement public. Les dépassements éventuels sont à régler par le fonctionnaire.

**FEUILLE D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE MALADIE DE SERVICE
CONCERNANT UN FONCTIONNAIRE.**

(Volet à conserver par le bénéficiaire.)

ACCIDENTÉ :

NOM :

(éventuellement indiquer le nom de jeune fille suivi de : épouse X, divorcée X, veuve X).

Prénoms :

Grade :

Date de l'accident :

Adresse :

**Demande de renouvellement permettant à l'accidenté
d'obtenir une nouvelle feuille.**

Soit parce que les feuilles qui lui ont été délivrées ont été entièrement utilisées, auquel cas celles-ci devront être remises au chef de service.

Soit parce qu'il se trouve dans l'obligation de consulter un autre praticien (électroradiologiste par exemple).

Date de la demande de renouvellement :

Signature de l'accidenté,

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE DIRECTE PAR L'ADMINISTRATION.

Je soussigné (nom, grade et fonction du chef de service) :

certifie que Mme, Mlle, M. (1)

a été victime d'un accident de service le

Mme, Mlle, M. (1)

fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) n'est pas soumis à la législation sur les accidents du travail, mais il relève des dispositions de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. Le ministère de la défense (désignation exacte et adresse du service liquidateur)

prendra en charge les honoraires médicaux et frais directement entraînés par l'accident énumérés ci-après :

- a) Les honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux.
- b) Les frais médicaux d'hospitalisation.
- c) Les frais de médicaments, d'analyses et d'examens de laboratoire et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments.
- d) Les frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé au cours de la procédure et de contrôle.
- e) Les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier.

A _____, le _____

Signature,