



***Victimes d'accidents du travail
et de maladies professionnelles :
quelle indemnisation ?***

Paris, 9 septembre 2003

ACTES

***Décembre 2004
Eurogip-07/F***

Sommaire

Préambule p. 2

Ouverture de la journée -

- Jacques Pernollet, Président du Conseil d'administration d'Eurogip, *France*

Première table ronde

La diversité des systèmes d'indemnisation en Europe p. 4

- Jacqueline de Baets, Fonds des Accidents du Travail, *Belgique*
- Françoise Quilichini, CNAMTS (Caisse Nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), *France*
- Philippe Calatayud, SUVA (Caisse nationale en cas d'accidents), *Suisse*
- Dirk Beekman, Ministère des Affaires sociales, *Pays-Bas*

Deuxième table ronde

Les réformes récentes ou en projet p. 17

- Vincenzo Mungari et Giuseppe Cimaglia, INAIL, *Italie*
- Marianne Nati-Stoffel et René Pizzaferrì, Conseil économique et social, *Luxembourg*
- Françoise Quilichini, CNAMTS, *France*

Clôture de la journée p. 31

- Gilles Evrard, Directeur des risques professionnels, CNAMTS, *France*

Préambule

Le système d'assurance contre les accidents du travail conçu en 1898 et repris par la Sécurité sociale en 1946 a longtemps été favorable aux victimes dans la mesure où il permettait d'obtenir réparation sans avoir à démontrer la faute de l'employeur.

Mais au fil du temps, le caractère forfaitaire de l'indemnisation allouée –qui était la contrepartie de la présomption d'imputabilité de l'accident ou de la maladie à l'activité professionnelle exercée par la victime– a pu apparaître comme injuste au regard d'autres dispositifs d'assurance apparus récemment et censés réparer intégralement les dommages.

La question de la réparation des préjudices subis par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles fait donc, depuis quelques années, l'objet de réflexions et de discussions, au niveau des pouvoirs publics, partenaires sociaux, associations de victimes...

Deux rapports officiels ont déjà été publiés sur ce thème, l'un en avril 2001, l'autre en avril 2002, et des études sont en cours pour mieux évaluer l'impact d'une éventuelle réforme, sur un plan macroéconomique d'abord, mais aussi sur la situation des différentes catégories de victimes.

La France n'est d'ailleurs pas le seul pays de l'Union européenne à réfléchir à cette question.

C'est la raison pour laquelle il nous a semblé opportun d'organiser une rencontre pour mieux connaître les pratiques en vigueur dans d'autres pays et savoir quels sont les débats en cours.

Quels préjudices prendre en compte ? Comment les évaluer ? Selon quelles modalités les indemniser ? Quelle immunité pour l'employeur ou son préposé ?

Ces questions, nous avons voulu les poser à des collègues belge, suisse et néerlandais car la diversité des réponses apportées par le système d'assurance de ces trois pays ne manquera pas de susciter des réflexions.

D'autres pays ont-ils réformé récemment leur dispositif d'indemnisation ? Ou envisagent-ils de le faire ? L'expérience de l'Italie et le projet conçu par le Conseil économique et social du Luxembourg apporteront des éléments utiles à la discussion, à l'heure où la France réalise plusieurs études pour évaluer les effets d'une éventuelle réforme.

Eclairer le débat qui aura lieu en France par des informations concrètes en provenance d'autre pays européens, tel est l'objet de la Journée-débat sur l'indemnisation des victimes d'accidents du travail-maladies professionnelles organisée par Eurogip et la CNAMTS¹, le 9 septembre 2003, à Paris.

¹ CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ouverture de la Journée-débat

Jacques Pernolet, Président du Conseil d'administration d'Eurogip, France

Je suis heureux, au nom du Conseil d'administration d'Eurogip, ainsi qu'en mon nom personnel de vous souhaiter la bienvenue pour cette journée-débat. Comme vous le savez, elle était initialement prévue le 3 juin, Mais des problèmes de grève de transports ont conduit à la reporter aujourd'hui, ce qui nous permet d'aborder les thèmes de ce jour bien reposés, du moins je l'espère, après la période de vacances.

Je voudrais tout d'abord saluer nos collègues des pays de l'Union Européenne et de la Suisse qui ont répondu à l'invitation des organisateurs et ont accepté de nous faire part de leur expérience nationale.

Cette rencontre, conçue principalement à l'intention d'un public français, réunit des partenaires sociaux : le Président et des membres de la Commission des Accidents du travail et des Maladies professionnelles de la CNMATS et des administrateurs d'Eurogip, ainsi que des gestionnaires de la Branche AT-MP en provenance des Caisses primaires et des Caisses régionales d'assurance maladie. Je salue également la présence des pouvoirs publics, aujourd'hui représentés par M. Habert, Sous-directeur au ministère des Affaires sociales et Mme Guiguen, chef du Bureau AT-MP au sein de ce même ministère. M. Laroque, inspecteur général des affaires sociales, qui a reçu de M. Fillon, le ministre des Affaires Sociales, la mission de présider le Comité chargé d'étudier les aspects juridiques, financiers et organisationnels des conditions de mise en oeuvre d'une réforme de la réparation des accidents du travail a également tenu à participer à notre rencontre.

Cette réunion inaugure un cycle de journées-débat qu'Eurogip a prévu de pérenniser si l'expérience de 2003 se révèle concluante.

Cette première journée est consacrée à un thème d'actualité dans le domaine de l'assurance contre les risques professionnels; elle témoigne de l'élargissement du mandat d'Eurogip décidé en 2001. Pour ceux d'entre vous qui ne connaîtraient pas encore -ou pas très bien- Eurogip, je souhaiterais donner quelques informations sur le Groupement. Eurogip a été créé en 1991 par la CNAMTS et l'INRS pour coordonner, développer et animer les actions de la Sécurité sociale française dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

Considérant que le travail accompli au cours des dix premières années de son mandat leur avait donné satisfaction, les membres fondateurs du Groupement, en l'occurrence la Commission des AT-MP et le Conseil d'administration de l'INRS ont décidé, non seulement de renouveler le mandat pour 10 nouvelles années, mais encore de l'élargir à l'ensemble de la problématique des risques professionnels, c'est à dire d'ajouter les questions relatives à la réparation et à la tarification à celles de la prévention qui étaient déjà traitées par Eurogip. Et en regardant le programme de cette journée, je ne puis que me réjouir de la décision qui a alors été prise.

Je ne doute pas que cette rencontre sera instructive pour chacun d'entre nous ; je souhaite aussi qu'elle contribue efficacement à la réflexion qui est engagée depuis un certain temps déjà sur une éventuelle réforme de notre assurance Accidents de travail- maladies professionnelles

Première table ronde

La diversité des systèmes d'indemnisation en Europe

Intervenants :

- Jacqueline de Baets, administrateur général adjoint, Fonds des Accidents du Travail, *Belgique*
- Françoise Quilichini, responsable de la mission « Evolution de la réparation », CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), *France*
- Philippe Calatayud, juriste à la division des accidents de la Suva (Caisse nationale en cas d'accidents), *Suisse*
- Dirk Beekman, Conseiller au Ministère des Affaires sociales, *Pays-Bas*

Animateur : Marie-Chantal Blandin

Traducteur (néerlandais/français) : Catherine Tron

Marie-Chantal Blandin

Cette première table ronde sera consacrée à la réparation des préjudices définitifs ou permanents ; le sujet est vaste et, dans un souci pédagogique, nous vous proposons de l'aborder sous trois angles différents : quels sont les préjudices indemnisés ? Comment sont-ils évalués ? Comment sont-ils réparés ?

Nous évoquerons également l'immunité patronale et les possibilités qu'ont les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles de recourir aux tribunaux pour obtenir une réparation complémentaire.

La première question s'adresse à Mme de Baets : quels préjudices l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles prend-elle en compte en Belgique ?

Jacqueline de Baets

Avant toute chose, j'aimerais vous indiquer les principales caractéristiques du système belge.

Le risque professionnel est un régime spécifique, distinct de l'assurance maladie-invalidité. Il comporte 2 branches : les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui sont gérées différemment. Les accidents du travail survenus à des salariés du privé sont gérés par des entreprises d'assurance privées, sous le contrôle d'un organisme public : le Fonds des Accidents du Travail (FAT). Quant aux maladies professionnelles contractées par des travailleurs du secteur privé, elles sont entièrement gérées par un organisme public : le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP).

Les salariés du secteur public font, eux, l'objet d'une réglementation spécifique.

Prévention, réparation et réintégration du travailleur handicapé sont régis par des textes légaux et réglementaires la plupart du temps distincts et peuvent dépendre de niveaux de pouvoir différents.

La loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail dans le secteur privé couvre les accidents du travail à proprement parler et les accidents sur le chemin du travail. Les lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives aux maladies professionnelles dans le secteur privé couvrent les affections inscrites sur la liste des maladies professionnelles et prévoient, depuis 1990, un système complémentaire de reconnaissance pour des maladies hors liste.

La loi du 10 avril 1971 indemnise le dommage matériel correspondant à l'incapacité de travail. Cette incapacité permanente - partielle ou totale - de travail correspond à la perte de

capacité concurrentielle de la victime sur le marché général de l'emploi. Elle n'est assimilable ni à l'invalidité physiologique, ni à l'atteinte à l'intégrité physique de la victime et elle ne prend en compte ni le dommage moral, ni le dommage esthétique, sauf si ce dernier porte atteinte à la capacité concurrentielle de la victime.

La Cour de Cassation a défini « l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail comme consistant dans la perte ou la diminution du potentiel économique de la victime sur le marché général de l'emploi : l'étendue de ce dommage s'apprécie non seulement en fonction de l'incapacité physiologique, mais encore en fonction de l'âge, de la qualification professionnelle, de la faculté d'adaptation, de la possibilité de rééducation professionnelle et de la capacité de concurrence sur le marché de l'emploi de la victime. La capacité de concurrence sur le marché général de l'emploi devant être prise en considération pour fixer l'incapacité permanente d'une victime d'un accident du travail est déterminée par les possibilités dont cette dernière dispose encore, comparativement à d'autres travailleurs, d'exercer une activité salariée : à cet égard, le fait qu'au moment où l'incapacité est fixée, il y a un manque ou un excédent de main d'œuvre sur le marché général de l'emploi ne peut être pris en considération ».

Marie-Chantal Blandin

En a-t-il toujours été ainsi ?

Jacqueline de Baets

Avant 1903 prévalaient les règles de la responsabilité civile (sur la base de l'article 1382 du code civil). La première loi instaurant une réparation sur des bases nouvelles : le risque professionnel date du 24 décembre 1903 : l'employeur qui crée le risque est responsable du dommage provoqué par la réalisation de ce risque ; il doit donc indemniser les victimes en vertu d'une responsabilité objective exempte de toute idée de faute. Le caractère forfaitaire de la réparation, même si celle-ci est encore partielle, en constitue la principale caractéristique.

Dès 1951 prévaut le principe de la réparation à 100 %, mais toujours sur la base d'un calcul forfaitaire. L'employeur peut s'assurer mais il reste responsable et débiteur.

Par la loi du 10 avril 1971, applicable au 1^{er} janvier 1972 et toujours en vigueur actuellement, l'obligation d'assurance est introduite. On retire à l'employeur la responsabilité des dommages subis (sauf quelques exceptions liées à la faute intentionnelle) ; de ce fait, il n'est plus débiteur des indemnités fixées par la loi mais c'est à l'organisme assureur ou au Fonds des Accidents du Travail qu'il incombe d'indemniser la victime. On se rapproche ainsi du système de la Sécurité sociale.

Marie-Chantal Blandin

En Suisse, quels préjudices l'assurance prend-elle en compte ?

Philippe Calatayud

Permettez-moi tout d'abord de présenter brièvement la Suva qui est le plus important assureur "accidents" de Suisse. Entreprise autonome de droit public, elle est principalement chargée de gérer l'assurance accidents obligatoire, qui couvre les risques « accident professionnel » (AP) et "non professionnel" (ANP) et "maladie professionnelle" (MP) dans son domaine de compétence, soit environ un tiers des entreprises suisses (environ 100 000 du secteur secondaire) occupant deux tiers des salariés, et l'ensemble des personnes au chômage (environ 1,8 million d'assurés). En sa qualité d'organe d'exécution de la sécurité au travail, elle est également chargée de surveiller l'application des prescriptions sur la prévention des risques professionnels. La Suva ne poursuit aucun but lucratif et ne perçoit aucune subvention de la Confédération. Son conseil d'administration, dont les membres sont nommés par le Conseil fédéral, est paritaire puisque formé de représentants des employeurs (16), des salariés (16) et de la Confédération (8).

Pour en revenir à votre question, je crois important de préciser qu'en Suisse, il n'existe aucune distinction au niveau des prestations entre accidents professionnels-maladies professionnelles et accidents non professionnels.

L'assurance accidents obligatoire pour tous les salariés est, en Suisse, une assurance de "personne" conçue dans le même esprit qu'une assurance de dommages. Elle vise à couvrir les conséquences économiques de l'atteinte à la santé et à la capacité de gain que subissent les victimes. En terme de préjudices permanents, elle répare l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité corporelle (physique ou psychique) et l'impotence.

L'invalidité est une notion essentiellement économique (et non médicale) ; elle reflète la limitation imputable aux séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle sur les possibilités de gain de l'assuré. L'atteinte à l'intégrité est, elle, un dommage immatériel (troubles ressentis en raison de l'atteinte à la santé) clairement distinct de la perte de gain. Enfin, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les six actes élémentaires de la vie quotidienne : se vêtir, se dévêtir/ se lever, s'asseoir, se coucher/ manger/ faire sa toilette/ aller aux WC/ se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts.

Marie-Chantal Blandin

En a-t-il toujours été ainsi ?

Philippe Calatayud

L'assurance accidents a été introduite au début du XX^e siècle par une loi fédérale de 1911. A l'heure actuelle, elle est régie par la loi fédérale sur l'assurance accident (LAA) qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1984 et par la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Les grands principes d'indemnisation sont restés les mêmes. Dans le domaine qui nous occupe, seul le niveau des prestations a été amélioré; la principale innovation de la loi actuelle a été l'indemnisation en tant que telle de l'atteinte à l'intégrité corporelle qui était plus ou moins prise en compte auparavant dans l'évaluation de l'invalidité.

Marie-Chantal Blandin

Comment se positionne le système français par rapport à celui des deux pays qui viennent de nous être présentés ?

Françoise Quilichini

Pour ce qui concerne les préjudices définitifs indemnisés par l'assurance AT-MP, le système français est certainement plus proche de celui en vigueur en Belgique, même s'il s'en distingue par plusieurs aspects, que de celui en vigueur en Suisse.

En effet, c'est l'incapacité permanente de la victime qui est réparée, soit par une indemnité en capital si le taux d'incapacité est inférieur à 10 %, soit par une rente dans les autres cas.

En outre, la victime dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80 % et qui, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, doit recourir à l'assistance d'une tierce personne a droit à une majoration de la rente qui lui est servie.

Selon le code de la Sécurité sociale, l'incapacité permanente est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle. Les quatre premiers éléments de l'appréciation concernent l'état du sujet considéré d'un strict point de vue médical. Le dernier élément relatif aux aptitudes et à la qualification professionnelle est un élément médico-social : le médecin chargé de l'évaluation devra bien mettre en relief cet élément, lorsque les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle lui paraissent devoir entraîner une modification dans la situation professionnelle de la victime ou un changement d'emploi.

Marie-Chantal Blandin

M. Beekman, nous savons que les Pays-Bas n'ont plus d'assurance spécifique pour les accidents du travail-maladies professionnelles depuis 1967 ; en conséquence, le système de Sécurité sociale indemnise de manière identique les périodes d'arrêt de travail et l'invalidité, quelle que soit la cause de la maladie ou de l'invalidité. Quels préjudices l'assurance Invalidité -qui prend en charge les personnes atteintes d'un handicap- répare-t-elle ?

Dirk Beekman

Les Pays-Bas ont effectivement supprimé, à la fin des années 1960, la distinction entre risque général et risque professionnel, et ce pour deux raisons.

Tout d'abord, il semblait injuste que deux travailleurs souffrant d'une même pathologie n'aient pas droit aux mêmes prestations, au motif que l'origine de leur maladie ou de leur handicap était différente. Bien sûr, on n'oubliait pas que la cause de la maladie ou du handicap permet de déterminer les responsabilités, mais on a considéré que le droit à indemnisation devait être le même, quelle que soit la cause de l'incapacité. Car pour la victime, finalement, peu importent les circonstances de son incapacité -qu'elle soit tombée dans l'escalier de sa maison ou dans celui de son usine-, le préjudice est le même dans les deux cas.

En outre, la distinction entre risque social et risque professionnel posait de gros problèmes pratiques. La réglementation sur le risque professionnel s'appliquait à des cas de plus en plus divers ; ce qui rendait de plus en plus difficile la justification d'une distinction entre les deux types de risques et conduisait à multiplier les recours de la part de travailleurs désireux d'obtenir une indemnisation sur la base du risque professionnel.

Finalement, les deux risques ont été réunis dans la Loi sur l'assurance invalidité (WAO), qui était à l'époque la "fine fleur" du système de protection sociale néerlandais. Depuis, toute inaptitude au travail pour raison médicale, quelle qu'en soit la cause, peut conduire à l'attribution d'une pension d'invalidité.

Marie-Chantal Blandin

Après ce premier tour de table sur la nature des préjudices pris en compte, nous allons voir ce qu'il en est de l'évaluation de ces préjudices.

En Belgique, qui est chargé d'évaluer l'incapacité économique de la victime ? A quel moment cette évaluation a-t-elle lieu ? Et selon quelles modalités est-elle effectuée ?

Jacqueline de Baets

Pour les accidents du travail, l'évaluation du préjudice en incapacité permanente a lieu lorsque les lésions sont stabilisées ou ne sont plus susceptibles d'évoluer.

Le médecin-conseil de l'assureur fait une proposition d'indemnisation à la victime ; cette proposition comprend le pourcentage d'incapacité permanente, la date de consolidation des lésions et la description des séquelles. La victime, après accord de son médecin traitant, fait connaître son accord. La proposition est ensuite transmise au Fonds des accidents du travail, qui l'entérine après contrôle administratif et médical.

En cas de désaccord de la victime, de son médecin traitant ou du Fonds, l'affaire est portée devant le Tribunal du Travail. Un expert est désigné. Le Fonds, en cas de refus d'entérinement, peut être appelé à la cause.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, en cas d'incapacité permanente de travail (IPT) résultant d'un accident du travail, le dommage est constitué par la perte de la capacité de gain de la victime. Selon la loi, pour évaluer cette perte de capacité de gain, on se réfère à la rémunération que la victime gagnait avant l'accident. Dans la mesure où la victime n'est plus en mesure de gagner cette rémunération, on parle d'incapacité permanente, totale ou partielle.

Les principes de l'évaluation sont les suivants. L'IPT s'apprécie sur le marché général de l'emploi et pas seulement dans la profession de la victime ; l'état physique est pris en compte

mais on doit aussi tenir compte de l'âge, des capacités professionnelles, de la faculté d'adaptation et des possibilités de recyclage de la victime, mais le risque de chômage n'est pas pris en compte.

La perte salariale réelle (ou l'absence de perte salariale) après l'accident n'est pas en soi un critère pour le calcul du taux d'IPT ; ce qui n'exclut pas toute comparaison salariale. La loi part en effet de l'idée qu'il est possible de mesurer la diminution de valeur économique d'une victime à un moment donné et de la fixer pour le reste de ses jours.

Le législateur a rejeté l'idée d'un barème pour l'évaluation de l'incapacité permanente de travail. Malgré cela, les barèmes jouent un grand rôle dans la pratique et souvent référence est faite au BOBI (barème officiel belge des invalidités).

Une approche alternative est apparue ces dernières années : l'approche « ergologique » effectuée par un psychologue ayant des compétences particulières en matière d'orientation professionnelle. Elle consiste à confronter les possibilités de travail de la victime aux différentes professions qui lui étaient accessibles avant l'accident ou qui, moyennant recyclage, pourraient lui être accessibles. La mesure dans laquelle la victime n'est plus apte, du fait de l'accident, à exercer ces professions est, selon cette méthode, un indicateur du taux d'IPT ; mais dans la pratique, cette méthode peut donner des résultats très divergents.

Le Fonds des Maladies professionnelles procède, quant à lui, différemment : il détermine un taux d'incapacité physique de travail à l'aide de barèmes médicaux approuvés par le comité de gestion, après avis du conseil technique, et qui servent de fil conducteur aux médecins du FMP. A l'aide d'un autre barème, on accorde un supplément pour facteurs socio-économiques au nombre de trois, à savoir : l'âge de la victime, sa formation et la situation du marché de l'emploi dans la région où elle a son domicile. Le résultat de l'addition est le taux global d'IPT accordé à la victime. Les tribunaux connaissent cette façon de faire qui, bien que régulièrement rejetée pour des questions de principe, s'est néanmoins sérieusement implantée dans la pratique.

Marie-Chantal Blandin

Et qu'en est-il aux Pays-Bas ?

Dirk Beekman

Ce sont les médecins du travail et les spécialistes de l'Institut des assurances sociales pour les salariés (UWV) qui prennent la décision de déclarer invalide la personne après un an de maladie. Le mode de calcul du préjudice se fonde sur l'ancienne réglementation du risque professionnel : on détermine quelle est la perte de capacité de gain liée à la maladie ou à l'infirmité. Pour ce faire, on estime le salaire que gagne un travailleur en bonne santé, disposant d'un niveau d'études et d'expérience similaire à celui de la victime, à partir d'une base de données contenant 10 000 métiers et précisant, pour chacun, le salaire et le contenu du travail, et on le compare au salaire que le travailleur malade ou handicapé peut encore gagner. La différence entre ce que gagne le travailleur en bonne santé -qui est notre référence- et ce que peut encore gagner le travailleur malade détermine le degré d'invalidité.

Marie-Chantal Blandin

En Suisse, par qui, comment et à quel moment les préjudices sont-ils évalués ?

Philippe Calatayud

L'invalidité est évaluée à l'issue du traitement, respectivement lorsque l'état de santé de l'assuré est stabilisé et/ou à l'issue d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle (qui sont de la compétence de l'assurance invalidité).

Le service médical de la Suva est chargé de définir "l'exigibilité" : il indiquera dans quelle mesure et pour quelles fonctions et/ou activités l'assuré est handicapé ou celles pour lesquelles il est inapte en raison des suites de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Ces données médicales sont importantes pour déterminer quels types d'activité sont encore accessibles à l'assuré sur le "marché du travail équilibré" –et dans quelle mesure–. Cette dernière notion est théorique et abstraite ; elle sert de critère de distinction pour les cas tombant sous le coup de l'assurance accidents et ceux qui relèvent de l'assurance chômage. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, et ce, concernant aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique (travailleurs qualifiés ou non). Elle ne dépend donc pas de l'état effectif du marché de l'emploi ; il s'agit plutôt de considérer le marché du travail dans son acception théorique, ce qui implique qu'il existe une demande de main-d'œuvre à laquelle l'assuré pourrait encore correspondre malgré son handicap.

Une fois l'exigibilité médicale posée, le service administratif de la Suva détermine quel gain est susceptible d'être généré par l'exercice d'une activité adaptée aux séquelles traumatiques (gain dit d'invalidé). Pour cela, la Suva dispose de plus de 6 500 descriptions concrètes et actualisées de postes de travail mais aussi de statistiques salariales officielles détaillées. Par ailleurs, il conviendra également d'évaluer le gain dit de valide, à savoir le gain qui aurait été réalisé par l'assuré sans la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle (évolution du salaire chez l'employeur et/ou dans la profession exercée à l'époque de l'accident). C'est la comparaison de ces deux gains (hypothétiques) qui détermine le taux d'invalidité.

Pour mieux comprendre, prenons un exemple. Un maçon dont le salaire annuel est de 28 000 euros est victime, en janvier 2000, d'une chute de chantier. Compte tenu des séquelles accidentelles (grave arthrose du genou gauche), il ne peut reprendre son activité mais serait en mesure d'exercer, à pleins temps et rendement, toute autre activité plus légère autorisant l'alternance des positions assise et debout. En 2003, son revenu sans invalidité aurait été de 30 000 euros et son revenu d'invalidé est de 18 000 euros. Dans ces conditions, le taux d'invalidité est de 40 % $\frac{30\,000 - 18\,000}{30\,000} \times 100$

L'atteinte à l'intégrité est, elle, en principe évaluée en même temps que l'invalidité (à la fin du traitement médical ou au moment de la stabilisation des séquelles).

L'évaluation est faite d'après les "constatations médicales objectives" qui font abstraction des effets particuliers ressentis par un individu donné ; il s'agit donc d'une évaluation abstraite, médico-théorique, valable pour tous les assurés. L'estimation de l'atteinte à l'intégrité est en premier lieu du ressort des médecins.

Dans l'annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance accidents (OLAA) figure le barème, non exhaustif, des atteintes à l'intégrité. Il énumère des lésions importantes, servant de référence, ainsi que le taux d'indemnisation correspondant à chacune d'entre elles. Les valeurs indicatives qui s'y trouvent visent à garantir l'égalité de traitement entre les assurés. Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans le barème, celui-ci doit être appliqué par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. Les médecins de la Suva ont d'ailleurs affiné le barème du Conseil fédéral et élaboré des tables de calcul complémentaires. Citons quelques exemples : la perte d'un gros orteil correspond à 5 %, la perte d'une main à 40 %, la paraplégie à 90 % et la cécité totale à 100 % (c'est le maximum).

Quant à l'impotence, elle est évaluée à la fois par les médecins (pour la crédibilité des "empêchements") et le service extérieur (pour l'enquête sur le déroulement concret d'une journée) de la Suva. Il existe trois degrés d'impotence : grave (impossibilité de réaliser tous les actes élémentaires de la vie quotidienne et besoin de soins permanents ou surveillance personnelle)/ moyen (impossibilité de réaliser la plupart des actes)/ faible (impossibilité de réaliser deux actes au moins).

Marie-Chantal Blandin

Auquel des systèmes présentés le système français s'apparente-t-il le plus ? En quoi s'en distingue-t-il ?

Françoise Quilichini

Le régime français a quelques similitudes avec le régime belge. Lorsque les séquelles sont stabilisées, le médecin conseil de l'organisme fixe le taux d'incapacité après examen de la victime. Ce taux tient compte de la nature des séquelles retenues et est déterminé en fonction de deux barèmes d'évaluation officiels (AT/MP), annexés au Code de la sécurité sociale, qui n'ont toutefois qu'un caractère indicatif : le médecin chargé de l'évaluation a l'entière liberté de s'écarter des chiffres des barèmes qui sont des taux moyens, mais il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.

Les éléments dont le médecin doit tenir compte, sont :

- la nature de l'infirmité : cet élément doit être considéré comme la donnée de base d'où l'on partira, en y apportant les correctifs, en plus ou en moins, résultant des autres éléments. Cette première donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain ;
- l'état général : il s'agit là d'une notion classique qui fait entrer en jeu un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures –qu'elles résultent d'accident ou de maladie- ; il en sera tenu compte lors de la fixation du taux médical ;
- l'âge : cet élément doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé ;
- les facultés physiques et mentales : il devra être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal ;
- les aptitudes et qualification professionnelles : la notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit là des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle de se reclasser ou de réapprendre un métier compatible avec son état de santé.

Au vu de tous ces éléments, le médecin-conseil qui a pu auparavant recueillir l'avis du médecin du travail sur l'aptitude de la victime –avec l'assentiment de cette dernière– à l'exercice de sa profession, transmet son rapport au service administratif faisant état de son avis et du taux d'incapacité permanente qu'il propose.

A la différence du système belge, il n'y a pas de proposition d'indemnisation, mais une notification d'attribution de taux que la victime peut toujours contester.

Si, malgré l'existence des dispositifs qui peuvent favoriser sa réinsertion, la victime est incapable de reprendre son activité en raison des séquelles de l'accident ou de la maladie ou que les séquelles entraînent une diminution conséquente de son salaire, le taux propre peut être majoré par le service administratif. Cette pratique n'est pas issue des textes proprement dits mais résulte de la jurisprudence. La caisse adresse ensuite à la victime une notification faisant état du taux global, avec mention des voies de recours.

Marie-Chantal Blandin

Nous allons aborder maintenant la question, sans doute plus délicate, des modalités de la réparation. A partir de quel degré de gravité du dommage une prestation est-elle servie ?

Comment les prestations sont-elles calculées et sous quelles formes sont-elles versées ?
Qu'en est-il pour tous ces aspects, aux Pays-Bas ?

Dirk Beekman

La WAO prévoit deux types d'indemnisation.

Dans un premier temps, une indemnité compensatoire de perte de salaire correspondant à 70 % du dernier salaire est versée. Sa durée de versement est fonction de l'âge de la victime : ainsi par exemple il n'y aura pas de prestation pour un travailleur de moins de 32 ans, l'indemnité sera versée pendant 1 an pour un travailleur entre 38 et 42 ans et jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans) à partir de 59 ans.

Lorsque le travailleur n'a plus –ou n'a pas– droit à cette première prestation, il perçoit une indemnité de prolongation des droits, dont le calcul est complexe, car il y a 7 classes d'incapacité de travail (à chacune correspond un pourcentage du salaire de référence). En gros, l'indemnité peut aller de moins de 50 % à près de 70 % du salaire pour une incapacité totale. Dans la plupart des cas, les conventions collectives prévoient de la compléter jusqu'à 70 % du salaire.

Là encore, prenons un exemple concret : un comptable qui gagne 100 euros par jour et qui perd une jambe lors d'un accident ne sera pas considéré comme invalide ; en effet, un comptable cul-de-jatte peut gagner le même salaire qu'un comptable "normal".

Mais un ouvrier du bâtiment qui gagne 100 euros par jour et qui perd une jambe ne peut plus exercer son ancienne profession. La consultation de la base de données des professions permettra de déterminer le salaire qu'un travailleur avec une formation et une expérience similaires peut encore gagner. Il est probable que l'ouvrier pourra encore exercer un emploi administratif ou un autre emploi non physique. Si ce type de travail n'est pas payé plus de 50 euros par jour (selon la base de données), la perte de revenu sera de 50 %. On en déduit que l'ouvrier a un taux d'incapacité de 45/55 %. Comme les prestations pour incapacité totale correspondent à 70 % du salaire, l'ouvrier aura droit à 50 % des 70 % de son salaire journalier.

Si un agent de nettoyage qui touche un salaire peu élevé, disons 50 euros par jour, perd une jambe, il ne peut plus exercer son ancienne profession, ni, sans doute, aucune autre (notamment s'il s'agit d'une personne qui n'a pas fait d'études et qui maîtrise mal le néerlandais). Sa capacité de gain est donc réduite à zéro ; il sera déclaré invalide à 100 % et percevra 70 % de son salaire journalier.

Marie-Chantal Blandin

Mme de Baets, comment les choses se passent-elles en Belgique ?

Jacqueline de Baets

L'incapacité temporaire est couverte par une indemnité journalière égale à 90 % de la rémunération quotidienne moyenne (soit la rémunération de base divisée par 365 éventuellement plafonnée et versée 7 jours sur 7). L'incapacité temporaire partielle est indemnisée sur base de la différence entre le salaire gagné au moment de l'accident et le salaire gagné à la reprise partielle.

L'incapacité permanente est, elle, indemnisée sous forme d'une allocation à partir de la date de consolidation pendant une période de 3 ans (appelée délai de révision) à l'issue de laquelle cette allocation se transforme en rente viagère.

Une allocation est accordée à partir de 0,5 % jusque 100 % d'incapacité permanente ; elle est éventuellement majorée d'un pourcentage d'aide de tiers. Elle est indexée à partir de 16 %.

Les taux inférieurs à 5 % sont diminués de moitié ; la diminution est d'un quart pour les taux compris entre 5 et 10 %

L'allocation/rente est versée annuellement lors le taux est inférieur à 10 % et mensuellement au delà de 10 %.

La base de calcul de l'allocation/rente (soit la rémunération de base) est constituée par la rémunération gagnée pendant l'année qui précède l'accident (période de référence). Elle comprend, outre les rémunérations, le pécule de vacances, l'allocation de fin d'année et autres primes, les avantages en nature, les heures supplémentaires et les jours fériés. En sont exclus : le remboursement de frais, la fourniture des outils et des vêtements de travail.

La rémunération de base est plafonnée à 25 893,45 euros en 2003.

Ces allocations/rentes sont soumises aux retenues de sécurité sociale ; elles sont également soumises aux retenues fiscales pour les taux supérieurs à 20 % (il est admis que les prestations ne réparent pas une perte de revenus et ne sont donc pas assujetties à l'impôt, si le pourcentage n'excède pas 20 % ou si la victime perçoit une pension de retraite ou de survie). L'exonération peut être partielle lorsque le pourcentage est supérieur à 20 % et lorsque la victime n'est pas pensionnée : seule la partie excédant les 20 % sera alors fiscalisée, sauf si la victime apporte la preuve qu'elle n'a pas subi de perte de revenu ou que la perte de revenu est inférieure à la partie imposable ; dans ce cas, elle a droit à une exonération supérieure à 20 %, voire totale (ex. : par comparaison entre le salaire actuel et le salaire avant l'accident du travail ou la maladie professionnelle ou par une décision judiciaire dans laquelle le montant de la perte de revenus est établi distinctement).

En maladies professionnelles, le système de réparation est très proche de celui prévu pour les accidents du travail, à une exception près toutefois : la notion de délai de révision n'existe pas.

Marie-Chantal Blandin

Et en France ?

Françoise Quilichini

L'incapacité temporaire est servie à compter du lendemain de l'accident. En effet, le jour de l'accident est à la charge de l'employeur. Les 28 premiers jours d'arrêt sont calculés sur un taux de 60% du gain journalier de base brut de la victime ; à partir du 29^{ème} jour, l'indemnité est calculée sur 80 % de cette base mais sans pouvoir dépasser le salaire net. Cette indemnité journalière sera servie tant que le médecin traitant prescrira l'arrêt de travail, et que le médecin conseil de l'organisme le justifiera.

La consolidation des séquelles intervient à la cessation des soins et /ou de l'arrêt et c'est à cette date que seront fixées les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Pour ce qui concerne l'indemnisation permanente, si le taux d'incapacité est inférieur à 10%, la victime percevra une indemnité en capital dont le montant variera en fonction du taux. Ce versement sera unique, sauf en cas d'aggravation des séquelles. A partir de 10%, il sera servi une rente viagère calculée en fonction du taux d'incapacité et du salaire de la victime. Le taux d'incapacité subira une minoration ou une majoration selon qu'il est inférieur ou supérieur à 50%. S'il est inférieur, il sera divisé par deux ; s'il est supérieur, il sera majoré de la moitié supérieure à 50 %. Ainsi, pour un taux IP de 20%, la rente sera calculée sur un taux de 10%, mais pour un taux IP de 80 %, la rente sera calculée sur un taux de 70%, $(50/2+30*1,5)$. Ce calcul sera définitif, à moins d'une révision à la demande de la victime ou sur l'initiative du médecin conseil de l'organisme.

Marie-Chantal Blandin

En Suisse, à partir de quel degré de gravité du dommage une prestation est-elle servie ? Comment les prestations sont-elles calculées ? Et sous quelles formes sont-elles versées ?

Philippe Calatayud

Seule une invalidité d'au moins 10 % donne droit à l'octroi d'une rente d'invalidité ; celle-ci est versée mensuellement la vie durant (il s'agit d'une prestation viagère).

La base sur laquelle va porter le taux d'invalidité, pour le calcul du montant de la rente, est le gain annuel assuré, qui correspond en principe au gain effectivement réalisé durant les

365 jours qui ont précédé la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle (le plafond légal actuel est de 106 800 francs suisses, soit environ 71 000 euros).

En cas d'invalidité totale (100 %), la rente s'élève à 80 % du gain assuré (il s'agit du maximum légal). Si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Ainsi, pour un gain assuré (rémunération antérieure) de 3 000 euros, la mensualité de rente s'élèvera à :

- 2 400 euros si l'invalidité est de 100 % (ce qui correspond à 80 % du salaire)
- 1 920 euros si l'invalidité est de 80 % (ce qui correspond à 64 % du salaire)
- 960 euros si l'invalidité est de 40 % (ce qui correspond à 32 % du salaire)
- 240 euros si l'invalidité est de 10 % (ce qui correspond à 8 % du salaire)

A ces montants de rente de base s'ajoutent des allocations pour compenser le renchérissement du coût de la vie.

Si l'assuré perçoit par ailleurs une rente de l'assurance invalidité ou de l'assurance vieillesse et survivants (autres assurances sociales suisses), la rente (complémentaire) de l'assurance accidents sera, le cas échéant, diminuée de telle sorte que le total des rentes versées n'excède par 90 % du gain annuel assuré (en vertu du principe de non surindemnisation).

Enfin, même si la rente d'invalidité est versée la vie durant, elle peut, d'office ou sur demande, être révisée à la hausse ou à la baisse et jusqu'à l'âge officiel de la retraite (actuellement 65 ans pour les hommes, 62 pour les femmes), si le taux d'invalidité varie notablement.

Pour ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, seule une atteinte "importante", soit supérieure ou égale à 5 %, est indemnisée par l'octroi d'une indemnité. Contrairement à la rente, il s'agit là d'une prestation unique en capital.

La base sur laquelle va porter le taux d'atteinte à l'intégrité, pour le calcul du montant alloué, est cette fois-ci non pas le gain effectivement réalisé mais le gain annuel maximum assuré au moment de la survenance de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle (soit environ 71 000 euros actuellement).

La perte d'un gros orteil donne lieu au versement d'un capital de 5 340 francs suisses (environ 3 560 euros) ; une paraplégie, à un capital de 96 120 francs suisses (environ 64 100 euros). L'on retrouve ici, une nouvelle fois, le caractère égalitaire de cette prestation (dont le calcul est totalement indépendant des revenus effectifs) et son absence de connexité avec la rente d'invalidité. A noter encore qu'une révision du taux de l'atteinte à l'intégrité, et donc l'octroi ultérieur d'une indemnité complémentaire, est possible s'il survient une aggravation importante et imprévisible des séquelles.

Quant à l'allocation pour impotence, elle est versée mensuellement. A l'instar de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle est égalitaire et indépendante du gain assuré. La base de son calcul est constituée par le gain journalier maximum assuré (actuellement de 293 francs suisses, soit environ 195 euros). Le montant mensuel (multiple de la base) est déterminé en fonction du degré d'impotence : il correspondra au sextuple en cas d'impotence grave, au quadruple pour une impotence moyenne et au double pour une impotence faible.

Marie-Chantal Blandin

Un autre point que vous voudrions aborder au cours de cette table ronde concerne l'immunité patronale qui est souvent présentée comme le corollaire du caractère obligatoire de l'assurance. Chacun des participants à la table ronde aura à répondre à trois questions : le principe de l'immunité patronale existe-t-il dans votre pays ? Y a-t-il des exceptions à ce principe ? Et si oui, dans quels cas ?

Jacqueline de Baets

Le système forfaitaire met l'employeur, son mandataire ou son préposé à l'abri des recours en responsabilité civile. C'est la contrepartie de l'obligation d'assurance et cela contribue au maintien de la paix sociale dans les entreprises. En conséquence, la victime ainsi que ses ayants droit est exclue du bénéfice de l'action en responsabilité civile pour la partie du préjudice couvert en loi. Mais la fiancée, la compagne... de la victime peuvent y recourir. Par ailleurs, le cumul des indemnisations-loi et action civile est interdit et le règlement loi a priorité sur le règlement action civile.

Les seules exceptions au principe de l'immunité patronale sont :

- la faute intentionnelle de l'employeur, de son mandataire ou de son préposé ;
- le dommage aux biens ;
- l'accident sur le chemin du travail. Dans ce cas, le travailleur n'est plus supposé se trouver sous l'autorité de l'employeur et si la responsabilité de celui-ci est engagée, la victime peut se retourner contre lui, ou contre ses mandataires et préposés ;
- l'accident de circulation, fût-il un accident du travail. Dans ce cas, l'immunité légale de l'employeur, de ses mandataires et préposés ne jouera pas si leur responsabilité est engagée ; toute discrimination entre victimes d'un accident de roulage, accident du travail ou sur le chemin du travail est ainsi supprimée ;
- la méconnaissance grave et circonstanciée des règles de sécurité.

En ce qui concerne la responsabilité civile de l'employeur, on relève une légère différence entre les législations accidents du travail et maladies professionnelles. L'alinéa 2 de l'article 51 des lois coordonnées sur les maladies professionnelles innove en matière de responsabilité civile, en introduisant une assimilation à l'acte intentionnel. Ce texte dispose que tout employeur qui a continué à exposer des travailleurs aux risques de maladies professionnelles est considéré comme ayant intentionnellement provoqué la maladie, si les fonctionnaires désignés pour le contrôle de l'exécution de la loi ont signalé par écrit le danger auquel il expose ses travailleurs en ne se conformant pas aux obligations que lui imposent les dispositions légales et réglementaires relatives à la sécurité et à l'hygiène du travail. La loi énumère donc les conditions précises pour que le comportement décrit entraîne, pour l'employeur, les mêmes conséquences que sa faute intentionnelle et que les règles du droit commun soient à nouveau applicables.

Françoise Quilichini

En principe, l'application de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles exclut l'application du droit commun de la responsabilité entre la victime et son employeur ou les préposés de celui-ci. Cependant, la recherche d'une plus grande équité a imposé des limites à cette exclusion : la faute intentionnelle ou la faute inexcusable de l'employeur ou de son préposé peut être invoquée.

En cas de faute intentionnelle de l'employeur, la victime a droit aux prestations prévues par la législation sur les accidents du travail. La caisse de sécurité sociale peut engager une action contre l'employeur, à l'effet d'obtenir le remboursement des prestations versées. Et la victime peut engager une action directement contre l'employeur afin d'obtenir un complément de réparation, de façon à ce que la réparation globale soit intégrale.

La notion de faute imputable soit à l'employeur soit à son préposé a été élargie, dès la loi de 1898, grâce au concept de faute inexcusable. Selon une définition longtemps constante de la Cour de cassation, il s'agit *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 intentionnelle.*

Depuis 2002, la Cour de cassation a donné une nouvelle définition de la faute inexcusable de l'employeur. En vertu du contrat qui le lie avec son salarié, *l'employeur est tenu d'une*

obligation de sécurité de résultat. Tout manquement à cette obligation constitue une faute inexcusable.

En cas d'accident du trajet, l'immunité de l'employeur tombe également s'il est l'auteur de l'accident ou si cet accident est causé par ses préposés ou plus généralement par une personne de la même entreprise.

Il en est de même en cas d'accident du travail qui survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique un véhicule terrestre à moteur, conduit par l'employeur, un de ses préposés ou une personne de la même entreprise.

Philippe Calatayud

En Suisse, il n'y a pas d'immunité patronale : en cas d'accident professionnel, un recours contre l'employeur de la victime est possible. Le fondement de la responsabilité peut être contractuel (art. 328 du Code des obligations : protection de la personnalité du travailleur) ou éventuellement délictuel (art. 41 CO).

Jusqu'au 31 décembre 2002, un tel recours, tant pour les prétentions de l'assureur social qu'est la Suva que pour celles, directes, de la victime, n'était envisageable qu'en cas de faute intentionnelle (acte volontaire qui provoque la survenance de l'accident) ou de négligence grave (violation d'un devoir élémentaire de prudence ou non-observation de mesures de protection importantes, dont le respect s'impose à tout être humain raisonnable placé dans la même situation et les mêmes circonstances) de l'employeur. Mais, depuis l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2003, de la LPGA (art. 75 al. 2), ces conditions restrictives ne régissent plus que l'action récursoire des assureurs sociaux.

Il n'y a pratiquement jamais de procès de ce type. Les affaires se règlent le plus souvent à l'amiable ou par transaction avec les assureurs responsabilité civile des entreprises concernées. Mais l'entrée en vigueur de la LPGA entraînera probablement une augmentation des recours directs des victimes.

Marie-Chantal Blandin

Aux Pays-Bas, la situation doit être bien différente, vu qu'il n'existe plus d'assurance spécifique contre les risques professionnels. La victime a-t-elle la possibilité de poursuivre son employeur devant les tribunaux pour obtenir une réparation complémentaire à celle servie par l'assurance Invalidité ? De tels recours sont-ils fréquents ? Concernent-ils des types d'accidents ou de maladies particuliers ? Et quels sont les types de dommages pris en compte par les tribunaux ?

Dirk Beekman

Dans les cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, le travailleur n'a pas d'autre solution que d'engager un recours en responsabilité civile contre son employeur. Naguère, lorsque le niveau des prestations était encore élevé, les recours étaient rares. Mais ces dix dernières années, il y en a eu de plus en plus.

Ces procédures ne sont pourtant pas faciles pour le travailleur qui doit prouver que sa maladie est bien professionnelle et qu'elle peut être attribuée à une entreprise. Il doit aussi faire reconnaître son préjudice. Quoique les juges soient plutôt bien disposés à l'égard des salariés, ceux-ci doivent se débrouiller entre les avocats, les syndicats et les assureurs responsabilité civile. Même s'il ne va pas jusqu'au procès (négociations avec les assurances), le salarié attend parfois des années avant de toucher son argent.

L'avantage d'une procédure civile est qu'elle permet d'obtenir beaucoup plus que dans le cadre d'une assurance "risque professionnel", tant au niveau des préjudices invoqués que de leur évaluation. Aux Pays-Bas, les recours concernent souvent des maladies qui sont rarement reconnues comme professionnelles dans d'autres pays (épuisement professionnel ou *burnout*, troubles musculosquelettiques, troubles psychiques légers). De plus, les salariés font état de toutes sortes de préjudices, qui sont parfois acceptés. En effet, le juge lui-même n'est pas tenu par des règles immuables pour ce qui concerne la détermination de la responsabilité et le montant de l'indemnisation.

Marie-Chantal Blandin

Brièvement, j'aimerais vous poser une dernière question : le système actuellement en vigueur dans votre pays bénéficie-t-il d'un consensus social ? Sinon, quels sont les éléments contestés ? Par qui ? Et quelles suites peut-on attendre de cette contestation ?

Jacqueline de Baets

En Belgique, le système actuellement en vigueur bénéficie d'un consensus social, accentué par l'importance de la gestion paritaire dans le secteur des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Philippe Calatayud

Pour la Suisse, la réponse à votre première question est oui ; ce qui est normal au pays où le consensus est élevé au rang "d'art de vivre". Ce consensus tient notamment au caractère complet, objectif et égalitaire du catalogue d'indemnisation des "dommages définitifs" des victimes d'accident ou de maladie professionnelle.

Dirk Beekman

Le gros inconvénient de l'assurance "invalidité" est qu'elle combine les caractéristiques des assurances "risque social" et "risque professionnel". En effet, elle associe le niveau d'indemnisation élevé et le principe des différentes catégories d'invalidité propres à l'assurance "risque professionnel" aux conditions d'application beaucoup plus souples d'une assurance "risque social". Cela a contribué à ce que le nombre de personnes pouvant prétendre à des prestations augmente fortement ; d'où les graves problèmes politiques et sociaux que nous connaissons depuis une quinzaine d'années : on parle de l'assurance incapacité comme du point sensible de la politique néerlandaise. Le gouvernement actuel est, lui aussi, aux prises avec ce problème, et comme la conjoncture économique se dégrade, il est obligé de prendre des mesures.

Les Pays-Bas vont donc devoir préciser, pour la deuxième fois, la notion d'incapacité de travail : il est prévu que des conditions d'accès plus sévères s'appliquent à l'incapacité totale et que les personnes en incapacité partielle ne perçoivent pas plus d'une prestation minimale si elles ne travaillent pas par ailleurs. En outre, les prestations en cas d'incapacité partielle seraient soumises à des conditions de revenus : si une personne en incapacité partielle a un conjoint qui travaille et qui touche un salaire décent, elle ne percevrait pas de prestations. Mais un tel système ne respecterait pas la convention 121 de l'Organisation Internationale du Travail sur les accidents du travail et maladies professionnelles. Selon ce traité, en effet, le travailleur a droit à des prestations sans conditions, même en cas d'incapacité partielle. Cet obstacle juridique pourrait nous conduire à mettre à nouveau en place une assurance spécifique pour le risque professionnel. C'est pourquoi nous avons entrepris de préparer un projet de loi en ce sens, mais la décision revient au Parlement et au Gouvernement. Toujours est-il que si une assurance "risque professionnel" est mise en place, elle sera confiée au système privé. Tous les employeurs seront alors obligés de s'assurer contre les risques professionnels auprès d'un assureur privé et le travailleur victime d'un préjudice aura droit à des prestations versées par cet assureur. Mais il faut dire qu'une telle proposition est très controversée dans la société néerlandaise.

Marie-Chantal Blandin

Merci à chacun de nos intervenants d'avoir répondu à la fois avec clarté et en toute franchise à ces questions.

Deuxième table ronde

Les réformes récentes ou en projet

Intervenants :

- Vincenzo Mungari, Président de l'INAIL, et Giuseppe Cimaglia, Chef du département Médical de l'INAIL, *Italie*
- Marianne Nati-Stoffel, Secrétaire générale du Conseil économique et social, et René Pizzaferrri, membre du Conseil économique et social, rapporteur de l'avis, *Luxembourg*
- Françoise Quilichini, responsable de la mission « Evolution de la réparation », CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), *France*

Animateur : Marie-Chantal Blandin

Traducteur (italien/français) : Hélène Joguet-Lecointre

Marie-Chantal Blandin

Au cours de cette deuxième table ronde vont vous être présentées trois réformes, soit intervenues récemment dans le domaine de la réparation des victimes d'accidents du travail-maladies professionnelles - c'est le cas en Italie -, soit en projet –au Luxembourg et en France–.

Ma première question s'adresse à nos collègues italiens : pour quelles raisons la réforme dite du « dommage biologique » a-t-elle été introduite en Italie ?

Vincenzo Mungari

Avant que le Professeur Cimaglia ne réponde à cette question, je souhaiterais vous présenter brièvement l'INAIL –l'Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail–, qui tient un rôle central dans le système italien de sécurité sociale. Organisme public sous tutelle des pouvoirs publics, l'Institut est, depuis sa création, chargé de recouvrer les cotisations et de verser les prestations. Une réforme intervenue en février 2000 a modifié en profondeur ses missions, puisqu'il doit devenir un « système de protection intégrale du travailleur » dans lequel la fonction traditionnelle de réparation est complétée par des fonctions de prévention, soins, réadaptation et réintégration du travailleur accidenté dans la vie professionnelle et sociale.

Un tel changement de contexte, qui s'est accompagné d'autres réformes fondamentales comme l'indemnisation du dommage biologique ou l'élargissement de la population assurée, exige que l'INAIL s'adapte pour faire face efficacement à ses nouvelles missions ; cela suppose notamment de mieux connaître les risques professionnels dans un monde du travail changeant pour mieux les prévenir

Giuseppe Cimaglia

C'est une décision de la Cour constitutionnelle² de 1991 portant sur les modalités d'indemnisation des dommages aux personnes dans le cadre de l'assurance responsabilité civile qui est à l'origine de la réforme. Avant cette décision, la réglementation de l'INAIL et les dispositions du Code civil italien prévoyaient que la réparation des dommages aux personnes engageant la responsabilité d'un tiers devait uniquement couvrir la « perte de gain », c'est-à-dire le préjudice patrimonial lié à la perte de capacité physique de la victime. Or, la Cour a considéré qu'à côté de la perte de gain, il fallait introduire une notion de « dommage-événement » couvrant les atteintes à l'intégrité psychique et/ou physique de la victime, même si elles n'entraînaient pas de préjudice patrimonial. Il s'agit donc de réparer un dommage à la santé en tant que tel.

² Équivalent du Conseil constitutionnel (N.d.T.).

Comme l'assurance obligatoire de l'INAIL a pour but de dégager l'employeur de sa responsabilité civile en cas de dommages subis par un de ses salariés, il s'est avéré nécessaire d'adapter l'indemnisation des préjudices consécutifs à un accident du travail ou à une maladie professionnelle à la décision de la Cour constitutionnelle, sinon la responsabilité civile de l'employeur à l'égard de ses salariés n'aurait été que partiellement garantie. Dans ces conditions, le salarié aurait pu poursuivre son employeur en justice (il ne se privait d'ailleurs pas de le faire) pour obtenir réparation de la partie du dommage (dommage biologique) non indemnisée par l'assurance obligatoire.

Marie-Chantal Blandin

La réforme a-t-elle été facile à introduire ?

Giuseppe Cimaglia

L'introduction de la réforme ne s'est faite ni simplement, ni rapidement. A la suite d'autres avis émis par la Cour constitutionnelle en faveur de la prise en compte du dommage biologique dans la couverture du risque Accidents du travail-Maladies professionnelles, l'INAIL avait mis en place, dès 1991, une première commission composée notamment de juristes et de médecins experts. Les travaux de cette commission ont duré jusqu'en 1995, mais sans résultats tangibles. Une autre commission a été nommée en 1995 et a travaillé sur le sujet jusqu'en 1996 sans parvenir à de meilleurs résultats.

Ce n'est qu'en 1999 que la loi n°144 du 17 mai a délégué au Gouvernement le pouvoir de réglementer dans les neuf mois suivants diverses matières, dont l'introduction du dommage biologique dans les garanties de l'assurance obligatoire contre les Accidents du travail-Maladies professionnelles.

Un petit groupe de travail composé de membres de l'INAIL a élaboré un projet dont la faisabilité économique a été vérifiée et qui a été soumis à l'approbation des partenaires sociaux, lesquels l'ont accepté à l'unanimité. Il y a eu bien sûr quelques réclamations, mais elles émanaient d'universitaires présents au sein des deux premières commissions et qui n'avaient pas été impliqués dans l'élaboration du projet.

Marie-Chantal Blandin

Concrètement, que recouvre l'expression « dommage biologique » ?

Giuseppe Cimaglia

Cette expression désigne une atteinte à l'intégrité psychique et/ou physique de la victime pouvant être établie par une expertise médicale. Il s'agit donc d'un préjudice psychique ou physique considéré indépendamment des conséquences économiques qu'il peut entraîner, soit, en d'autres termes, un dommage à la santé en tant que droit fondamental de l'individu protégé par la Constitution italienne.

Il faut préciser que le concept de santé tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé est plus large encore puisqu'il intègre, outre la notion de bien-être physique et psychique, celle de « bien-être social » qui concerne les interactions de l'individu dans la société humaine. Si le Code civil italien tient compte de cet aspect, subjectif et donc variable d'un individu à l'autre, dans ses dispositions sur la responsabilité civile, ce n'est pas le cas de la réglementation spécifique prévue par l'assurance obligatoire AT-MP, qui est de nature indemnitaire et prédéterminée.

Marie-Chantal Blandin

Pouvez-vous expliquer en quoi consiste concrètement la réforme ?

Giuseppe Cimaglia

Comme je viens de le dire, mais cela mérite d'être rappelé, l'assurance AT-MP est une assurance à caractère indemnitaire, c'est-à-dire qu'elle répare le préjudice d'une manière prédéterminée et équitable, à la différence de la garantie responsabilité civile qui prévoit une réparation intégrale du préjudice, déterminée au cas par cas pour chaque victime.

Dans ce contexte, le dommage biologique en tant qu'atteinte à l'intégrité psychique et/ou physique de la victime, est indemnisé selon des paramètres économiques prédéterminés et inscrits dans des barèmes spéciaux. Ainsi il a été convenu que les atteintes entraînant une perte de capacité relativement modeste (de 6 à 15%) devaient être seulement indemnisées en tant que dommage biologique, car on admet qu'elles n'ont pas d'incidence sur la capacité de gain de la victime.

En revanche, les victimes d'atteintes entraînant des pertes de capacité supérieures ou égales à 16% perçoivent une rente qui tient compte des conséquences économiques du dommage biologique mais aussi d'une composante corrélée au revenu assuré.

Par ailleurs, les AT-MP entraînant une perte de capacité inférieure à 6% ne sont pas indemnisés, et ce en vertu du caractère solidaire et social de l'assurance obligatoire qui tend à donner la priorité aux préjudices les plus importants.

Marie-Chantal Blandin

Comment et par qui est évalué le dommage biologique subi par la victime ?

Giuseppe Cimaglia

Le dommage (perte de capacité) subi par la victime d'AT-MP est évalué en fonction de barèmes établis conformément à l'ordonnance n°38 du 23 février 2000 émanant de la Direction médicale générale de l'INAIL et publiés dans un arrêté du ministère du Travail et des Politiques sociales.

Ce sont les médecins experts de l'INAIL qui examinent la victime et procèdent à l'évaluation du préjudice subi en se référant aux barèmes que je viens de mentionner.

Marie-Chantal Blandin

La victime a-t-elle la possibilité de contester l'indemnisation qui lui est accordée ?

Giuseppe Cimaglia

Une fois le préjudice évalué par le médecin expert, la victime est informée du montant de son indemnisation (sous forme de capital pour les pertes de capacité de 6 à 15% ou de rente pour celles supérieures ou égales à 16%). Si le montant de l'indemnisation prévue est contesté ou si le cas n'est pas reconnu comme justifiant une indemnisation parce qu'il ne répond pas aux exigences prévues par la réglementation, la victime peut déposer un recours et demander, directement ou par l'intermédiaire d'un représentant (par exemple les *patronati*, organismes créés par les organisations syndicales pour assister gratuitement les travailleurs), une rencontre entre un médecin de l'INAIL et un médecin la représentant, pour discuter de son cas. Si cet entretien ne répond pas à ses attentes, la victime peut s'adresser à la justice.

Marie-Chantal Blandin

Est-il possible de dresser un premier bilan de la réforme ?

Giuseppe Cimaglia

Comme l'attribution d'une rente et/ou d'une indemnisation en capital suite à un accident du travail-maladie professionnelle déclaré au cours d'une année civile prend plusieurs années, pas moins de 5-6 ans pour la plupart, mais jusqu'à 9-10 ans dans certains cas, il est évident que, trois ans et demi seulement après l'introduction de la réforme, nous ne disposons que de données partielles et de projections sur les effets de la nouvelle réglementation.

Les premières constatations et les projections effectuées indiquent que les dépenses supplémentaires par rapport à la période précédente correspondent aux prévisions de l'ordonnance n°38 du 23 février 2000, qui les évaluait à 170 millions d'euros.

En ce qui concerne le contentieux, le recueil de données sur le nombre et l'issue des procédures judiciaires en cours prend du temps. À ce propos, il faut aussi tenir compte du fait que la mise en place de la nouvelle réglementation a temporairement « inhibé » les actions contentieuses, sans doute parce qu'il est nécessaire, pour les organismes de

défense des salariés comme pour d'autres, de bien prendre connaissance des changements introduits.

Marie-Chantal Blandin

Quelles conséquences la réforme a-t-elle eu sur le financement de l'assurance, notamment sur les taux de cotisation des entreprises ?

Giuseppe Cimaglia

La réforme n'a pas entraîné d'augmentation des taux moyens appliqués aux entreprises. Elle a néanmoins été financée par une taxe additionnelle spéciale sur les cotisations versées par l'employeur, dont le montant est fixé chaque année par un arrêté du ministère du Travail et des Politiques sociales en accord avec le ministère de l'Économie et des Finances, sur proposition du Conseil d'administration de l'INAIL. La taxe additionnelle est calculée en fonction des dépenses supplémentaires occasionnées par l'indemnisation du dommage biologique pour chaque année de référence.

Jusqu'à présent, la taxe additionnelle sur les cotisations d'assurance a été fixée comme suit : 0,88% pour l'année 2000, 2,04% pour l'année 2001, et 1,71% pour l'année 2002.

Marie-Chantal Blandin

Après l'Italie, nous partons au Luxembourg où un projet de réforme de l'assurance accidents du travail a été élaboré par le Conseil économique et social.

Dans quel contexte cet organisme a-t-il été saisi du sujet ?

Marianne Nati-Stoffel

Le Conseil économique et social a été invité par le Gouvernement à soumettre la loi de base sur l'assurance accidents –qui remonte à 1925– à un examen approfondi, car, contrairement aux autres législations en matière d'assurances sociales, cette loi n'avait pas encore été soumise à une révision générale.

La saisine gouvernementale esquissait d'ailleurs des pistes de réflexion sur les problèmes à analyser, notamment le champ d'application, les risques couverts, le financement, les prestations et l'organisation administrative de l'assurance accidents.

Concernant les prestations –qui sont le sujet de cette journée-débat–, il était demandé au Conseil d'examiner la justification dans le contexte actuel

- du principe de l'appréciation de l'incapacité de travail sur le marché général du travail sans relation avec la perte de revenu effective subie par l'accidenté dans sa profession,
- des modalités d'indemnisation de l'incapacité de travail de faible importance,
- des modalités d'indemnisation des survivants du titulaire d'une rente qui n'est pas décédé à la suite de l'accident professionnel,
- des dispositions tendant à limiter le cumul des rentes avec les pensions qui sont actuellement différentes en ce qui concerne les régimes de pensions contributif et non contributif,
- de l'exemption des rentes en ce qui concerne les impôts et cotisations de sécurité sociale,
- des modalités d'indemnisation du dégât matériel accessoire en ce qui concerne entre autres le double emploi avec des assurances privées "tous risques" des voitures.

Marie-Chantal Blandin

De quand date cette demande du Gouvernement ?

Marianne Nati-Stoffel

La saisine du CES remonte à mars 1992 ; à l'époque, le Premier Ministre avait demandé un avis sur huit problèmes spécifiques. En mai 1992, dans l'impossibilité d'examiner

simultanément ces huit questions, le Conseil s'est fixé des priorités : l'analyse de la réforme de l'assurance accidents a alors été reportée car elle ne revêtait pas un caractère d'urgence. Ce report ne signifiait pas pour autant désintérêt, car, en avril 1992, le Conseil, dans son avis sur l'évolution économique, financière et sociale du pays « s'interrogeait sur la nécessité de soumettre le cadre législatif de la branche accidents à une révision globale, notamment à la suite des réformes adoptées pour l'assurance maladie et l'assurance pension ».

En octobre 1996, l'Assemblée plénière du CES a créé un groupe de travail avec mission d'examiner les problèmes en relation avec la réforme projetée de l'assurance accidents. Et c'est 5 ans plus tard, en octobre 2001, que le Conseil a rendu son avis.

Marie-Chantal Blandin

Concernant la question qui nous intéresse aujourd'hui : l'indemnisation des victimes, quelles propositions ont été formulées par le CES ?

René Pizzaferrì

Le Conseil économique et social a émis un avis sur chacune des prestations, en nature et en espèces, susceptibles d'être attribuées à une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle, y compris d'ailleurs sur la réparation du dégât matériel éventuellement subi par la victime. Compte tenu du thème de la Journée, je m'en tiendrai à la question des prestations en espèces.

Dans le cadre du système actuel, le salarié qui est dans l'incapacité totale de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité pécuniaire pendant un maximum de 13 semaines après l'accident. Calculée comme en matière d'assurance maladie, cette indemnité équivaut en principe à la rémunération que l'assuré aurait gagnée en cas de continuation du travail. A l'expiration de la 13^{ème} semaine, l'accidenté a droit à une rente tant que subsiste l'incapacité de travail ; s'y ajoute, le cas échéant, un supplément pour enfant à charge.

Le montant de cette rente dépend de deux éléments :

- le taux d'incapacité. La notion d'incapacité est une notion essentiellement médicale, le taux de 1 à 100 % étant fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou les experts médicaux consultés par celui-ci ou par les juridictions sociales. La donnée de base pour l'appréciation médicale est la nature de l'infirmité ou de la lésion causée par l'accident, les aptitudes et qualifications professionnelles pouvant constituer tout au plus un correctif ;
- le revenu professionnel réalisé au cours de l'année avant l'accident.

En cas d'incapacité totale, la rente ne correspond pas à 100% du revenu professionnel réalisé, mais à 85,6 % de ce revenu. Ce pourcentage de 85,6 s'applique également pour le calcul de la rente en cas d'incapacité partielle. Ainsi, pour une IPP de 10 %, la rente équivaut à $0,1 \times 85,6$, soit 8,56 % du revenu professionnel réalisé avant l'accident.

En cas d'incapacité de travail totale dépassant 6 mois, les assurés ont droit à une pension d'invalidité dans le cadre du régime de pension général. Cette pension peut être cumulée, jusqu'à concurrence d'un plafond déterminé, avec la rente accident accordée dès l'expiration de la 13^{ème} semaine.

Les propositions du CES bouleversent assez fondamentalement le dispositif actuel.

En effet, au lieu de limiter le versement de l'indemnité pécuniaire aux 13 premières semaines, il est proposé d'étendre ce versement jusqu'à la consolidation, celle étant définie comme « le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère 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 consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles ».

Par ailleurs, l'évolution de l'état de santé de l'accidenté pouvant justifier, dans certains cas, une reprise du travail à temps partiel avant la consolidation, il est proposé d'introduire la possibilité d'accorder une indemnité pécuniaire réduite de moitié.

Enfin, les modalités de réparation des préjudices permanents seraient radicalement modifiées. La rente accident serait maintenue, mais pour indemniser la seule perte de revenu professionnel (et non plus une IPP médicale) et une indemnité en capital serait introduite pour couvrir les différentes espèces de préjudice moral consécutif à l'atteinte à l'intégrité physique (souffrance physique, préjudices esthétique, sexuel, d'agrément et juvénile).

Marie-Chantal Blandin

Concrètement, qu'est-ce que la mise en œuvre de ces propositions changerait pour les victimes ?

René Pizzaferrì

Le Conseil économique et social a voulu que la réparation accordée aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles soit plus juste et plus simple que la réparation actuelle et qu'elle tienne davantage compte de la situation spécifique de la victime.

La limitation actuelle à 13 semaines du versement de l'indemnité pécuniaire est un anachronisme : elle remonte à l'époque où l'assurance accidents a été mise en place et n'a pas été remise en cause lors de l'extension, en 1974, de l'indemnité pécuniaire de maladie jusqu'à 52 semaines. L'octroi de l'indemnité pécuniaire pendant une durée totale de 52 semaines semble s'imposer, étant donné qu'il comporte une simplification considérable dans l'intérêt de l'assuré ; en effet, à l'heure actuelle, l'octroi simultané de la rente accident et de la pension d'invalidité pour des périodes d'interruption de travail, souvent relativement courtes, aboutit souvent à des situations administratives inextricables. Ainsi, pendant une année entière, la caisse de maladie serait seule compétente pour l'indemnisation de toute incapacité de travail totale, alors qu'à l'heure actuelle, l'association d'assurance contre les accidents et la caisse de pension interviennent également dans cette indemnisation.

A l'expiration de la 52^{ème} semaine et jusqu'à la consolidation, le paiement de l'indemnité pécuniaire serait pris en charge par l'association d'assurance contre les accidents. Le montant de l'indemnité ne correspondrait plus à la rémunération que le salarié aurait gagnée en cas de continuation de l'occupation (car elle serait difficile à évaluer au bout d'une période dépassant une année) mais à celle gagnée au cours de l'année précédant l'accident. Le montant net payé à l'accidenté ne différerait donc pas beaucoup de celui auquel il a actuellement droit. Vu la compensation intégrale de la perte de revenu, l'on pourrait par ailleurs renoncer à l'octroi de la pension d'invalidité au cours de la période précédant la consolidation.

La réforme proposée pour l'indemnisation des préjudices définitifs est sans doute encore plus novatrice, dans la mesure où elle vise à accorder une réparation plus complète, qui prenne en considération les dommages réels subis par la victime.

Notre proposition consiste à distinguer dorénavant, et comme cela est le cas en droit commun, la compensation de la perte de revenu professionnel et la réparation du préjudice résultant de l'atteinte à l'intégrité physique. Dans le système que nous envisageons, la rente accidents subsisterait, mais uniquement pour indemniser la perte de revenu. Compte tenu des difficultés qui existeraient sur le plan administratif pour faire une appréciation in concreto de la perte de revenu pour toutes les victimes, le CES a suggéré de limiter ce type d'appréciation aux victimes dont le taux d'IPP serait supérieur ou égal à 10 % (soit pour environ 25 % des cas). Pour les autres, l'indemnisation de la perte de revenu se ferait sur la base de l'IPP médicale d'après les mécanismes actuellement en vigueur, à cette différence près que la limitation à 85,6 % du montant de la rente n'aurait plus de raison d'être. Si la perte de revenu ne dépassait pas la rente résultant du taux d'IPP médicale, celle-ci serait versée intégralement. En revanche, si la perte de revenu excédait la rente calculée sur la base du taux d'IPP médicale, il appartiendrait à la victime de démontrer qu'il existe un lien de cause à effet entre l'accident et la diminution de son revenu.

En outre, et c'est la principale innovation proposée par le CES pour la réparation des préjudices définitifs, la victime percevrait une autre prestation sous la forme d'une indemnité en capital pour indemniser les préjudices résultant de l'atteinte à l'intégrité physique (désagrèments et troubles des conditions d'existence) et les divers préjudices moraux consécutifs à cette atteinte, tels que le *pretium doloris*, le préjudice esthétique, le préjudice sexuel (impossibilité de procréer, privation temporaire ou définitive du plaisir sexuel, perte ou réduction de la chance de se marier ou de fonder une famille), le préjudice d'agrément (impossibilité de se livrer à une activité sportive ou ludique, privation des agréments normaux de l'existence) et le préjudice juvénile (diminution de l'espérance de vie pour un être jeune). Le montant de cette indemnité serait obtenu en multipliant trois facteurs : le taux d'IPP médicale du bénéficiaire (les victimes d'accidents graves bénéficieraient ainsi d'une indemnisation plus favorable), l'espérance de vie restante au moment de l'accident et le montant - uniforme pour tous les assurés - d'une somme qui reste à déterminer mais qui évoluerait en fonction du niveau réel des salaires et du coût de la vie.

Dernier aspect que j'aimerais évoquer ici : l'assujettissement des prestations aux cotisations sociales et à l'impôt.

A l'heure actuelle, la rente accidents est exemptée de l'impôt sur le revenu pour de multiples raisons, notamment parce qu'elle indemnise en partie un préjudice extrapatrimonial. Elle est également exemptée du prélèvement de cotisations sociales, ce qui doit être considéré comme une anomalie, à une époque où tous les revenus de remplacement sont soumis à ce prélèvement.

Compte tenu de l'objectif de la nouvelle rente accidents (compenser la perte de revenu), le CES est d'avis que cette prestation devrait faire l'objet de retenues fiscales et sociales. En revanche, l'indemnité en capital pour préjudice moral, qui ne constitue pas un revenu, ne devrait être soumise ni à l'imposition, ni aux charges sociales.

Marie-Chantal Blandin

Des simulations ont-elles été faites à partir de cas réels, pour voir qui seraient les « gagnants » et les « perdants » du nouveau système que vous proposez ?

René Pizzaferrì

Non. En revanche, nous disposons, grâce à une étude réalisée par le centre informatique de la Sécurité sociale, de données comparatives sur le niveau de revenus de victimes d'accidents de travail avant l'accident et après la consolidation. 52 % des assurés justifient, après la consolidation, d'un revenu professionnel supérieur à celui réalisé avant l'accident. Pour 13,2 % des accidentés, le nouveau revenu professionnel associé à la rente accident dépasse l'ancien revenu, si l'on fait abstraction de la substitution du versement d'un capital au versement mensuel de la rente qui s'impose pour les IPP ne dépassant pas 10 % et est facultatif pour le bénéficiaire dont l'IPP reste inférieure à 40 %. Le revenu total de 29,6 % des accidentés reste inférieur à celui gagné avant la survenance de l'accident. Même s'il convient de relativiser leurs résultats, ces statistiques illustrent bien le fait que le système actuel manque de transparence. La rente accident indemnise, dans la plupart des cas, plus que la simple perte du revenu professionnel causée par l'accident, mais elle ne tient guère compte de la situation spécifique de l'assuré victime de l'accident. C'est précisément cet état de fait que nous voulons réformer.

Marie-Chantal Blandin

Avez-vous obtenu un consensus au sein du CES sur ces propositions ?

René Pizzaferrì

L'ensemble du rapport a donné lieu à un vote ; sur 33 membres présents, 30 ont voté pour. Nous pouvons donc parler d'un très large consensus.

Marie-Chantal Blandin

Le rapport du CES contient-il des propositions sur la question du recours contre l'employeur ?

René Piffaferri

Ce point a effectivement été débattu. A l'heure actuelle, le Code des assurances sociales limite fortement la possibilité, pour l'assuré, d'agir contre son employeur ou contre d'autres assurés en vue d'obtenir la réparation de préjudices non couverts par l'assurance accidents, tels que le dommage moral ou le préjudice esthétique. Il exige, en effet, une faute intentionnelle constatée par le juge pénal. Le Conseil économique et social s'est posé la question de l'assouplissement éventuel des conditions d'ouverture des recours, mais il n'a pu formuler de propositions consensuelles sur ce point en raison des positions antagonistes défendues par le Groupe salarial et le Groupe patronal. Le premier aurait souhaité élargir les conditions de recours du salarié au critère de la négligence ayant conduit à l'accident sur la base du constat de la culpabilité par jugement pénal. Mais les employeurs se sont prononcés pour le strict maintien des dispositions légales actuelles.

Cela étant, si la réforme proposée par le Conseil économique et social –introduction d'une indemnité en capital pour indemniser les préjudices autres que la seule perte de revenu professionnel– aboutit, le recours devant les tribunaux perd en grande partie de son intérêt. En tout état de cause, il conviendra que la loi définisse précisément la nature des préjudices indemnisés par l'indemnité en capital versée par l'assurance accidents.

Marie-Chantal Blandin

Le coût des mesures proposées a-t-il été chiffré ? Et quelles conséquences les nouvelles mesures, si elles sont reprises par le Gouvernement, auront-elles sur le financement de l'assurance AT-MP ?

René Piffaferri

L'impact de la réforme sur le montant des prestations versées aux victimes d'AT-MP n'a pas été chiffré. Mais il est clair que l'introduction de nouvelles règles se traduirait par une diminution des rentes indemnifiant la seule perte du revenu professionnel.

Il est important de rappeler que nous avons voulu élaborer un modèle d'indemnisation plus équitable du préjudice subi suite à un accident de travail. Mais cette approche n'a pas eu pour objectif de mettre en cause l'enveloppe globale des dépenses. Le Conseil économique et social a d'ailleurs clairement affiché ce principe dès les premières pages du rapport. De même il s'est prononcé pour une introduction progressive des nouvelles règles d'indemnisation qui, de toutes façons, seraient réservées aux accidents survenus après la réforme.

Dans ce contexte, il n'est pas apparu nécessaire de revoir les règles relatives au financement de l'assurance accidents. A une nuance près toutefois : comme nous avons proposé de soumettre les rentes à l'impôt sur le revenu, nous proposons également que l'Etat –qui, à l'heure actuelle, participe à hauteur de 10 % environ aux recettes de l'assurance– augmente la part de sa contribution.

Marie-Chantal Blandin

Le rapport du CES date de 2001. Quelles suites lui ont été ou vont lui être données ?

René Piffaferri

Le rapport a été transmis au Gouvernement qui, pour l'instant, n'a pris aucune initiative à son sujet. Mais nous ne baissons pas les bras : chaque année, dans le cadre de son avis sur l'évaluation de la situation économique, sociale et financière du pays, le Conseil ne manque pas de rappeler tout l'intérêt qui s'attache à la réforme de l'assurance accidents.

Marie-Chantal Blandin

Après ce projet de réforme très argumenté et détaillé qui n'attend plus que le « feu vert » des politiques, nous allons nous intéresser aux études réalisées en France en vue de l'introduction éventuelle d'un système de réparation intégrale, selon l'expression consacrée.

Madame Quilichini, pouvez-vous nous rappeler le contexte dans lequel est apparue la demande de faire évoluer le système de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles vers un régime de réparation intégrale ?

Françoise Quilichini

Le système actuel d'indemnisation des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) par la Sécurité sociale date de 1947 ; il est l'héritier direct d'un dispositif plus ancien créé par la loi du 9 avril 1898. Cette loi permettait au salarié accidenté d'obtenir une indemnisation sans avoir à invoquer une faute de l'employeur. En contrepartie, l'indemnisation devenait forfaitaire, alors que jusque là, dans le cadre de la responsabilité civile pour faute, les tribunaux accordaient une réparation intégrale des préjudices.

Au fil du temps, les dispositifs d'indemnisation du dommage corporel se sont multipliés (assurance maladie et invalidité, assurance et prévoyance, responsabilité civile, fonds d'indemnisation...). Plusieurs d'entre eux offrent une réparation intégrale des préjudices, comme par exemple le dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation (loi Badinter de 1985) ou encore les nouveaux champs couverts par la responsabilité civile sans faute.

Dans le même temps, l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles n'a pas cessé de devenir plus avantageuse pour les victimes ; mais elle est cependant toujours restée « forfaitaire ». La confrontation avec d'autres dispositifs réputés offrir une réparation « intégrale » des préjudices, partiellement cumulable dans certains cas prévus par la loi, donne souvent l'image d'une indemnisation sociale incomplète. Ce phénomène s'est accentué en 2002 avec l'évolution des décisions de la Cour de Cassation en matière de faute inexcusable, tant en maladie professionnelle qu'en accident du travail.

Mais cette image est parfois aussi contestée, l'assurance sociale comportant des éléments indiscutablement avantageux pour les victimes (mécanismes de présomption, minima sociaux).

Marie-Chantal Blandin

Que recouvre concrètement la notion de réparation intégrale ?

Françoise Quilichini

La « réparation intégrale » est le mode d'indemnisation, notamment des tribunaux, en matière de responsabilité civile (ex : chute d'un pot de fleurs sur un passant) ou des assureurs en matière d'accidents de la circulation. Il consiste à différencier les préjudices subis selon une nomenclature usuelle (IPP, préjudice professionnel, pretium doloris, préjudice esthétique...) et à valoriser chacun d'eux.

La branche AT/MP offre au contraire une indemnisation « forfaitaire » qui globalise les différents préjudices.

Pour la Cour de Cassation, la réparation intégrale est celle qui vise « à rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage et à replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu ».

Dans les faits, il n'y a pas de réelle réparation intégrale, notamment pour ce qui concerne le préjudice physiologique, et pour ce que l'on appelle « réparation intégrale », il n'y a pas un modèle unique : différents barèmes existent ; de ce fait, la réparation est plus ou moins intégrale ...

Marie-Chantal Blandin

Le système suisse qui a été présenté ce matin vous paraît-il correspondre à un modèle possible de réparation intégrale ?

Françoise Quilichini

Le système suisse peut servir de modèle dans le sens où il indemnise d'une part le préjudice professionnel, d'autre part le préjudice physiologique ; il est une des formes que pourrait prendre le système de réparation français, mais il reste un système de réparation forfaitaire puisque la rente nécessite un taux minimum d'invalidité de 10 % et ne prend en compte que 80 % de la perte de gain, que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est servie lorsque l'invalidité est au moins égale à 5 % et qu'il existe un délai de carence de trois jours pour les indemnités journalières.

Par contre, il est intéressant de se souvenir que le système de réparation suisse comprend des prestations pour changement d'occupation et une allocation d'impotence qui distingue trois niveaux d'aptitude.

En outre, l'immunité civile de l'employeur a été progressivement remise en cause, pour disparaître le 1er janvier 2003. Par ailleurs, pour que la maladie soit reconnue comme professionnelle, le lien avec l'activité salariée doit être prépondérant (au moins 50 %) en cas de maladie inscrite au tableau ou nettement prépondérant (75 %) dans les autres cas.

Marie-Chantal Blandin

Et que pensez-vous du projet luxembourgeois ?

Françoise Quilichini

Le projet de nouveau dispositif luxembourgeois de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles comporte également une indemnisation du préjudice professionnel et une indemnisation d'un préjudice moral.

Il conserve la notion de présomption d'imputabilité, tant en accident du travail qu'en maladie professionnelle.

En ce qui concerne les prestations en nature, le système luxembourgeois actuel est déjà original par certaines prestations spécifiques à l'assurance accident, comme les aides à la transformation des voitures et des appartements des victimes et l'indemnisation des dégâts vestimentaires ou automobiles.

Marie-Chantal Blandin

Revenons en France maintenant : le coût d'un éventuel passage à une réparation « intégrale » a-t-il été chiffré ?

Françoise Quilichini

Aucune étude comparative n'était disponible pour appréhender les écarts d'indemnisation entre la réparation « forfaitaire » de la Sécurité sociale et ce que pourrait être la réparation « intégrale » des préjudices des victimes d'AT/MP. Ainsi le rapport du Professeur Masse d'avril 2001, *Réflexions et proposition relatives à la réparation intégrale des AT/MP*, insistait-il sur la nécessité, à titre de préalable à tout travail de réforme, « de mettre à la disposition de la négociation sociale des éléments objectifs d'appréciation du coût de la réparation intégrale ».

Le rapport Yahiel d'avril 2002, *Vers la réparation intégrale des AT/MP : éléments de méthode*, ayant repris à son compte et développé cette exigence, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité a demandé à la CNAMTS de procéder à des études statistiques visant d'une part à évaluer le coût macroéconomique d'un passage à la réparation intégrale des AT/MP, d'autre part à appréhender les impacts qu'aurait une telle réforme sur les situations individuelles (« gagnants » et « perdants »).

Ces études économiques ont été réalisées par la CNAMTS depuis le mois d'octobre 2002, sous l'égide du Comité de pilotage présidé par M. Yahiel puis par M. Laroque. Réalisées sur des échantillons importants, elles ont mobilisé toute une équipe de médecins, d'administratifs et de statisticiens.

Marie-Chantal Blandin

Pouvez-vous nous présenter le contenu de ces études ?

Françoise Quilichini

Trois enquêtes ont servi à l'étude sur le coût d'un passage à la réparation intégrale.

La première, *Enquête sur les conséquences d'une réforme de la réparation de l'incapacité permanente en AT/MP*, publiée en 1997, portait sur l'impact de l'utilisation du barème "droit commun" pour l'évaluation du taux d'incapacité permanente des victimes d'accidents du travail avec séquelles définitives, ainsi que sur l'estimation de l'existence d'un préjudice professionnel pour les victimes. 2 038 dossiers avaient ainsi été évalués à partir des pièces du dossier et de questionnaires complémentaires.

Une autre enquête a concerné spécifiquement les accidents avec incapacité permanente égale ou supérieure à 20 %. Cette enquête (dite étude I) porte sur l'impact de l'utilisation du barème "droit commun" pour l'évaluation du taux d'incapacité permanente des victimes d'accidents du travail avec séquelles définitives et dont le taux est égal ou supérieur à 20 %, ainsi que sur l'évaluation des préjudices extrapatrimoniaux et l'existence éventuelle d'un préjudice professionnel. 865 dossiers récents ont ainsi été évalués, sur pièces, en double par des médecins conseils au sein de l'assurance maladie et par des médecins experts de compagnies d'assurance. Les dossiers analysés ont été regroupés par tranche de taux d'incapacité permanente selon le barème de la branche AT/MP : de 20 % à 39 % ; de 40 % à 59 % ; de 60 % à 79 % ; de 80 % à 99 % et 100 %.

Enfin, une troisième enquête (dite étude II) a visé les accidents "bénins". Son objectif était d'évaluer les préjudices extrapatrimoniaux et l'existence éventuelle d'un préjudice professionnel chez les victimes d'accidents du travail n'ayant pas entraîné d'incapacité permanente. 499 dossiers récents ont ainsi été évalués, sur pièces ainsi qu'à l'aide de questionnaires, en double par des médecins conseils au sein de l'assurance maladie et par des médecins experts.

Une étude a également été réalisée sur l'impact d'un barème droit commun sur certains tableaux de maladies professionnelles.

Les résultats de cette enquête, qui à l'heure actuelle ne sont pas complets, feront l'objet d'une publication d'ici la fin de l'année.

Une enquête par voie de questionnaire aux victimes est également en cours de réalisation sur le chiffrage d'un préjudice professionnel.

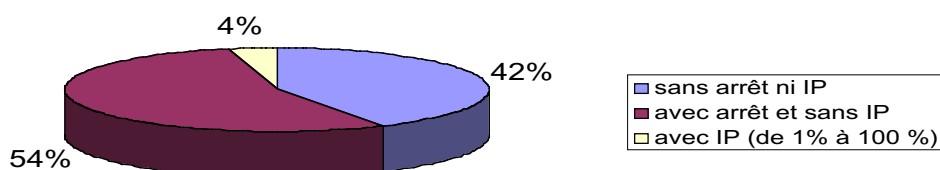
Marie-Chantal Blandin

Quels sont les principaux enseignements de ces études ?

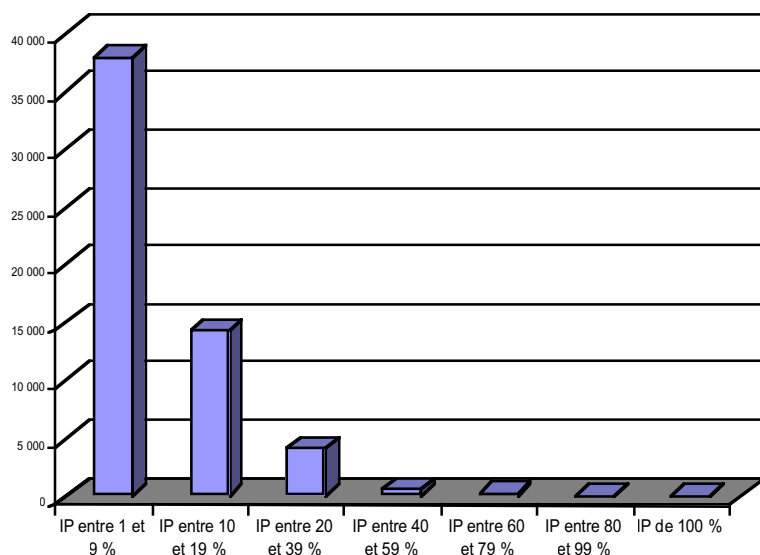
Françoise Quilichini

Le premier des enseignements est de nous avoir imposé une vision réelle des accidents de travail. La représentation courante veut que l'on porte attention avant tout aux accidents les plus graves. En réalité, comme le montrent les deux tableaux suivants, 96% des accidents pris en charge n'ont pas de séquelles indemnifiables et parmi les 4 % d'accidents entraînant des séquelles, les deux tiers correspondent à une incapacité permanente inférieure à 10 %.

Répartition des accidents selon leur niveau de gravité



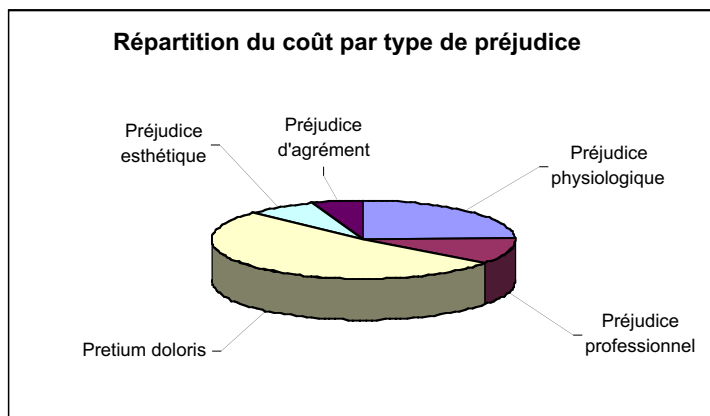
Nombre d'accidents par tranche de taux d'incapacité permanente



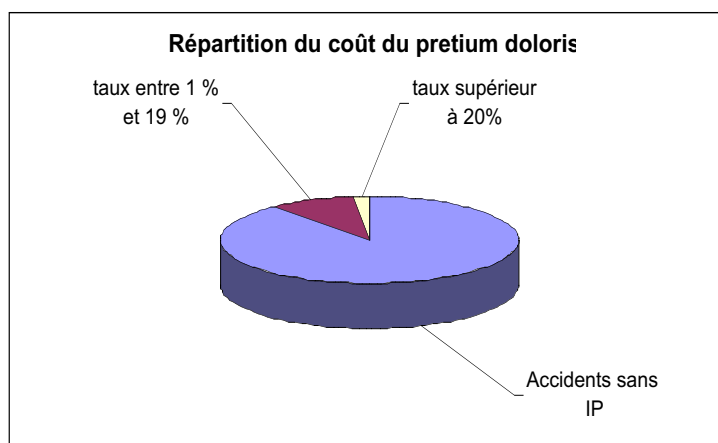
L'indemnisation actuelle des accidents du travail et des maladies professionnelles sans incapacité permanente consiste presque exclusivement dans la prise en charge des soins de santé (à 100 % des tarifs de responsabilité) et, en cas d'arrêt de travail, dans le versement d'indemnités journalières (d'un montant plus élevé qu'en assurance maladie).

Dans les systèmes de droit commun, les victimes d'accidents sans séquelles définitives sont, en outre, presque systématiquement indemnisées au titre des « souffrances endurées » (ou « pretium doloris ») avant la guérison. Cette indemnisation, même si elle est le plus souvent d'un montant modeste, permet de rendre tangible la reconnaissance d'une atteinte à la personne, fût-elle limitée dans le temps. A ce titre, la réparation explicitement spécifique du pretium doloris facilite la transaction amiable.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, l'effet volume de la réparation du pretium doloris appliquée à presque tous les accidents du travail est particulièrement spectaculaire : ce poste de préjudice en vient à représenter la moitié des dépenses évaluées pour l'indemnisation des accidents du travail en réparation intégrale (hors soins, indemnités journalières et indemnisation des ayants droit, postes qui sont neutralisés dans l'étude).



Le schéma ci-après montre que ce sont les accidents n'entraînant pas de séquelles fonctionnelles qui pèsent principalement dans les dépenses d'indemnisation du pretium doloris.



Pour bien comprendre le sens des résultats obtenus, il faut garder en mémoire que l'étude de la CNAMTS a pour finalité première d'évaluer le surcoût global d'un passage à la réparation intégrale. Ce qui a été évalué, sur la base des différentes hypothèses évoquées plus haut, c'est le coût capitalisé de l'indemnisation des accidents survenus pendant une année. Ce montant n'est donc pas de même nature qu'une année de versement de prestations découlant d'accidents survenus au fil du temps. Cependant, au prix d'approximations importantes et sur l'hypothèse d'une stabilité de la sinistralité dans le temps, on peut reconnaître une certaine commensurabilité entre ces deux valeurs. Mais toute comparaison doit être faite avec précaution.

On peut estimer que malgré la neutralisation de plusieurs postes de préjudices (dépenses de soins, indemnités journalières et indemnisation des ayants droit) et des maladies professionnelles -qui représentent seulement environ 2 % du nombre des accidents, même si leur niveau de gravité moyen est supérieur à celui des accidents-, on dispose d'ordres de grandeur significatifs en termes de surcoût.

Marie-Chantal Blandin

Des simulations ont-elles été effectuées pour chiffrer le coût d'un passage à un système de réparation intégrale ?

Françoise Quilichini

Quatre simulations ont été réalisées, qui correspondent à différentes hypothèses d'application de la réforme : à l'ensemble des accidents / aux seuls accidents ayant entraîné une incapacité permanente / aux seuls accidents ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10 % et aux seuls accidents ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 20 %.

Dans chaque cas, la comparaison de la réparation intégrale avec l'indemnisation actuelle fait apparaître un écart de montants : le coût de la réparation intégrale y apparaît toujours plus élevé.

Les surcoûts globaux constatés pour chacune des simulations réalisées peuvent être rapportés à différentes bases.

Par rapport à l'ensemble des dépenses de la branche AT/MP (soit environ 8 milliards d'euros en 2001), le surcoût représenterait entre 20 et 25 % de ce total si la réforme était appliquée à tous les accidents reconnus; il ne serait plus que de 3 %, si la réforme était limitée aux accidents les plus graves (avec incapacité permanente d'au moins 20 %).

Rapporté au montant des prestations versées (soit environ 5,8 milliards d'euros en 2001), le surcoût représenterait 30 % de l'indemnisation globale actuelle s'il était appliqué à l'ensemble des accidents reconnus. Mais on a vu que cette importante enveloppe serait, pour une grande part, répartie entre un million et demi de victimes d'accidents sans séquelles. Appliqué aux victimes d'accidents les plus graves (avec incapacité permanente d'au moins 20%), le complément correspondrait à environ 4 % de l'indemnisation actuelle, mais il serait concentré cette fois sur quelques milliers de victimes.

Marie-Chantal Blandin

Les aspects fiscaux d'une telle réforme ont-ils été envisagés comme au Luxembourg ?

Françoise Quilichini

Non.

Marie-Chantal Blandin

Certains craignent qu'avec le passage à un système de réparation intégrale, les conditions d'accès à la réparation soient durcies, notamment dans le cas de pathologies à caractère multifactoriel (seule la part en relation directe avec la profession bénéficierait de l'indemnisation au titre AT-MP). Que pouvez-vous dire à ce sujet ?

Françoise Quilichini

L'étude en est à son début ; elle a pour objectif de donner aux pouvoirs publics le maximum d'éléments pour se prononcer. De nombreuses hypothèses peuvent être envisagées et la suite des travaux prévoit de déterminer, en fonction de chaque cas, les gagnants et les perdants d'une réforme. Cependant, pour répondre à votre question, le passage à la réparation intégrale ne signifie pas obligatoirement l'abandon de la présomption d'imputabilité ; il faut cependant s'attendre à ce que ce thème apparaisse au cours de la négociation sociale.

Clôture de la journée-débat

Gilles Evrard, directeur des risques professionnels, (CNAMTS), France

Alors qu'une réforme du dispositif de réparation des accidents du travail se profile en France, il paraît utile de se tourner vers nos voisins pour mieux connaître les règles dont ils se sont dotés en la matière et leurs éventuels projets de réforme.

A cet égard je tiens à remercier Eurogip qui a pris l'initiative de cette rencontre, ainsi que nos collègues européens qui ont accepté de participer à notre débat.

Les échanges qui ont eu lieu tout au long de cette journée ont montré une grande diversité de situations : il n'existe définitivement pas "d'Europe de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles", malgré l'exemple quasi universel de l'indemnisation du pianiste !

Cette diversité est normale : chaque système d'assurance porte la trace de l'histoire –politique et économique–, des rapports sociaux... ; chaque pays a ainsi façonné un dispositif qui lui est propre et qu'il serait vain de vouloir reproduire tel quel dans un autre environnement socio-économique. Dans ce contexte, le système français n'apparaît ni meilleur ni pire que les autres !

Il ressort également des débats que la plupart des pays s'interrogent sur la performance de leur dispositif de réparation. Mais dans aucun autre pays, le terme de « réparation intégrale » n'est évoqué, ou mis en avant comme fondement à une éventuelle réforme.

Plusieurs pistes de réflexion ont été ouvertes. La plupart des pays ont abordé la question du seuil minimum d'incapacité ouvrant droit à indemnisation.

Mais le débat ne porte pas que sur le montant de la réparation ; le principe de l'immunité patronale et la présomption d'imputabilité sont deux autres éléments importants du dossier. De même la question de la fiscalisation des rentes, qui n'est que rarement évoquée en France, ne semble pas soulever autant de problèmes dans les autres pays de l'Europe.

En ce qui concerne la réforme envisagée en France, nous sommes aujourd'hui au milieu du gué. Il faut aller vers un autre point d'équilibre qui tienne compte de nos "bagages". Il ne faudrait pas oublier que les choses ne se font pas en un jour : la loi de 1898 a été adoptée après 18 ans de débat ! Il convient donc de donner du temps au débat social pour qu'un consensus puisse être dégagé, qui donne satisfaction au plus grand nombre.

EUROGIP est un groupement d'intérêt public créé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour animer, coordonner et développer au plan européen les actions de la Sécurité sociale en matière de risques professionnels.

Droits de reproduction :

EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie du présent document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit.



55, rue de la Fédération - F-75015 Paris
Tél. (+33) (0) 1 40 56 30 40 - fax (+33) (0) 1 40 56 36 66
<http://www.eurogip.fr>