



HAL
open science

La protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents

Leïla Meftah

► **To cite this version:**

Leïla Meftah. La protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents. Droit. Université d'Avignon, 2018. Français. NNT : 2018AVIG2065 . tel-02179002

HAL Id: tel-02179002

<https://theses.hal.science/tel-02179002>

Submitted on 10 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



La protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents

Thèse pour obtenir le grade

Docteur en Droit de l'Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse

Discipline : Droit privé

Présentée et soutenue publiquement par

Leïla MEFTAH-NBOUHOU

Le 7 décembre 2018

Co-Directeurs de Thèse

Monsieur Franck PETIT :

Professeur, Université d'Aix-Marseille- Doyen honoraire

Monsieur Thierry TAURAN :

Maître de conférence - HDR, Université de Metz

Membres du jury

Madame Dominique ASQUINAZI-BAILLEUX :

Professeur, Université Lyon III (rapporteur)

Monsieur Alexis BUGADA :

Professeur, Université Aix- Marseille

Monsieur Francis KESSLER :

Maître de conférence - HDR, Université Panthéon-Sorbonne

Madame Elisabeth MELLA :

Maître de conférence - HDR, Université Paris Dauphine (rapporteur)

Monsieur Franck PETIT :

Professeur, Université d'Aix-Marseille- Doyen honoraire

Monsieur Thierry TAURAN :

Maître de conférence - HDR, Université de Metz

*« La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbationaux
aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être
considérées comme étant propres à leur auteur ».*

A mes enfants,

A mes parents,

A mon conjoint,

A ma famille.

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier mes directeurs de thèse qui ont accepté de diriger ces travaux de recherche. Je remercie Monsieur Thierry TAURAN pour ses patientes lectures, ses conseils éclairés, sa disponibilité et sa générosité. Je remercie également Monsieur Franck PETIT pour son encadrement et ses comités de suivi, qui m'ont permis d'avancer. Leur aide précieuse a permis l'aboutissement de cette thèse. Qu'ils trouvent en ces modestes lignes l'expression de ma sincère considération.

Je remercie également les membres du jury, qui me font l'honneur de participer à l'appréciation de ce travail.

Mes sincères remerciements vont à mes deux garçons qui ont accepté mon indisponibilité au profit de ces travaux de recherche. Ils n'ont pas manqué de m'encourager. Mes remerciements vont également à mon conjoint pour son écoute attentive.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAEXA	Assurance accident des exploitants agricoles
AMEXA	Assurance maladie des exploitants agricoles
Art.	Article
AT	Accident du travail
ATEXA	Assurance accident du travail des exploitants agricoles
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
Bull. civ.	Bulletin des arrêts de la Cour de cassation (chambre civile)
C.	Code
CA	Cour d'appel
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDSA	Commission départementale d'aide sociale
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
Circ.	Circulaire
CMI	Certificat médical initial
CNITAAT	Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
C. trav.	Code du travail
DAT	Déclaration d'accident du travail
Dir.	Direction
DSN	Déclaration sociale nominative
éd.	Éditions
Fasc.	Fascicule
JCP	JurisClasseur périodique
JCP G	JurisClasseur périodique édition générale
JCP S	JurisClasseur périodique édition sociale
JO	Journal officiel

L.	Loi
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LTC	Lettre à toutes les caisses
MDPAH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
Obs.	Observations
Op. cit.	Déjà cité
P.	Page
PUF	Presses Universitaires de France
RDT	Revue droit du travail
RJS	Revue de jurisprudence sociale
s.	Suivant
T.	Tome
TASS	Tribunal des affaires de sécurité sociale
TCI	Tribunal du contentieux et de l'incapacité

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PARTIE I - LE RISQUE ACCIDENT LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : LE RAYONNEMENT HYPOTHÉTIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE DE L'AGRICULTEUR.....	30
TITRE I - LES GRANDS PRINCIPES DE LA COUVERTURE DES ACCIDENTS PROFESSIONNELS ET LEUR APPLICATION EN AGRICULTURE	32
CHAPITRE I - LA DÉTERMINATION DE LA PRISE EN CHARGE DU SALARIÉ AGRICOLE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL.....	33
CHAPITRE II - LA PRISE EN CHARGE DU NON-SALARIÉ AGRICOLE À LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL	67
CHAPITRE III - LA PRÉVENTION : UNE PROTECTION SOCIALE EN AMONT	81
TITRE II - LA RÉPARATION	106
CHAPITRE I - LA RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE.....	107
CHAPITRE II - LA RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE DE TRAVAIL	152
CHAPITRE III - LE CONTENTIEUX COMPLEXE DE LA PROTECTION SOCIALE.....	173
PARTIE II - LE RISQUE ACCIDENT NON LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : UNE PROTECTION SOCIALE ÉCORNÉE DE L'AGRICULTEUR	183
TITRE I - LA RÉPARATION DE L'ACCIDENT NON PROFESSIONNEL	184
CHAPITRE I - L'INDEMNISATION EN NATURE DU PRÉJUDICE	185
CHAPITRE II - L'INDEMNISATION EN ESPÈCES DU PRÉJUDICE, UNE COUVERTURE INÉGALITAIRE.....	195
TITRE II - L'ÉMERGENCE D'UN STATUT AUTONOME DU DOMMAGE CORPOREL.....	220
CHAPITRE I - LA RÉCURRENTÉ CONTROVERSE DES SOURCES DU DOMMAGE CORPOREL	222
CHAPITRE II - LES CONSÉQUENCES DE L'INVALIDITÉ POUR L'AGRICULTEUR VICTIME D'UN ACCIDENT NON PROFESSIONNEL	237
CONCLUSION GÉNÉRALE	286

INTRODUCTION

« *Il faut libérer l'homme du besoin et du risque.*¹ » Le risque fait partie de la nature même, mais il est également présent dans l'activité quotidienne de l'homme, que ce soit au travail ou non. Le risque en tant que tel ne pose pas de problème, cependant, il nous amène à nous interroger sur sa gestion, lorsqu'il entraîne la diminution de la capacité de l'individu à subvenir à ses besoins, le plongeant alors dans un état de nécessité.

Ainsi, les accidents de la vie privée, du travail et différents aléas du quotidien peuvent laisser l'humain démuné. Il peut alors être confronté à la perte partielle ou totale de son salaire de base.

L'agriculteur, comme toute personne, est exposé à ce type d'accident et aura besoin d'être épaulé par une protection sociale. Cette dernière, qui apparaît comme une évidence au premier abord, soulève bien des questions dans la pratique. Le risque d'accident peut laisser la personne dans le besoin.

De nos jours, il existe bien une protection sociale de l'agriculteur, à l'instar des assurés relevant de domaines d'activités différents ; ceci n'a, pourtant, pas été toujours le cas.

La protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents soulève plusieurs problèmes.

Selon l'Association Henri Capitant, l'agriculteur est « *une personne travaillant sur un fonds rural et se livrant à une activité professionnelle de culture ou d'élevage*² ». Cette interprétation ne semble pas être complète parce qu'elle ne reflète pas la totalité des définitions de l'agriculteur. En effet, la fonction d' « agriculteur » englobe aussi bien le salarié qui travaille sur un fonds rural que le non-salarié agricole. Ce dernier³ regroupe lui-

¹ W. BEVERIDGE, *Les citations pour gagner des points au bac*, L. DE COCK, N. DENISOT, P. GHRENASSIA, R. JEANNIN, sous la direction de B. FALAIZE, éd. Groupe Express, 27 mars 2014, 224 pages. En 1942, Lord Beveridge rend un rapport qu'il remet à Winston CHURCHILL. Ce rapport sera une référence à la mise en place d'un État-providence, au Royaume-Uni, après la Seconde Guerre mondiale. Ce rapport aura également une influence sur la politique sociale des pays d'Europe du Nord et en France. Il a pour but de mettre en avant que l'objectif premier de l'État-providence est de permettre à la personne de faire face à certains risques de perte de revenu en collectivisant les risques sociaux.

² G. CORNU (dir.), *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 1987, p. 43.

³ Art. L722-1 du Code rural.

même un large public, tels « *les exploitants agricoles, les entreprises agricoles, les mandataires d'assurances mutuelles agricoles, des artisans ruraux...* »⁴.

Quant à la notion de protection sociale, elle est polysémique et pose de nombreuses interrogations. D'après le *Vocabulaire juridique Capitant*, la protection sociale est définie comme étant un « *ensemble de mesures par lesquelles la société entend protéger les individus contre les risques sociaux* »⁵. Une nouvelle fois, l'interprétation de cette notion ne semble pas faire l'unanimité, si bien que nous retrouvons de nombreuses autres définitions. F. KESSLER relève que plusieurs sources d'interprétation de la notion sont données par des acteurs différents. Il indique que :

- Pour Eurostat, « *la protection sociale couvre l'ensemble des interventions d'organismes publics ou privés visant à soulager les ménages et les personnes de la charge d'un ensemble défini de risques et de besoins associés à la vieillesse, à la maladie, à la maternité et à la famille, à l'invalidité, au chômage...* »⁶. Cette définition se rapproche de celle de la charité, qui autrefois supposait une solidarité à la fois familiale et religieuse.
- La Banque mondiale, par contre, propose une approche plus régaliennne de la notion de protection sociale qui, selon elle, « (...) *désigne généralement les mesures prises par l'État pour garantir un revenu aux particuliers* »⁷.
- Le Conseil de l'Europe, pour sa part, semble plus affirmatif en définissant « *la protection sociale (...) comme une couverture, basée sur des droits, contre un risque social prédéterminé* »⁸. Il la considère donc, comme une obligation.
- Pour finir, la définition suggérée par la Conférence internationale du travail de 2011 confère à cette notion un aspect plus social ; celle-ci implique ainsi « *des garanties élémentaires de sécurité sociale en vertu desquelles, tout au long de la vie, toutes personnes qui en ont besoin auront les moyens nécessaires et un accès effectif à des*

⁴ F. KESSLER, *Droit de la protection sociale*, Paris, Dalloz 2014, p. 89.

⁵ G. CORNU. (dir.), *Vocabulaire juridique*, op. cit., p. 722.

⁶ Eurostat, *l'Europe en chiffres. L'annuaire d'Eurostat*, Luxembourg, Eurostat éd., 2009, p. 254 - Bas de page, F. KESSLER, *Droit de la protection sociale*, op. cit., p. 3.

⁷ R. HOLZMANN, S. JOERGENSEN, « Gestion du risque social : cadre théorique de la protection sociale », Banque mondiale, doc. de travail n°6, p. 1 - Bas de page, F. KESSLER, *Droit de la protection sociale*, op. cit., p. 3.

⁸ K. DUFFY, Rapport final, Programme HDSE du Conseil de l'Europe, « Opportunité et risque : les tendances de l'exclusion sociale en Europe », 1998.

soins de santé essentiels, et une sécurité du revenu se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelon national⁹ ».

Juxtaposées, ces différentes définitions signifient que la protection sociale est une couverture contre des risques sociaux prédéterminés.

Il semble également important de définir les risques sociaux auxquels appartiennent les accidents de la vie privée ou du travail. Selon le *Vocabulaire juridique Capitant*, ils représentent des « événements ou faits involontaires dommageables imprévus¹⁰ » et relèvent du droit civil, du travail ou du trajet.

Historiquement, la protection sociale de l'agriculteur s'est bâtie au prix de longues années d'efforts. Cette dernière s'est appuyée sur la protection sociale du régime général des salariés du commerce et de l'industrie, sans pour autant être complètement identique.

L'idée de se regrouper pour s'entraider n'est pas nouvelle et a traversé les siècles pour se finaliser aujourd'hui.

Les aléas de l'existence ont été appréhendés très tôt, poussant les hommes à se regrouper, laissant apparaître les prémices d'une protection sociale. Le foisonnement, le fourmillement du mutualisme et de la coopération semblent être des notions innées pouvant, ainsi, permettre la survie de l'individu en cas d'accident.

Dès l'Antiquité, de la Basse-Égypte à la Gaule, en passant par Rome et la Grèce, l'entraide existe déjà, même si elle n'est pas forcément agricole. C'est en 1400 avant Jésus-Christ qu'on retrouve les premières traces de regroupements solidaires. Ils consistent alors à réunir, par les tailleurs de pierre de la Basse-Égypte, les constructeurs des temples et des pyramides qui existent encore aujourd'hui, des fonds de secours contre les accidents du travail¹¹.

Au Moyen Âge, l'idée d'entraide a subsisté et s'est développée par le biais des corporations, des confréries, principalement, mais aussi par le compagnonnage, les guildes et les jurandes¹². Alors que ces derniers regroupements ont un caractère professionnel du fait de

⁹ « Le socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive » (version pour le G20). Rapport du groupe consultatif présidé par M. BACHELET, mis en place par le BIT avec la collaboration de l'OMS, Genève, OIT, 2011, p. XVI. F. KESSLER, *Droit de la protection sociale, op. cit.*, p. 4.

¹⁰ G. CORNU (dir.), *Vocabulaire juridique, op. cit.*, p. 10.

¹¹ J. YEATMAN, « L'assurance en Afrique : une émergence difficile », *Risques, les Cahiers de l'assurance*. <https://www.ffsa.fr>. Il a été relevé, par les historiens en assurance, que les archéologues avaient déjà mis en évidence l'existence de sociétés de secours mutuels créées par ces tailleurs de pierres.

¹² J. GARNOTEL, *L'archipel des organisations agricoles, avatar du passé ou modèle alternatif?*, éd. France Agricole, p. 5.

l'aménagement des activités des commerçants et des artisans, les confréries relèvent, quant à elles, du domaine religieux ou caritatif. Ces diverses organisations ont toutefois la même finalité : permettre aux travailleurs de s'organiser et de se protéger. Elles se sont rapidement développées, à partir du XIV^e siècle, malgré des cadres juridiques contraignants.

Confronté à l'accroissement de ce type de structure, l'État n'est pas resté sans reconnaître ce besoin de secours afférents aux aléas de la vie. Colbert¹³, ministre de Louis XIV, met en place la première protection sociale à destination des marins afin d'attirer les matelots et contrer les Anglais en mer. Par un règlement datant du 23 septembre 1673, il instaure la Caisse des Invalides pour les marins qui ont été écartés du métier du fait de leur infirmité ou de leur âge. Certes, ces prémices de protection sociale étatique ne sont pas agricoles, mais elles témoignent à la fois d'une avancée et d'une volonté régaliennne de prise en charge du risque professionnel.

La Révolution française débouche sur un nouvel état d'esprit social. En effet, le XVIII^e siècle est une ère de laïcisation de la société et de rejet de tout ordre, de toute autorité et hiérarchie. De ce fait, les associations sont rejetées par le libéralisme révolutionnaire qui prône la liberté d'entreprendre. Les confréries et les corporations sont abolies par le décret du 2 mars 1791¹⁴ qui proclame la liberté du travail. Cette interdiction sera complétée par la loi Le Chapelier, du 14 juin 1791¹⁵, qui prohibe également les coalitions et les groupements professionnels. L'idée de se regrouper pour s'entraider semble être définitivement remise en question. En effet, les sociétés de secours mutuels, organisées, le plus fréquemment, sous un fondement professionnel, sont frappées de plein fouet par ces mesures d'interdiction. Le mouvement mutualiste né pendant le Moyen Âge semble voué à s'éteindre.

Durant toute la moitié du XIX^e siècle, des mesures législatives contre le mutualisme vont voir le jour, démontrant la volonté de l'État de faire respecter le décret Allarde et la loi Le Chapelier. Dans cette optique, l'article 291 du Code pénal de 1810, renforcé, bien plus tard,

¹³ P. CLÉMENT, *Lettres, instructions et mémoires de Colbert*, tome III, publiés d'après les ordres de l'Empereur, Paris, Imprimerie générale, 1864.

¹⁴ Le décret Allarde date du 2 mars 1791 : il introduit un changement radical dans l'organisation du travail et l'économie en supprimant les corporations. Ces dernières étaient constituées de groupements de personnes exerçant le même métier. Ces organisations étaient cependant fort anciennes dans le paysage français, car elles dataient du Moyen Âge et se regroupaient par corps de métier, leur permettant d'avoir un poids politique, d'exercer un monopole par métier.

¹⁵ Cette loi va renforcer le décret Allarde en interdisant toute formation de groupement professionnel. Initialement, elle visait les corporations afin de promouvoir la liberté d'entreprendre. Elle a été étendue à tout rassemblement professionnel. Elle était particulièrement dangereuse car elle a mis fin à toute possibilité de grève ou de syndicalisme. Elle a signé la mort du rassemblement paysan.

par la loi du 10 avril 1834, soumet à l'agrément du gouvernement la formation de toute association de plus de vingt personnes.

Malgré ces interdictions et ces restrictions de regroupements, l'État décide de protéger ses populations en assumant les secours des travailleurs démunis. Il réalise que « *la subsistance est un devoir de la société, de la Nation qui procure aux plus pauvres soit un travail, soit les moyens d'exister*¹⁶ », et décide que l'assistance constitue l'une de ses responsabilités étatiques.

Prenant acte de ce postulat, par un décret impérial daté du 26 mai 1812, l'État va accroître sa protection en créant une véritable caisse locale d'assurance ouvrière qui va couvrir l'accident, mais aussi la maladie et la vieillesse. Cette avancée n'est pas autre chose que la réponse à une série de catastrophes survenues dans les mines de l'Ourthe, dans la région de Liège. Ce système de protection connaît alors un certain succès. Bismarck concevra plus tard un système de protection sociale analogue en Allemagne.

Dans cette lignée, l'État va s'immiscer dans les relations entre le patronat et les ouvriers. Par un décret du 3 janvier 1813, les exploitants de mines se trouvent contraints de fournir des secours médicaux et des médicaments à leurs ouvriers accidentés. Quelques années plus tard, la loi du 18 juin 1850 va, également, instaurer la Caisse de retraite pour la vieillesse qui deviendra la Caisse nationale des retraites par les lois de 1884 et 1886. Ces divers exemples montrent la volonté de l'État de s'associer à la protection sociale des individus. Pourtant, les groupements interdits par le passé ne se sont pas dissipés¹⁷ et donnent une image ambiguë de l'État qui semble tenir un double discours. Ce dernier est partagé entre sa peur des coalitions¹⁸ et sa volonté de respecter l'ordre social qui fait l'objet d'une carence de sa part.

Riche des idéaux de la révolution de 1848, l'État va reconnaître les sociétés de secours mutuels, alors qu'auparavant, seule une activité de prévoyance leur était permise. Leurs faibles ressources n'optimisaient pas leur développement et leurs adhérents étaient peu nombreux par rapport à la Grande-Bretagne (250 000 contre 3 millions de sociétaires).

¹⁶ A. GUISLIN et P. GUILLAUME, *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, Paris, Les éditions ouvrières, 1992, p. 52.

¹⁷ Constituées dans le cadre de l'interdit associatif posé par la loi Le Chapelier de 1791, les sociétés de secours mutuels sont apparues sans cadre réglementaire jusqu'à la reconnaissance officielle de Charles-Louis-Napoléon Bonaparte par un décret de 1852. Ces associations avaient un rôle de prévoyance et assuraient à leurs membres des prestations en cas de maladie, moyennant une petite cotisation.

¹⁸ D. JEAN, *Des sociétés de secours mutuels à l'assurance en Midi-Pyrénées de 1848 à 1914*, thèse de droit, Toulouse 1, sous la direction de D. CABANIS, 2002, p. 21-49, 470 p.

Face à cet état de fait, la loi du 15 juillet 1850 sera le premier texte légal consacrant les sociétés de secours mutuels¹⁹ ; elle va donc autoriser les mutuelles qui n'ont pas de dessein politique. L'État gardera tout de même une certaine forme de contrôle sur ces sociétés en leur donnant « la reconnaissance d'utilité publique ». Ce n'est qu'à partir de la II^e République que les réformes sociales et les libertés sont laissées à ces sociétés qui vont se multiplier durant cette période. Napoléon III, très préoccupé par les questions sociales²⁰ du moment, va favoriser des caisses de secours mutuels ; il va même jusqu'à leur confier une mission officieuse qui consiste en la gestion de l'assurance maladie volontaire.

Si bien qu'en mars 1852²¹, Napoléon III définit sa position envers les caisses de secours mutuels²² en affirmant : « *Les sociétés de secours mutuels telles que je les comprends ont le précieux avantage de réunir les différentes classes de la société, de faire cesser les jalousies qui peuvent exister entre elles ; de neutraliser, en grande partie, le résultat de la misère en faisant concourir le riche, volontairement, par le superflu de sa fortune, et le travailleur, par le produit de ses économies, à une institution où l'ouvrier laborieux trouve conseil et appui. On donne ainsi aux différentes communautés un but d'émulation, on réconcilie les classes et on moralise les individus.*²³ »

Auparavant, la solidarité familiale et la charité chrétienne, reposant sur l'aide de l'Église²⁴, secouraient l'accidenté qui ne pouvait plus travailler. Il était alors important d'avoir beaucoup d'enfants afin d'être sûr de ne pas rester dans le besoin. Le rôle de l'Église se jouait notamment au travers de la dîme²⁵. Cependant, en dehors de l'Église et de la famille et avant la loi Le Chapelier de juin 1791, qui interdisait les associations, une société philanthropique avait vu le jour ; elle disparaîtra en même temps que la dîme mais sera rétablie en 1802 pour

¹⁹ P. TOUCAS-TRUYEN, *Société de secours mutuel*, éd. Alternatives Économiques Poches, n°22, janvier 2006.

²⁰ G.E. BOILET, *La doctrine sociale de Napoléon III*, Paris, éd. Tequi, 1969. Dans cet ouvrage, les dépenses sociales de Napoléon III, dans le budget social de 1870, sont estimées à 64 millions de francs.

²¹ Napoléon III sera assimilé à un socialiste au pouvoir, notamment par G. SPLILMANN, « Le socialisme de Napoléon III », *Revue du Souvenir Napoléonien*, 1978, et par A. PLESSIS, article paru dans le n°211 de *L'histoire*, juin 1997, p. 32.

²² Il s'agit du décret-loi du 26 mars 1852. Il donnera un certain nombre d'avantages aux sociétés de secours mutuels tels que la capacité civile, le droit de constituer des retraites et de les reverser, l'autorisation d'assurer une protection sociale en cas de maladie et enfin la possibilité de recevoir des subventions.

²³ B. GIBAUD, *De la mutualité à la sécurité sociale : conflits et convergences*, préface de P. LAROQUE, postface de M.R. EBERIOUX, Les éditions ouvrières, Les éditions de l'Atelier, 1986, p. 32, 264 p.

²⁴ M. GILSON, « Une minorité en action : la charité protestante en France, XIX-XX^e siècles », *Mouvement soc.*, 2011/1, n°234, p. 63.

²⁵ L'Église a certes été un collecteur de cotisations sociales, notamment au travers de la dîme, mais elle a également œuvré pour une aide sociale pour tous. C'est ainsi que Landry, évêque de Paris, a créé, vers 650, le premier hôpital parisien, l'Hôtel-Dieu. Il a été canonisé.

aider à secourir ses adhérents. Elle rejoindra les 143 sociétés de secours mutuels²⁶ présentes en 1823 et qui fonctionnent déjà très bien, malgré leur illégalité.

De 1791 à 1848, les sociétés de secours mutuels connaissent des périodes difficiles. Durant cette période, la France est essentiellement agricole et rurale. Le monde paysan a alors besoin de protection pour pouvoir subsister face aux accidents. Les années 1850 et 1852 et leurs législations représentent un grand pas en avant pour la protection agricole, avec l'apparition du syndicalisme agricole et de la légalisation des caisses de secours mutuels dédiées à ce secteur. La loi du 31 mars 1884 sur les syndicats va apporter une nouvelle pierre à l'édifice du mutualisme agricole en permettant aux groupements de se constituer à travers le syndicalisme. Le monde agricole peut, sans autorisation préalable, créer des sociétés de secours mutuels et de retraites. Cette loi jouera un rôle déterminant dans la naissance de nombreuses organisations en leur donnant la capacité de garantir les agriculteurs et le monde rural contre les sinistres²⁷. Ce premier cadre légal des syndicats aide donc les agriculteurs à se regrouper pour se protéger de manière officielle. En 1890, par exemple, la France dénombre « cinq millions d'exploitants agricoles et huit millions d'actifs agricoles²⁸ ». Dans un tel contexte socio-économique, la protection sociale agricole, sous forme de mutualisme agricole, ne peut alors qu'apparaître, et cela, grâce au syndicalisme.

Cependant, il faudra attendre la loi dite « Vigier » du 4 juillet 1900²⁹ pour que les mutuelles soient reconnues en tant que telles et non à travers le syndicalisme. Cette loi va donner aux mutuelles agricoles une existence légale³⁰. Leurs fonctions sont déjà variées ; il germe un commencement de protection du risque accident. En effet, ces caisses mutuelles agricoles

²⁶ Dans le mémento du mutualiste, publié par la mutualité de la Côte-d'Or en 1997, il a été relevé qu'« en dépit de ses idéaux humanistes et libertaires, la Révolution de 1789 brise les sociétés de secours mutuel dans leur essor. L'assistance aux "citoyens malheureux" figure bien dans la Déclaration des droits de l'homme (art. 23), elle est inscrite comme "un des devoirs sacrés de la Nation" dans de nombreux textes de l'époque, cependant, en juin 1790, la loi Le Chapelier interdit toute forme d'association. Selon le contexte politique local, les sociétés de secours mutuels entrent dans une clandestinité plus ou moins complète, pour ne retrouver une existence au grand jour que sous le Consulat et l'Empire ». Rapport d'information, « Assurons l'avenir de l'assurance », www.senat.fr.

²⁷ *La sécurité sociale - son histoire à travers les textes*, tome IV, *La Mutualité Sociale Agricole (1919-1981)*, Comité d'histoire de la sécurité sociale, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, Paris, 1991, p. 3.

²⁸ L. AZEMA, « Histoire de la Mutualité Sociale Agricole de la Haute-Garonne », 2010, en collaboration avec le Comité régional d'histoire de la sécurité sociale Midi-Pyrénées, Histoirecumpp.fr.

²⁹ L. 4 juillet 1900, art. unique.

³⁰ Article unique de la loi du 4 juillet 1900 : « Les sociétés ou caisses d'assurances mutuelles agricoles qui sont gérées ou administrées gratuitement, qui n'ont en vue et qui, en fait ne réalisent aucun bénéfice, sont affranchies des formalités prescrites par la loi du 24 juillet 1867 et le décret du 28 janvier 1868, relatifs aux sociétés d'assurances. Elles pourront se constituer en se soumettant aux prescriptions de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels. Les sociétés ou caisses d'assurances mutuelles agricoles ainsi créées seront exemptées de tous droits de timbres et d'enregistrement. »

apparentées à des assurances couvrent l'accident, en plus de la mort du bétail et des incendies, entre autres.

C'est ainsi que les « *mutuelles 1900*³¹ » sont nées. Leur domaine d'action grandit et certaines d'entre elles vont même se spécialiser. Les pouvoirs accordés à la mutualité ne vont pas reculer avec le temps. Le droit d'association dans le domaine de l'assurance va être reconnu aux mutuelles, par la Charte de la mutualité du 1^{er} avril 1898³². Dans cette optique, quelques années plus tard, la loi du 15 décembre 1922, en son article 11, autorise les caisses mutuelles constituées selon la loi de 1900³³, en plus du risque décès, à couvrir le risque d'accident du travail et l'incapacité permanente de travail³⁴. Cette même loi va étendre à l'agriculteur la législation de 1898 sur les accidents du travail. Soulignons, cependant, que cette extension sera laborieuse et tumultueuse.

Le XX^e siècle représente un tournant en matière de législation sociale. Tout d'abord, c'est dès 1896 que naît le courant solidariste, sous l'impulsion de Léon BOURGEOIS avec son ouvrage intitulé *Solidarité*³⁵. Il démontre, au travers de sa doctrine, que « *l'individu isolé n'existe pas* ». Pour cet auteur, les hommes sont interdépendants et ont une dette envers la société qui ne peut, cependant, être la même pour tous. Ainsi, dès leur naissance, un « quasi-contrat » est passé entre les individus qui se constituent de droits et de devoirs et qui évoluent en fonction de leur variation sociale³⁶. De ce constat, Léon BOURGEOIS pose le postulat qu'il existe une dette sociale des individus envers la société qui les a éduqués et leur a offert un bien-être, mais également envers les générations futures, à qui l'on doit le progrès, et aux générations passées, qui nous ont permis d'être. Le courant solidariste va permettre le développement du mutualisme et de la protection sociale³⁷, que l'État doit stimuler³⁸.

³¹ F. KESSLER, *Droit de la protection sociale*, Paris, Dalloz, 2014, p. 86.

³² La loi du 1^{er} avril 1898 est considérée comme la loi « fondatrice » de la mutualité. Cette loi va laisser subsister trois types de sociétés de secours mutuels : les sociétés libres, approuvées et reconnues d'utilité publique. Cependant, un véritable contrôle remplace la surveillance politique qui existait antérieurement. Leur champ d'application sera élargi et varié (assurances-vie et accidents, retraites, interventions sanitaires et sociales...).

³³ Article unique de la loi du 4 juillet 1900, *op. cit.*

³⁴ F. KESSLER, *Droit de la protection sociale*, *op. cit.*, p. 87.

³⁵ L. BOURGEOIS, *Solidarité*, Paris, A. Colin, 1896 (notice BnF n°FRBNF330146250, peut se lire en ligne).

³⁶ N. DELALANDE, « Le solidarisme de Léon BOURGEOIS, un socialisme libéral ? », *La Vie des idées*, 30 janvier 2008 (ISSN 2105-3050, peut se lire en ligne).

³⁷ *Ibid.*

³⁸ J. MIEVRE, « Le solidarisme de Léon Bourgeois », *Cahiers de la Méditerranée*, n°63, 2001 (peut se lire en ligne).

De plus, l'idée de protection s'est développée et renforcée en raison des catastrophes humaines, sans précédent, dues au machinisme et sous l'essor des doctrines de Josserand³⁹ et Saleilles⁴⁰. Ces dernières nous amènent à un problème sociétal : la protection de l'individu victime d'un accident du travail et qui risque de se retrouver sans ressources. La loi de 1898 sur les accidents du travail a donc été adoptée ; une loi emblématique qui, malgré tout, marque une différence du monde agricole, lequel bénéficiera d'un traitement particulier⁴¹.

La loi du 9 avril 1898⁴² pose le principe de la responsabilité de plein droit de l'employeur. Ainsi, la loi marque une rupture avec la logique libérale de la responsabilité pour faute. Elle institue une véritable présomption de responsabilité de l'employeur pour le rendre financièrement responsable des accidents survenus à ses employés du seul fait d'une activité exercée sous sa responsabilité et à son profit. De par cette loi, les employeurs vont se trouver dans l'obligation de se garantir contre le risque d'accidents du travail, constituant un véritable système d'assurance⁴³. Bien que les machines soient nombreuses et impressionnantes dans le domaine industriel, elles sont encore rares à être intégrées dans le monde agricole. Le débat quant à la législation sur les accidents du travail dans ce domaine est alors lancé.

Dès les premières discussions parlementaires⁴⁴ concernant l'adoption de la loi de 1898, il est question du monde agricole et de sa protection. Cette position soulèvera de nombreuses controverses entre les députés⁴⁵. Certains soutiennent que la spécificité du monde agricole rendra la loi difficilement applicable aux accidentés de ce secteur et prennent pour exemple le cas des journaliers qui demandent la mise en place d'un livret permettant aux différents employeurs de le renseigner. L'opposition à l'intégration du monde agricole à la loi de 1898 vient également de politiciens modérés, comme le député Ricard qui, fort des statistiques de

³⁹ L. JOSSERAND est, avec R. SALEILLES, le fondateur de la théorie du risque. Ils ont érigé un principe général de responsabilité du fait des choses en se basant sur l'article 1384, al. 1^{er} du Code civil. Ce principe, avec la théorie du risque et de la responsabilité du fait des choses, constitue un édifice solide à l'indemnisation des accidents du travail.

⁴⁰ R. SALEILLES, *Les accidents du travail et la responsabilité civile : essai d'une théorie objective de la responsabilité délictuelle*, Ed. Arthur ROUSSEAU, 1897, p. 90.

⁴¹ C.-E. MICHARD, « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture. De la solidarité facultative à la solidarité obligatoire : pour une histoire sociale du monde agricole », <http://ruralia.revues.org/966>.

⁴² Loi Présid. Rép. du 09/04/1898 relative à la responsabilité des accidents dont peuvent être victimes les ouvriers dans leur travail, JO-LD du 10/04/1898, p. 2209.

⁴³ G. SICARD, « L'établissement des assurances sociales en France par les lois de 1928 et 1930 », in *Mémoire de l'Académie des sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse*, volume 159, XVII^e siècle, tome VIII, 1997, p. 203-206.

⁴⁴ Y. LE GALL, « La préparation de la loi 1898 », in *L'histoire des accidents du travail*, n°10 et n°11, 1^{er} et 2^e semestres 1981, 243 p. et 127 p.

⁴⁵ Exemple du docteur Lavergne, sénateur du Tarn, 1889-1900 ; et C.-E. MICHARD, « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture. De la solidarité facultative à la solidarité obligatoire : pour une histoire sociale du monde agricole », *op. cit.*

plusieurs pays européens, justifie son opposition par la dangerosité de l'activité agricole. Selon sa théorie, l'essor du machinisme agricole rend le secteur plus dangereux que celui de l'industrie. Des arguments sur la spécificité de l'activité agricole et son particularisme sont également développés. Une telle législation prévue pour l'industrie ne serait pas exportable aux agriculteurs car elle deviendrait inefficace. De plus, elle représenterait un coût dans un domaine d'activité qui n'aurait pas les moyens de supporter la prise en charge d'une telle législation. Les besoins et les moyens seraient en concurrence. La crainte de nombreuses réactions négatives des agriculteurs freine toute décision d'intégration du secteur agricole à la loi sur les accidents du travail⁴⁶. Même si aucun changement ne survient pour le monde agricole, les nombreux débats vont permettre une prise de conscience : celle de ne pas laisser les agriculteurs démunis face aux accidents du travail, malgré le « particularisme agricole ».

En 1895, le monde agricole est donc exclu du projet de loi de 1898, mais certains aspects sont mis en exergue et pourront être couverts par la protection des accidents du travail. Alors que c'est l'utilisation des machines qui cause des accidents du travail handicapants, voire mortels, les sénateurs adoptent une position peu judicieuse et retiennent une conception étroite des accidents. Dans le projet de loi, les éléments couverts sont les accidents produits par des machines mises en mouvement par autre chose que la force de l'homme ou de l'animal. Ainsi, la loi ne protégerait pas la majorité des agriculteurs. Même si le machinisme est important et croissant, il n'est pas étendu à tous les domaines de l'agriculture, et par conséquent, la loi ne couvre pas certains aspects bien particuliers de cette activité, qui, pourtant, ont tout autant besoin de protection sociale.

La loi sur les accidents du travail est donc votée le 9 avril 1898, excluant les agriculteurs⁴⁷. C'est alors que les partisans du conservatisme mènent avec force une résistance chevronnée à l'intégration du monde agricole. Quelques ajustements ont lieu par la loi sur les accidents du travail de 1898. Les salariés du secteur forestier pourront bénéficier de cette protection dès 1914⁴⁸.

Le gouvernement de Waldeck-Rousseau, alors en place, ne laisse pas les agriculteurs démunis face aux accidents du travail. Par la loi Vigier⁴⁹, une protection sociale alternative est

⁴⁶ Par exemple, l'intervention de M. Volland, sénateur de Meurthe-et-Moselle, 1886-1900. Opportuniste et avocat.

⁴⁷ Site Internet : travail-emploi.gouv.fr. F. HORDERN, « Le droit des accidents du travail au XIX^e siècle ».

⁴⁸ Loi du 15 juillet 1914, JORF du 17 juillet 1914, p. 6400 - extension de la loi du 9 avril 1898 aux exploitants forestiers.

⁴⁹ Loi du 4 juillet 1900 ; la mutualité régie par cette loi aura la dénomination courante de « Mutualité 1900 ».

proposée au monde agricole, qui sera mise en œuvre par le biais de la mutualité agricole. Cette mesure, qui octroie une existence légale aux mutuelles agricoles, sera encore plus justifiée par les accidents du moment ainsi que par les défaillances des pouvoirs publics à secourir les agriculteurs et à l'intégrer à la législation sur les accidents du travail de 1898. Cette victoire est toutefois à relativiser car la majorité de leurs fonctions consistera à assurer le bétail, l'incendie, le crédit, la prévoyance et les accidents, bien que la couverture de ces derniers ne soit pas une fonction première.

Ce n'est qu'à partir de la loi du 15 décembre 1922 que les agriculteurs pourront bénéficier d'une protection sur les accidents du travail. Elle autorise les caisses mutuelles, formées selon la loi 1900, à couvrir ce risque accidentel. Parallèlement, en 1930, voit le jour la protection sociale des travailleurs agricoles, en garantissant les salariés contre la maladie et la vieillesse. La France prend, enfin, conscience du monde agricole mais accuse un retard considérable par rapport aux autres pays européens et notamment à l'Allemagne de Bismarck. L'Allemagne a connu une forte montée en puissance des syndicats socialistes du fait d'un important développement de l'industrie. Bismarck, voulant contrer ses adversaires, par une série de mesures de 1883 à 1889, a fait voter par le Reichstag la protection des travailleurs contre la maladie, les accidents du travail, l'invalidité et la vieillesse. Ces mesures ont été consacrées le 19 juillet 1911 par la promulgation du Code des assurances sociales. L'Alsace-Lorraine bénéficiera alors de la protection sociale créée par Bismarck. Lorsque la France récupère ces départements en 1918, leur régime protecteur est maintenu alors qu'au niveau national, il n'en existe aucun.

C'est par la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, qui autorise les structures mutualistes agricoles à gérer des assurances sociales propres, qu'un progrès est enfin constaté. Ces assurances sociales deviendront obligatoires pour les salariés agricoles ; elles posent une obligation de participation des employeurs tout en confiant la gestion de ce risque aux sociétés de secours mutuel agricole⁵⁰.

Le 27 octobre 1946, l'idée de protection sociale est bien imprégnée dans l'esprit des politiques puisque le préambule de la Constitution de la IV^e République reconnaît le droit de tous à « *la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être*

⁵⁰ M.-E. JOEL, F. LECLERC, « Le bénévolat », *La revue française des affaires sociales*, La Documentation française.

humain qui (...) se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Les agriculteurs, comme tous les travailleurs, sont concernés par ce préambule et cette volonté de protection contre les accidents de la vie ou du travail qui rendraient la personne dépendante d'un système de protection pour s'assurer un salaire de remplacement.

La sécurité sociale est créée par les ordonnances des 4⁵¹ et 19 octobre 1945⁵² et se situe entre deux modèles⁵³, celui de « Bismarck » et celui de « Beveridge⁵⁴ ». Quant à la protection sociale des agriculteurs, elle engendrera la mise en place, en 1946, des assurances sociales agricoles pour les salariés (ancêtres des MSA). Ces dernières ne seront créées que le 13 mai 1960. Elles garderont une certaine indépendance car elles bénéficient de cotisations de gestion.

En 1961, la protection sociale de l'agriculteur finit par se structurer avec la loi du 25 janvier 1961⁵⁵ qui instaure un régime autonome d'assurance maladie-maternité-invalidité obligatoire des exploitants agricoles. Cette législation de l'après-guerre est un grand tournant en matière de protection sociale de l'agriculteur. Les exploitants agricoles deviennent les premiers travailleurs indépendants à avoir une assurance sociale légale : l'AMEXA, l'assurance maladie des exploitants agricoles.

Pourtant, l'adoption de cette loi sera difficile ; les débats dureront près de dix ans et seront contrariés par des oppositions idéologiques et politiques de l'époque. Par le biais de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA), une partie des non-salariés agricoles réclament une participation financière importante de l'État tout en lui refusant sa participation ou son contrôle sur les finances accordées. Ce refus est justifié, par la FNSEA⁵⁶, par une volonté d'« indépendance du monde agricole ». Cependant, cette position semble oublier que l'État intervient déjà dans le financement de la protection sociale agricole,

⁵¹ Ordonnance 45-10 du 4 octobre 1945, parution au JO du 6 octobre 1945, 2002/4, n°4, p. 5-10, peut se lire sur le site CAIRN.INFO.

⁵² Ordonnance 45-2454 du 19 octobre 1945 concernant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles et instaurant l'affiliation obligatoire aux assurances sociales.

⁵³ G. DE POUVOURVILLE, « L'assurance maladie en France, Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ? », p. 19-24, tiré des *Annales des mines-réalités industrielles*, ESKA, nov. 2011, 84 p. ; ou sur URL : www.cairn.info/revue-realites-industrielles1-2011-4-page-19.htm.

⁵⁴ Pierre LAROQUE, résistant, est nommé directeur de la sécurité sociale par le général de Gaulle, en 1944, et il joue un rôle déterminant dans l'élaboration des textes fondateurs. Il était à Londres au moment de la résistance, et il est certain que le rapport Beveridge a été une source d'inspiration pour lui.

⁵⁵ L. n°61-89, 25 janvier 1961, parution au Journal officiel le 27 janvier 1961.

⁵⁶ Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles, fondée en 1946 ; c'est le syndicat majoritaire du monde agricole en France.

ne serait-ce que par la loi de 1900 sur le mutualisme agricole. En effet, il lui accorde un certain nombre d'avantages fiscaux qui la favorisent par rapport à d'autres compagnies d'assurance, obligées de payer des droits d'enregistrement et des taxes. L'aide de l'État existe donc déjà.

Malgré ce progrès important dans leur protection sociale, les exploitants sont partagés, voire perplexes. Ils hésitent entre une envie de se rallier à une protection sociale qui les tente et une méfiance envers ce régime qualifié de « prolétaire ». La FNSEA se fait le porte-parole de cette controverse, en réclamant une protection sociale mais en refusant toute proposition du gouvernement. Pourtant, ce besoin de protection sociale de l'exploitant semble évident, pour ne pas dire vital. Une enquête effectuée en 1960 en Loire-Atlantique démontre que des exploitants locaux se sont retrouvés dans l'obligation de « *tout vendre pour se soigner*⁵⁷ ». La FNSEA, quant à elle, mène une étude qui révèle que seulement « *6% des exploitants de 29 communes du département ont recours à l'assistance médicale gratuite*⁵⁸ ».

La protection sociale de l'exploitant agricole d'avant la loi du 21 janvier 1961 montre ses limites du fait de son inadéquation et de son inégalitarisme face à la sécurité sociale. D'après le *Paysan Nantais*, il semblerait qu'en 1960, la Loire-Atlantique n'ait que 5 000 assurés contre le risque maladie, alors que la FNSEA du département compte 20 000 syndiqués. Ces chiffres démontrent clairement les limites de l'assurance et les besoins d'une protection sociale légale.

La loi créant l'AMEXA est votée dans un contexte social difficile. Le « trou de la sécu », dont il est question depuis des années, et qui est évoqué en 1960, est pris en compte lors de la loi de protection sociale du non-salarié agricole. Le budget ne doit pas être mis en danger. Le compromis est difficile et aboutit inévitablement à un taux insuffisant de couverture des risques. Durant les négociations, les syndicats agricoles, et surtout la FNSEA, vont œuvrer pour une protection sociale contre des cotisations les plus basses possibles alors que l'État ne souhaite pas s'engager dans un tel financement pour des raisons tant politiques qu'idéologiques. C'est pourquoi, le risque accident sera exclu de l'AMEXA.

La loi du 25 janvier 1961 donne donc naissance à un régime hybride, peu satisfaisant. Il est fondé, d'une part, sur une obligation de s'assurer, avec une liberté de choix de l'assureur

⁵⁷ *Paysan Nantais*, 2 avril 1960 : journal agricole de Loire-Atlantique.

⁵⁸ *Paysan Nantais*, 23 janvier 1960 ; et C.-E. MICHARD, « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture. De la solidarité facultative à la solidarité obligatoire », *op. cit.*

laissée à l'adhérent, et d'autre part, sur un système de sécurité sociale obligatoire, financé par l'État, par l'intermédiaire d'un chapitre budgétaire nouvellement créé : le budget annexe des prestations sociales agricoles, appelé communément BAPSA.

Cependant, les parlementaires de l'époque sont conscients de l'insuffisance de la loi, puisqu'elle exclut la prise en charge d'un risque important : les accidents. Ils imposent de traiter, dans les six mois, un projet de loi relatif à la couverture des accidents professionnels. Ce délai n'est pas respecté, puisque la loi sur les accidents n'est votée qu'en 1966, pour n'être applicable qu'en 1969. Au regard du temps pris par le législateur, la question de la santé publique relative aux accidents ne semble pas vraiment essentielle.

Le premier projet lié aux accidents des exploitants n'est qu'un coup d'épée dans l'eau. Il ne propose pas de protection sociale optimale, bien au contraire ; les exploitants agricoles sont obligés de s'assurer auprès de compagnies fixant librement le montant de la prime, contre une couverture sociale « risible ».

Face à ce manque d'engagement de la part de l'État, il est logique de penser que les problèmes financiers sont la source d'une telle position, mais des considérations idéologiques animent également les débats : la définition du risque d'accidents suscite bien des polémiques. L'accident est-il un risque social qui concerne toute la population, ou s'agit-il d'un risque qui ne touche qu'une catégorie de personnes, et que seul un système de protection parallèle à la sécurité sociale peut couvrir ?

Ni les parlementaires, ni le gouvernement ne sauront répondre à cette question de définition. Ces derniers se contentent d'instaurer un régime hybride de protection sociale contre les accidents avec l'AMEXA : moitié assurance privée, moitié sécurité sociale. Ce système sera repris.

Plusieurs projets de protection sociale de l'agriculteur exploitant contre les accidents se multiplient, tous aussi insatisfaisants les uns que les autres. Un de ces projets propose de rattacher le risque d'accidents à l'AMEXA, un autre veut en faire une nouvelle branche de la sécurité sociale, avec un financement inclus dans le budget de celle-ci. Finalement, c'est le 22 décembre 1966 qu'est adoptée l'AAEXA⁵⁹, l'assurance obligatoire des exploitants agricoles. Elle ne sera applicable que trois années plus tard. Le régime sera à plusieurs vitesses, comme

⁵⁹ « Des réformes contestées ou qui se font attendre », www.senat.fr, rapports législatifs – Loi de finances pour 2002, tome III, annexes 41 : « Prestations sociales agricoles ».

pour l'AMEXA. Son rôle sera de couvrir les conséquences des accidents de la vie privée, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle concerne les exploitants et leur famille, à l'exception des enfants de moins de seize ans, ainsi que les retraités exploitants qui gardent une activité. L'AAEXA fonctionnera sur les bases d'une assurance privée de personnes, fondée sur la solidarité. La liberté de choix de l'assureur est, cependant, laissée à l'adhérent.

Les prestations fournies par l'assurance obligatoire sont relativement faibles. Elles se divisent en prestations en nature et en prestations en espèces. Les prestations en nature concernent le remboursement des soins, de l'hospitalisation. Ces dernières semblent être satisfaisantes mais les prestations en espèces sont quasiment absentes des contrats. Et pour cause, l'AAEXA ne prévoit pas le versement des indemnités journalières, de l'allocation de remplacement ou encore de la rente en cas d'incapacité de travail ; seule une incapacité de travail égale ou supérieure à 66,66 % pourra être compensée par une rente.

Ces prestations sont limitées du fait des dépenses de l'AMEXA. Entre 1961 et 1964, les dépenses de l'AMEXA⁶⁰ sont passées de 55 à 97 millions de francs, soit des montants qui ont quasiment doublé en trois ans. Des députés tels que Georges Juskiewenski⁶¹ ou l'abbé Hervé Laudrin⁶² ne manqueront pas de relever ces chiffres lors des débats parlementaires et déploreront les faiblesses du texte, notamment l'occasion manquée d'instaurer une vraie protection fondée sur la solidarité.

De plus, ce système⁶³ crée de réelles inégalités entre les exploitants qui peuvent souscrire ces contrats et ceux qui ne le peuvent pas. L'AAEXA est basée sur une obligation d'assurance, mais elle n'est que théorique car aucun moyen n'est mis en place pour réaliser un contrôle effectif de celle-ci.

La loi du 25 octobre 1972⁶⁴ va, quant à elle, instaurer un régime d'assurance obligatoire qui couvrira les accidents du travail, du trajet et les maladies professionnelles des salariés. Elle

⁶⁰ C.-E. MICHARD, « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture. De la solidarité facultative à la solidarité obligatoire : pour une histoire sociale du monde agricole », *op. cit.*

⁶¹ Membre de la commission de l'agriculture, désigné par cette dernière afin de représenter l'Assemblée nationale au sein de la Commission consultative des assurances sociales agricoles. Médecin, député de 1956 à 1967.

⁶² Membre des affaires culturelles, familiales et sociales. Membre titulaire du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles. Député du Morbihan de 1958 à 1977.

⁶³ G. JUSKIEWENSKI, débats, Assemblée nationale, 23 novembre 1966 ; et C.-E. MICHARD, « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture. De la solidarité facultative à la solidarité obligatoire : pour une histoire sociale du monde agricole », *op. cit.*

⁶⁴ N°72-965 du 25 octobre 1972, JO du 13-07-1973, p. 7620.

sera exclusivement gérée par les caisses de MSA. Une partie de la loi porte aussi sur l'accident des exploitants et renforce l'assurance complémentaire. En cumulant l'assurance obligatoire et celle complémentaire, les exploitants sont mieux couverts. Il est également question de créer une parité entre la couverture sociale des salariés et des exploitants, mais l'absence de contrôle de l'obligation d'assurance ne fait que créer une protection sociale à deux vitesses : celle des salariés, basée sur la solidarité, et celle des exploitants, mi-assurance, mi-sécurité sociale. Ce système étant peu satisfaisant, l'AAEXA sera réformée le 5 novembre 2001 pour donner naissance à l'ATEXA.

Cette réforme ne rompt pas totalement avec le régime pluraliste alliant les compagnies d'assurances privées et les caisses de MSA. Toutefois, le cadre est beaucoup plus réglementé qu'avec l'AAEXA, car le taux de cotisation ainsi que le montant des prestations sont fixés par le législateur de manière uniforme, pour une durée de trois ans, et par catégories de risques.

Les caisses de MSA auront un rôle déterminant et seront le pivot central de la gestion de ce risque, en contrôlant l'obligation d'assurance des exploitants et en menant des actions de prévention. De plus, le risque lié à la vie professionnelle et celui lié à la vie privée seront dissociés. Le premier risque relèvera du régime de l'assurance et le second de l'assurance maladie, soit de l'AMEXA. Concernant cette réforme, qui instaure les indemnités journalières des exploitants agricoles dans le cadre de l'ATEXA, on soulignera une légère amélioration du sort des accidentés du travail, puisque le montant de la rente versée en cas d'invalidité totale résultant d'un accident du travail sera relevé à 10 671 euros⁶⁵. Cependant, l'attribution de la rente s'effectuera sur la base de calcul du taux d'invalidité selon un barème applicable aux salariés, et non de la capacité à exercer une profession agricole ou non. Le barème de calcul n'est donc pas optimal.

Ce n'est que depuis le 1^{er} janvier 2014⁶⁶ que les exploitants et les conjoints collaborateurs peuvent bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée. Ce dispositif tant attendu permet d'étendre le champ d'application de la couverture sociale des chefs d'exploitation et d'entreprises agricoles, qui ne pouvaient jusqu'à présent percevoir que des indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, par le biais de l'ATEXA.

L'équité entre agriculteurs salariés et non salariés semble être en route.

⁶⁵ Depuis la réforme de l'AAEXA le 5 novembre 2001 qui a donné naissance à l'ATEXA.

⁶⁶ L. n°2013-1203, 23 décembre 2013, art. 23.

La protection sociale de l'agriculteur s'est bâtie au fil des années, voire des siècles. Le XIX^e siècle est l'époque marquante car elle démontre une « *accélération de l'histoire*⁶⁷ », comme le relevait Daniel Halévy, essayiste. Cette accélération n'est autre que le fait de bouleversements sociaux, économiques et technologiques. Ces derniers ont donné naissance à une protection sociale des agriculteurs victimes d'accidents plus formels.

À la suite de ce constat, il convient de se demander ce qu'il reste à améliorer aujourd'hui.

Les agriculteurs ont vu, en premier lieu, leur protection sociale en matière d'accident se construire en parallèle à celle du régime général de la sécurité sociale, sans y être vraiment associés. Puis, au sein même de ce régime agricole qui couvre les agriculteurs, une différence existe entre salariés et non-salariés. Une inégalité de protection est incontestable.

À l'heure actuelle, cette différence s'estompe progressivement du fait de l'application du principe de solidarité au détriment de l'assurance. Cependant, un alignement sur le régime général est en cours de processus, sans pour autant voir le jour.

En effet, les salariés du régime agricole sont couverts, en matière d'accident, de façon similaire aux salariés du régime général. Mais, cette similitude n'est pas totale car des ajustements de la spécificité du système de protection sociale agricole ont été opérés, même s'ils restent partiels. Toutefois, le Code rural renvoie régulièrement au Code de la sécurité sociale⁶⁸.

Il sera alors constaté que le régime agricole se distingue du régime général de par la restriction des prestations qu'il sert aux agriculteurs non salariés, laissant régulièrement l'assurance prendre le relais.

Cependant, la tendance est à l'alignement des prestations, et plus spécifiquement des prestations accidents. Le constat des années de protection sociale laissées à l'assurance semble être décevant, et le régime obligatoire tire profit de ces faits afin d'améliorer la protection des non-salariés agricoles.

L'alignement des prestations des agriculteurs, entre eux, puis au régime général, est donc en chemin mais ne semble pas parachevé pour le moment, malgré des réformes récentes

⁶⁷ D. HALEVY, *Histoire sur l'accélération de l'histoire, suivi de l'histoire, va-t-elle plus vite ? La conquête des forces de la nature. Leibniz et l'Europe*, broché, Paris, Ed. Fallois, 2001.

⁶⁸ Par exemple, l'article R751-69 du Code rural et de la pêche maritime, concernant la faute de l'assuré et d'un tiers dans le domaine des accidents du travail, dispose que « *les articles R.454-1 à R.454-3 du Code de la sécurité sociale sont applicables au régime défini au présent chapitre* ».

concernant l'octroi des indemnités journalières aux non-salariés agricoles, en cas de maladie, par le régime obligatoire (MSA).

L'objectif de notre recherche est d'établir un état des lieux de la protection sociale de l'agriculteur victime d'accident. Ce dernier devrait permettre de mieux comprendre les niveaux de garanties et de protection des agriculteurs. L'étude menée conduira également à constater l'alignement du régime agricole sur celui du régime général. Elle mettra en lumière les lacunes actuelles du système de protection.

Pour cela, il est primordial de prendre connaissance du concept de protection sociale qui est polysémique, ainsi que du terme « agriculteur », qui recouvre plusieurs définitions et donc donne droit à des statuts différents. Il ne faut également pas oublier que la notion d'« accident » implique plusieurs conséquences car celui-ci peut être lié soit à l'activité professionnelle, soit à l'activité de la vie privée.

L'intérêt de notre étude est donc de démontrer le niveau de protection des salariés et des non-salariés agricoles en cas d'accidents du travail ou de droit commun. Il est question de mettre en lumière les dispositifs de droit commun et complémentaires des MSA ou des institutions de prévoyance.

La protection sociale de l'agriculteur victime d'accident constitue un véritable enjeu de santé publique. En effet, les statistiques officielles le démontrent. Le taux d'accidents survenus chez les agriculteurs est toujours conséquent, et ces derniers méritent donc une couverture sociale à la mesure de ces risques. Un rapport parlementaire de 2000⁶⁹ révèle même que 10,72 % des exploitants assurés auprès de Groupama ont été victimes d'accidents en 1996. Ce chiffre baisse légèrement en 1997 car le taux d'accidentés est ramené à 8,31%. En 1996, les salariés agricoles victimes d'accidents sont moins nombreux que les exploitants agricoles, puisque leur taux est de 4,31 %, mais il reste inquiétant par sa proportion. De 1996 à 1997, le pourcentage de l'ensemble des salariés agricoles victimes d'accidents du travail est de 4,5%⁷⁰.

La CCMSA publie régulièrement les chiffres concernant les accidents du travail des salariés et des non-salariés agricoles. Ces derniers reflètent les statistiques que font remonter les

⁶⁹ B. et J. CAHUZAC, Rapport au Premier ministre sur les adaptations à apporter à la fiscalité et au mode de calcul des cotisations sociales agricoles, 28 mars 2000 ; et C.-E. MICHARD, « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture. De la solidarité facultative à la solidarité obligatoire : pour une histoire sociale du monde agricole », *op. cit.*

⁷⁰ Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, dossier de presse, 24 février 2000, <http://www.travail.gouv.fr>.

caisses de MSA à la Caisse centrale suite aux traitements qui lui sont soumis. Ces données fiables révèlent qu'en 2013, le nombre d'accidents du travail concernant les salariés était de 59 400, contre 25 000 pour les exploitants.

Les chiffres révélés par la CCMSA sont tout aussi alarmants en termes d'accidents du travail, pour l'année 2013. Ces données soulignent, sans aucun doute, la dangerosité des travaux agricoles, ainsi que des conditions de travail propices aux risques accidentels. Ces « mésaventures » déplorées lors de cette activité revêtent différentes formes. Elles sont liées à la manipulation de produits chimiques et d'objets contondants, au port de charges lourdes, à l'usage d'engins mécaniques mortels pour l'agriculteur et au contact avec les bêtes d'élevage. Ces dangers dus à l'activité de l'agriculteur donnent naissance aux risques d'accidents du travail qui seront appréhendés dans cette recherche.

Paradoxalement, ce n'est pas la mécanisation et le machinisme qui sont les sources d'accidents du travail les plus fréquentes chez les agriculteurs, mais le contact avec les animaux : 41,6 % des accidents sont dus à l'élevage et aux cultures.

Cette constatation, étonnante, démontre que bien que le machinisme ait encouragé la législation sur les accidents du travail, ce sont les bovins qui sont les plus dangereux dans l'activité agricole. Ces chiffres, correctement exploités et utilisés à bon escient, devraient permettre une prévention ainsi qu'une protection plus efficace et efficiente.

Les pouvoirs publics ont d'ailleurs pris les devants dans plusieurs domaines. En effet, depuis le 1^{er} octobre 2014, tous les agriculteurs sont tenus de posséder le « Certiphyto », un diplôme obligatoire pour pratiquer l'épandage de produits phytopharmaceutiques sur les cultures⁷¹.

Outre ces accidents du travail classiques, la question du suicide dans le monde agricole se pose⁷². Dans quelle mesure le comportement suicidaire peut-il être qualifié d'accident ? La question mérite bien sûr d'être approfondie dans la délimitation de la notion d'accident du travail qui sera développée. Toutefois, elle montre, une fois de plus, que la protection sociale agricole est en pleine mutation. Elle doit s'adapter aux risques du moment afin d'optimiser la protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents. Celle-ci représente une matière spécialisée dont les ressources ne sont pas abondantes⁷³, en comparaison avec les écrits relatifs à la population protégée du régime général. Il existe quelques ouvrages qui n'ont pas

⁷¹ « Les travaux agricoles, une activité à risques », www.info.expoptotection.com.

⁷² « L'augmentation du suicide exprime la détresse du monde paysan », *Le Monde*, 26 octobre 2002.

⁷³ C.-E. MICHARD, « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture », *op. cit.*

été réactualisés en fonction des nouvelles législations. On retrouve également quelques travaux succincts sur l'histoire de la mutualité, ou encore une infime quantité de dossiers sur l'histoire rurale⁷⁴.

Les enjeux de la protection sociale de l'agriculteur victime d'un fait accidentel sont nombreux, qu'il s'agisse d'accidents du travail ou de droit commun. Ces enjeux sont d'abord économiques pour les caisses de MSA qui sont amenées à verser les prestations liées aux soins ou au salaire de remplacement, dans le cadre d'un sinistre professionnel mais aussi privé.

Sur le plan professionnel, le chef d'entreprise a tout intérêt à éviter les atteintes au travail de ses subordonnés afin de ne pas voir ses charges sociales augmenter. Les enjeux sont également humains, car il appartient aussi aux pouvoirs publics de préserver la santé et la sécurité des citoyens. Ils sont également juridiques, puisque la responsabilité de l'employeur peut être engagée si la prévention des risques est insuffisante. Cette responsabilité peut être civile autant que pénale.

Dans le cadre des accidents de la vie privée, la responsabilité de l'auteur peut revêtir diverses formes et couvrir diverses législations : loi du 5 juillet 1985 sur les accidents de la circulation, loi sur les accidents médicaux, les produits défectueux, la garde de la chose, les accidents sportifs.

Cependant, avec la prise en compte de ces enjeux, il convient de souligner que la prévention joue un rôle primordial et qu'il est donc nécessaire de l'améliorer. En matière d'accidents du travail, la CCMSA a lancé son cinquième plan de prévention pour la période de 2016 à 2020⁷⁵. Ce plan se caractérise par des actions de formation et une sensibilisation à six facteurs de risques qui ont été identifiés et qui sont⁷⁶ : le risque animal, qui représente 56% des accidents des exploitants agricoles et 55% des coûts générés ; les accidents liés aux machines, entraînant un taux de mortalité élevé de 33% chez les salariés et de 31% chez les non-salariés (données de 2013) ; le risque chimique, qui représente 1% des accidents du travail, aussi bien en nombre qu'en coût. À ceux-ci s'ajoutent les dépressions et les addictions, pouvant apparaître comme les nouveaux risques sociaux à prendre en considération dans la prévention.

⁷⁴ Voir bibliographie.

⁷⁵ Lesillon.info, 2016/03/02, l'hebdomadaire agricole et rural des pays de l'Adour. « La MSA lance son cinquième plan de prévention des accidents du travail-actualité ».

⁷⁶ Communiqué de presse du 16 février 2016, de Monsieur Pascal CORMERY, président de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Selon Monsieur Pascal CORMERY, directeur de la CCMSA, « *la conjoncture économique, l'évolution du métier, ont fait apparaître des nouveaux risques*⁷⁷ » qualifiés de risques psychosociaux. Dans ce même plan, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont également pris en compte mais ils relèvent principalement de la maladie professionnelle et non des accidents du travail. Il est également question de maintenir la victime d'accident du travail en activité afin de prévenir « *la désinsertion professionnelle et maintenir l'emploi du travailleur ayant un problème de santé ou un handicap*⁷⁸ ».

En matière d'accident de la vie privée, l'accent est également mis sur la prévention. *Le Parisien*⁷⁹ relève par exemple que la France compte 20 000 morts par an à la suite d'accidents de la vie courante, soit trois fois plus qu'en Suède. Ce pays a mis plus de moyens et a opté pour des dispositifs simples, que la France commence à adopter : obligation d'installer un système de protection autour des piscines afin d'éviter les noyades, obligation de poser des détecteurs de fumée afin d'éviter les incendies. Il convient de sensibiliser le grand public au risque des accidents domestiques, à l'instar des accidents de la circulation, afin d'améliorer leur prévention.

Au regard de ces constats, il faut souligner qu'une prise en charge des accidents et une réparation adaptée sont les clés d'une protection sociale optimisée. Cependant, si la procédure de reconnaissance semble techniquement souple pour les accidents du travail et les accidents de la vie privée, elle pose bien des difficultés au moment de l'indemnisation, car les modes de calculs et de prises en charge sont complexes et flous. Certes, la protection sociale de l'agriculteur victime d'accident se rapproche de celle des salariés du commerce et de l'industrie, mais elle reste encore perfectible pour les non-salariés, car l'alignement n'est pas total pour ces derniers. De plus, si la protection sociale de l'agriculteur victime d'accident présente des lacunes, il est incontestable que celle du régime général en contient également. Dès lors, tout le système de protection sociale mériterait d'être repensé, car nombreux sont les régimes qui ont pris pour modèle celui de la sécurité sociale des salariés du commerce et de l'industrie, qui couvre 80,3% de la population⁸⁰.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ C. CHANTRY, « Comment lutter vraiment contre les accidents domestiques », *Leparisien.fr*, 13 septembre 2004.

⁸⁰ K. PALERMO, *Vers un régime unique du risque lié au travail*, thèse, faculté de Lille, sous la direction de Pierre-André LECOCQ, 2008.

La construction de cette recherche s'articule autour de deux thèmes de réflexion afin de comprendre au mieux la protection sociale de l'agriculteur victime d'accident. Dans une première partie, les accidents liés à la vie professionnelle seront abordés. La seconde partie, quant à elle, concernera les accidents non liés à l'activité professionnelle.

La première partie, relative aux accidents du travail, développera un inventaire exhaustif de l'application de l'accident du travail au monde agricole, puis décrira le système de réparation mis en place. Ces éléments permettront de constater le niveau de protection de l'agriculteur salarié victime d'accident du travail en comparaison au salarié issu du régime général ou encore à l'agriculteur non salarié. Nous remarquerons que la protection sociale de l'agriculteur victime d'accident du travail s'est construite de manière séculaire jusqu'à atteindre le niveau qu'elle possède actuellement ; au fil du temps, les agriculteurs ont acquis des droits. Pour ces raisons, il est possible de dire que la protection sociale de l'agriculteur victime d'un risque professionnel rayonne. Cependant, ce rayonnement n'est qu'hypothétique ; la législation sur les accidents du travail comporte des dysfonctionnements sur le plan de la reconnaissance, de l'indemnisation, de la prévention. Seront ainsi mises en lumière les lacunes de la protection sociale des différentes catégories d'agriculteurs.

Enfin, la seconde partie s'inscrira dans la même lignée en s'intéressant aux accidents de la vie privée. À la suite d'un accident de ce type, l'agriculteur pourra bénéficier d'un arrêt de travail. Différentes situations de l'assuré en arrêt maladie et en invalidité seront alors analysées. Nous verrons que la victime aura une protection sociale mais elle est écornée car elle ne garantit pas un accès aux soins et un maintien de rémunération. Aussi, de nombreuses difficultés existent dans son application.

PARTIE I - LE RISQUE ACCIDENT LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : LE RAYONNEMENT HYPOTHÉTIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE DE L'AGRICULTEUR

PARTIE II - LE RISQUE ACCIDENT NON LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : UNE PROTECTION SOCIALE ÉCORNÉE DE L'AGRICULTEUR

PARTIE I

LE RISQUE ACCIDENT LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : LE RAYONNEMENT HYPOTHÉTIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE DE L'AGRICULTEUR

« Le travail est essentiel à la vie des gens, à la stabilité des familles et des sociétés. Chacun aspire à un travail qui lui assure, à lui ainsi qu'à sa famille, un niveau de vie acceptable : un travail qui lui permette de faire entendre sa voix et qui respecte ses droits fondamentaux.⁸¹ »

Depuis le XIX^e siècle, la protection sociale de l'agriculteur est en pleine mutation, démontrant une évolution séculaire pour atteindre son sommet à travers les dernières lois de financement de la sécurité sociale. Celle de 2013⁸² a instauré les indemnités journalières en cas d'arrêts de travail, de maladie ou d'accident de la vie privée des non-salariés agricoles. Jusqu'à présent, seuls les arrêts de travail consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle étaient pris en charge et indemnisés. L'innovation est d'autant plus remarquable qu'elle met à la charge de l'agriculteur non salarié une participation modique de 170 euros par an.

Ensuite, la loi de financement de la sécurité sociale de 2014⁸³ vient compléter cette protection sociale en révisant les conditions d'obtention de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne en cas d'accident du travail. Dès lors, le taux d'incapacité pour bénéficier de cette prestation est aligné sur celui des salariés et passe de 100% à 80%, à partir du 1^{er} janvier 2014.

Cette protection sociale est parachevée par la loi de financement de 2015⁸⁴ qui prévoit, en son article 83, l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles des aides familiaux d'exploitations, des collaborateurs et des associés d'exploitations. Les arrêts couverts par cette mesure devront être prescrits après le 1^{er} janvier 2015.

⁸¹ J. SOMAVIA, directeur général du Bureau international du travail (BIT), « La sécurité en chiffres », 2003 ; tiré de K. PALERMO, *Vers un régime unique du risque lié au travail*, op. cit.

⁸² Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, parution au JO du 18/12/2012.

⁸³ Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, parution au JO du 24/12/2013, et art. L. 752-6 du Code rural et de la pêche maritime.

⁸⁴ Loi n°2014-1554 du 22 déc. 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, parution au JO du 24/12/14.

La protection sociale du travailleur agricole non salarié se rapproche de plus en plus de celle du salarié agricole et, par la même occasion, de celle des salariés en général.

Tous ces ajustements et ces rapprochements de la protection sociale de l'agriculteur victime d'accident avec celle du salarié du régime général laissent donc à penser qu'elle est en plein essor.

Le mode de reconnaissance des accidents du travail des salariés agricoles est similaire à celui des travailleurs du commerce et de l'industrie. Ainsi, les salariés sont protégés à l'identique et nous pourrions même nous interroger sur les motifs de l'existence de deux régimes différents dont le maintien pourrait être préjudiciable pour l'assuré qui pourrait être sous la protection soit d'un régime, soit de l'autre, au gré de ses activités professionnelles. Cette situation créerait probablement des périodes d'interruption des droits, le temps de transférer le dossier administratif entre les deux régimes de protection sociale.

Le mode d'indemnisation, quant à lui, est un réel problème pour les agriculteurs salariés comme pour les assurés du régime général du commerce et de l'industrie, car il est complexe, flou et dénué de transparence. Cependant, le mode d'indemnisation des non-salariés en cas d'accident du travail est plus clair car il se base sur une indemnisation forfaitaire. Dans ce cas d'indemnisation, parler de forfait, c'est donner un autre sens au mot qui implique que seul le préjudice professionnel est indemnisé, mais uniquement à hauteur d'une somme prévue au préalable par décret. Le montant des indemnités journalières de l'agriculteur non salarié est donc fixé et connu par avance, et il est identique pour toutes les personnes ayant ce statut. La situation est claire car il n'y a pas de mode de calcul prédisposant une erreur d'estimation. Cependant, le montant d'indemnisation est faible par rapport à celui de certains salariés. Il est possible de parler d'un rayonnement hypothétique de la protection sociale de l'agriculteur victime d'accident du travail, car cette dernière adopte les grands principes de couverture des accidents professionnels et les applique à l'agriculture (Titre I). Néanmoins, la réparation du préjudice professionnel n'est pas optimisée (Titre II).

TITRE I

LES GRANDS PRINCIPES DE LA COUVERTURE DES ACCIDENTS PROFESSIONNELS ET LEUR APPLICATION EN AGRICULTURE

L'activité agricole, comme toute activité professionnelle, comporte des risques accidentels. Leur prise en charge est prévue par le Code rural et de la pêche maritime qui renvoie régulièrement au Code de la sécurité sociale. La gestion du fait accidentel est le monopole des caisses de mutualité sociale agricole, bien que « *ce régime se rapproche aujourd'hui de plus en plus du régime général de la sécurité sociale applicable aux salariés du commerce et de l'industrie*⁸⁵ ».

Les accidents du travail en agriculture ne sont pas anodins ; ils représentent un danger constant du fait de l'activité agricole, malgré une baisse du taux de sinistres⁸⁶. Cependant, ils se caractérisent par leur gravité. Les accidents professionnels donnent lieu à des litiges abondants qui sont tranchés par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation⁸⁷. La jurisprudence relative à la protection sociale de l'agriculteur victime de préjudice professionnel est riche et variée. Notre étude n'a pas pour objectif de faire le point sur toute la législation applicable, mais de démontrer que tous les agriculteurs ne sont pas couverts de la même manière.

Il convient donc, en premier lieu, de définir la prise en charge du salarié agricole (Chapitre I) puis celle du non-salarié agricole (Chapitre II), car la législation les concernant est différente. En second lieu, il est nécessaire d'accorder une attention accrue à la prévention (Chapitre III).

⁸⁵ T. TAURAN, « La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles en agriculture », *Revue de droit rural*, n°351, mars 2007, étude 16.

⁸⁶ V. projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, 17 oct. 2006, t. II, « Assurance maladie et accidents du travail ».

⁸⁷ T. TAURAN, *op. cit.*, note 85.

CHAPITRE I

LA DÉTERMINATION DE LA PRISE EN CHARGE DU SALARIÉ AGRICOLE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Les principes régissant la prise en charge des accidents du travail des agriculteurs se rapprochent de ceux applicables aux travailleurs du régime général (Section 1). Il est important de savoir si la victime peut être qualifiée de salarié agricole (Section 2) ou non, afin de pouvoir lui appliquer le régime adéquat. Enfin, nous verrons comment est déterminée la notion d'accident du travail lorsque l'intéressé est un agriculteur (Section 3).

Section 1. Les principes régissant la prise en charge

Les fondements de la reconnaissance des accidents du travail (Paragraphe 1) et leurs conséquences (Paragraphe 2) sont les piliers de la prise en charge.

Paragraphe 1. Le fondement de la reconnaissance

Il y a plusieurs manières de rattacher l'accident à l'activité : apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et l'activité professionnelle, mettre en avant la présomption d'imputabilité ou utiliser un système hybride entre ces deux modes de reconnaissance. Les fondements possibles de la reconnaissance de l'accident du travail sont au nombre de trois, bien que le pouvoir réglementaire et les pratiques jurisprudentielles en réduisent les différences⁸⁸ en s'alignant sur un même fondement, celui du régime général, qui est basé sur l'imputabilité comme base de reconnaissance de l'accident professionnel. Le régime agricole, quant à lui, se calque sur le régime général qui devient le régime de référence. Parmi les fondements possibles de la reconnaissance (A), le fondement adopté est celui de l'imputabilité (B).

A. Les fondements possibles de la reconnaissance

Les fondements de la reconnaissance sont de plusieurs ordres. Le régime des fonctionnaires et des militaires ne facilite pas la reconnaissance de l'accident du travail car le fondement de cette dernière repose sur le lien de causalité. En effet, il appartient à ces deux catégories

⁸⁸ K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 105.

d'agents de l'État d'apporter la preuve que l'accident est bien en relation avec leur activité. Si ce type de fondement de la reconnaissance avait été appliqué à l'agriculteur, celui-ci aurait éprouvé des difficultés pour se faire indemniser et soigner dans le cadre d'un accident du travail.

Cependant, les agents ont vu les règles de reconnaissance évoluer vers l'imputabilité. Cette dernière a été introduite progressivement au sein de chaque corps⁸⁹ de la fonction publique, en s'étalant dans un temps plus ou moins long.

Outre le fondement de la causalité, il existe celui de l'imputabilité, qui est le fondement de la reconnaissance le plus protecteur pour le salarié. Les salariés du régime général du commerce et de l'industrie bénéficient de ce système très protecteur bien qu'initialement basé sur la causalité. Il a fallu attendre la loi du 9 avril 1898⁹⁰ pour que le fondement du système de reconnaissance soit revu pour, finalement, reposer sur l'imputabilité.

Certains régimes sont hybrides et empruntent des éléments aux deux systèmes. C'est la situation dans laquelle se trouvent les ouvriers et les non-titulaires de l'État, ainsi que les agents d'EDF GDF devenu depuis peu EDF ENGIE. Leur régime est celui de la présomption d'imputabilité pour la reconnaissance et est apparenté à celui des agents fonctionnaires de l'État pour l'indemnisation.

Comme le souligne Karine PALERMO dans sa thèse, les spécificités des différents régimes tendent à s'estomper sous l'impulsion du pouvoir réglementaire et de la jurisprudence, en regardant vers le régime de référence qui est celui de la CPAM.

Le régime agricole, quant à lui, a adopté la présomption d'imputabilité qui a fait ses preuves depuis la loi de 1898, et qui est manifestement le système le plus avantageux et le plus protecteur pour les salariés agricoles comme pour les salariés du régime du commerce et de l'industrie.

B. Le fondement adopté : l'imputabilité

Le régime agricole, à l'instar du régime général des salariés de l'industrie et du commerce, dispose d'une présomption d'imputabilité concernant les accidents du travail. Ce système de rattachement du lien de l'accident à l'activité professionnelle est une véritable avancée sociale, en matière d'accident du travail, pour les victimes. La présomption est la meilleure

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Ibid.*

façon de faciliter les modes de preuve pour le salarié, en imposant que tout accident qui se produit sur le lieu de travail et pendant le temps de travail sera considéré, en principe, comme un accident du travail.

Ainsi, à chaque fois qu'il a un accident du travail, le salarié agricole n'a pas à prouver à la caisse de mutualité sociale agricole et à son employeur que l'accident a bien eu lieu pendant son temps de travail et sur son lieu de travail.

Toutefois, cette présomption est une présomption simple, qui n'est pas irréfragable, car la preuve du contraire peut être apportée par l'employeur ou par la caisse de MSA. L'employeur agricole a tout intérêt à lever la présomption afin de démontrer que l'accident n'est pas un accident du travail mais plutôt de la vie privée, afin de ne pas subir une majoration de ses cotisations sociales.

Cette majoration prévue par le législateur n'est pas anodine, et elle a un double sens. Sa fonction première est d'inciter l'employeur agricole à mettre en place une véritable prévention concernant les accidents susceptibles de se produire sur le lieu de travail. Ensuite, elle va permettre le financement du paiement des prestations sociales par les caisses de MSA.

De plus, l'employeur a tout intérêt à contester le caractère professionnel de l'accident car, dans certains cas, il peut se retrouver dans l'obligation de rembourser à la caisse de MSA les sommes que cette dernière aurait versées à la victime. C'est, par exemple, le cas de l'employeur agricole accusant un retard de règlement de ses cotisations accident du travail ou qui ne les a pas réglées en totalité alors qu'il les devait pour le personnel qu'il emploie⁹¹.

À l'instar des employeurs agricoles, les caisses de mutualité sociale agricole ont également la possibilité de renverser la présomption d'imputabilité en démontrant le caractère privé et non professionnel de l'accident, ce qui a une incidence importante sur le montant des prestations servies par les caisses à la victime. Les modalités de prise en charge seront analysées ultérieurement.

Cependant, il n'en a pas toujours été ainsi ; la notion d'imputabilité a été gagnée laborieusement, et semble être une belle victoire pour les salariés du régime général et du régime agricole.

⁹¹ Code rural et de la pêche maritime, art. L. 751-35.

En effet, avant la législation sur les accidents du travail, la réparation des accidents liés à l'activité professionnelle s'effectuait sur la base du Code civil. La victime se trouvait, alors, dans une situation difficile car en plus de l'atteinte à sa santé et de la diminution de sa capacité à subvenir à ses besoins par un travail, elle était contrainte d'établir la preuve de la faute de son employeur ainsi que du lien de causalité entre la faute et le dommage, afin que l'accident soit reconnu comme accident du travail. Elle était soumise aux règles de base de la responsabilité civile.

En plus de la lenteur connue de la procédure devant les tribunaux, la victime accidentée était placée incontestablement dans une situation inégalitaire face à son « patron ». En effet, quand elle devait se protéger, ses moyens de défense n'étaient manifestement pas à la hauteur face à l'employeur agricole. En réalité, au moment du vote de la loi de 1898, il était constaté que 88% des accidents du travail restaient à la charge des travailleurs⁹².

Avec le vote de la loi de 1898 sur les accidents du travail, tout le monde s'accorde pour dire que l'avancée sociale est sans précédent car elle change radicalement le fondement de la responsabilité et les modes de preuve, en créant une véritable responsabilité sans faute de l'employeur. Ce dernier est donc pécuniairement responsable de plein droit des accidents survenus à son salarié, pendant ses heures de travail et sur son lieu de travail.

Les avantages pour le salarié agricole sont certains. En premier lieu, la présomption d'imputabilité lui permet d'éviter les lenteurs et les aléas d'un procès civil. Cette absence de démonstration du lien de causalité entre l'état pathologique de la victime et l'activité professionnelle est sans précédent car elle décharge le salarié de l'obligation de preuve⁹³ et lui octroie une obligation d'indemnisation⁹⁴. Cependant, les employeurs agricoles comme les employeurs du régime général bénéficient d'une contrepartie non négligeable. La victime et ses ayants droit n'ont pas la possibilité d'intenter un procès à l'employeur afin d'obtenir une réparation du préjudice. Toutefois, ce principe n'est pas absolu car il comporte des exceptions : la faute inexcusable de l'employeur et la faute intentionnelle permettent l'action

⁹² Rapport de la Cour des comptes, « La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles », février 2002, p. 11.

⁹³ R. PELLET, « L'entreprise et la fin du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Droit social*, avril 2006, p. 402.

⁹⁴ H. GROUDEL, « Le complément du dispositif par le droit social », *Droit social*, juillet-août 1998, p. 652.

de la victime devant les tribunaux. Ce procédé, qui permet une réparation rapide des accidents du travail, a été qualifié de « *deal en béton* » par M. Jean-Jacques DUPEYROUX⁹⁵.

C'est la loi du 30 octobre 1946⁹⁶ qui a introduit la législation de 1898 dans le Code de la sécurité sociale. Les salariés agricoles, qui représentent plus d'un million de protégés sociaux couverts, ont dû attendre la loi de 1972⁹⁷.

La reconnaissance de l'accident du travail emporte aussi un certain nombre de conséquences qu'il convient d'explicitier.

Paragraphe 2. Les conséquences de la reconnaissance

La reconnaissance de l'accident du travail présente certaines caractéristiques (A). Par ailleurs, il existe des dérogations liées au principe de la faute inexcusable de l'employeur (B).

A. Les caractères de la reconnaissance

Une fois établi le caractère professionnel de l'accident subi par l'agriculteur, sur le fondement de la présomption d'imputabilité décrite plus haut, les modalités de reconnaissance de cet accident sont plus avantageuses pour la victime, puisqu'elles donnent un caractère automatique (1) à l'indemnisation. Pourtant, elles sont aussi dommageables lorsque la réparation du préjudice n'est que forfaitaire (2).

1) *Le caractère automatique*

Le caractère automatique des prestations s'inscrit dans la lignée de la présomption d'imputabilité. Dès que l'accident du travail est défini comme tel, la victime, en tant que salarié agricole, n'a pas à intenter un procès à son employeur ou à la caisse de MSA afin de percevoir ses prestations en nature et en espèces au titre de sa pathologie. Dès lors que l'accident répond aux exigences légales prévues par le livre VII du Code rural et de la pêche maritime et du livre IV du Code de la sécurité sociale, la prestation revêt un caractère automatique. Cependant, une exception peut faire obstacle à ce caractère d'automatisme ; il

⁹⁵ J.-J. DUPEYROUX, « Un deal en béton », *Droit social*, juillet-août 1998.

⁹⁶ Loi n°46-2425 du 30/10/1946 modifiant l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale et fixant les modalités relatives à l'élection des membres des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, JO-LD du 31/10/1946, p. 9270.

⁹⁷ Loi n°72-965 du 25 octobre 1972 relative à l'assurance des travailleurs de l'agriculture contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, JO du 26 octobre 1972.

s'agit de la faute inexcusable de l'employeur. Cette dernière est une faute que l'employeur agricole aurait commise et qui aurait provoqué l'accident du travail⁹⁸.

En principe, les indemnisations se font sur une base forfaitaire.

2) *Le caractère forfaitaire*

La notion de prestation forfaitaire pourrait prêter à confusion quant à sa signification. En effet, dire que les indemnisations des accidents du travail ont un caractère forfaitaire ne signifie pas que les prestations sont soumises à une somme prédéfinie à l'avance par les pouvoirs publics et que toutes les personnes peuvent s'attendre à la recevoir.

Une des définitions du terme « forfaitaire » implique que « *le forfait est un élément de tarification prédéfini à l'avance*⁹⁹ ». Ce sens trop général ne correspond pas à la réalité de la qualité des prestations des accidents du travail qui se veulent forfaitaires. Le qualificatif veut simplement dire que les prestations servant à l'indemnisation des travailleurs accidentés ne sont pas prédéfinies à l'avance par le législateur mais correspondent à une indemnisation qui ne couvre pas tous les chefs de préjudice. Ce qui justifie le caractère forfaitaire des prestations, c'est le fait que le système français de sécurité sociale, dont le régime agricole fait partie au même titre que les régimes spéciaux, n'indemnise pas la totalité des préjudices résultant de l'accident du travail, contrairement à l'indemnisation des accidents liés à certaines circonstances : les accidents de la circulation sous couvert de la loi Badinter¹⁰⁰, par exemple. Cependant, dans cette forme d'indemnisation totale des préjudices, c'est l'assurance qui prend le relais ; le risque n'est pas socialisé en totalité. Ainsi, le préjudice esthétique, le *premium doloris*, le préjudice d'agrément, le préjudice de perte de chance ne sont pas indemnisables par la législation des accidents du travail, d'où la signification du caractère forfaitaire des prestations.

Dès lors, les caisses de sécurité sociale et de MSA n'indemnisent pas la totalité des préjudices subis par le salarié et, en l'occurrence, le salarié agricole. Le caractère forfaitaire suppose que seuls la perte de salaire liée à l'accident du travail et les soins résultant de l'accident seront couverts et pris en charge par les caisses de MSA. Par conséquent, l'accidenté qui a une

⁹⁸ T. TAURAN, « Accidents du travail et maladies professionnelles en agriculture », JurisClasseur, fasc. 50, dernière mise à jour : 10 novembre 2015.

⁹⁹ www.internet-juridique.net.

¹⁰⁰ Loi n°85-977 du 5 juillet 1985 relative à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation, et à l'accélération des procédures d'indemnisation, dite communément loi Badinter, JO du 6 juillet 1985.

cicatrice à la suite d'un accident du travail ne sera pas indemnisé pour le préjudice esthétique ; s'il subit une opération, il n'aura pas de *premium doloris* ; et s'il ne peut plus faire de sport ou un loisir qu'il avait l'habitude de pratiquer, il n'aura pas d'indemnisation au titre du préjudice d'agrément. De même, il ne pourra pas demander un dédommagement pour perte de chance si son accident l'a empêché d'obtenir une promotion ou un nouveau poste.

Ce caractère forfaitaire de l'indemnisation du préjudice professionnel en cas d'accident du travail possède un tempérament : la faute inexcusable de l'employeur.

B. Les dérogations à ces conséquences : la faute inexcusable de l'employeur

La faute inexcusable de l'employeur est une véritable dérogation au compromis de 1898 dans la mesure où le caractère forfaitaire de la réparation et le principe de la présomption d'imputabilité sont remis en cause. Cette notion n'est pourtant pas définie par la loi ; le législateur l'a prévue mais c'est la jurisprudence qui a posé les conditions de son application. Ce concept est primordial en matière de protection sociale du salarié, qu'il relève du régime agricole ou du régime général ; son enjeu financier est certain pour l'agriculteur salarié comme pour son employeur. En réalité, le législateur s'est contenté de prévoir les effets qu'elle produirait. La doctrine, quant à elle, a pris le parti de la situer entre la faute lourde et la faute intentionnelle¹⁰¹ sur l'échelle de gravité.

À l'heure actuelle, la définition de la faute inexcusable de l'employeur reste purement prétorienne et a été ajustée au gré des difficultés tenant à son application. La Cour de cassation s'est approprié le contrôle de la définition qu'elle a construite en deux étapes essentielles. La première étape est la pose des premières pierres de la définition avec la jurisprudence *Dame veuve Villa*¹⁰². La seconde étape de la définition de la faute inexcusable de l'employeur s'est construite autour des arrêts de 2002, dits arrêts « amiante¹⁰³ ». Mais, dans tous les cas, un principe subsiste : la victime ou ses ayants droit doivent apporter la preuve de la faute inexcusable car elle n'est pas présumée.

En 1941, la Cour de cassation réunie en chambre décide que « *la faute inexcusable doit s'entendre d'une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute*

¹⁰¹ G. VINEY, *Remarques sur la distinction entre la faute intentionnelle*, Paris, Dalloz, 1975, p. 265.

¹⁰² Cour de cassation, chambres réunies, 15 juill. 1941, II, n°1705, J. MIHURA ; Gaz. Palais, 1942, 2, 254, D., 1941, p. 117, note A. ROUAST.

¹⁰³ Soc., 11 avril 2002, n°00-16-535, Bull. civ., n°127.

cause justificative, mais ne comportant pas d'éléments intentionnels ». Cette définition se voulait être une référence car elle a été reprise entièrement dans plusieurs arrêts. Cependant, la jurisprudence *Veuve Villa* a révélé une première définition inopérante de la faute inexcusable.

Afin de ne pas donner un aspect purement utopique à la définition de la faute inexcusable, les juges de la Cour de cassation ont voulu l'assouplir en la revisitant. Le 28 février 2002, la Haute Cour réunie en chambre va montrer qu'elle est consciente des critiques apportées à la jurisprudence exigeante du 15 juillet 1941, en donnant une nouvelle définition plus souple de la faute inexcusable. La jurisprudence « amiante » est venue revisiter la définition de la faute inexcusable.

La Cour de cassation a redéfini la faute inexcusable de l'employeur par une série d'arrêts du 28 février 2002, dits arrêts « amiante ». Les hauts magistrats ont décidé qu'« *en vertu d'un contrat de travail, l'employeur est tenu envers le salarié d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par l'intéressé du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L.452.1 du Code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé son salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver*¹⁰⁴ ».

Initialement, cette définition de la faute inexcusable était prévue pour les maladies professionnelles, mais elle a été transposée, quelques mois plus tard, aux cas des accidents du travail¹⁰⁵.

Afin de permettre une indemnisation complémentaire des victimes de l'amiante, liée à leur préjudice prévu par la loi de 1898, les juges de la Cour de cassation vont revoir des éléments de définition tels qu'on les connaissait depuis la jurisprudence *Dame veuve Villa*. Certains critères ont été abandonnés afin d'alléger la qualification et faciliter l'indemnisation des victimes.

Il n'est plus nécessaire de cumuler cinq éléments pour qualifier la faute inexcusable de l'employeur ; deux seulement sont suffisants. Il n'est plus question de faire référence à

¹⁰⁴ Soc., 28 février 2002. Bulletin civil n°81, JCP G 20021110053, conclusions Benmakhlouf ; Gazette du Palais, 5-7 mai 2002, jurisprudence, p. 599, conclusions Benmakhlouf ; *Droit social*, 2002, p. 533.

¹⁰⁵ Soc., 11 avril 2002, n°2002, n°00-16-535, Bull. civ., n°127.

l'exceptionnelle gravité de la faute mais à une obligation de résultat de sécurité pesant sur l'employeur. Cette dernière se conjugue avec une conscience du risque. Cette obligation de résultat aurait mis l'employeur dans une situation juridiquement difficile si elle avait été adoptée dans les mêmes conditions que pour les transporteurs. En effet, depuis 1880, la doctrine suggère une obligation de résultat qui ne sera prise en compte qu'au début du XX^e siècle par la jurisprudence¹⁰⁶. Le 21 novembre 1911¹⁰⁷, la chambre civile de la Cour de cassation rend un arrêt fondateur en matière d'obligation de sécurité pour les transports de personnes. Dorénavant, il pèse sur les transporteurs une obligation d'emmener les personnes saines et sauvées à leur destination. La Cour n'a pas voulu reproduire la responsabilité de l'employeur sur celle du transporteur de personnes. Celle de l'employeur est plus souple car elle implique que le commettant ait eu ou aurait dû avoir connaissance du danger auquel il exposait le préposé.

Ainsi, avec la jurisprudence du 27 février 2002, deux conditions cumulatives sont nécessaires à la qualification d'une faute inexcusable : l'obligation de résultat quant à la sécurité de l'employé et une conscience du danger de l'employeur.

Cependant, cette obligation de sécurité, si elle repose sur l'employeur en tant qu'obligation patronale de sécurité, est également mise à la charge du salarié qui doit veiller à sa sécurité et à sa santé ainsi qu'à celles des personnes qui pourraient être atteintes. Cette obligation a été consacrée pour la première fois par la Cour de cassation dans l'arrêt *DESCHLER contre Société TEXTAR FRANCE*¹⁰⁸, en visant l'ancien article L.230-3 du Code du travail afin de décider que tout salarié, même s'il ne possède pas de délégation de pouvoir en matière de sécurité, est tenu légalement de cette dernière.

La loi et la jurisprudence se sont construites afin de s'adapter à la protection sociale du travailleur. Le salarié agricole fait partie de ce dispositif de protection. Cependant, il doit être identifié comme étant salarié agricole ou non-salarié agricole afin d'être couvert par ce dispositif protecteur des accidents du travail.

¹⁰⁶ K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 295.

¹⁰⁷ Civ., 21 novembre 1911, *Cie Générale Transatlantique c/Zbidi Hamida ben Mahmoud*, DP, 1913, 1, p. 249.

¹⁰⁸ Soc., 28 février 2002, *Deschler contre Textar France R. Vatinet*. *Droit social* n°5, mai 2002. En marge des affaires de l'amiante, l'obligation de sécurité du salarié.

Section 2. L'identification de la qualité de salarié agricole

L'alignement du régime de la protection sociale du salarié agricole sur celui du régime général est un sujet mis en avant par les pouvoirs publics depuis quelques années. De cette façon, il est question d'une protection sociale égalitaire et unitaire entre les salariés des deux régimes, le régime général et le régime agricole. Cependant, au sein même de l'activité agricole, il y a deux statuts différents pour l'agriculteur : ce dernier est soit un salarié agricole (SA), soit un non-salarié agricole (NSA). Il est donc important de pouvoir différencier et identifier les deux types d'agriculteurs, car comme il a été déjà précisé, ces derniers ne sont pas couverts de la même manière.

Dès lors, il est important de savoir si la victime est un salarié agricole ou un non-salarié agricole pour lui appliquer la protection sociale qui correspond à sa situation.

La notion de salariat agricole est donc importante dans le domaine de la protection sociale agricole car pendant des années, le non-salarié agricole a été écarté d'une protection sociale des accidents par le régime obligatoire. Aujourd'hui encore, les agriculteurs sont couverts par des législations différentes en matière d'accidents du travail.

Les particularités présentes au sein des deux catégories d'agriculteurs ne sont pas uniques. D'ailleurs, le Code rural met en lumière certaines spécificités entre les salariés agricoles et les non-salariés agricoles.

La catégorie de salarié agricole concerne les personnes liées à une activité agricole et soumises à un commettant lui-même agriculteur. Cependant, comme tout principe, elle comporte des exceptions, car elle intègre, dans la catégorie des salariés, les métayers, alors que ces derniers ne sont pas liés par un lien de subordination et ne sont pas sous les ordres d'un supérieur hiérarchique.

Quant à la catégorie des non-salariés agricoles, elle est tout autant fournie et pose plus principalement le problème de l'entraide.

L'identification de la qualité de salarié agricole peut poser quelques difficultés quand il s'agit de déterminer le lien de subordination. Parfois, cette qualité est présumée. C'est le cas des forestiers ou des élèves. Pour qu'un agriculteur ait la qualité de salarié, il faut que les conditions du salariat soient réunies. Le cas du métayer est particulier : d'une part, il est

considéré comme un salarié agricole mais, d'autre part, son statut n'implique pas de relation de subordination entre lui-même et un tiers, comme la loi le prévoit.

Toute personne, pour être affiliée au régime des salariés agricoles, doit nécessairement répondre à des critères définis par la loi et la jurisprudence.

Ainsi, il faut qu'il existe un lien de subordination entre l'employé agricole et l'entreprise ou la personne qui l'a embauché (Paragraphe 1). Ce lien n'est pas toujours évident concernant certaines professions ou activités agricoles telles que le forestier (Paragraphe 2), l'élève de l'enseignement agricole (Paragraphe 3) ou le métayer (Paragraphe 4).

Paragraphe 1. Le salarié agricole, un lien de subordination à prouver

Le salarié doit nécessairement prouver son lien de subordination avec un agriculteur ou une entreprise agricole pour être qualifié de salarié agricole. De cette qualification dépend son affiliation au régime des salariés agricoles, dont découle sa protection sociale au titre des accidents du travail.

Il est facile de reconnaître la qualité de salarié à une personne lorsqu'il existe entre elle et l'agriculteur un contrat de travail tel que le définit le droit du travail général. Le contrat de travail peut être oral ou écrit, indéterminé ou déterminé, mais dans tous les cas, il doit exister une prestation de travail moyennant le paiement d'une rémunération, le tout formalisé par un lien de préposition.

Ainsi, la situation du salarié est la condition du statut de salarié agricole de l'employé. Dès lors, la couverture sociale du salarié agricole est l'accessoire du statut principal de son employeur. C'est seulement parce que le commettant est identifié comme appartenant au régime agricole que son ouvrier devra être qualifié de salarié agricole, l'obligeant à s'affilier à ce même régime qui est géré par les caisses de MSA.

L'affiliation à la protection sociale agricole est un principe auquel il n'est pas possible de déroger pour l'exploitant comme pour l'ouvrier¹⁰⁹ ; l'appartenance à un régime n'est pas un choix, mais une obligation liée à la catégorie de l'activité prépondérante. Le seul cas de salariat agricole qui n'oblige pas l'employé à s'affilier au régime agricole, c'est celui où ce

¹⁰⁹ C. rur., art. L.752-13 et L.731-33 ; et T. TAURAN, « Affiliation à la mutualité sociale agricole », *Revue de droit rural* n°378, déc. 2009, prat. 1 - Les textes prévoient une affiliation d'office à la MSA.

dernier est toujours scolarisé ; dans cette situation, les obligations scolaires prévalent sur le contrat de travail¹¹⁰.

Toutefois, il est important de préciser que le Code rural donne une vision élargie de la notion de salariat agricole, au travers de l'article L.722-20, laissant à la jurisprudence le soin de trancher les litiges, en affinant les critères de la notion.

Tout d'abord, sont qualifiés de salariés agricoles les salariés employés dans des établissements en lien avec le monde agricole sans exercer une activité agricole, à l'instar « *des organismes de mutualité agricole, des caisses de crédit agricole mutuel, des chambres d'agriculture, du Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles, des coopératives agricoles, des sociétés d'intérêt collectif agricole, des sociétés à caractère coopératif dites fruitières, des sociétés agricoles diverses, des syndicats agricoles, des associations syndicales de propriétaires dont l'objet est agricole et, d'une manière générale, de tout groupement professionnel agricole, de même que les personnels non titulaires de l'établissement "Domaine de Pompadour" dont les contrats ont été transférés à l'Établissement public Les Haras nationaux*¹¹¹ ».

Les personnes en lien avec l'activité agricole, soit parce qu'elles sont enseignantes, soit parce qu'elles sont en formation, sont également considérées comme des salariés agricoles, tels que les apprentis et les stagiaires, sous réserve de l'article L.6342-5 du Code du travail, à la condition que leur activité se déroule au sein d'entreprises agricoles, d'organismes, d'établissements qualifiés d'agricoles ou d'une exploitation agricole.

Dès lors, le personnel enseignant dans les établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles privés, visés à l'article L.813 du Code rural, rentre dans la catégorie des salariés agricoles qui sont couverts par la protection sociale y afférente.

De manière plus logique, les employés de maison au service d'un exploitant agricole sont considérés comme des salariés agricoles au même titre que les salariés exerçant une activité proprement agricole sur l'exploitation. Les personnes se livrant à des activités ou travaillant dans les entreprises ou établissements tels que définis à l'article L.722-1 du Code rural ont probablement plus de légitimité à être qualifiées de salarié agricole et à bénéficier de la

¹¹⁰ C. ZACHARIE, JurisClasseur Protection sociale Traité, fasc. 650-40 : « Régime des salariés agricoles », 20 sept. 2010.

¹¹¹ C. ZACHARIE, JurisClasseur Protection sociale Traité, fasc. 650-30 : « Protection sociale agricole - Assurance maladie-maternité des exploitants agricoles ».

protection sociale du régime agricole. En effet, leur activité première consiste en un travail agricole par essence, alors que les autres catégories de salariés agricoles semblent être rattachées de manière artificielle au régime agricole au seul motif qu'il existe un lien, même superficiel, avec l'activité, comme l'enseignement, par exemple. Ce salariat concerne tout type de contrat, qu'il soit à durée déterminée, indéterminée ou saisonnier ; seul compte le lien de subordination, avec une prestation de travail en échange d'une rémunération¹¹².

Afin de formaliser cette situation, le salarié se voit remettre un titre d'emploi simplifié (TESA) lors de son embauche, dont un exemplaire sera transmis à la caisse de MSA¹¹³.

Il arrive que les personnes embauchées par des entreprises de travail temporaire soient mises à disposition d'entreprises agricoles ou d'exploitants agricoles dans le cadre de conventions conclues en application de l'article L.722-1 du Code rural et de la pêche maritime ; elles relèvent elles aussi du régime des salariés agricoles.

Ainsi, à la lecture de l'article L.722-20 du Code rural, la définition du salariat agricole dépasse largement le lien avec les activités agricoles. Le régime agricole se voit rattacher des professions éloignées du domaine agricole et qui devraient normalement relever du régime général. Ces extensions du champ du salariat agricole ne sont pas sans conséquence. Un rapport de la Cour des comptes a démontré que ces règles d'affiliation sont dommageables lorsqu'une personne qui exerce un même métier passe d'un régime à l'autre ; le préjudice existe notamment en matière de retraites¹¹⁴.

Cependant, ces élargissements de la définition du salariat agricole élaborée par le législateur ne sont pas anodins. Il s'agit essentiellement de compenser la diminution sans précédent du nombre de salariés agricoles. Cette qualification artificielle de salariat agricole permet ainsi de maintenir l'existence des caisses de mutualité sociale agricole. En effet, le financement du régime par des cotisations complémentaires assises sur les revenus déclarés permet le bon fonctionnement de ces dernières.

Devant une définition large du salariat agricole, la jurisprudence a dû affiner l'interprétation et poser des critères de qualification face aux litiges soumis. Cette précision a toute son

¹¹² Civ. 2^e, 10 juin 1959 : Bull. civ. 1959, II, n° 430. Soc., 10 juin 1970, n° 69-10.337 : Bull. civ. 1970, V, n° 392.

¹¹³ Code rural, article L.712-1.

¹¹⁴ Senat.fr, « La protection sociale agricole : quel avenir ? », rapport d'information, par J.-M. JULHARD, au nom de la commission des affaires sociales, 9 mai 2007.

importance lorsqu'il s'agit de déterminer le caractère agricole du travail du commettant et de l'effectivité du lien de subordination. En effet, si l'employeur n'est pas un employeur agricole, alors, le préposé ne sera pas considéré comme effectuant un travail agricole ; et si le lien de subordination n'existe pas, il n'y a pas de salariat. S'il manque l'une ou l'autre des conditions, l'employé ne sera pas considéré comme un salarié agricole pouvant bénéficier de la protection sociale qui lui est afférente. C'est dans cette logique qu'il a, par exemple, été décidé qu'un éducateur qui exerce dans un centre d'aide par le travail (ESAT) dans le cadre d'une activité horticole est affilié au régime des salariés agricoles auprès de la caisse de MSA, puisque l'activité à laquelle il participe est essentiellement agricole ; ce n'est pas la mission d'accompagnement auprès des adultes handicapés qui prévaut. Si le travail de formateur avait prévalu, l'éducateur aurait appartenu au régime général¹¹⁵.

C'est donc en se fondant sur le lien de subordination à un commettant agricole que la jurisprudence qualifie un préposé de salarié agricole. Déjà, en 1976, la chambre sociale de la Cour de cassation a conclu à une assimilation en déclarant qu'un directeur technique d'une exploitation agricole est obligatoirement un salarié agricole qui doit s'affilier à la MSA s'il est avéré que l'employeur possède un pouvoir de direction sur ce dernier ; de toute façon, il conserve un pouvoir de gestion sur son domaine¹¹⁶.

Le lien de subordination est une notion centrale en droit du travail. Il est manifestement la notion qui fonde le contrat de travail entre le commettant et le préposé ; sans ce lien de subordination, il n'existerait pas de contrat de travail et donc pas de reconnaissance du salariat. Dans le domaine agricole et rural, cette notion est d'autant plus importante qu'elle conditionne l'application d'un régime différent de protection sociale selon le statut de l'agriculteur. Ce lien existe dès lors que le travail se fait sous la direction d'un employeur, en l'occurrence, d'un employeur agricole. Par son pouvoir, le commettant donne des directives d'exécution du travail, contrôle cette même exécution et la sanction en cas de manquements ; il fixe également les horaires de travail. Cette dépendance hiérarchique ne dépend pas d'une entente entre les parties mais de la réalité de fait de l'exercice de l'activité par le travailleur. Les conditions d'exécution du travail sont appréciées souverainement par les juges du fond au regard des faits de l'espèce qui leur sont exposés¹¹⁷. Le juge doit donc rechercher les conditions réelles dans lesquelles l'activité se déroule. En ce qui concerne, par exemple, la

¹¹⁵ Soc., 17 mars 1994, n° 91-12.862. Soc., 5 juin 1997, n° 95-20.728 : JurisData n° 1997-003070 ; TPS 1997, comm. 252.

¹¹⁶ Soc., 18 nov. 1976 : JurisData n° 1976-000596 ; Bull. civ. 1976, V, n° 596.

¹¹⁷ Soc., 7 juin 2006, n° 04-44.878.

taille de la vigne, le magistrat doit aller rechercher les exigences prévues par la convention collective de la profession afin d'établir la réalité du lien de subordination et ne pas se contenter de l'accord entre les parties¹¹⁸.

Une autre catégorie de professionnel agricole est intéressante à analyser car elle présente certaines particularités en matière de statut et de protection sociale : le forestier.

Paragraphe 2. Le forestier, une présomption de salariat

La qualité de salariat pour les forestiers est un véritable montage juridique. En effet, le principe posé par le Code rural est que le forestier bénéficie d'une présomption de salariat¹¹⁹ en ce qui concerne sa couverture sociale. Cependant, cette présomption n'est pas irréfragable et peut être levée selon des critères bien définis. Selon les dispositions du même Code, l'employé qui effectue, au sein d'une exploitation ou d'une entreprise de travaux forestiers tels que définis à l'article L.722-3, un travail moyennant une rémunération, est présumé avoir un contrat de travail salarié, dans la mesure où il est dans une relation de subordination avec son employeur. Toutefois, comme l'a déjà affirmé la jurisprudence constructive de la Cour de cassation, dans les relations de travail, le lien de dépendance disparaît dès que l'employé remplit les conditions de capacité ou d'expérience professionnelle et de fonctionnement lui permettant de mener à bien sa tâche¹²⁰. Dès lors que ces conditions sont remplies, la présomption de salariat est mise en échec et le forestier n'a plus le statut de salarié agricole pouvant bénéficier de la protection sociale de ce dernier en cas d'accident du travail.

L'intéressé peut apporter la preuve de l'autonomie de travail en réunissant les conditions imposées à l'article D.722-32 du Code rural. Il faut prouver l'autonomie du salarié et sa réelle expérience afin de lever la présomption de salariat. Le législateur est souple car la preuve peut se faire par tous moyens. Cependant, une expérience de trois années d'activité professionnelle, totalisant au moins huit cents heures chacune auprès d'un ou plusieurs employeurs forestiers, est exigée. Cette exigence est elle-même modulable puisqu'elle peut être ramenée à deux ans s'il est apporté la preuve que le travailleur a suivi, préalablement à son installation, un stage de gestion d'entreprise ou de chantiers dans un établissement agréé par le ministre chargé de l'agriculture, d'une durée de deux cents heures. Cette durée est elle-

¹¹⁸ Soc., 30 nov. 2000, n° 99-10.085 : JurisData n° 2000-007260 ; Bull. civ. 2000, V, n° 158.

¹¹⁹ Article L.722-23 du Code rural.

¹²⁰ Civ. 2^e., 17 janv. 2007, n° 05-20.815 : JurisData n° 2007-036986.

même modulable car elle peut être abaissée à un an si le travailleur est titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle agricole, option « productions forestières ».

En plus de cette option, il existe une autre possibilité pour que la présomption de salariat soit levée : le salarié doit détenir une qualification pour effectuer des travaux de reboisement et de sylviculture, homologuée par un arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Ce certificat doit s'additionner à un stage de deux cents heures de gestion d'entreprise ou de chantiers dans un établissement agréé par le ministère chargé de l'agriculture.

Ainsi, l'autonomie s'obtient par la pratique mais également par la formation et les diplômes. Dès lors, une personne peut être qualifiée d'autonome lorsqu'elle possède un brevet d'études professionnelles agricoles dont les options sont fixées par arrêtés du ministre chargé de l'agriculture. Le diplôme peut avoir une équivalence reconnue par le même ministère.

Le brevet professionnel agricole, option « productions forestières », qui inclut une formation sociale, économique et de gestion, est également considéré comme étant autonome. Le diplôme est la preuve de cette autonomie. De plus, il peut avoir une équivalence si le ministre chargé de l'agriculture lui reconnaît à l'identique un autre diplôme.

Le salarié peut également être considéré comme étant autonome, même s'il ne détient pas un des diplômes mentionnés et ne possède pas l'expérience exigée ; il peut lui être reconnu une autonomie par une commission prévue à l'article D.722-3 du Code rural. Celle-ci aura pour rôle de formaliser ses expériences au profit de ses activités passées.

La qualité de salariat forestier est donc posée par une présomption qu'il est possible de qualifier de présomption « souple », car il existe tout un panel de possibilités pouvant prouver que l'employé n'est pas salarié dans la mesure où il possède une autonomie par ses diplômes ou par l'acquis de ses activités passées.

Avant le 20 juin 2013¹²¹, il était même prévu une commission pouvant déclarer le forestier autonome ; elle pouvait émettre un avis au regard de l'expérience professionnelle et de la capacité du travailleur, ainsi que de son autonomie de fonctionnement. Cette commission consultative régionale statuait, par avis du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), sur les candidats qui souhaitaient s'installer comme entrepreneurs de travaux forestiers (ETF). Un décret du 20 juin 2013 a modifié la procédure d'examen des dossiers des candidats à l'installation. Dorénavant, cette mission est confiée aux

¹²¹ Décret n°2013-528.

caisses de MSA. Si ces dernières concluent que l'intéressé remplit les conditions visant à lever la présomption de salariat, il devient assujéti au régime de la protection sociale des non-salariés agricoles en qualité d'entrepreneur de travaux forestiers. Ce régime est beaucoup moins avantageux en ce qui concerne la prise en charge en cas d'accident du travail ou de la vie privée.

Les nombreuses possibilités prévoient que l'employé forestier puisse être non salarié. Cette souplesse juridique se remarque également au niveau de la procédure de la levée de présomption, qui n'est pas formaliste ou compliquée, puisqu'elle peut se faire automatiquement.

Toutefois, la présomption de salariat ne peut pas être levée si le forestier n'accomplit pas un minimum de 1 200 heures d'activité annuelle nécessaire à son assujettissement. Il restera un non-salarié agricole redevable de la cotisation de solidarité, et sera donc qualifié d'exploitant solidaire.

Il peut arriver que les exploitants agricoles effectuent accessoirement des travaux forestiers dans des forêts ne leur appartenant pas ; dans ce cas, les conditions tenant à la levée de la présomption de salariat sont réputées être réunies.

L'activité liée à la forêt peut prendre diverses formes et notamment celle d'une négociation par les exploitants ; dans le cadre de cette activité de négoce, l'exploitant forestier ne relève pas du régime agricole. Cependant, il s'affilie au régime agricole s'il effectue des travaux forestiers pour le compte d'un tiers ; il demeure, dès lors, concerné par la levée de la présomption de salariat.

Afin de formaliser la levée de présomption de salariat, les caisses de MSA délivrent annuellement une attestation, à cet effet, aux cotisants solidaires, aux entrepreneurs de travaux forestiers et aux exploitants agricoles.

Les caisses de MSA ont les pleins pouvoirs pour vérifier les conditions d'assujettissement de l'entrepreneur de travaux forestiers afin de l'affilier ou non au régime des exploitants agricoles. En effet, avant son installation, l'entrepreneur a l'obligation de déclarer son installation à la Chambre de commerce et d'industrie (CCI) du lieu du futur siège social de son entreprise. Dans ce cas, la CCI se voit attribuer le rôle de centre de formalités des

entreprises (CFE). En effet, elle enregistre la liasse de CFE et renvoie un double à la MSA du lieu du siège social de l'entreprise, qui statuera sur la qualité du forestier¹²².

Le renversement de la présomption est donc possible ; à ce jour, une jurisprudence constante exige que ce renversement soit conditionné à la preuve d'une véritable autonomie de fonctionnement, associée à une expérience certaine du salarié. Le travail serait alors effectué dans le cadre d'un contrat d'entreprise. Ce cumul de conditions est rempli lorsque, par exemple, la personne est à la fois employeur de main-d'œuvre salariée en relation avec son activité et propriétaire ou locataire permanent de ses moyens de travail, ou inscrite au registre du commerce et des sociétés ou à un centre de gestion agréé pour l'établissement de sa comptabilité¹²³.

De plus, le chef d'une exploitation agricole qui exerce une activité forestière à titre accessoire peut avoir la présomption de salariat levée du fait de cette dernière activité. En effet, dès lors que l'agriculteur exerce à titre secondaire, dans les forêts d'autrui, les conditions posées par l'article L.722-23, tenant au renversement de la présomption, sont considérées comme étant réunies. Le travail de forestier est considéré comme secondaire lorsque l'agriculteur gagne moins de 50% de ses revenus du fait de ses travaux forestiers.

Dans une telle hypothèse, l'exploitant agricole restera affilié au régime des non-salariés agricoles et ne demandera pas le certificat de levée de la présomption de salariat à la MSA. L'agriculteur continuera de cotiser au titre de son activité agricole, qui reste principale, en fonction de son temps de travail. Alors qu'il possède une double activité, le travailleur demeure soumis à un régime social unique, celui des non-salariés agricoles.

Cette différenciation possède toute son importance car elle conditionne le régime de couverture sociale du forestier en cas d'accident du travail, qui n'est pas identique en cas de salariat ou de non-salariat.

Un autre cas spécifique est celui des élèves de l'enseignement et de la formation professionnelle agricole.

¹²² Agriculture.gouv.fr, presumption-de-salariat-des-entrepreneurs-de-travaux-forestiers.

¹²³ Civ. 2^e, 25 mai 2004, n° 02-31.160 : JurisData n° 2004-024045 ; et Civ. 2^e, 17 janv. 2007, n° 05-20.815 : JurisData n° 2007-036986.

Paragraphe 3. L'élève de l'enseignement agricole, un salariat en partie justifié

Les élèves de l'enseignement agricole ou de la formation professionnelle ne sont pas des salariés et ne répondent pas à la définition du salariat telle qu'établie par la loi et la jurisprudence. En effet, ils ne perçoivent pas de rémunération en échange d'un travail qu'ils auraient effectué sous la direction d'un commettant, et pourtant, la loi les considère comme des salariés agricoles. De ce fait, ils sont assujettis de plein droit à l'assurance obligatoire des accidents du travail des salariés agricoles si l'accident survient du fait ou à l'occasion de la formation ou de l'enseignement agricole.

Cependant, il arrive que des élèves ou étudiants affiliés à un autre régime, mais qui suivent une formation ou un stage auprès d'un agriculteur ou d'une entreprise agricole, soient victimes d'un accident pendant cet apprentissage. Dans ce cas, il sera obligatoirement considéré comme un accident du travail¹²⁴.

Ce qui prime, c'est le lien avec l'activité agricole, pour donner à un sinistre sa qualification d'accident du travail de salarié agricole quand il s'agit d'un fait survenu à un élève ou un stagiaire.

Pour déterminer leur protection sociale, les élèves doivent obligatoirement être affiliés à la mutualité sociale agricole du fait d'un accident ou à l'occasion d'un enseignement ou d'une formation. La Caisse centrale de protection sociale agricole n'a pas jugé nécessaire de clarifier la situation et de lever toute ambiguïté par une circulaire de 1977¹²⁵.

Il en résulte que sont considérés comme devant être affiliés au régime agricole pour les accidents du travail des divers établissements liés avec l'apprentissage de l'activité agricole :

- les élèves des collèges et lycées agricoles, les centres de formation professionnelle agricole, ainsi que les écoles spécialisées et les établissements dispensant une formation agricole¹²⁶,
- les écoles nationales et les instituts,
- les enseignements techniques supérieurs, vétérinaires ou agricoles, privés ou publics,

¹²⁴ Code rural, art. L. 751-1-II, 1° et 8°.

¹²⁵ Circ. CCMSA n° 50, 23 mars 1977.

¹²⁶ Code rural, article D. 751-2.

- l'enseignement de la formation professionnelle agricole et l'enseignement technique agricole, public ou privé¹²⁷.

Les élèves suivant un apprentissage lié à l'activité agricole sont également couverts par la législation des accidents du travail des salariés agricoles, après précision de la circulaire n°50 de la CCMSA du 23 mars 1977, élaborée pour clarifier les dispositions du Code rural.

L'élève est assimilé au salarié agricole pour les accidents du travail car l'activité justifie ce rattachement. La situation du stagiaire est moins artificielle. Elle est plus proche du salarié agricole et semble plus claire ; son rattachement à la législation des accidents du travailleur salarié est la conséquence du lien de subordination entre l'élève et l'employeur agricole, à qui il offre une prestation contre rémunération. Au regard de la législation du droit du travail, la notion de salariat est bien établie. La conséquence d'une telle situation est que l'exploitant ou l'entreprise agricole qui emploie le stagiaire doit le déclarer à la mutualité sociale agricole et payer les cotisations sociales qui découlent de cette affiliation¹²⁸. L'élève stagiaire peut également accomplir un stage à l'étranger alors qu'il est en apprentissage dans une structure de formation ; dans un tel cas, cette dernière est considérée comme étant l'employeur de l'élève stagiaire qui peut être victime d'un accident lors du déroulement de son stage. À cette fin d'affiliation, des conventions entre les organismes de formation et les établissements d'accueil à l'étranger sont signées¹²⁹.

Selon des chiffres de 2012, issus du ministère de l'Agriculture, le nombre de personnes concernées par ces dispositions représente plus de 170 000 élèves dans l'enseignement technique, 16 000 étudiants, 33 000 apprentis en formation dans l'enseignement du second degré ou l'enseignement supérieur, et près de 145 000 stagiaires adultes en formation professionnelle continue¹³⁰. Près de 830 établissements d'enseignement technique et 19 établissements d'enseignement supérieur sont implantés dans toute la France et dispensent un enseignement agricole qui nécessite une couverture sociale pour les accidents liés à cette formation.

Dès lors, les élèves de l'enseignement agricole, qu'ils soient dans une structure privée ou publique, qu'ils suivent une formation théorique ou une formation pratique avec une

¹²⁷ C. ZACHARIE, *JurisClasseur Protection sociale Traité*, fasc. 650-30, *op. cit.*

¹²⁸ Circ. DAS/11 n° 7051, 26 mai 1977.

¹²⁹ Circ. DEPSE/SDPS/C n° 2001-7037, 25 sept. 2001.

¹³⁰ Agriculture.gouv.fr : les-établissements-de-l'enseignement-agricole,03/09/2012, Alim'agri, site du ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt.

contrepartie financière, que cette formation se déroule en France ou à l'étranger sous couvert d'une convention, bénéficient de la protection sociale des accidents du travail des salariés agricoles.

Il reste à analyser une dernière catégorie de professionnel agricole : le métayer.

Paragraphe 4. Le métayer, un salariat agricole imposé

Le métayage est un procédé par lequel un propriétaire, le bailleur, donne un bail rural à une personne, le métayer, impliquant la possibilité de cultiver une terre en échange d'une partie de la récolte¹³¹. Le métayer travaille en autonomie mais bénéficie d'un capital qui ne lui appartient pas, à savoir la terre cultivable.

Une fiction de salariat est créée, le faisant ainsi bénéficiaire de la protection sociale en cas d'accident du travail, alors qu'il n'est lié à aucun commettant. La notion de salariat lui est imposée légalement alors que sa situation n'en possède pas les caractéristiques. Le métayer doit cependant remplir certaines conditions pour être considéré comme tel. En tant qu'agriculteur, il peut travailler seul ou en famille. Mais, s'il travaille seul, il ne doit pas dépasser 75 jours d'activité salariée durant l'année civile écoulée. Ce nombre de jours de salariat peut être majoré et porté à 300 s'il a à sa charge au moins deux enfants de quatorze ans. En plus de sa situation personnelle, des conditions en relation avec son activité sont posées par le Code rural ; ces dernières concernent tant la valeur du cheptel apporté à l'exploitation que le revenu cadastral des terres exploitées. Ainsi, la valeur du cheptel ne doit pas dépasser 457 euros et le revenu cadastral 580 euros, indépendamment de la valeur du cheptel¹³².

Le métayage est un moyen pour un agriculteur de travailler en autonomie tout en bénéficiant de la protection sociale des salariés agricoles en cas d'accident du travail. Pour sa protection sociale, il aura tout intérêt à démontrer sa situation de métayer.

Après avoir présenté ces différentes catégories de professionnels agricoles, il convient de décrire les modalités de détermination de l'accident du travail dans ce secteur.

¹³¹ www.dictionnaire-juridique.com, métayage – Code rural, articles L417-1 et s.

¹³² Code rural, art. L. 722-21.

Section 3. La détermination de l'accident du travail agricole

L'accident du travail, pour être considéré comme tel, doit remplir certains critères cumulatifs qui lui donneront la qualification appropriée. L'agriculteur, au même titre que le salarié du régime général, est couvert pour ce risque.

En effet, l'accident du travail est défini à l'article L-411-1 du Code de la sécurité sociale, qui dispose qu'« *est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou non travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* ». L'article du Code de la sécurité sociale s'applique aux salariés du régime général.

En matière agricole, les articles L.751-6 et L.752.2 du Code rural posent le même principe selon les mêmes termes. L'article L751-6 énonce : « *Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne visée à l'article L.751-1 du Code rural et de la pêche maritime, salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.* »

L'article du Code de la sécurité sociale et celui du Code rural et de la pêche maritime donnent une définition en des termes identiques de la notion d'accident du travail. Seule la qualification des victimes change afin de pouvoir la rattacher à l'activité agricole et à la législation du même Code.

Ces articles donnent une définition large de l'accident du travail, qui est donc commune à tous les travailleurs. Cependant, afin de pouvoir appliquer la législation protectrice des risques professionnels à une victime, il convient de savoir si l'évènement est lié à un accident du travail ou s'il doit être traité comme une maladie de droit commun.

La jurisprudence a été amenée à préciser la définition de la notion d'accident du travail par de nombreuses décisions. Pendant longtemps, la chambre sociale de la Cour de cassation a précisé que « *l'accident du travail est légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain* ». À l'occasion de ces décisions, la Cour de cassation a allégé les critères de définition de l'accident du travail pour décider que « *constitue un accident du travail tout fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail et qui est à l'origine d'une lésion*

corporelle ». Ainsi, les critères d'extériorité et de violence ont été abandonnés par la Cour de cassation.

Nous allons voir, à ce sujet, que la notion d'accident du travail est assez malléable et doit remplir un certain nombre de conditions cumulatives (Paragraphe 1). Ensuite, la législation étend la protection du travailleur aux accidents survenant lors des trajets entre le lieu de travail et les lieux de vie et de restauration (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La plasticité de la notion d'accident du travail

D'après l'article L.751-6 du Code rural et de la pêche maritime, l'accident du travail doit répondre à plusieurs critères pour être qualifié comme tel. En vertu d'une jurisprudence constante, celui-ci est caractérisé par trois éléments cumulatifs.

Non seulement l'événement doit avoir un caractère soudain (A), mais la lésion doit exister (B) et avoir un caractère professionnel (C). La jurisprudence a fait évoluer ces trois critères pour finalement les dépouiller. L'agriculteur, comme tout autre accidenté, a pu bénéficier de ces assouplissements jurisprudentiels.

A. Le caractère soudain

Pour qu'un événement soit qualifié d'accident du travail, il faut qu'il ait un caractère soudain (une coupure, une chute...) ou que la lésion qui apparaît ait un caractère soudain (une douleur lombaire au moment d'un travail de manutention, par exemple). Ce critère permet de distinguer l'accident de la maladie qui s'installe de façon progressive et lente et qui se développe au fil du temps. Ainsi, T. Tauran¹³³ explique la soudaineté de l'accident du travail en donnant l'exemple d'une barre de coupe qui blesse brusquement l'agriculteur. Le dommage affectant le corps humain est donc violent et soudain, et l'élément extérieur au corps donne le caractère d'accident à l'événement. Cependant, un agriculteur ou un viticulteur qui a été exposé pendant plusieurs années au contact de produits dangereux tels que le sulfate ou le soufre, et qui se trouve atteint d'une maladie respiratoire, n'est pas dans une situation d'accident du travail car le caractère de soudaineté manque ; la maladie s'est installée au cours du temps et non brusquement. Dès lors, distinguer la maladie de l'accident est primordial, car les enjeux et la législation sont différents, comme il sera vu plus tard.

¹³³ T. TAURAN., « La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles en agriculture », *Revue de droit rural*, n°351, mars 2007.

Cependant, étant donné l'importance des litiges tenant à la qualification de l'évènement, il est de droit de constater les difficultés d'application pratique. En effet, l'accident qui a une origine traumatique évidente telle, par exemple, une piqûre de guêpe sur le lieu de travail, s'est produit à une date précise et certaine et ne pose pas de difficulté de qualification. Il en est de même pour la maladie caractérisée par une évolution lente et qui ne peut être qualifiée d'accident. Néanmoins, la frontière peut être tenue. Y. Saint-Jours y voit « *une zone floue où s'enchevêtrent plus ou moins étroitement les notions de soudaineté et d'évolution lente* », ce qui pose problème quant à la qualification d'accident ou de maladie. Ainsi, ne constitue pas un accident du travail un décès brutal, conséquence d'une atteinte cardiaque ancienne ou d'un état pathologique préexistant¹³⁴. Par contre, une insolation subie par un travailleur¹³⁵ pendant son temps de travail peut constituer un accident du travail. Donc, la qualification de l'évènement est fondamentale pour l'agriculteur afin de déterminer la législation applicable. Mais, la définition de l'accident du travail a peu à peu été « dépouillée » de ces critères de qualification, notamment par la jurisprudence sur la vaccination. Le caractère soudain a été délaissé dans le cadre de l'apparition des conséquences tardives d'une vaccination alors qu'il a été longtemps considéré comme essentiel.

Ainsi, il a été décidé que le fait d'imposer à un travailleur la vaccination contre l'hépatite B, conformément à l'article L.311-4 du Code de la santé publique, déclenchant chez lui l'apparition d'une sclérose en plaques, constitue un accident du travail¹³⁶. Le caractère soudain est abandonné par la chambre sociale. La Cour de cassation revient sur sa jurisprudence passée dans laquelle elle exigeait que la lésion corporelle soit apparue immédiatement ou dans un temps voisin. Elle décide que le caractère professionnel peut être avéré quelle que soit la date d'apparition des lésions. Cette jurisprudence semble constante aujourd'hui. Il est vrai que l'assouplissement de l'exigence du caractère certain protège le travailleur et donc l'agriculteur des conséquences de l'accident du travail.

Hormis le domaine de la vaccination, l'abandon du caractère certain de l'accident du travail a également été délaissé dans certains cas de suicide¹³⁷. Ainsi, la Haute Cour a décidé que le

¹³⁴ Soc., 12 octobre 1983, Bull. civ. n°489.

¹³⁵ Soc., 5 octobre 1961, Bull. civ. n° 834.

¹³⁶ Soc., 2 avril 2003, n°00-21768, Bull., n°132, p.130, cas d'apparition d'une sclérose en plaques suite à une vaccination contre l'hépatite B.

¹³⁷ Civ. 2^e, 22 février 2007, n°05-13771, Bull., n°54, p. 45, suicide d'un salarié en dehors de son lieu de travail.

suicide d'un salarié peut constituer un accident du travail, si ce suicide est la conséquence d'un sinistre professionnel qui s'est produit même plusieurs années auparavant¹³⁸.

L'agriculteur, comme tout salarié, peut subir un choc émotionnel sur son lieu de travail. Il a été décidé que toute personne, donc l'agriculteur également, qui subit des agressions pendant son temps et sur son lieu de travail et qui, à la suite de cela, développe un état pathologique post-traumatique, est couverte par la législation des accidents du travail. La deuxième chambre civile de la Cour de cassation retient qu'une dépression nerveuse soudaine, par le fait ou à l'occasion du travail, constitue un accident du travail. La jurisprudence de la Haute Cour a ouvert ainsi la voie à la qualification d'accident du travail des états graves de souffrance psychique résultant du travail, et ce, indépendamment de toute notion de lésion corporelle. Elle retient tout de même le caractère soudain de l'atteinte psychique¹³⁹. Sur ce point, la Cour semble retenir le caractère soudain afin de ne pas « vider » la notion d'accident du travail de sa substance car elle ne prend pas en compte l'élément corporel. Cependant, dans une toute autre décision, la chambre sociale de la Cour de cassation rejette le caractère certain de l'accident du travail et exige le caractère corporel¹⁴⁰. Il semble que dans ses décisions, la Haute Cour juge « en opportunité », toujours avec la volonté de protéger le travailleur et donc l'agriculteur par la même occasion.

Le deuxième critère à prendre en considération est la présence d'une lésion.

B. L'existence d'une lésion

Si le travailleur est atteint d'une affection à la suite d'une progression lente et qui est le résultat d'évènements qui ne se sont pas produits de façon soudaine, celle-ci sera alors qualifiée de maladie et non d'accident. Toutefois, l'affection peut avoir le caractère d'un accident du travail si sa date et son origine sont certaines. Finalement, la jurisprudence admet comme étant un accident du travail toute lésion qui est apparue soudainement au travail. Il doit s'agir d'une lésion de l'organisme humain. Son importance peut être appréciée à divers degrés, et une lésion même légère peut être retenue ; la notion est donc entendue largement et se présente comme étant très favorable à l'accidenté du travail. En effet, l'étendue de la lésion importe peu ; elle peut être même superficielle, interne ou externe. Ainsi, il a été retenu

¹³⁸ Civ. 2^e, 22 janvier 2015, pourvoi n°13-28.368, Bull. civ. 2015, II, n°253, à propos d'un accident du trajet : la Cour de cassation sous-entend que le salarié victime d'un accident du trajet dix ans plus tôt et qui se suicide aurait pu avoir son geste fatal reconnu en accident professionnel si la preuve d'une relation certaine et directe entre le suicide et l'accident avait été apportée par sa veuve.

¹³⁹ Civ. 2^e, 14 mars 2007, n°05-21.090

¹⁴⁰ F. KESSLER, *op. cit.*, p. 303.

comme lésion l'apparition de troubles psychiques à la suite d'un entretien d'évaluation d'un salarié¹⁴¹.

Des questionnements se sont également posés concernant les appareils de prothèse, d'orthopédie ou les lunettes. Cependant, le Code de la sécurité sociale semble avoir résolu le problème en disposant de la prise en charge de ces appareillages au titre de la législation sur les accidents du travail si c'est ce dernier qui les a rendus indispensables.

Cependant, que se passe-t-il si ces prothèses ont été abîmées, au moment du travail et sur le lieu du travail ? L'évènement peut-il constituer un accident du travail ? La Cour de cassation n'est pas protectrice à ce sujet et pose certaines conditions à la prise en charge des produits cassés. La législation sur les accidents du travail ne peut jouer que si la destruction ou la détérioration des appareillages se double d'une lésion corporelle et que le port de l'appareillage n'est pas du fait d'un accident du travail antérieur¹⁴².

Enfin, le dernier critère requis est que l'accident du travail doit revêtir un caractère professionnel.

C. Le caractère professionnel

Le caractère professionnel est le troisième critère nécessaire à la qualification d'un évènement en accident du travail. Ce dernier doit survenir à l'occasion du travail ou par le fait du travail. Ainsi, le lien de subordination entre la victime et l'employeur doit exister juridiquement. La protection de la législation des accidents du travail joue tant qu'il y a un lien de subordination entre l'employeur et son salarié. Dès lors, la législation sur les risques professionnels exclut le candidat qui se présente à une offre d'emploi et à qui il arrive un fait dommageable.

La victime doit avoir subi l'accident soit au cours de la réalisation de son travail, soit à l'occasion de celui-ci. Ce dernier point fait référence à l'accident qui survient lors d'un déplacement de travail ou d'une mission effectuée pour le compte d'un ou plusieurs employeurs. Tel peut être le cas de blessures à la suite d'une rixe en dehors du temps de travail et du lieu de travail, mais dont les motifs sont liés à l'activité professionnelle.

¹⁴¹ Soc., 2 avril 2003, 00-21768.

¹⁴² Soc., 6 avril 1995, Bull. civ. n°313, Soc., 17 janvier 1962, Bull. civ. n°73.

La question s'est posée concernant l'accident d'un représentant du personnel qui s'est produit lors de son mandat. Il a été décidé que l'accident était un accident du travail¹⁴³. Et ce, contrairement aux accidents qui se produisent pendant la suspension du contrat de travail, à l'occasion des grèves¹⁴⁴, des congés¹⁴⁵, des mises à pied¹⁴⁶.

Il en va de même quand le salarié se soustrait à l'autorité de l'employeur, afin de procéder à l'accomplissement d'un travail personnel¹⁴⁷.

Quant à savoir si l'évènement accidentel est survenu par le fait ou à l'occasion du travail, l'appréciation se fait souverainement par les juges du fond. Ce principe a été affirmé par la chambre sociale qui a rendu plusieurs arrêts en ce sens le 20 décembre 2001¹⁴⁸. Depuis, cette solution n'a pas été remise en cause par la deuxième chambre civile en charge du contentieux de la sécurité sociale, qui continue à l'appliquer¹⁴⁹.

Par ailleurs, il existe une protection spécifique qui est prévue concernant les accidents se produisant lors des trajets domicile/travail.

Paragraphe 2. Les accidents du trajet, une protection large du risque lié à l'activité

La notion d'accident du trajet se différencie de celle d'accident du travail et bénéficie d'un régime de protection particulière.

Il peut arriver que, lors du trajet pour se rendre au travail ou pour rentrer chez soi en sortant du travail, un accident du trajet se produise. Ce dernier peut être considéré comme un accident professionnel s'il répond à certaines conditions. Pour que ce sinistre soit qualifié d'accident du trajet, il doit survenir lors d'un aller-retour entre la résidence principale ou secondaire et le lieu de travail, de restauration ou tout lieu où l'agriculteur prend habituellement ses repas. Il convient d'analyser les lieux concernés par le trajet (A) et la détermination de ce dernier (B) afin de pouvoir considérer l'évènement comme un accident professionnel.

¹⁴³ Soc., 19 sept. 2007, n°06-41.238, commentaire par P.-Y. VERKINDT : « Le salarié protégé victime d'un accident du travail bénéficie d'une double protection contre le licenciement », *La Semaine Juridique - Social* n°50, 11 déc. 2007, p. 1950.

¹⁴⁴ Soc., 12 mai 1964, Bull. civ. 1964, IV, n°415.

¹⁴⁵ Soc., 28 juin 1989, n° 87-13-448 : JurisData n°1989-702901 ; Bull. civ. 1989, V, n°484 ; RJS 1989, n°631 ; ou Soc., 17 mars 1970, Bull. civ. n°205.

¹⁴⁶ Soc., 4 oct. 1979, n°78-13.802, Bull. civ. 1979, n°1979, V, n°697.

¹⁴⁷ Soc., 12 mai 1966, Bull. IV, n°457.

¹⁴⁸ Par exemple : Soc., 20 décembre 2001, Bull. civ. n°397.

¹⁴⁹ Rapport de M. Trédez, conseiller rapporteur, rendu suite à la décision de la Cour de cassation : Ass. plén., arrêt n°528 du 24 juin 2005, n°03-30-038.

A. Les lieux concernés par le trajet

Aux termes de l'article L.751-6 du Code rural et de la pêche maritime, les lieux de départ ou d'arrivée qui sont constitutifs d'accidents du trajet sont : le lieu de travail (1), la résidence principale du salarié (2), la résidence secondaire du salarié (3), le lieu où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial (4), et le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas (5).

1) Le lieu de travail

Pour que l'accident soit reconnu comme un accident du trajet au sens de l'article susmentionné, le lieu de travail doit être le point de départ ou d'arrivée de l'accident en question.

La détermination du lien entre le trajet et le travail de l'agriculteur est donc fondamentale et conditionne la prise en charge de l'accident du trajet.

Ce lieu peut être celui où l'agriculteur accomplit habituellement son activité. Il peut s'agir soit du siège social, soit d'un établissement annexe de l'entreprise.

S'est posée la question des accidents de circulation survenus au sein de l'entreprise ou sur le parking de stationnement dédié au personnel. La Cour de cassation a décidé qu'il s'agissait d'un accident du travail et non d'un accident du trajet, car le salarié était sous l'autorité et la surveillance de l'employeur¹⁵⁰.

L'article ci-dessus cité régit également l'accident du trajet se déroulant entre le lieu professionnel et la résidence principale du salarié.

2) La résidence principale

La résidence principale est le lieu de la principale habitation du salarié. La jurisprudence est pragmatique et adopte une notion large de la notion de résidence principale. Dès lors, un hôtel ou même une caravane ont pu être assimilés à une résidence principale¹⁵¹.

S'est posée la question de l'accident survenu dans un immeuble collectif. À cette occasion, la Cour de cassation estime que le point de départ de l'accident du trajet commence dès que le salarié a franchi le seuil de son appartement. De ce fait, il peut se produire dans l'escalier

¹⁵⁰ Ass. plén., 3 juillet 1987, pourvoi n°86-14917, publié au Bulletin AP, n°3, p. 5.

¹⁵¹ Soc., 2 nov. 1971, n°70-91-624.

intérieur d'un immeuble collectif, dans la cour ou dans l'ascenseur. Il sera considéré comme un accident du trajet¹⁵².

Cependant, l'accident survenu dans l'habitation ou les dépendances de la résidence principale ne constitue pas un accident du trajet mais un accident de droit commun.

Ainsi, il a été décidé qu'une personne qui se fait écraser par son véhicule mal immobilisé, alors qu'elle ouvrait la porte de son garage et que ce véhicule était à l'intérieur de sa propriété, ne peut être considérée comme ayant subi un accident du trajet¹⁵³.

Toutefois, lorsque le salarié est logé par son employeur, ce lieu où il passe ses heures de vie et de détente représente le cœur de sa vie privée. Peut-il être qualifié de résidence principale¹⁵⁴ ? Ce lieu pourra constituer le point de départ de l'accident du trajet.

L'accident du trajet peut aussi être reconnu s'il se produit pendant un déplacement entre le lieu de travail et la résidence secondaire du salarié.

3) La résidence secondaire

« Une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité¹⁵⁵ » peut être le point de départ ou d'arrivée d'un accident du trajet.

Ici encore, la jurisprudence est opportuniste et s'attache peu aux caractéristiques du logement. Ainsi, une chambre mise à disposition par des amis au profit de l'agriculteur pour le week-end peut être assimilée à une résidence principale ou secondaire¹⁵⁶.

L'accidenté peut également être un détenu en semi-liberté autorisé à travailler. Dans cette situation, la jurisprudence a identifié le lieu de détention comme une résidence secondaire¹⁵⁷.

La notion de résidence stable est subordonnée à deux éléments concernant les séjours qui doivent être fréquents et réguliers¹⁵⁸. Les hauts magistrats ont décidé que le domicile des parents pouvait avoir ces caractères alors que l'agriculteur possède un lieu de vie à son travail.

¹⁵² Soc., 8 mai 1952, Bull. civ. 1952, IV, n°386.

¹⁵³ Soc., 15 juin 1995, n°92-16.853.

¹⁵⁴ Soc., 6 mai 1970, n°69-10-358.

¹⁵⁵ Article L. 751-6 du Code rural et de la pêche maritime.

¹⁵⁶ Ass. plén., 29 févr. 1968, n°65-11.030 et 65-11.032.

¹⁵⁷ Soc., 28 juin 1978, n°77-12.037.

¹⁵⁸ Soc., 18 juillet 1957.

La question s'est également posée concernant les lieux de vacances. La qualification de résidence secondaire est rarement retenue, car ces lieux n'ont pas le caractère de fixité exigé par la jurisprudence. C'est le cas de l'agriculteur qui passe ses vacances chez ses parents¹⁵⁹. La Haute Juridiction n'a pas reconnu le caractère de résidence secondaire à l'habitation.

Enfin, l'éloignement de la résidence secondaire du lieu de travail a longtemps été considéré comme un motif d'exclusion du trajet protégé en accident du travail. Cependant, depuis un arrêt de la Cour de cassation de 1989¹⁶⁰, l'éloignement n'est plus pris en compte pour retenir la notion de résidence secondaire.

Le Code rural et de la pêche maritime retient également, comme point de départ ou d'arrivée de l'accident du trajet, le lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial¹⁶¹.

4) Les lieux pour « raisons familiales »

Cette notion perd de son intérêt car la jurisprudence assimile le lieu où le travailleur se rend de façon habituelle à un lieu correspondant à sa résidence principale ou secondaire. La notion a donc été vidée de sa portée en exigeant que le séjour soit assimilé à une résidence secondaire ou principale¹⁶².

Le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas est visé par l'article L. 751-6 du Code rural et de la pêche maritime.

5) Le lieu des repas

Constituent des lieux de repas, protégés par la législation sur les accidents du trajet, « *le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas*¹⁶³ ».

Sont concernés par cette disposition uniquement les accidents du trajet qui se produisent entre le lieu de travail et le lieu de restauration. Ainsi en a-t-il été de la législation sur les accidents du trajet, les déplacements entre le domicile et le lieu de restauration.

¹⁵⁹ Soc., 31 mars 1981 : JurisData n°189-701195.

¹⁶⁰ Soc., 28 juin 1989, 86-18.907, publié au Bulletin, 1989, V, n°487, p. 295.

¹⁶¹ Article L.751-6 du Code rural et de la pêche maritime : « *Sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et de lieu de travail.* »

¹⁶² Ass. plén., 29 févr. 1968, n°65-11.030 et 65-11.032.

¹⁶³ Article L.751-6 du Code rural et de la pêche maritime.

La jurisprudence a dégagé la notion d'habitude. Aussi, le lieu de restauration doit être un lieu où, habituellement, le travailleur se rend pour se restaurer. L'habitude peut donc être assimilée à une périodicité suffisante. En conséquence, si l'agriculteur se rend trois fois par semaine dans un café, par exemple, cela constitue une moyenne qui peut caractériser l'habitude¹⁶⁴.

Cependant, cette condition n'est pas irréfragable et le travailleur peut démontrer que pour des raisons exceptionnelles, il a dû renoncer à son lieu habituel de repas pour choisir un autre endroit¹⁶⁵. Il ressort de ces analyses l'importance de la notion de détermination du trajet.

B. La détermination du trajet

Le trajet doit répondre à la condition de « parcours normal ». Cette notion n'implique pas nécessairement que le trajet soit le plus direct. En principe, la normalité du trajet résulte de deux caractères qui sous-tendent que le trajet doit être habituel et direct. Cependant, la jurisprudence reste souple face à ces conditions et accepte que le travailleur puisse modifier son trajet lorsqu'il a le choix entre plusieurs itinéraires.

Dès lors, il a été jugé que le fait, pour le travailleur, d'avoir pris un trajet différent de celui pris habituellement ne constitue pas un détournement de parcours si celui-ci était aussi direct et normal que celui emprunté habituellement¹⁶⁶.

Cependant, dès lors que le salarié choisit un itinéraire plus long, l'accident ne peut être un accident du trajet. Les juridictions en ont décidé ainsi au sujet de l'accident d'une personne qui avait prolongé son trajet d'une dizaine de kilomètres¹⁶⁷.

Le prolongement du trajet peut être justifié par un motif légitime tel que la nécessité d'éviter des embouteillages¹⁶⁸, par exemple.

En ce qui concerne les moyens de locomotion, la jurisprudence et la loi ne mentionnent pas de transports particuliers¹⁶⁹. En effet, l'agriculteur pourra prendre la voiture, le métro, le bus ou le train à la gare qui lui convient le mieux, et ce, pourvu que le trajet ne soit pas différent.

¹⁶⁴ Soc., 5 mars 1977, n°76-10.967.

¹⁶⁵ Soc., 5 mai 1970, n°69-12-015.

¹⁶⁶ Soc., 18 nov. 1954, Bull. civ. 1954, IV, n°729.

¹⁶⁷ Soc., 19 juillet 1960, Bull. civ. 1960, IV, n°789.

¹⁶⁸ Soc., 4 févr. 1987, JurisData n°1987-702037.

¹⁶⁹ Soc., 20 avril 1956, Bull. civ. 1956, IV, n°368.

Toutefois, le trajet doit être effectué pendant le temps normal du parcours, et ce, au regard des horaires habituels du salarié et des nécessités de l'emploi qu'il occupe. Se pose alors le problème de l'accident survenu lors d'un détour ou d'une interruption de travail.

Si toutes ces conditions sont respectées, le trajet est dit normal et l'accident peut être indemnisable. Les éléments à analyser alors sont le trajet de temps normal, le lien avec le travail et le trajet, l'interruption pendant le trajet ou encore le détour.

C. Le trajet de travail normal

C'est au travers de l'article 751-6 du Code rural et de la pêche maritime qu'est implicitement reconnu le temps normal du trajet. L'accident doit en principe survenir pendant le temps normal du trajet. Plusieurs aspects sont à prendre en compte : le cas où le salarié est en avance (1) ou en retard (2), le lien réel entre le trajet et le travail (3), et enfin, l'interruption ou la modification du trajet (4).

1) Le salarié en avance

La question de l'accident survenu alors que le salarié est en avance a été tranchée¹⁷⁰. Dès lors que l'accident s'est produit plus d'une heure avant la reprise du travail, ce dernier ne peut être considéré comme s'inscrivant dans le temps normal du trajet. Cependant, la victime peut apporter la preuve du contraire.

En effet, l'agriculteur pourra prouver que son avance est justifiée par l'intérêt de l'entreprise. Il peut, par exemple, s'agir de circuler tôt le matin afin d'éviter une circulation dense en hiver.

De plus, si l'accident survient sur le trajet reliant deux résidences, ce dernier ne peut constituer un accident du trajet, dès lors que le rapprochement de son lieu de travail constitue une commodité personnelle.

Le deuxième élément à considérer est le cas où le salarié est en retard.

2) Le salarié en retard

Toute une série d'évènements peut retarder le départ du lieu de travail. C'est alors que le juge assimile ce départ tardif à une interruption de trajet. Il appartient à la victime de prouver¹⁷¹

¹⁷⁰ Soc., 4 déc. 1985, n°84-14.458.

¹⁷¹ Soc., 27 janv. 1977, n°76-10-440.

que l'interruption est justifiée par un motif dépendant de son travail ou par une nécessité essentielle de la vie courante.

Dès lors, un accident du trajet dont est victime l'agriculteur alors qu'il est en retard peut être justifié par une réunion syndicale qui était organisée pour le travail.

De même, la Haute Juridiction a pu affirmer qu'un léger retard pouvait être dû à un encombrement¹⁷².

En plus de cela, le lien entre le travail et le trajet doit exister nécessairement.

3) Le lien entre le trajet et le travail

En cas de sinistre, l'absence de lien entre trajet et travail peut entraîner l'exclusion de la qualification d'accident du trajet.

Ainsi, la Haute Cour a pu juger que la qualification de trajet protégé ne peut s'appliquer à une personne dont le contrat de travail a été suspendu¹⁷³.

Tel est le cas de l'accident survenu à un agriculteur qui se trouvait en arrêt de travail ou qui avait pris ses congés hebdomadaires. Également, l'accident dont est victime un gréviste n'est pas considéré comme un accident du trajet¹⁷⁴.

De même, le salarié qui reprend son travail trois jours plus tard et qui subit un accident ne peut voir ce dernier qualifié d'accident du trajet¹⁷⁵.

En outre, le trajet ne doit pas avoir été interrompu ou détourné, comme le prévoit le Code rural et de la pêche maritime.

4) L'interruption du trajet, le détour

Pour que l'accident soit qualifié d'accident du trajet, l'agriculteur ne doit pas effectuer un détour ou interrompre son trajet pour un motif d'ordre personnel et dépourvu de toute relation avec les nécessités essentielles de la vie courante et qui n'aurait aucun lien avec le travail.

Se pose ici le problème de la qualification des nécessités de la vie courante ou indépendantes du travail. Ce problème de qualification pourrait engendrer, sans aucun doute, un aléa dans la

¹⁷² Soc., 30 nov. 1977, n°76-13.468.

¹⁷³ Soc., 13 nov. 1996, JCP 1997, éd. E, II, 011, note J. Barthelemy ; RJS 1996, n°1320.

¹⁷⁴ Soc., 12 mai 1964, Bull. civ. 1964, IV, n°415

¹⁷⁵ Soc., 29 oct. 1959 : JCP 1959, II, 11370.

détermination de l'accident du trajet. Les juges du fond semblent avoir une pleine capacité d'appréciation. Ainsi, une interruption de trajet peut ne pas faire obstacle à la reconnaissance d'un accident du trajet¹⁷⁶, à l'instar d'une personne qui conduit son enfant à l'école¹⁷⁷ ou qui s'arrête pour acheter le pain¹⁷⁸.

Nous avons analysé, dans ce chapitre, les différentes conditions et caractéristiques de la prise en charge et de la qualification de l'accident du travail chez le salarié agricole. Nous allons, dans le chapitre suivant, emprunter la même logique pour le non-salarié agricole, car ces deux catégories ne sont pas traitées de la même manière sur le plan législatif.

¹⁷⁶ Soc., 3 juin 1970, n°69-11-824.

¹⁷⁷ Soc., 13 octobre 1994, n°92-12-229.

¹⁷⁸ Soc., 17 octobre 1974, n°73-14-767.

CHAPITRE II

LA PRISE EN CHARGE DU NON-SALARIÉ AGRICOLE À LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

La notion de salariat ou de non-salariat agricole est un élément crucial pour l'affiliation du salarié agricole au régime de l'assurance obligatoire. Cette affiliation détermine l'application de la législation des accidents du travail à l'agriculteur. La prise en charge des non-salariés agricoles s'aligne de plus en plus sur celle des salariés (Section 1). En outre, l'une des originalités du secteur agricole en matière de protection sociale est celle de l'entraide qui mérite une attention particulière (Section 2).

Section 1. Une prise en charge assurantielle : de l'AAEXA à l'ATEXA

La législation des accidents du travail des non-salariés agricoles organise une protection sociale à la fois originale et complexe, tout en étant en perpétuelle évolution. Elle se rapproche de plus en plus de celle des salariés agricoles qui est elle-même identique à celle des assurés sociaux du régime général du commerce et de l'industrie.

Elle s'est construite en trois étapes essentielles et demeure, à l'heure actuelle, perfectible. La première étape qui inaugure la protection sociale du non-salarié agricole, telle qu'elle existe aujourd'hui, est la loi du 22 décembre 1966¹⁷⁹ qui instaure un régime obligatoire de garantie des accidents du travail sous l'appellation de l'AAEXA, l'assurance des accidents du travail des exploitants agricoles. Cette législation de 1966 comptait couvrir les accidents professionnels, mais pas seulement, car elle couvrait également les sinistres susceptibles de se produire dans la vie privée. Cette loi est originale en matière de protection sociale car elle instaure une obligation d'assurance de base, tout en laissant aux assurés la liberté de choisir entre la MSA et les compagnies d'assurances privées, à l'instar de l'AMEXA. Ainsi, le risque accident du travail, qui est un véritable risque social, n'est pas un monopole de la MSA, régime obligatoire. En conséquence, l'AAEXA comme l'AMEXA sont officiellement reconnues avec une possible délégation de gestion au profit des assurances privées. Dès lors, ladite loi a prévu que « *sont assurés, à leur choix, soit par les caisses de la mutualité sociale agricole, soit par tous organismes d'assurances, mentionnés à l'article L. 711-1 du Code de*

¹⁷⁹ L. n°66-950 du 22 décembre 1966, parution au Journal officiel du 23 décembre 1966.

la mutualité, ou par tous autres organismes d'assurances, dès lors, d'une part, que lesdits organismes auront été habilités par arrêtés de leurs ministres de tutelle respectifs, d'autre part, qu'ils auront adhéré au règlement prévu à l'article L.731-34¹⁸⁰ ».

Au vu de ces dispositions, ces assureurs privés ont eu l'obligation de se réunir en groupement pour constituer le GAMEX¹⁸¹, qui est devenu un concurrent redoutable de la MSA ; ce dernier avait déjà la possibilité d'assurer les chefs d'exploitations au titre du risque maladie. Dès 1961, le législateur a voulu une gestion groupée des risques des exploitants agricoles, tant au niveau de la maladie qu'au niveau des accidents de la vie privée et du travail.

Cependant, ce groupement des assureurs privés au sein du GAMEX n'a pas facilité pour autant l'obligation d'assurance accidents du travail imposée par la loi du 22 décembre 1966 sur l'AAEXA. Cette dernière représente un véritable échec de la prise en charge du risque accident du travail par les pouvoirs publics de l'époque. Les prestations offertes aux assujettis étaient éminemment trop faibles et ne permettaient pas un revenu de remplacement décent ou le recours à un service de remplacement en cas d'incapacité de travail de l'exploitant agricole. De plus, les agriculteurs ne respectaient pas l'obligation d'assurance imposée par la loi. C'est la raison pour laquelle 20% d'entre eux restaient sans couverture contre les accidents¹⁸². Le système comportait une énorme faille dans le suivi de cette obligation, car les assureurs ne fournissaient pas les données quant au suivi des agriculteurs non assurés. Les autorités administratives n'avaient pas les moyens techniques de faire un parallèle entre le fichier des AMEXA et celui de l'AAEXA afin de sanctionner les agriculteurs défaillants. Les moyens de centralisation manquaient et les sanctions prévues à cet effet restaient inapplicables et inopérantes. C'est ainsi que la MSA ou le GAMEX, régimes obligatoires, ont été contraints d'intervenir au titre de l'AMEXA en cas d'accident de l'agriculteur non couvert par l'AAEXA. Par conséquent, l'agriculteur non salarié qui n'avait pas d'assurance accident obligatoire était pris en charge par l'organisme de protection sociale sur le risque maladie. Le service sanitaire et social de la MSA était également sollicité en cas d'accident nécessitant des dépenses que la victime ne pouvait supporter.

En raison de ces lacunes, le législateur a dû repenser la loi sur les accidents du travail des agriculteurs. La loi du 20 novembre 2001 instaure un nouveau régime d'assurance afin de

¹⁸⁰ Article 731-30 du Code rural.

¹⁸¹ Dès la création de l'AMEXA, en 1961, il a été reconnu par le législateur la possibilité de déléguer la gestion du risque maladie au profit d'une assurance privée. Les assureurs ont mis en place des réseaux de prestataires et des centrales de gestion, dépassant ainsi les attentes du législateur de 1961.

¹⁸² K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 435.

corriger les imperfections de la loi du 22 décembre 1966. Elle va créer l'ATEXA¹⁸³, l'assurance accidents du travail des exploitants agricoles. L'organisation de sa gestion s'est déroulée en deux étapes. Toutefois, son champ d'application est identique à celui de l'AAEXA tout en ayant un meilleur taux de garantie pour les assurés. Ainsi, l'ATEXA couvre les chefs d'exploitations, les cotisants solidaires, les conjoints collaborateurs, les aides familiaux, les mandataires de sociétés ou de caisses locales d'assurances mutuelles agricoles, ainsi que les enfants de 14 à 20 ans qui participent aux travaux de l'exploitation¹⁸⁴.

Pour que les cotisants solidaires soient couverts par l'ATEXA, ils doivent exploiter au moins 1/8^e de la surface minimum d'exploitation. Cependant, les dispositifs de l'ATEXA ne s'appliquent pas au retraité.

La prise en charge des accidents du travail des non-salariés agricoles¹⁸⁵ se fait donc par le biais de l'assurance qui s'appelle l'ATEXA. L'organisme qui en est gestionnaire a changé depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014¹⁸⁶. Sa gestion a été transférée du GAMEX vers la MSA.

L'agriculteur, pour être couvert contre le risque professionnel, devait choisir entre un assureur privé et la MSA. Il pouvait, également, choisir son organisme d'affiliation au régime obligatoire.

En effet, les assurés non salariés agricoles avaient la faculté de s'affilier à l'ATEXA, une assurance qui couvre les accidents du travail des exploitants agricoles et qui est obligatoire. Ils pouvaient s'affilier également à l'AAEXA, l'assurance accidents des exploitants agricoles.

Concernant les accidents du travail, la MSA était un organisme agréé par les pouvoirs publics au même titre que le GAMEX. Cependant, ce dernier couvrait 65%¹⁸⁷ des exploitants agricoles alors que la MSA gérait le reliquat. Quand l'agriculteur choisissait un organisme privé pour être couvert contre les risques professionnels, il était difficile d'établir la frontière entre la prise en charge au titre d'une couverture de base et d'une couverture d'assurance complémentaire¹⁸⁸. Comme le relève Monsieur Tauran, les décisions des tribunaux

¹⁸³ Art. 752-1 et suivants du Code rural et de la pêche maritime.

¹⁸⁴ Article 752 déjà cité.

¹⁸⁵ Articles L. 752-1 et suivants du Code rural et de la pêche maritime.

¹⁸⁶ LFSS n°2013-1203, du 23 décembre 2013, article 82.

¹⁸⁷ Mutuelles.com, « Définition de l'ATEXA-Assurance Accident du Travail des Exploitants Agricoles ».

¹⁸⁸ T. TAURAN, « Les accidents du travail et maladies professionnelles en agriculture », JurisClasseur fasc. 50, droit social agricole, 10 novembre 2015.

nourrissaient une jurisprudence abondante relative aux litiges tendant à la détermination de la nature de la prise en charge de l'accident du travail.

Le principe est simple : moyennant une cotisation forfaitaire annuelle, le non-salarié agricole est assuré contre le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle. La cotisation est modique par rapport aux avantages qu'elle procure. Toutefois, elle varie selon le statut de l'assuré et de son activité. En 2014, la cotisation annuelle oscille entre 441 et 447 euros par exploitant.

Avant la loi de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 2013¹⁸⁹, la mutualité sociale agricole ne possédait pas le monopole de l'ATEXA. Cette situation a changé dès 2014 avec cette nouvelle loi. Auparavant, les agriculteurs non salariés bénéficiaient d'un libre choix de l'organisme qui pouvait les assurer. Cependant, les compagnies d'assurances et de mutuelles ne pouvaient pas toutes gérer l'ATEXA. Pour pouvoir s'assurer, les agriculteurs devaient se référer à une liste que le ministère de l'Agriculture publiait régulièrement. Les compagnies habilitées à garantir le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles étaient peu nombreuses : on n'en comptait qu'une dizaine. Toutefois, par commodité, la majorité des agriculteurs choisissait les caisses de MSA comme organisme assureur, car ces dernières géraient déjà un certain nombre de prestations telles que les prestations familiales, par exemple, ou leurs cotisations. Les caisses de mutualité sociale agricole présentent l'avantage d'être « un guichet unique » car elles gèrent plusieurs services à l'adhérent, alors que le régime général des salariés du commerce et de l'industrie partage ces derniers entre la CPAM pour l'assurance maladie, la CAF pour les prestations familiales, la CARSAT pour les retraites et l'URSSAF pour les cotisations.

Cependant, l'agriculteur qui n'est pas satisfait de la couverture qui lui est proposée depuis le 1^{er} janvier 2014 garde la possibilité de s'assurer auprès d'un assureur privé afin de contracter une assurance complémentaire facultative. Depuis le 1^{er} janvier 2014, l'agriculteur va donc pouvoir bénéficier d'un minimum d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail dû à un accident lié à son activité professionnelle.

Cette transition s'est pourtant faite progressivement puisqu'au 30 juin 2014, les agriculteurs ainsi que les ayants droit continuaient à relever de leur organisme d'assurance privé choisi initialement. Ce n'est qu'à partir du 1^{er} juillet 2014 que tous les non-salariés agricoles ont été affiliés à la MSA pour l'ensemble des prestations sociales en espèces et en nature.

¹⁸⁹ L. n°2013-1203, 23 décembre 2013, art. 23.

La disparition du GAMEX en tant qu'assureur et régime obligatoire des non-salariés agricoles était devenue inévitable.

Au même titre que les salariés agricoles, les exploitants ont la possibilité d'être couverts par le fonds commun des accidents du travail agricole, le FCATA¹⁹⁰. Ce dispositif, qui est géré par la Caisse des dépôts et consignations¹⁹¹, a pour rôle de secourir les agriculteurs qui se retrouvent sans protection légale contre les accidents du travail. À cette fin, la Caisse des Dépôts va verser des rentes d'accidents du travail, ainsi que des majorations de rentes. Les personnes concernées par ce procédé d'indemnisation sont les salariés agricoles victimes d'accidents du travail avant l'entrée en vigueur de la loi du 1^{er} juillet 1973, mais également les non-salariés agricoles qui ont subi un accident du travail avant cette loi.

Force est de constater que l'exploitant comme le salarié agricole ont attiré l'attention des pouvoirs publics pour avoir un minimum de protection sociale ; la création du FCATA démontre bien cette volonté de protéger le non-salarié autant que le salarié, même si les dispositifs ne sont pas identiques.

Si les accidents du travail des non-salariés agricoles sont couverts actuellement par un seul organisme, la MSA, il y a aujourd'hui une autre catégorie de travail agricole qui pose bien des problèmes aux personnes quand elles sont victimes d'un accident du travail alors qu'elles n'interviennent pas nécessairement dans le cadre d'un contrat de travail : l'entraide agricole.

Section 2. L'entraide, une protection sociale contre les accidents du travail adaptée au monde agricole

Il s'agit d'une pratique très courante et ancienne dans le monde agricole et rural. Le législateur n'y est pas resté insensible puisqu'il l'a codifiée¹⁹².

L'entraide peut être définie comme un échange gratuit de services entre agriculteurs. Malgré cette gratuité, la mise en œuvre de l'entraide possède toute son importance en cas d'accident du travail survenu au bénévole ou à ses ayants droit, puisque la responsabilité de l'agriculteur aidé peut être mise en jeu. Citons le cas d'un agriculteur qui aidait un autre agriculteur et qui a eu la main arrachée par la prise de force d'un tracteur. La victime attaque le fils de l'agriculteur en tant qu'héritier du tracteur et Groupama en tant qu'assureur de ce dernier. En

¹⁹⁰ Institué par le décret du 30 décembre 1957, n°57-1360, pris en application du paragraphe III de l'article 89 de la loi du 4 août 1956, n°57-780 - En remplacement des divers fonds déjà existants.

¹⁹¹ Art. L. 753-1 et s. du Code rural et de la pêche maritime.

¹⁹² Articles 752-2 et 325-1 du Code rural et de la pêche maritime.

l'espèce, les hauts magistrats décident que « *le prestataire reste responsable des accidents du travail survenus notamment à lui-même ou aux membres de sa famille*¹⁹³ ».

Dans le secteur de l'agriculture, l'entraide doit être définie clairement afin de pouvoir lui appliquer le régime adéquat en cas d'accident du travail. C'est l'article 20 de la loi du 8 août 1962¹⁹⁴ qui l'institue et la définit de façon imprécise. Elle sera transposée dans les articles L.325-1 à L.325-3 du Code rural et de la pêche maritime, qui dispose : « *L'entraide est réalisée entre des agriculteurs par des échanges de services en travail et en moyens d'exploitation. Elle peut être occasionnelle, temporaire ou intervenir de manière régulière. L'entraide est un contrat gratuit, même lorsque le bénéficiaire rembourse au prestataire tout ou partie des frais engagés par ce dernier.* » La définition détermine les personnes bénéficiaires de l'entraide, et ses formes. Les tribunaux seront amenés à préciser cette définition, car si le législateur s'est surtout soucié du régime fiscal de l'entraide, il a également voulu l'extraire du droit commun en cas d'accident du travail pendant l'entraide.

En définissant ainsi l'entraide, le législateur reconnaît une particularité du travail agricole. Il souhaite protéger cette forme de solidarité par la législation des accidents du travail. Le droit s'adapte à la spécificité rurale ; ainsi, il est fréquent, pour ne pas dire coutumier, que les agriculteurs se rendent service mutuellement par le travail ou la mise à disposition de machines. Cependant, cet échange peut être l'occasion d'accidents que le législateur a décidé de couvrir par la législation protectrice des accidents du travail afin que la victime ne se trouve pas dans une situation difficile, sans prise en charge pour ses soins ou l'obtention d'un revenu de remplacement.

Dès lors, pour appliquer la législation sur l'entraide, trois conditions sont essentielles : elle doit concerner des agriculteurs (Paragraphe 1), le contrat doit être conclu à titre gratuit (Paragraphe 2) et l'intervention doit être réciproque (Paragraphe 3).

Paragraphe 1. Le contrat d'entraide : la nécessité d'être agriculteur

L'article L. 325-1, alinéa 1^{er} du Code rural et de la pêche maritime renseigne sur les qualités des bénéficiaires de l'entraide : « *L'entraide est réalisée entre agriculteurs.* » Il découle de cet article que la convention d'entraide agricole nécessite obligatoirement que les parties aient la

¹⁹³ T. TAURAN, en référence à l'arrêt Civ. 1^{re}, 10 juillet 2002, Bull. civ. 2002, I, n° 190 ; et Soc., 14 nov. 1991, Bull. civ.1991, V, n°492.

¹⁹⁴ L. 62-933, 8 août 1962, complémentaire de la loi d'orientation agricole : JO du 10 août 1962.

qualité d'agriculteur¹⁹⁵. Il suffit qu'une partie n'ait pas cette qualité pour que le régime de l'entraide ne s'applique pas¹⁹⁶. Selon cette logique, lorsque les deux protagonistes n'ont pas la qualité d'agriculteurs, ces derniers ne peuvent être liés par une convention d'entraide¹⁹⁷. Cependant, l'agriculteur peut être pluriactif et ne pas exercer son activité agricole à titre unique. Le problème peut alors se poser quand il rend service à un autre agriculteur et qu'il se blesse. Que faut-il faire primer : le contrat de travail non agricole ou la qualité d'exploitant ? Dans ce cas, il convient de déterminer si le régime de l'entraide s'applique alors que l'exploitant assure une autre activité non agricole. À ce sujet, les tribunaux ont précisé que l'entraide agricole peut être utilisée même si l'activité agricole n'est pas l'activité principale ou exclusive de l'agriculteur. Le bénéficiaire ou le prestataire de l'entraide qui est victime d'un accident lors de l'échange de services sera soumis à la législation des articles L. 325-1 et suivants du Code rural et de la pêche maritime¹⁹⁸.

Quant à l'agriculteur retraité, il est également légitime de se demander quelle est sa couverture sociale en matière d'accident alors qu'il rend service à un autre agriculteur. Dans ce cas, la jurisprudence a fait preuve de souplesse¹⁹⁹. Cette dernière applique le régime de l'entraide à l'agriculteur retraité victime d'un accident, à la condition qu'il ait gardé une activité sur ses terres afin de pouvoir procéder à un échange de services entre agriculteurs²⁰⁰. Toutefois, cette protection de l'agriculteur retraité par la législation des accidents du travail au moyen de la notion d'entraide ne l'oblige pas à s'assurer contre le risque professionnel. En effet, la loi du 30 novembre 2001, portant création de l'ATEXA et promouvant une meilleure protection en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles des non-salariés agricoles, dispense ces derniers d'une obligation d'assurance lorsqu'ils deviennent retraités²⁰¹.

Il convient également de se demander si l'agriculteur qui a bénéficié d'un service de la part d'un collègue doit rendre personnellement ce service ou s'il peut le déléguer à une tierce personne, à son ouvrier par exemple, son aide familiale ou un membre quelconque de sa famille. L'article L.352-3, alinéa 1^{er} du Code rural et de la pêche maritime répond sans ambiguïté à cette interrogation, en disposant que « *le prestataire reste responsable des*

¹⁹⁵ Soc., 25 janvier 1990, n°25-15.512, Bull. civ. 1990, V, n°33, 1^{er} arrêt.

¹⁹⁶ Soc., 28 mars 1973, n°71-12-443, Bull. civ. 1973, V, n°117.

¹⁹⁷ CA de Rennes, 7^e ch., 24 nov. 1999, JurisData n°199-110136.

¹⁹⁸ Soc., 5 nov. 1999, JurisData n°1999-003965 ; *Revue de droit rural*, 2002, p. 358.

¹⁹⁹ PH. CASSON, actualisé par D. KRAJESKI, « Entraide en agriculture », *JurisClasseur*, fascicule unique du 17 juin 2014, dernière mise à jour.

²⁰⁰ Soc., 25 janvier 1990, JurisData n°1990-700283, Bull. civ. 1990, V, n°33, 2^e arrêt.

²⁰¹ Article L. 752-1, 1^o du Code rural et de la pêche maritime.

accidents du travail survenus à lui-même ou aux membres de sa famille, ou à toute personne considérée légalement comme aide familiale, ou à ses ouvriers agricoles ». Il résulte de cet article que l'agriculteur peut mettre à disposition son salarié au profit d'un acte d'entraide²⁰². La jurisprudence a également retenu, de façon constante et non discutable, la possibilité d'envoyer l'aide familiale du prestataire de service accomplir la mission d'entraide. Il en va de même pour les membres de la famille de l'exploitant²⁰³. Sur ce dernier point, la Haute Cour a été amenée à préciser que les membres de la famille de l'agriculteur demeurent effectivement soumis au régime de l'entraide si sa prestation de service est caractérisée comme telle ; il n'est pas nécessaire de déterminer si cette personne travaille ou non sur l'exploitation familiale²⁰⁴. L'entraide appliquée à des personnes qui ne sont pas des agriculteurs a amené la doctrine à s'interroger sur la notion d'agriculteur²⁰⁵. Selon C. GUYOT-CHAVANON, cette dernière est « *diluée au profit de la réciprocité potentielle et probable. L'agriculteur n'est plus entendu comme personne physique stricto sensu, mais comme une entité économique dans laquelle prennent part divers acteurs qui lui sont rattachés par un lien familial ou de subordination juridique. Le critère de l'application du régime de l'entraide est moins l'agriculteur ici, que l'exploitation agricole et ses attributs, c'est-à-dire son outillage et sa force de travail représentés au premier chef par l'exploitant agricole, et ensuite par sa famille et ses ouvriers*²⁰⁶ ». Toutefois, selon Ph. CASSON, cette conception de la notion d'agriculture a été discutée par la doctrine²⁰⁷. L'article L.311-2 du Code rural et de la pêche maritime dispose que « *toute personne physique ou morale exerçant à titre habituel des activités réputées agricoles au sens de l'article L.311-1* » peut s'inscrire au registre de l'agriculture et donc être reconnue comme relevant du domaine agricole. Cette définition du Code rural signifierait *stricto sensu* que seules les personnes qui ont une réelle activité sur l'exploitation pourraient bénéficier du régime de l'entraide. Cela écarterait les membres de la famille qui n'auraient pas une véritable activité agricole sur l'exploitation²⁰⁸. Fort heureusement, la jurisprudence n'a pas retenu cette interprétation de la conception de l'entraide afin de protéger les intervenants en cas d'accidents du travail et de consacrer une pratique agricole au-delà d'une conception juridique. La souplesse prétorienne fait que toutes

²⁰² Soc., 3 mai 1974, n°73-12-789, Bull. civ. 1974, V, n°271.

²⁰³ Soc., 5 nov. 1999, n° 97-12.782, JurisData n°1999-003965.

²⁰⁴ Soc., 25 janvier 1990, n°85-15-512, Bull. civ. 1990, V, n°33, 1^{er} arrêt.

²⁰⁵ Ph. CASSON, « Entraide en agriculture », *op. cit.*

²⁰⁶ C. GUYOT-CHAVANON, *L'entraide en droit privé*, thèse de droit, Bordeaux IV, sous la direction de J. AUSER, 2003, n° 4, p. 17.

²⁰⁷ Ph. CASSON, « Entraide en agriculture », *op. cit.*

²⁰⁸ I. COUTURIER, « L'entraide, spécificité juridique en agriculture », *Acte et communications*, n°18, 2001, 95, spéc. p.104.

les personnes susceptibles de s'aider dans le cadre des travaux agricoles peuvent bénéficier du régime de l'entraide et ne pas être lésées en cas d'accident du travail. Encore faut-il que le service rendu soit gratuit et réciproque.

Paragraphe 2. La gratuité du contrat d'entraide

Aux termes du Code rural et de la pêche maritime, non seulement l'entraide est un contrat, mais elle est nécessairement « *un contrat à titre gratuit*²⁰⁹ ». La finalité de cette gratuité est avant tout fiscale car le législateur, selon M. ORLIAC, a voulu conserver la neutralité dans une telle opération²¹⁰. Les intervenants ne sont soumis ni à une cotisation fiscale, ni à un assujettissement à la TVA.

Cependant, cette définition légale de l'entraide amène bien des interrogations, car elle est en contradiction avec les critères classiques de la distinction entre acte à titre onéreux et à titre gratuit²¹¹. En effet, l'entraide est un contrat d'échange par lequel une partie fournit une prestation en échange d'une autre prestation par l'autre partie, et le contrat d'échange est par principe un contrat à titre onéreux et non pas à titre gratuit. Ainsi, en désignant l'entraide comme un contrat à titre gratuit, le législateur ne reprend pas la qualification cardinale des droits des obligations. La doctrine a nourri les débats sur cette contradiction. Certains auteurs comme M. Orliac ont déduit que l'entraide est « *un contrat à titre gratuit par détermination de la loi et à titre onéreux par nature* ». D'autres auteurs comme Ch. Dupeyron l'ont classée dans la catégorie des contrats *sui generis*. Un autre courant, dont fait partie Ph. Malaurie, considère quant à lui que l'entraide ne peut pas se concevoir sans contrepartie pécuniaire ou en nature. J.-J. Barberi, Ch. Dupeyron et J.-P. Théron vont jusqu'à dire que l'entraide doit correspondre à une équivalence d'échange sans spéculation. Cependant, une partie de la doctrine relève que l'existence ou non d'une contrepartie ne suffit pas à définir le contrat à titre onéreux ou gratuit, car la jurisprudence et le droit positif ont dépassé ce stade. Quoi qu'il en soit, la qualification d'entraide en contrat gratuit peut être considérée comme une convention dont la réciprocité des prestations ne permet pas l'enrichissement d'une partie au profit de l'autre. L'opération économique est neutre, et en ce sens, elle peut être définie comme gratuite. Cette dernière est déterminée comme étant une convention car chaque partie

²⁰⁹ Art. L.325-1, alinéa 3 du Code rural et de la pêche maritime.

²¹⁰ M. ORLIAC, « L'entraide agricole », *Jour. Not.*, 1988, art. 59384, n°9, p. 705. C. GUYOT-CHAVANON et Ph. CASSON, *op. cit.*

²¹¹ Ph. CASSON, *op. cit.*

possède une contrepartie de la prestation qu'elle est susceptible de fournir. En plus d'être gratuite, la convention d'entraide doit être réciproque.

Paragraphe 3. La réciprocité dans le contrat d'entraide

Cette obligation de réciprocité est un élément surabondant car, de toute façon, un contrat nécessite une réciprocité des prestations entre les parties. En l'absence de définition légale, la jurisprudence a dû intervenir pour interpréter la notion de réciprocité découlant de l'article L.325-1, al. 1^{er} du Code rural et de la pêche maritime, qui dispose : « *L'entraide est réalisée entre agriculteurs par des échanges de services en travail et en moyens d'exploitation.* » Il découle de cet article que la réciprocité prend nécessairement la forme de services en travail ou en moyens d'exploitation ; la jurisprudence a dû également préciser ces deux notions non définies par le législateur.

Le service sous forme de travail ne semble pas poser de difficultés de compréhension ; ce dernier consiste, pour l'agriculteur, à placer sa force de travail au profit d'un autre agriculteur. Il peut également mettre à disposition ses ouvriers dans le cadre de l'échange²¹². Ce dernier peut aussi mettre au service d'un autre agriculteur la force de travail d'un membre de sa famille ou de son aide familiale, afin que l'élément de réciprocité soit caractérisé. La jurisprudence est riche et variée en ce qui concerne les exemples de services rendus par le travail. Ces derniers peuvent aller d'un remorquage de véhicule en panne²¹³ à l'abattage d'un animal²¹⁴, en passant par le transport d'ouvriers²¹⁵. La diversité des cas examinés par la jurisprudence révèle une interprétation souple et extensive de la notion de « service en travail ». La même remarque peut être retenue pour les services « en moyens d'exploitation ».

Ces derniers consistent principalement dans la mise à disposition de matériel et l'utilisation de ce dernier par le bénéficiaire de l'entraide. La jurisprudence est riche d'exemples concernant les mises à disposition de matériels ; les tracteurs sont très couramment sujets à ce modèle de service²¹⁶. La Haute Cour a été amenée à préciser que si les mises à disposition de biens mobiliers constituaient un échange fréquent de services, cet échange pouvait porter sur un bien immobilier²¹⁷.

²¹² Soc., 27 févr. 1980, n°79-10-485, Bull. civ. 1980, V, n°69.

²¹³ Soc. 5 juillet 1965, n°64-12-648, Bull. civ. 1965, IV, n°538.

²¹⁴ Soc., 9 février 1968, n° 67-10-314, Bull. civ. 1968, V, n°93.

²¹⁵ Soc., 22 avril 1971, n°69-14-646, Bull. civ. 1971, V, n°295, JCP G 1971, IV, 135.

²¹⁶ Par exemple : Soc., 7 juin 1968, n°67-10-628, Bull. civ. 1968, V, n°274.

²¹⁷ Par exemple : Civ. 3^e, 5 février 1992, n°90-12-072, *Revue de droit rural*, 1992, p. 185.

La notion de services en moyens d'exploitation est également illustrée par une possibilité de fournir des produits à un agriculteur dans le cadre d'une réciprocité de services. La difficulté a été relevée lors d'une fourniture de bien consommable à un agriculteur ; la réciprocité de l'échange ne semble pas être constituée dans la mesure où le produit fourni ne pouvait pas être restitué. La constitution d'un service rendu ne pouvait être déterminée. Initialement, une vieille note ministérielle est venue préciser que « *la notion d'échange de services interdit que les prestations en espèces (fourrage sur pied, part de récolte) soient apportées en contrepartie d'un service rendu. Celles-ci, en effet, ne sauraient être considérées comme un service, et dans ce cas, la réciprocité de l'aide qui est à la base de l'entraide ne serait pas respectée*²¹⁸ ». La doctrine n'est pas restée inactive et a appréhendé la notion de fourniture de produit dans le cadre d'un service rendu, et a considéré que « *lorsque les produits fournis sont destinés à être utilisés dans l'exploitation agricole elle-même soit pour les semences, soit pour l'alimentation du bétail, etc., il y a lieu apparemment de les considérer, en forçant quelque peu le sens de l'expression, comme des moyens d'exploitation*²¹⁹ ». La jurisprudence s'est ralliée à l'interprétation de la doctrine, dans un courant prétorien tout aussi fourni²²⁰ que dans le cas précédemment cité. La Cour de cassation a pris la position de retenir qu'une fourniture de produit pouvait constituer un simple échange de procédés entre agriculteurs²²¹. Cependant, il convient de ne pas faire primer l'activité de fourniture de produits sur les autres services que peut espérer le bénéficiaire de l'entraide, car la prestation pourrait être qualifiée de rémunération et impliquerait des conséquences juridiques différentes de celle de l'entraide. La motivation des arrêts des juridictions reste sous le contrôle de la Cour de cassation afin qu'elle puisse apprécier souverainement les éléments constituant la réciprocité de l'entraide²²².

Les hauts magistrats ont développé une interprétation extensive des dispositions concernant l'entraide en agriculture. Cette position révèle une souplesse qui est essentielle dans la protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents lors de l'opération. Le régime juridique qui est applicable à la victime est dérogatoire du droit commun, car le sinistre est couvert par la législation des accidents du travail.

²¹⁸ Rép. Min. JOAN 10 août 1974, p. 4038, *Revue de droit rural*, 1974, p. 357.

²¹⁹ J. LE CALONNEC, *Revue de droit rural*, 1978, note, p. 249.

²²⁰ Par exemple, Cour de cassation, 8 janvier 1976, n°75-10-036, Bull. civ. 1976, V, n°7 ; *Revue de droit rural*, 1976, p. 320, obs. J. LE CALONNEC.

²²¹ Par exemple, Soc., 16 mars 1983, JurisData n°1983-700967, Bull. civ. 1983, V, n°162.

²²² Civ. 2^e, 3 novembre 2011, n°10-24-244.

Paragraphe 4. Le régime juridique de l'entraide agricole, un régime dérogatoire au droit commun

Se réunir entre agriculteurs afin de s'aider mutuellement dans des travaux agricoles est une vieille habitude qui témoigne de la solidarité des membres d'une profession face à la charge de travail. Durant cette activité d'entraide, il se peut qu'un accident du travail se produise ; initialement, la jurisprudence s'est fondée sur la loi du 22 décembre 1922²²³ relative aux accidents du travail en agriculture²²⁴ pour indemniser les victimes d'accidents corporels survenus dans le cadre de l'entraide. De cette manière, les collaborateurs occasionnels dans le domaine agricole, qu'ils soient salariés ou non, ont pu bénéficier de la législation productrice en matière d'accident du travail²²⁵. Dès lors, la jurisprudence pose le principe qu'un agriculteur aidant un autre agriculteur peut avoir la même couverture que toute personne collaborant de façon bénévole sur l'exploitation. Le bénéficiaire de l'entraide ne devient pourtant pas responsable des atteintes à l'intégrité physique de l'aidant bénévole. Cette responsabilité repose sur une présomption, et la réparation sera forfaitaire s'il est démontré qu'il existe un lien de subordination entre l'aidant et le bénéficiaire de l'aide. Cependant, si l'ouvrier agricole est mis à disposition d'un agriculteur, c'est l'employeur initial qui reste responsable en cas d'accident du travail. Critiquée par la doctrine, relevée comme étant complexe à mettre en œuvre par la jurisprudence²²⁶, une réforme législative a dû intervenir pour améliorer la loi de 1922.

La réforme législative s'est faite malgré le gouvernement ; elle est issue de l'article 20 de la loi du 8 août 1962²²⁷. La volonté première des pouvoirs publics de l'époque n'était pas de réformer la réparation résultant des accidents survenus à l'occasion de l'entraide entre agriculteurs ; le projet de loi de l'époque devait seulement préciser les conditions sociales et fiscales des échanges de services entre agriculteurs²²⁸. Le régime de la réparation des accidentés lors de la convention d'entraide, posé préalablement, a été revu par les parlementaires, sans travail préparatoire, à leur propre initiative²²⁹. L'Assemblée nationale voulait que cette loi soit moins avantageuse pour le prestataire qui devenait seul responsable

²²³ Modifiée par la loi du 30 avril 1926, DP 1927, 4, p. 160.

²²⁴ DP 1923, 4, p. 305, tiré du fascicule unique « Entraide en agriculture », Ph. CASSON, *op. cit.*

²²⁵ Ph. CASSON, *op. cit.*

²²⁶ J. LE CALONNEC, *Solidarité et responsabilité en droit de l'entraide entre agriculteurs*, Paris, Economica, 1990, p. 37 et 39-40.

²²⁷ Loi n°62-933 du 8 août 1962, JO du 10 août 1962.

²²⁸ JOAN 4 juillet 1962, p. 468, spéc. p. 473 et 479, Ph. CASSON, *op. cit.*

²²⁹ JOAN 4 décembre 1963, annexes n°1852, rapport fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi complémentaire à la loi d'organisation agricole, p. 348, Ph. CASSON, *op. cit.*

des accidents qui lui seraient arrivés ; non seulement il rendait service bénévolement, mais en plus, il devait assumer les conséquences de son bénévolat.

Pourtant, lors des débats législatifs, le ministre de l'Agriculture s'est opposé en vain à l'amendement qui prévoyait une telle responsabilité, car selon lui, elle aurait pour conséquence de décourager l'entraide entre agriculteurs. Il a argumenté en disant que « *mettre à la charge du seul prestataire la totalité de la responsabilité, c'est décourager définitivement l'entraide, puisque le seul prestataire supportait la charge des risques qui résultent de l'aide qu'il apporte. Le Gouvernement souhaiterait que ces alinéas soient écartés et qu'on laisse le soin à la jurisprudence de dégager progressivement des règles comme cela a été fait depuis bien des décennies. En cette matière, le législateur s'est toujours montré très prudent et je crois qu'il a été fort sage*²³⁰ ».

Le ministre de l'Agriculture n'a pas été suivi par les députés, qui ont justifié leur position par le principe de réciprocité qui existe entre le prestataire et le bénéficiaire d'une telle convention : « *En effet, lorsque le prestataire travaille chez le bénéficiaire de l'entraide, seul ou avec des aides, individuellement ou avec du matériel, en fait, il travaille pour lui-même, soit qu'il rende un service dont il a déjà bénéficié, soit qu'il fournisse un service qui sera rendu lorsqu'il en aura besoin. En définitive, chaque fois qu'un cultivateur rend service à un de ses voisins, c'est qu'il travaille et c'est à juste titre que l'on a retenu la notion de responsabilité du prestataire*²³¹ ».

Le législateur va anticiper sur une loi à venir. Afin de justifier que cette dernière ne cause pas de préjudice au prestataire, le texte législatif indique expressément : « *Nous entendons que le prestataire garde maintenant pour lui ce risque et comme, dans un délai très court, les accidents du travail seront intégrés à l'assurance maladie agricole, il n'en résulte pas, au total, de préjudice certain pour le prestataire de service... Il est tout à fait normal que le prestataire garde pour lui le risque encouru du fait de ses préposés ou du fait de son matériel dans toute la mesure où préposé et matériel sont employés et utilisés sous son contrôle. Au surplus (...), lorsque, au titre de l'entraide, le prestataire va chez son voisin lui rendre service, on peut considérer, au total, qu'il se trouve dans une situation très proche de celle dans laquelle il se trouvait s'il était sur sa propre exploitation. Or, sur sa propre exploitation, il assume la totalité des risques. Il est normal qu'il en soit ainsi en cas de service rendu au*

²³⁰ JOAN 19 juillet 1962, p. 2698, Ph. CASSON, *op. cit.*

²³¹ A. MOULIN, JOAN 19 juillet 1962, p. 2697.

*titre de l'entraide*²³². » À partir de ces propos, l'article 20 de la loi du 8 août va être voté et sera codifié aux articles L.325-1 à 325-3 du Code rural et de la pêche maritime.

L'article L.325, alinéa 1^{er} concerne donc les accidents du travail dont sont victimes les prestataires dans le cadre de l'entraide. Selon ses termes : « *Le prestataire reste responsable des accidents du travail survenus à lui-même ou aux membres de sa famille, ou à toute personne considérée légalement comme aide familiale, ou à ses ouvriers agricoles.* » Il pose la responsabilité de plein droit des prestataires en cas d'accidents corporels survenus dans le cadre de l'entraide.

Dans ce chapitre, nous avons vu que l'agriculteur victime d'un accident du travail est couvert par une législation protectrice. La difficulté pour qu'elle lui soit appliquée consiste à rattacher l'activité au domaine agricole et à lier l'accident à cette même activité. Le législateur et la jurisprudence ont forgé des concepts afin de prendre en compte les diverses situations de la vie courante et professionnelle du travailleur. Il n'en demeure pas moins que la prévention des risques accidentels au travail est une donnée efficiente de la protection sociale contre les sinistres professionnels ; une notion qui va être analysée dans le chapitre suivant.

²³² M.R. BOSCARY-MONSSERVIN, JOAN 19 juillet 1962, p. 2698, Ph. CASSON, *op. cit.*

CHAPITRE III

LA PRÉVENTION : UNE PROTECTION SOCIALE EN AMONT

La prévention est un corollaire de la socialisation du risque. Il est logique que seul le risque qui n'est pas souhaité soit pris en charge et indemnisé²³³. La prophylaxie est devenue une priorité pour les pouvoirs publics. Ils essaient d'identifier et de quantifier les sinistres afin de les anticiper. Ils doivent également faire circuler l'information auprès des caisses de protection de base, des employeurs et des victimes.

La protection des travailleurs par la prévention des accidents n'a pas été une évidence. Elle s'est développée au fur et à mesure du temps. Initialement, les dangers liés à l'activité professionnelle étaient vécus comme une fatalité. Les accidentés évoquaient « les risques du métier » ; il était presque normal qu'un agriculteur effectue une tâche alors qu'il savait qu'elle comportait un danger, comme il était normal pour un mineur de descendre dans la mine en sachant qu'il était exposé à un coup de grisou.

Avec le développement des règles protectrices en droit du travail et en droit de la protection sociale, le risque professionnel n'est plus associé à l'emploi lui-même. Dans l'esprit des gens, est née l'idée qu'il est possible de gagner sa vie en évitant les dangers liés au labour.

Aujourd'hui, la prévention des accidents est encadrée par une politique en plein essor (Section 1), ce qui n'a pas toujours été le cas. Cependant, la multiplicité des intervenants laisse penser qu'elle est mal coordonnée et qu'elle ressemble à une mosaïque (Section 2).

Section 1. Une politique de prévention en rémission

La prévention des accidents du travail a pour but d'améliorer les conditions de santé et de sécurité au travail des personnes. Elle permet également de réduire le coût de la prise en charge des sinistres.

Les politiques de protection ont pour but de réduire le nombre des dommages liés à l'activité professionnelle mais également leur gravité. Les préoccupations humaines, sociales et

²³³ JurisClasseur Alsace-Moselle, « Les accidents du travail. Régime spécial des accidents en agriculture », fasc. 654, 16 déc. 2008.

économiques sont à l'origine de ces ambitions. La santé et la sécurité des travailleurs deviennent un enjeu majeur qui se développe à plusieurs échelles. Les décisions et les positions internationales (Paragraphe 1), européennes (Paragraphe 2) et nationales (Paragraphe 3) sont le reflet de ces préoccupations.

Paragraphe 1. Les incitations à la prévention sur le plan international

La communauté internationale a été la première à se soucier véritablement de la santé et de la sécurité au travail. C'est l'Organisation internationale du travail (OIT) qui sensibilise le public en donnant l'information sur les risques professionnels.

Cette organisation internationale a été instituée par les États-Unis. Elle a été créée par le traité de Versailles en 1919, en même temps que la Société des Nations. Ses missions essentielles sont l'amélioration à l'accès des hommes au travail, dans des conditions de dignité, de liberté, d'équité et de sécurité. Les accidents du travail et leur prévention font partie intégrante de leur programme d'intervention. Dans ces perspectives, Guy RYDER, le directeur général de l'OIT, a indiqué le 28 avril 2015, à l'occasion de la Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, qu'il était « *pressant* » d'instaurer une « *culture de la prévention*²³⁴ » afin d'éradiquer les conditions de travail dangereuses pouvant provoquer des sinistres professionnels.

M. RYDER a rappelé, lors de cette journée, que plus de 313 millions de travailleurs sont victimes annuellement d'accidents du travail non mortels. Ce chiffre évoque 860 000 accidentés au travail chaque jour. Le nombre de décès liés à l'activité professionnelle est tout aussi impressionnant. Il révèle que 6 400 personnes décèdent des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, soit 2,3 millions de décès par an. Cette quantité stupéfiante de victimes peut ne pas être une fatalité. La prévention des risques est un élément essentiel de la préservation de l'état physique et moral des personnes qui travaillent. Il convient de rappeler qu'en 2008, dans la déclaration de Séoul sur la sécurité et la santé au travail, le droit à un milieu de travail sûr et salubre est reconnu en tant que droit humain fondamental.

²³⁴ www.ilo.org : discours de Guy Ryder à la journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail 2015, « Construire une culture de la prévention en matière de sécurité et santé au travail », message du directeur général du BIT, 28 avril 2015 (peut se lire sur Internet), paru le 30 avril 2015.

Prenant note de ces données, le directeur général de l'Organisation internationale du travail suggère de « *regrouper les acquis de la sécurité et santé au travail dans une stratégie de prévention en mettant en commun, diffusant et reproduisant dans la mesure du possible les bonnes pratiques et en nouant des partenariats pour accélérer l'avènement d'une culture mondiale de la prévention*²³⁵ ».

La préoccupation internationale concernant la condition humaine laborieuse est posée et reconnue officiellement. Toutefois, la prévention ne reste pas qu'une volonté internationale mais interpelle aussi la communauté européenne. Les travailleurs agricoles ne sont pas exclus de ses dispositifs.

Paragraphe 2. Le contenu de la politique de prévention européenne

La politique de prévention européenne s'est développée avec la construction de l'Europe et a été impulsée par son idéologie. La question de la santé et de la sécurité au travail a été, très tôt, une préoccupation des institutions européennes. Déjà sous l'égide de la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA), en 1951, la question se posait. Le traité de Rome de 1957 se fera l'écho de cette protection. Au fur et à mesure de sa construction, c'est à l'Europe que la France doit l'ajustement de ses normes en droit de la santé et de la sécurité des laborieux. Elle a mis à jour ses structures de protection et a intégré dans sa législation des données relatives à la prévention des accidents du travail.

L'étape la plus marquante dans le devenir de l'Europe est l'entrée en vigueur, en 1987, de l'Acte unique européen. Peu après son adoption, plusieurs directives à vocation sociale et concernant tous les États membres ont vu le jour. Leur finalité était de créer une véritable législation sur la santé et la sécurité au travail²³⁶. La norme la plus conséquente en la matière est la directive-cadre du 12 juin 1989²³⁷ du Conseil des Communautés européennes. Elle édicte les principes fondamentaux de la protection des travailleurs. Elle définit également les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité. Sa portée se remarque par sa généralité, car elle s'applique à tous les domaines d'activités, privés ou publics. Cependant, certains secteurs spécifiques de la fonction publique et de la protection civile en sont exclus. Cette directive de 1989 se donne un caractère normatif car elle instaure

²³⁵ www.ilo.org : directeur général de l'OIT, « Construire une culture de la prévention en matière de sécurité et santé au travail », déclaration du 24 avril 2015 (peut se lire sur Internet).

²³⁶ K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 183.

²³⁷ Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, « *concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail* » - Parution au JO : L 183 du 29 juin 1989.

les obligations des employeurs et des salariés en matière de prévention au travail. Ainsi, elle sensibilise ces deux parties concernées par l'exécution de la tâche. Elle innove en mettant l'accent sur « l'évaluation des risques professionnels », qu'elle place au sommet des principes généraux gouvernant la prévention. En effet, une grande partie des dispositions de la directive-cadre existaient déjà dans le paysage juridique français, mais « l'évaluation *a priori* des risques » marque une nouvelle manière d'appréhender la protection. Il convient d'identifier, de qualifier et de quantifier en amont les risques susceptibles de se produire à cause du travail. L'évolution des techniques est prise en compte dans cette estimation afin que l'activité professionnelle soit adaptée à la nature humaine.

L'ensemble de ces textes n'a pas été adopté de manière arbitraire. Ces derniers possèdent une légitimité car ils ont fait l'objet d'une grande concertation des partenaires sociaux à l'échelle européenne et nationale. La transposition de la législation européenne s'est faite le 31 décembre 1991, et elle est rentrée en vigueur le 31 décembre 1992²³⁸. Ensuite, les institutions européennes ont réduit leur activité normative en faveur de la prévention des risques professionnels car leur préoccupation a changé²³⁹. Alors que l'Europe s'élargit en acceptant l'adhésion de nouveaux États membres, son souci est de faire respecter l'application du droit communautaire aux adhérents et d'évaluer les risques avant de renégocier certaines directives. Prévenir les sinistres des travailleurs passe alors au second plan.

C'est seulement en 2002 que la Commission européenne remet au-devant de la scène politique un programme de sécurité et de santé au travail pour les années 2002 à 2006. Elle innove en adoptant une idée globale du bien-être au travail. Par cette approche, elle tient compte des évolutions du monde de l'emploi et reconnaît l'apparition de nouveaux risques sociaux. Sa position lui permet de consacrer la notion de stress au travail et de risques psychosociaux pouvant être liés à l'emploi. Ensuite, la Commission a souhaité faire de la prévention une véritable culture. Elle a voulu améliorer la réception des avis de scientifiques et en faciliter la diffusion. Sa mission était ambitieuse ; pour atteindre son objectif, elle a sollicité les partenaires sociaux pour recueillir leurs idées. Le 28 octobre 2002, ces derniers ont publié le programme pour les années 2003 à 2005. Le point le plus important de ce projet était une invitation à négocier sur le stress au travail. Dans cette prolongation, le 8 octobre 2004, est signé l'accord-cadre européen relatif à ce risque psychologique. Il enrichit la directive-cadre de 1989 relative à la sécurité et à la santé au travail. Il est reconnu que le

²³⁸ Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991- Parution au JO du 7 janvier 1992.

²³⁹ K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 184.

sinistre peut ne pas être que physique. Il peut revêtir un caractère plus subjectif, comme le mal-être. En partant de ce postulat, l'accident du travail de l'agriculteur peut prendre deux aspects. Il peut être tant physique que psychologique.

La politique communautaire en matière de prévention et de protection des risques liés à l'emploi est en plein essor, à l'instar de celle des organisations internationales. Cependant, il est important que la Commission européenne travaille avec l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), principaux acteurs de la santé et de la sécurité au travail, sur le plan international, afin de coordonner, d'unifier et de fortifier leurs actions.

En interne, la France se trouve directement impactée par la politique de prévention internationale et communautaire.

Paragraphe 3. La politique nationale de prévention appliquée aux agriculteurs

Sur le plan national, c'est le ministère de l'Agriculture qui définit, après une concertation avec les experts et les professionnels du monde agricole, la politique relative à la prévention des accidents du travail des agriculteurs. Les normes définies visent à protéger toutes les personnes rattachées à l'activité rurale, qu'elles soient indépendantes ou salariées.

L'organisation de la protection des travailleurs est structurée et demande l'intervention de plusieurs acteurs. Elle tourne autour des missions des services du ministère de l'Agriculture en charge de la santé et de la sécurité, des commissions paritaires d'hygiène et de sécurité au travail et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Les missions du ministère de l'Agriculture dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail sont confiées au Bureau de la santé et de la sécurité au travail. Ce dernier est placé au sein de la sous-direction du travail et de la protection sociale. Cette administration est chargée de trois tâches essentielles. La première correspond à l'élaboration d'une norme juridique qui consiste en l'établissement d'une réglementation relative à la protection des salariés et des non-salariés au travail. La deuxième comporte une obligation de concertation avec la CCMSA afin de définir la politique de prévention des accidents du travail des agriculteurs. La troisième tâche implique une collaboration juridique et technique avec les services du ministère en charge du travail, à propos des aspects spécifiquement agricoles de la réglementation en matière de prévention.

Le travail réglementaire qui peut découler de ces missions ne se fait pas dans un contexte neutre et isolé. La réglementation élaborée doit tenir compte des négociations au niveau international (OIT) et européen (directives et règlements du Parlement et du Conseil) ou national. Cette fonction implique un investissement permanent dans le suivi de la législation sur la santé et la sécurité au travail.

De plus, le bureau a la responsabilité de surveiller sur les marchés les équipements de travail, et il donne son avis sur les décisions de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES)²⁴⁰ d'autoriser la mise sur le marché des produits phytosanitaires. Ses compétences se complètent et sont pertinentes.

Le ministre chargé de l'agriculture joue aussi un rôle important dans la protection des travailleurs agricoles car il établit des plans nationaux qui ont trait directement ou indirectement à la prévention des risques des travailleurs agricoles. C'est ainsi qu'a été mis en place le plan ECOPHYTO²⁴¹ afin de préserver les travailleurs agricoles et l'environnement.

Il peut également être à l'initiative d'études et de recherches en matière de santé et de sécurité au travail. Il possède la faculté de mettre en place, avec l'aide du CEMAGREF²⁴² et des organismes de recherche ou de centres techniques, des mesures destinées à accompagner et à aider les entreprises en matière de protection et de prévention des accidents du travail.

Les missions nationales sont complétées par des instances départementales, voire interdépartementales. À l'issue d'un dialogue social dans le secteur agricole, a été décidée la création, en 1999, de structures intitulées CPHSCT : commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Ces organisations concernent les exploitations et entreprises qui ont au moins un salarié, qui n'ont ni CHSCT ni délégué du personnel et qui relèvent de certaines activités. La mise en place de ces commissions témoigne de la volonté des partenaires sociaux de ne pas laisser les petites structures sans une protection de proximité.

²⁴⁰ L'agence exerce dans les domaines suivants : « protection des végétaux » et « santé et alimentation animales ». Dans le premier cas, elle donne aux autorités compétentes son expertise et un appui scientifique et technique. Ainsi, elle évalue les produits et substances phytopharmaceutiques, les matières fertilisantes, les adjuvants et les supports de cultures. Elle donne son évaluation sur l'efficacité de ces produits et les risques qu'ils peuvent engendrer sur la santé humaine et l'environnement. L'avis qu'elle donne est préalable à leur mise sur le marché. Son rôle est donc un rôle de prévention et d'évaluation. Dans le second cas, l'ANSES participe à la protection de la santé publique car de nombreuses maladies animales sont propagées à l'homme.

²⁴¹ Plan lancé en 2008 à la suite du « Grenelle Environnement », et qui a pour but de réduire l'utilisation progressive des produits phytosanitaires.

²⁴² Centre national du machinisme agricole, du génie rural et des eaux et forêts, devenu IRSTEA depuis 2012 : Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture.

La création des CPHSCT est une véritable sensibilisation à la santé et à la sécurité au travail pour les petites structures. Les employeurs bénéficient d'un lieu d'échange et de concertation avec les partenaires sociaux, qui leur permet de mieux appréhender la prévention des risques professionnels. Dans un souci d'optimiser les actions de ces commissions paritaires, un accord national du 23 décembre 2008 sur les conditions de travail en agriculture a souhaité leur donner un « second souffle » en créant une commission nationale paritaire pour l'amélioration des conditions de travail en agriculture (CPNACTA). Ses missions sont plus organisationnelles puisqu'elles sont chargées de faciliter la désignation des membres des commissions paritaires et de coordonner la collaboration entre elles. Les départements et régions d'outre-mer (DROM) sont également concernés par l'accord de 2008.

En parallèle aux données internationales, européennes et nationales, il s'est développé des structures et des intervenants divers en protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Cette mise en place donne l'illusion d'une existence réelle de protection sociale. Cependant, elle ressemble à une mosaïque dont les intervenants de proximité sont mal liés les uns aux autres.

Section 2. Une prévention sous forme de mosaïque

À l'instar du régime général, le régime agricole possède un ensemble d'institutions de prévention. Leur constitution ressemble à « *un réseau très ramifié sur l'ensemble du territoire et peut recevoir une impulsion de l'échelon central*²⁴³ ». La protection contre les accidents du travail semble être assurée. Cependant, le montage juridique existant n'est qu'un leurre, selon le rapport de la Cour des comptes de février 2002. Une carence prédomine au niveau des mécanismes de prévention et de la portée de cette dernière.

Les caisses de mutualité sociale agricole conduisent des actions de protection en matière de santé et de sécurité au travail plus spécifiques à leur population, parallèlement à la demande nationale. La Caisse centrale impulse des actions de prévention dans ces domaines (Paragraphe 1). Cependant, le travail réalisé par les services des caisses de MSA a un impact limité, car ceux-ci sont mal coordonnés entre eux (Paragraphe 2). Pour optimiser les missions de prévention, des organismes spécifiques ont alors été mis en place (Paragraphe 3). Mais, cela n'empêche pas les acteurs de proximité, au premier rang desquels on trouve les médecins du travail et les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, d'être

²⁴³ Rapport de la Cour des comptes, « La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles », février 2002, p. 46.

soumis à un certain nombre de limites (Paragraphe 4). Par ailleurs, ce comité lui-même présente des lacunes en termes de fonctionnement (Paragraphe 5). Enfin, il est important que la prévention soit une volonté des deux parties du contrat de travail (Paragraphe 6).

Paragraphe 1. Les impulsions de la prévention données par la Caisse centrale de MSA

La Caisse centrale de MSA n'a donné que tardivement de l'importance à la prévention des accidents du travail. Ce n'est qu'en 1999 qu'elle a envisagé des actions en faveur de la santé et de la sécurité au travail. De ses travaux de réflexion est né le premier plan pluriannuel d'encadrement de la prévention des sinistres professionnels pour les années 1999-2003.

Il ressort de ce constat que les caisses de protection de base doivent mettre en place leur propre plan pluriannuel de prévention des accidents du travail en prenant soin d'intégrer les spécificités locales. De la sorte, la protection du travailleur semble être optimisée car elle s'adapte à chaque activité agricole. Le but n'est pas seulement de prévoir les atteintes professionnelles mais également d'agir positivement en élaborant un plan annuel d'action qui doit accompagner le plan pluriannuel de prévention. Cependant, ce progrès dans l'organisation de la prévention possède des limites, selon les analyses de la Cour des comptes dans son rapport de février 2002. Ce dernier révèle l'inefficacité des programmes choisis, car ils sont très généraux et décrivent plus les moyens d'actions que les résultats en eux-mêmes. De plus, la spécificité des plans d'actions voulus à l'échelle nationale par la CCMSA²⁴⁴ n'est pas toujours respectée par les caisses de protection sociale du monde agricole. Le rapport de la Cour des comptes indique que de nombreux plans se bornent « *à reprendre le plan national ou à formuler les actions déjà menées antérieurement*²⁴⁵ ».

Pour être efficaces, les plans d'actions des caisses de MSA doivent non seulement indiquer les moyens, mais également les buts à atteindre dans la prévention des sinistres au travail.

Paragraphe 2. La prévention au travers des services des caisses de MSA

Les actions de prévention prévues et organisées par les services des caisses de mutualité sociale agricole ont un caractère limité. Le rapport de 2002 de la Cour des comptes justifie cette insuffisance par un manque de personnel en effectif. À la fin de l'année 2000, seulement 174 techniciens-conseils travaillaient au sein des MSA afin d'assurer la politique de

²⁴⁴ Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

²⁴⁵ Rapport de la Cour des comptes, « La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles », *op. cit.* p. 79.

protection des salariés. De plus, ce nombre modeste est dispersé entre les 89 caisses existantes en France. Ce chiffre indique un effectif restreint : un à deux techniciens par caisse et six au maximum en Île-de-France.

Cette situation explique que les interventions dans les entreprises ne sont pas programmées ou spontanées pour assurer une information efficace auprès du personnel et des employeurs. Elles répondent généralement à des situations d'urgence, comme la survenance d'un accident mortel dans l'entreprise, par exemple. Elles peuvent également être déclenchées par une demande des employeurs ou par une obligation de participation aux CHSCT.

L'un des personnages clés de la prévention de proximité dans le monde du travail agricole est le médecin du travail. Le régime agricole a l'avantage d'avoir sous sa responsabilité ce professionnel de la santé. Cette prérogative facilite la politique de prévention des accidents du travail en agriculture. Depuis 1997, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole incite les services de prévention et de médecine du travail des caisses à se regrouper pour former une unité de santé et de sécurité au travail. Cette stratégie a pour but d'optimiser la prévention des sinistres professionnels, de coordonner les actions, de compléter les compétences entre services. Cependant, en 2002, la Cour des comptes relève que cette volonté de concentration n'est pas assez poussée, car seulement neuf caisses sur vingt ont satisfait à l'incitation de regroupement. De plus, pour les caisses de régime de base qui ont centralisé leur médecine du travail et leur service de santé et de sécurité au travail, leur mission de collaboration n'est pas optimisée dans la plupart des cas.

Afin de rendre efficiente l'anticipation des sinistres, il est nécessaire de procéder à l'identification des risques et à leur quantification. De la sorte, leur survenance est mieux appréhendée. La mission de recherche et de prévention est prévue par des institutions spécialisées dans le domaine de la prévention.

Paragraphe 3. Les institutions spécialisées dans le domaine de la prévention

Afin de mieux connaître les risques professionnels et anticiper leur survenance, la CNAMTS a fondé, en 1947, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)²⁴⁶. Son expertise est sérieuse et crédible car il apporte ses connaissances techniques et scientifiques aux pouvoirs publics tels que les ministères et les caisses de sécurité sociale. Sa compétence en matière de

²⁴⁶ Constitué sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés. L'institut est créé sous forme d'association à but non lucratif et régi par la loi du 1^{er} juillet 1901. Il est placé sous la tutelle des pouvoirs publics et contrôlé financièrement par l'État.

prévention est essentielle et très riche. Elle se traduit par des missions d'information, de formation, d'apport en termes d'assistance technique et médicale, de conduite des recherches et des études dans les domaines des risques professionnels. L'Institut complète ses prérogatives par des missions de service public. Il peut, par exemple, contrôler la dangerosité d'une substance chimique nouvelle et vérifier sa conformité avec la réglementation européenne qui préconise d'évaluer les dangers de ce type de produit.

Sa mission consiste également à appréhender et à anticiper les accidents dus aux nouvelles technologies et aux nouvelles organisations du travail. L'inconnu ne doit pas rester une source de danger pour les travailleurs.

En théorie, l'Institut possède suffisamment de moyens, mais ceux-ci sont peu optimisés. La Cour des comptes, dans son rapport de février 2002, relève une sous-utilisation de l'organisme. La prévention des nouveaux risques et la mise en place de moyens pour les anticiper sont des actions qui restent à développer.

L'INRS n'est pas la seule institution spécialisée dans le domaine de la prévention, puisque deux autres organismes ont une mission similaire : l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)²⁴⁷ et l'Institut de veille sanitaire (InVS)²⁴⁸. La première est plus proche des acteurs concernés par les accidents car elle possède une vingtaine d'antennes régionales, les ARACT, qui lui permettent d'effectuer un travail de proximité. Leur mission essentielle consiste à aider les partenaires sociaux et les entreprises à améliorer les conditions de travail, avec un principe de concertation. Le second organisme a une mission de surveillance, d'observation, de recueil et de traitement des données relatives à l'épidémiologie sur l'état de santé. Il vise à concilier ses travaux avec les apports de la médecine du travail²⁴⁹. Ses activités, par leur objet, ne concernent que rarement les accidents du travail mais intéressent plus largement les maladies professionnelles. Il n'est pas exclu qu'une épidémie puisse constituer un accident du travail si elle possède les éléments pouvant lui donner ce caractère. Afin d'optimiser ses actions, l'InVS a conclu, le 12 octobre 2002, un accord-cadre avec l'IRNS. Leur volonté de mettre en commun les enquêtes sur les épidémies et leurs échanges de résultats et d'informations relevant de leurs travaux respectifs démontrent un

²⁴⁷ Créée en 1973, l'Agence est placée sous la tutelle du ministère chargé du travail. C'est un établissement public financé à 90% par l'État. Son conseil d'administration est composé de représentants des salariés et des employeurs. Ainsi, le dialogue est largement ouvert.

²⁴⁸ Créé en 1999, l'Institut est un établissement public. Il est chargé de développer la veille dans tous les secteurs de la santé.

²⁴⁹ K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 189.

désir de cohésion et d'optimisation de la prévention. Cependant, leurs apports n'ont rien de coercitif sur les différents acteurs concernés par les accidents du travail et les pouvoirs publics. Ils ne peuvent pas obliger les personnes à agir en conformité avec leurs conclusions de recherche. Dans l'ensemble, le pouvoir de ces organismes dans la protection des travailleurs est limité, car ils ne possèdent pas de moyens de pression juridique ou financière. À cela s'ajoutent aussi les limites des acteurs de proximité.

Paragraphe 4. Les carences des acteurs de proximité

Les principaux acteurs de proximité sont les médecins du travail et les membres du CHSCT²⁵⁰.

Le texte qui a posé le fondement de la médecine du travail est la loi du 11 octobre 1946²⁵¹. Les dispositions de cette dernière ont été intégrées dans le Code du travail²⁵² qui prévoit un suivi régulier de la santé des travailleurs. Celui-ci est assuré par le service de santé au travail²⁵³ ; ses prestations sont gratuites pour les salariés à l'instar de ceux du secteur de l'industrie et du commerce. La cotisation relative à la médecine du travail est financée par les employeurs. Son montant est calculé à partir de la rémunération réelle des salariés²⁵⁴ ; un plafond est toutefois prévu par les textes²⁵⁵. Au 1^{er} janvier 2018, il est fixé à 3 311 euros mensuel.

Dans le régime général, l'organisation paraît simple. Les grandes entreprises possèdent toutes un service de santé au travail. Les petites structures ont un service en commun. Dans le secteur de l'agriculture, la prévention au travail répond aux mêmes principes. Le particularisme des assujettis au régime agricole et de leur activité a nécessité des adaptations.

La législation du 11 octobre 1946 va imposer aux employeurs la création et le financement de la médecine du travail afin « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Pour le régime agricole, c'est la loi du 26 décembre 1966²⁵⁶ qui a mis en place la médecine du travail agricole. Cette même loi a subi plusieurs modifications successives et a voulu missionner les caisses de mutualité sociale pour organiser une médecine du travail

²⁵⁰ Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

²⁵¹ Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946, JORF du 12 octobre 1946, p. 8638.

²⁵² Art. L.4622-1 du Code du travail.

²⁵³ T. TAURAN, « La médecine du travail en agriculture », JurisClasseur Rural, V° Droit social agricole, fasc. 60, 19 juin 2018.

²⁵⁴ C. rural. Art. D. 741-10.

²⁵⁵ C. rural. Art. D. 717-70.

²⁵⁶ Loi n°66-958 du 26 décembre 1966 relative à la médecine du travail et à la médecine préventive agricole.

agricole, en créant soit une structure au sein même des caisses, soit une association dédiée à cet effet.

Le Code rural prévoit l'assujettissement des salariés agricoles à la médecine du travail mais également à celle des non-salariés agricoles. Cependant, le suivi médical des exploitants est plus aléatoire. Contrairement aux salariés agricoles qui doivent obligatoirement appartenir à un service de santé au travail, les exploitants agricoles possèdent une faculté, et non une obligation, d'appartenir à un tel service. Dans cette intention, ils doivent faire une demande auprès de la mutualité sociale agricole²⁵⁷. Si l'agriculteur non salarié ne se responsabilise pas en adhérant à un service de médecine du travail, il met plus facilement sa santé en danger, car la prévention est absente. L'adhésion devrait être impérative afin de promouvoir l'égalité de la protection au travail entre agriculteurs.

Le médecin du travail joue un rôle essentiel. Il est assimilé à un conseiller des employés et du chef d'entreprise²⁵⁸. Lui-même est salarié de la structure qui l'emploie. S'il est amené à travailler pour des services médicaux gérés par la MSA, son recrutement se fait par le conseil d'administration de la caisse. En cas de litige entre le médecin du travail et un employeur agricole, il appartient à l'inspection du travail de trancher le problème²⁵⁹. Si la décision de cette dernière ne convient pas aux parties, elles peuvent bénéficier d'un recours hiérarchique dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision contestée²⁶⁰. Par ce biais, les décisions concernant la protection des travailleurs trouvent des garanties.

L'exercice de la fonction doit répondre à des garanties de diplôme afin d'assurer de manière efficiente les missions de prévention. Les conditions de compétences en la matière sont posées par le Code de la santé publique et le Code du travail. Cette exigence de qualification spécialisée vient incontestablement du drame de l'amiante qui a donné lieu aux travaux du professeur Claude GOT²⁶¹. Ces derniers ont révélé une inadéquation de la profession « éventuellement associé[e] à une insuffisance de transfert d'informations du domaine de la recherche vers le domaine de la pratique²⁶² ». Depuis, les débats sociaux ont conduit au vote

²⁵⁷ C. rural, art. R.717-1 et R-717-2 ; et T. TAURAN, « Les services de santé au travail en agriculture », *Revue de droit rural*, n°383, mai 2010, étude 11.

²⁵⁸ Code rural, articles R.717-3 et suivants.

²⁵⁹ Code rural, articles R.717 et suivants. L'inspecteur du travail ne peut prendre une décision qu'après avis du médecin inspecteur régional du travail.

²⁶⁰ T. TAURAN, *op. cit.*

²⁶¹ Rapport établi par le professeur Claude GOT sur la gestion du risque et des problèmes de santé publique posés par le drame de l'amiante survenu en France, juillet 1998.

²⁶² K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 195.

de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002²⁶³. C'est cette même législation qui institue une nouvelle filière d'accès au métier de médecin du travail afin de l'adapter à la protection des travailleurs.

Au fil du temps et des discours politiques²⁶⁴, il est question de rapprocher le médecin du travail des autres services des caisses de régime de base et du service de prévention. Il existe une volonté de cohésion et de mise en commun des compétences et des informations. Cependant, le personnel de la médecine du travail est embauché par les caisses de MSA ; cette situation peut nous amener à nous interroger sur leur impartialité et leur indépendance, surtout quand il s'agit de statuer sur le cas d'une personne elle-même employée par la caisse de protection sociale. Madame Martine AUBRY²⁶⁵, dans son discours du 14 février 2000 devant le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, proposait déjà d'améliorer l'indépendance des médecins du travail. À ce jour, le constat est mitigé, et rien ne garantit une pleine liberté de leurs décisions. Par exemple, dans le cas d'un technicien employé par la MSA et d'un médecin du travail lui-même employé par la MSA, qu'est-ce qui certifie la liberté de décision du second à l'égard du premier ? L'employé, s'il est jugé indésirable dans l'entreprise, pourra être déclaré inapte médicalement, par exemple, sûrement par une pression de l'employeur commun. Le problème de la souveraineté des positions des médecins du travail reste en suspens. Leur autonomie d'action est discutable.

À l'heure actuelle, les médecins du travail des MSA agissent en binôme avec les infirmiers en santé au travail. Leur rôle est indirectement posé par l'article R. 717- 3 du Code rural et de la pêche maritime qui prévoit que le service de santé et de sécurité au travail a pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé et de la sécurité des travailleurs du fait de leur travail.

L'article L.4622-1 du Code du travail donne au personnel médical des services du travail une fonction exclusivement préventive afin d'éviter toute atteinte à la santé des personnes en activité, et par conséquent, des agriculteurs. Les fonctions du médecin du travail sont souvent mal connues du public. Il doit agir sur deux plans : il a l'obligation de partager son temps

²⁶³ Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 sur la modernisation sociale, parution au JO n°15 du 18 janvier 2002.

²⁶⁴ Notamment, le discours du 14 février 2000 de Madame Martine AUBRY, ministre de l'Emploi et de la Solidarité de 1997 à 2000, devant le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

²⁶⁵ Madame Martine AUBRY a été ministre de l'Emploi et de la Solidarité de 1997 à 2000.

entre les examens médicaux²⁶⁶ et les actions de prévention sur le terrain. L'objectif de ses interventions est d'anticiper la survenance du risque professionnel et l'altération de l'état de santé des acteurs au travail.

C'est la loi du 20 juillet 2011²⁶⁷ relative à l'organisation de la médecine du travail qui a refondu les services de santé au travail en clarifiant leurs missions. Cette même loi est complétée par deux décrets d'application spécifiques au régime agricole et qui sont entrés en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2012²⁶⁸. La réforme souhaite renforcer les compétences pluridisciplinaires des services de santé et de sécurité au travail afin d'optimiser la protection des agriculteurs en activité. Elle a également pour objectif de tenir compte des nouveaux enjeux en matière de santé et de sécurité au travail, qui évoluent avec l'emploi et son organisation.

À l'heure actuelle, il existe 35 sections de mutualité sociale agricole et une association spécialisée dans la surveillance médicale du travail. Leurs actions sont menées auprès de 1 116 000 salariés agricoles, eux-mêmes employés dans 180 000 structures agricoles. Elles couvrent l'emploi de 330 médecins du travail et 370 agents administratifs²⁶⁹. Ce nombre est manifestement insuffisant car il correspond à moins de dix médecins par structure agricole, et le suivi des agriculteurs ne peut être que lacunaire. De plus, la dernière législation en matière de prévention des atteintes à la santé des agriculteurs au travail visait un meilleur suivi, mais la périodicité des visites médicales des salariés agricoles est portée à 30 mois, soit deux ans et demi. Ce délai est manifestement trop long et ne permet pas d'optimiser le suivi des travailleurs.

Les agriculteurs des DROM ne sont pas affiliés à une caisse de MSA mais à une caisse de CPAM qui fait office d'organisme de protection sociale pour les deux régimes. Il découle de cette situation que les travailleurs du monde rural dans ces départements dépendent de la médecine du travail de l'industrie et du commerce. Dès lors, il conviendrait de se demander si cette organisation est efficiente en matière de prévention. Le suivi médical lié à la spécificité du monde agricole est probablement manquant.

²⁶⁶ En 2011, plus de 390 000 examens médicaux ont été réalisés par les médecins du travail en MSA. 93% des visites médicales effectuées ont donné lieu à une aptitude au poste de travail, et 1,2% des décisions ont abouti à une déclaration d'inaptitude définitive. Source : CCMA, « Santé-Sécurité au Travail », www.msa.fr.

²⁶⁷ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011.

²⁶⁸ Décret CE n°2012-706 du mai 2012 concernant les services de santé au travail et la prévention des risques professionnels en agriculture, et décret n°2012-837 du 29 juin 2012 concernant l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail en agriculture.

²⁶⁹ Agriculture.gouv.fr-alim/agri, site du ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, « Les services de santé au travail en agriculture ».

La volonté des pouvoirs publics et des partenaires sociaux d'optimiser la protection des travailleurs, et notamment des agriculteurs, en tenant compte du particularisme de la profession, est incontestable. La mise en place de plusieurs dispositions législatives consacrant la protection de la santé au travail en témoigne. La création d'un nouveau diplôme donnant accès au métier de médecin spécialisé en prévention au travail, la pluridisciplinarité des domaines d'intervention, une nouvelle appellation donnant naissance au service de santé et de sécurité au travail, la volonté d'indépendance des médecins, la prise en compte de nouveaux risques pouvant constituer des accidents du travail, tels que la santé mentale, sont les points forts des réformes successives. Cependant, le 27 février 2008, le Conseil économique et social a adopté un avis par lequel la section travail souligne que les véritables objectifs de la médecine du travail n'ont pas été atteints, malgré son potentiel. Des réformes ont été prévues, mais à ce jour, force est de constater que les médecins du travail ne sont pas assez nombreux pour exercer leur mission. Si cela était le cas, leur intervention serait plus fréquente et moins ciblée. Les visites des travailleurs seraient moins espacées et ils pourraient se rendre de façon plus régulière au sein des entreprises et ne pas se déplacer pour des cas graves, tel un décès sur le lieu de travail. L'indépendance de la profession est également à améliorer, notamment en modifiant les modes de recrutement et l'autorité hiérarchique.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est un organe qui peut pallier les carences de la médecine du travail, mais il a lui-même ses propres lacunes.

Paragraphe 5. Les lacunes actuelles des CHSCT²⁷⁰

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est une instance représentative du personnel de l'entreprise au sein de laquelle sont débattus différents sujets en relation avec la protection de la santé, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail.

Historiquement, les ancêtres de ces comités datent de 1890²⁷¹ et correspondent à la création des délégués mineurs. La loi du 8 juillet 1890 pose les premiers textes en faisant référence à la représentation du personnel dans le domaine de la sécurité au travail²⁷². L'idée d'un contre-pouvoir au sein des entreprises va s'installer. Dès 1928, le Bureau international du travail propose la création de comités de sécurité dans les entreprises. Ses recommandations ne

²⁷⁰ Cf. paragraphe 4, section 2.

²⁷¹ Loi du 8 juillet 1890 sur les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs, parution au JO le 9 juillet 1890, impulsée par l'action syndicale de Michel RONDET - Loi soutenue par Jean JAURÈS.

²⁷² R. MOURIAUX, *L'année sociale : les dates, les faits, les dossiers, les 35 heures, les minima sociaux, le mouvement des chômeurs*, Les éditions de l'Atelier, 1999, p. 222.

seront pas suivies d'un effet immédiat en France, et ce n'est que quelques années plus tard, en 1941, que l'institution des comités de sécurité dans les établissements industriels et commerciaux sera légiférée²⁷³. À partir de 1947²⁷⁴, les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) deviennent obligatoires dans les établissements employant 50 salariés. Ces dispositions seront complétées par une loi de 1973²⁷⁵. Cette dernière va imposer la création obligatoire d'une commission d'amélioration des conditions de travail (CACT) dans les entreprises comprenant plus de 300 salariés. Afin d'optimiser la prévention des risques au travail et protéger la sécurité des salariés, la loi de 1982²⁷⁶ fusionne le CHS et la CACT en un organe unique, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Ces nouvelles structures sont obligatoires dans tous les établissements comptant 50 salariés, y compris les entreprises agricoles.

La politique de prévention des risques professionnels est en marche et les CHSCT sont prévus pour être un véritable lieu d'échange. À cette fin, tous les salariés d'une entreprise peuvent postuler pour être élus membres du CHSCT. Ces derniers sont désignés par un collège constitué par des élus du comité d'entreprise (CE) et les délégués du personnel²⁷⁷. La délégation du personnel du comité est composée de deux collèges : le premier correspond aux cadres et le second représente le personnel non cadre de l'entreprise. Leur nombre total varie en fonction de l'effectif de la structure de travail²⁷⁸. Toutefois, une absence de candidature donne une justification légitime à la non-mise en place de ce dernier. Dans ce cas de figure, ce sont les délégués du personnel qui exercent les missions attribuées à cet organe²⁷⁹, et leur nombre est augmenté²⁸⁰. L'inspecteur du travail et le médecin du travail sont des membres de droit. L'un a une autorité juridique et l'autre une autorité médicale. Les salariés représentants du personnel peuvent accomplir leur rôle en toute sérénité, car ils sont protégés contre les licenciements discriminatoires de leur employeur. Leur révocation de l'entreprise pour un chômage individuel ou collectif doit être autorisée par l'inspecteur du travail, pendant toute la durée du mandat et au-delà. Ce dernier contrôle, au cours d'une enquête contradictoire, le

²⁷³ Décret du 4 août 1941 modifié par le décret du 1^{er} décembre 1942.

²⁷⁴ Décret 47-1430 du 1^{er} août 1947.

²⁷⁵ Loi 73-1195 du 2 décembre 1973.

²⁷⁶ Loi n°82-1097 du 23 décembre 1982.

²⁷⁷ Art. L. 4613-1 du Code du travail et Soc., 10 janvier 1989, n°88-60.331 : il est impossible de déroger à la règle de désignation des membres du CHSCT.

²⁷⁸ Art. R. 4613-1 du Code du travail : « Jusqu'à 199 salariés dans une entreprise : 3 représentants du salarié incluant un cadre ou un agent de maîtrise. Pour les entreprises entre 200 à 499 salariés : 4 représentants, dont un cadre ou agent de maîtrise. De 500 à 1 499 salariés : 6 représentants, dont 2 cadres ou agents de maîtrise. De 1 500 salariés et plus : 9 représentants, dont 3 cadres ou agents de maîtrise. »

²⁷⁹ Art. L.4611-2 du Code du travail.

²⁸⁰ Art. R.2314-2 du Code du travail.

motif de la rupture du contrat de travail. Les raisons de celle-ci ne doivent pas avoir pour origine les fonctions de représentation du salarié.

À sa mise en place, l'organe a pour mission la protection de la santé et la sécurité des salariés, l'amélioration des conditions de travail, l'adoption d'une politique de prévention des risques professionnels. Dans cette perspective, il évalue ces derniers et suggère des plans de conduite à tenir. Son rôle lui permet d'inspecter les locaux de travail et d'entreprendre des enquêtes en lien avec des accidents professionnels, notamment, ou motivées par des situations à risques. Il est également chargé de veiller à la bonne application de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité. Ses fonctions sont variées et ont toutes pour but de prévenir la survenance de sinistres sur le lieu de travail.

Les moyens et le mode de fonctionnement du CHSCT sont censés faciliter son bon déroulement. Pour statuer, ce dernier doit réunir ses membres élus et son président au moins une fois par trimestre. En dehors de ces réunions, les personnes bénéficient d'un crédit d'heures leur permettant d'exercer leur mandat. Leur tâche est facilitée par des formations qui peuvent avoir un caractère propre à la prévention.

Les assemblées sont organisées avec un ordre du jour qui est défini simultanément par le président et le secrétaire du CHSCT. Ce dernier est lui-même nommé par les membres élus du comité. L'ordonnance du 22 septembre 2017²⁸¹ met en place la fusion du CHSCT, du comité d'entreprise (CE) et des délégués du personnel (DP) au profit d'un comité social et économique (CSE). Nous pouvons déplorer cette fusion car le CHSCT était un véritable contrepoids pour les employeurs en matière de prévention, de sécurité et d'hygiène au travail. Les salariés peuvent s'inquiéter d'un manque de moyens et de formation des membres du CSE. De plus, l'inclusion du CHSCT au sein d'une « *instance unique à orientation fortement économique peut faire craindre une “dilution” des problématiques de santé, sécurité et conditions de travail*²⁸² ». Ce qui est rassurant pour les salariés, c'est que le CSE gardera l'essentiel des missions dévolues aujourd'hui au CHSCT en matière d'« *analyse, de propositions des risques professionnels, propositions d'action de prévention, inspections et enquêtes, domaines d'information et de consultation obligatoire*²⁸³ » en lien avec la santé, la

²⁸¹ Précitée : section 2, paragraphe 4.

²⁸² Preventica.com, « Les enjeux de la disparition du CHSCT dans les entreprises : focus sur la place de la santé au travail au sein du futur CSE », S. MILLET, 21 déc. 2017.

²⁸³ Voir note précédente.

sécurité et les conditions de travail. La pratique nous amènera à apprécier le fonctionnement du CSE et la pertinence de cette instance unique.

Actuellement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est une organisation proche des travailleurs. Elle est complète dans sa composition, car elle rassemble les salariés, les cadres ou les agents de maîtrise, le médical avec le médecin du travail, et le juridique avec l'inspecteur du travail. Cependant, au sein de son organisation, on trouve à la fois les salariés et leurs supérieurs hiérarchiques. Ce point est à déplorer. Comment un subordonné peut-il imposer son opinion face à sa hiérarchie sans risque d'être sanctionné au travail par une absence d'augmentation ou de promotion ? Il convient de rappeler qu'une personne qui est assimilée au chef d'entreprise²⁸⁴ ne peut exercer des fonctions au sein du CHSCT. Or, un cadre ou un agent de maîtrise gèrent des équipes et ont sous leur responsabilité des salariés qui peuvent être eux-mêmes des élus. Il y a donc une incohérence dans la protection de ces derniers en termes de prévention des risques au travail. Sur ce point, la composition des membres de l'organisme est à repenser afin de permettre aux salariés non cadres de soulever les possibilités de sinistre au travail en toute quiétude. Ces derniers figurent dans la liste légale des bénéficiaires protégés²⁸⁵ par le licenciement discriminatoire, mais la fragilité actuelle de l'emploi peut les amener à ne pas alerter sur les dangers présents au sein de l'entreprise. Cependant, les employeurs et les employés restent les premiers acteurs de l'anticipation du risque professionnel.

Malgré ces risques de tension, la santé et la sécurité des travailleurs demeurent un devoir de l'employeur. Sous l'impulsion du droit européen, l'obligation de prévention constitue un de ses piliers. La directive-cadre du 12 juillet 1989²⁸⁶ est à l'origine de l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail. Elle impose une véritable obligation de sécurité de résultat à l'encontre de l'employeur ainsi qu'un devoir de sécurité à la charge du travailleur.

Cette législation européenne institue donc, en matière de prévention, « *une participation équilibrée*²⁸⁷ » entre les parties au contrat de travail.

²⁸⁴ Soc., 5 déc. 2007, n°06-43.980.

²⁸⁵ Articles L.2411-1 à 2422 du Code du travail pour le licenciement, et Cour de cass., 4 mai 2011, en cas de licenciement des candidats à la fonction de membre du CHSCT.

²⁸⁶ *Op. cit.*

²⁸⁷ D. EVERAERT-DUMONT, « Santé et sécurité au travail - Hygiène et sécurité - Principes généraux », JurisClasseur, fasc. 20-10, dernière mise à jour : 14 janvier 2016.

Paragraphe 6. La prévention par les parties du contrat de travail

Les acteurs du contrat de travail sont le subordonné et son commettant. En termes de prévention, des actions doivent être mises en œuvre par les deux parties, au travers du règlement intérieur pour l'employeur (A), et *via* le droit de retrait pour le salarié (B).

A. La prévention des risques professionnels par l'employeur

La nécessité de prévoir les risques professionnels dans l'entreprise repose sur l'obligation de sécurité de l'employeur qui est un principe en droit du travail. Le secteur agricole ne déroge pas à cette règle. Comme il a été déjà précisé, le fondement de cet impératif est la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ainsi que l'influence du droit communautaire. Ces sources du droit posent le principe d'une obligation générale de sécurité à l'encontre de l'employeur. Le texte le plus évocateur en la matière est l'article L.4212-1, qui dispose que « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ».

Au fondement légal bien établi, la chambre sociale de la Cour de cassation a rajouté un fondement contractuel de cet impératif d'anticipation du sinistre professionnel. Elle a d'abord commencé à transposer cette qualité à propos de la faute inexcusable de l'employeur dans le contentieux des maladies professionnelles²⁸⁸, pour l'étendre aux accidents du travail²⁸⁹. Selon la formulation de la chambre sociale, l'obligation de sécurité possède les caractéristiques d'une obligation de résultat.

Dans ses décisions de février 2002 relatives aux maladies professionnelles et dans celle d'avril 2002 concernant les accidents du travail, elle reprend les mêmes termes pour asseoir sa position et délimiter cette responsabilité qui pèse sur tout patron. Ainsi, elle dispose « *qu'en vertu d'un contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat...* ».

Quand, pour la Cour de cassation, le caractère contractuel prime sur le caractère légal, ce dernier est régulièrement relié à l'obligation de bonne foi du contrat de travail²⁹⁰, comme le prévoit le Code civil à propos des obligations entre contractants. Toutefois, le pilier de ce devoir alimente une divergence entre les deux chambres de la Cour de cassation²⁹¹. Alors que

²⁸⁸ Soc., 28 févr. 2002 : JCP E 2002, p. 643, note G. STREBELLE.

²⁸⁹ Soc., 11 avril 2002 : Bull. civ. 2002, V, n°127.

²⁹⁰ Soc., 29 juin 2005, n°03-44.412 : Bull. civ. 2005, V, n°219 ; *Dr. soc.* 2005, p. 971, obs. J. SAVATIER.

²⁹¹ D. EVERAERT-DUMONT, « Santé et sécurité au travail - Hygiène et sécurité - Principes généraux », *op. cit.*

la chambre sociale préfère se référer à l'article L.4121-1 du Code du travail²⁹², déjà évoqué, la deuxième chambre garde une prédilection pour la responsabilité contractuelle bâtie à partir de l'article 1147 du Code civil. Dans d'autres décisions, l'obligation de bonne foi est abandonnée au profit de l'obligation de loyauté de l'employeur dans l'exécution du contrat de travail.

Quand le fondement contractuel n'est pas adopté par la Cour de cassation, cette dernière s'appuie sur l'élément légal. Parfois, elle cumule les deux références juridiques. Dans tous les cas, elle consacre une obligation de résultat qui tend à s'assouplir.

1) L'obligation de résultat : grandeur et décadence

L'obligation qui pèse sur l'employeur peut être soit de moyen, soit de résultat. La jurisprudence à cet égard s'est prononcée en faveur d'une obligation de résultat afin d'optimiser l'impératif de prévention qui pèse sur le patronat. Cette position est une véritable aubaine pour le salarié qui peut obtenir la responsabilité de l'employeur par la simple existence du sinistre, sans avoir besoin de démontrer la faute de celui-ci. *A contrario*, l'employeur ne peut s'exonérer de sa responsabilité en établissant « l'absence de faute de sa part²⁹³ ». Seule la force majeure pourrait exonérer l'employeur, mais cette dernière semble difficile à mettre en œuvre, et la chambre sociale de la Cour de cassation ne la retient qu'exceptionnellement²⁹⁴. Toutefois, les caractères de cette obligation nous amènent à nous interroger sur sa portée. Est-ce qu'elle signifie que le résultat doit être atteint avec une exigence de zéro sinistre ? Ou bien, est-ce seulement la nécessité d'une politique de prévention au sein de la structure de travail, en conformité avec la réglementation en vigueur ? Ou encore, s'agit-il d'une adéquation de la prévention au travail ? Selon le professeur Pierre-Yves VERKINDT, l'obligation de résultat implique une prévention effective de la part de l'employeur et non une exigence d'absence d'accident du travail ; d'après lui, « il s'agit pour l'employeur de prévenir, de former, d'informer et de mettre en place une organisation et des moyens adaptés. Le résultat dont il est question dans la notion "d'obligation de résultat" n'est pas l'absence d'atteinte à la santé physique et mentale, mais l'ensemble des mesures prises (effectivement !) par l'employeur dont la rationalité, la pertinence et l'adéquation pourront être analysées et appréciées par le juge²⁹⁵ ». La nature de

²⁹² Interprété à « la lumière de la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 » : Soc., 9 janvier 2008, n°06-46-043.

²⁹³ Soc., 11 octobre 2011, n°09-68.272 : JurisData n°2011-02293 ; RTD 2012, p. 44, obs. M. VERICEL.

²⁹⁴ D. EVERAERT-DUMONT, *op. cit.*

²⁹⁵ « Santé au travail, l'ère de la maturité » : JSL 2008, n°239.

l'obligation de résultat pose des difficultés dans son application. Afin de faciliter l'indemnisation des victimes, la seconde chambre civile de la Cour de cassation s'attache à la réalisation du risque pour déclarer la culpabilité de l'employeur. Sa position est tout à fait logique car elle se situe dans la lignée de la législation sur le travail qui établit une responsabilité sans faute de ce dernier. En occultant la législation sur les sinistres professionnels, les tribunaux civils ou pénaux peuvent être saisis et, dans ce cas, il faudrait apprécier le comportement de l'employeur au regard de l'impératif de prévention. Il convient de relever que cette obligation de résultat est en train d'être remise en cause avec la nouvelle jurisprudence²⁹⁶. Désormais, la condamnation du commettant n'est pas systématique. L'obligation de prévention pesant sur ce dernier est contextualisée. Il ressort de cette analyse que si l'employeur a satisfait à son obligation de sécurité, il ne lui sera pas reproché de faute. Désormais, ce sont les mesures de prévention prises par lui-même qui comptent et non pas le résultat prévoyant un solde négatif de sinistre. Il apparaît, ainsi, un déclin de l'obligation de résultat. Cette dernière position de la Haute Juridiction a pour conséquence de responsabiliser le salarié qui doit, lui aussi, prendre les précautions nécessaires afin d'assurer sa sécurité et sa santé au travail. Il doit être un acteur actif d'anticipation des sinistres au travail, en collaboration avec son employeur. Il ne pèse sur le travailleur qu'une obligation de moyen. Il n'est tenu d'aucun résultat quant à la prévention de sa santé et de sa sécurité au travail, mais il est contraint, « *en fonction de sa formation et selon ses possibilités*²⁹⁷ », de mettre tous ses moyens en œuvre afin d'éviter l'accident aux tiers et à lui-même.

Cette nécessité de prévoir l'accident du travail est mise en œuvre par le pouvoir normatif de l'employeur en la matière. Il se manifeste par l'élaboration d'un règlement intérieur.

2) La prévention des risques par l'employeur : le règlement intérieur

Avant la survenance d'un sinistre au travail, l'employeur doit anticiper le risque. Ce principe constitue la prévention. À cette fin, il lui a été donné, par le législateur, un pouvoir normatif lui permettant d'édicter un règlement intérieur qui aura pour rôle de fixer les lignes de conduite à tenir au sein de l'entreprise afin de garantir la sécurité et la santé dans ses locaux. Il est donc une source professionnelle de prévention des risques au travail. Dans ce document interne doivent figurer certaines mentions obligatoires telles que :

²⁹⁶ Soc., 25 novembre 2015 : RG n°14-25444.

²⁹⁷ Art. 4122-1 du Code du travail : « *Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur... Il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.* »

- « *les mesures d'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité dans l'entreprise ou l'établissement* » ;
- des données indiquant, « *en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses* » ;
- et des précisions concernant « *les conditions dans lesquelles les salariés peuvent être appelés à participer, à la demande de l'employeur, au rétablissement de conditions de travail protectrices de la santé et de la sécurité des salariés, dès lors qu'elles apparaîtraient compromises*²⁹⁸ ».

Comme l'a déjà précisé la jurisprudence²⁹⁹, il n'est pas question pour l'employeur de reprendre toute la réglementation existante en matière de prévention dans le règlement intérieur de l'entreprise, ni de dicter une liste de dispositions en vigueur au sein de cette dernière. Le document normatif est un document juridique qui doit contenir les règles protectrices définies par la législation sur la sécurité et la santé au travail. Ainsi, il peut indiquer que l'état d'ébriété au sein de l'entreprise est interdit, ainsi que l'absence du port de chaussures de sécurité. Il peut aussi spécifier, par exemple, que la possession du casque est obligatoire sur le lieu de travail. Ces impératifs sont édictés afin d'éviter l'exposition des personnes et parfois des biens à un danger. Le non-respect du règlement peut constituer une faute grave de la part du salarié³⁰⁰. Il dispose donc d'un réel pouvoir normatif car il possède une force coercitive. Il indique les mesures d'application de la réglementation, les mesures générales de prévention des risques et les conduites à observer, et fixe les sanctions envisagées en cas d'inobservation.

L'employeur est certes un acteur principal de la prévention de la sécurité et de la santé des personnes au travail, mais il n'est pas le seul auteur de celle-ci. Le travailleur a également son rôle à jouer, lequel se traduit essentiellement par le droit de retrait que lui confère le législateur.

²⁹⁸ Art. L. 1321-1 du Code du travail.

²⁹⁹ CE, 12 nov. 1990 : AJDA 1991, p. 484, note X. PRETOT.

³⁰⁰ Soc., 22 mai 2002 : Bull. civ. 2002, V, n°176 ; JCP G 2002, II, 10132, note D. CORRIGNAN-CARSIN ; JurisData n°2002-014462.

B. La prévention des risques par le salarié : le droit de retrait

Le salarié est tenu d'exécuter les travaux qui lui sont confiés dans le cadre de ses fonctions. Parfois, quand il se sent en danger dans la réalisation de ses activités, il a la possibilité de cesser son travail. Cette procédure se nomme le droit de retrait et se différencie du droit de grève. Le salarié en grève refuse d'exécuter son contrat de travail et revendique des droits sociaux, alors que le salarié utilisant son droit de retrait refuse d'accomplir une tâche liée à son métier au nom de sa sécurité et de sa santé. Il pense de manière subjective que le danger est grave et imminent.

Le droit de retrait du salarié pose question. Sa reconnaissance n'est pas explicite puisque la loi ne prévoit pas clairement un droit de retrait mais une possibilité pour le salarié de signaler un éventuel danger : *« Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a le motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa santé ou sa sécurité ainsi que de toute déféctuosité qu'il constate dans les systèmes de protection³⁰¹. »*

À travers ce texte, le droit de retrait est consacré en parallèle à l'obligation de signalement du danger afin de prévenir le risque d'accident du travail. Se pose alors le problème du formalisme de l'alerte : le règlement intérieur peut-il spécifier que cette dernière doit être donnée par écrit et non par voie orale ? Si cela était le cas, l'obligation d'une déclaration écrite pour signaler le danger à l'employeur risquerait de retarder la prévention et d'éviter la survenance du sinistre. La jurisprudence est venue éclairer le droit en précisant qu'aucun formalisme n'est nécessaire³⁰². Cependant, demeure le problème de la preuve du signalement. Ensuite, cette obligation d'alerter avant d'exercer le droit de retrait mérite d'être analysée plus précisément.

Avant la refonte du Code du travail en 2008, la situation était ambiguë sur ce point, car il existait deux textes distincts : un sur le droit de retrait³⁰³ et l'autre sur le droit d'alerte³⁰⁴. Il était impossible de savoir si la cessation du travail impliquait au préalable une déclaration du danger à l'employeur³⁰⁵. Le législateur, en 2007, a pris acte de ces lacunes en regroupant les

³⁰¹ C. trav., art. L.4131-1.

³⁰² Soc., 28 mai 2008, n°07-2008, 1506, note A. BAREGE et B. BOSSU.

³⁰³ Code du travail, art. L.231-8-1 ancien.

³⁰⁴ Code du travail, art. L. 231-8 ancien.

³⁰⁵ V.G. LACHAISE, « Le droit de retrait des salariés de leur poste de travail », JCP E 1991, I, 88.

deux prérogatives au sein d'un même article³⁰⁶. Celui-ci est composé de deux alinéas qui corroborent la thèse d'une alerte préalable du salarié avant tout retrait de son poste de travail³⁰⁷. Le Conseil d'État³⁰⁸ comme la Cour de cassation³⁰⁹ ont validé cette interprétation. Cette position revêt un intérêt pour le salarié comme pour l'employeur car elle limite la naissance des litiges en cas de retrait. Le signalement du danger avant toute interruption du travail aura pour avantage d'éviter le reproche d'une inexécution fautive du contrat de travail.

Cette obligation d'alerte ne doit pourtant pas empêcher le travailleur d'exercer son droit de retrait quand il juge que sa sécurité et sa santé risquent d'être affectées. Il convient de rappeler que le salarié est soumis à un impératif de prudence en vertu de l'article L.4122-1 du Code du travail et qu'il pourrait voir sa responsabilité engagée en cas de manquement. Lorsqu'un danger se « révèle entre "imminence" et "actualité", il doit être admis que le signalement soit opéré de façon concomitante au retrait, voire une fois le salarié mis en sécurité³¹⁰ ». La possibilité de se retirer pour ne pas exécuter son travail en cas de danger demeure un droit et non une obligation³¹¹, car le salarié a la faculté de ne pas exercer cette prérogative qui est différente de l'alerte. Une circulaire du 25 mars 1993 rappelle que cette faculté n'est pas une obligation : « Il doit être clair que le droit institué n'est qu'une faculté et qu'en aucun cas, il ne saurait être reproché à un salarié victime d'un accident du travail de ne pas s'être retiré d'une situation de travail qui s'est révélée dangereuse³¹². »

L'alerte et le retrait demeurent une appréciation subjective³¹³ du salarié. Le travailleur peut sous-estimer ou surestimer le risque. Dans l'hypothèse où le salarié a exercé son droit alors que le péril n'existait pas vraiment, les juges du fond apprécient souverainement le caractère raisonnable³¹⁴ de l'appréciation du danger. Si le motif raisonnable est constaté par le juge, le salarié bénéficie alors d'une immunité contre toute sanction de l'employeur³¹⁵. Dans l'hypothèse où, malgré un risque avéré, le travailleur aurait continué sa tâche, aucune sanction

³⁰⁶ Code du travail, art. L.4131-1, *op. cit.* : « Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de production. Il peut se retirer d'une telle situation. »

³⁰⁷ D. EVERAERT-DUMONT, *op. cit.*

³⁰⁸ CE, 11 juillet 1990, n°85416 : JurisData n°1990-643415 ; JCP E 1991, 2123, note GONDARD ; RJS 1990, n°767.

³⁰⁹ Soc., 21 janvier 2009, n°07-41.935 : JurisData n°2009-043964 ; JCP S 2009, 1184, D. EVERAERT-DUMONT, *op. cit.*

³¹⁰ D. EVERAERT-DUMONT, *op. cit.*

³¹¹ Soc., 9 déc. 2003, n°02-47.579 : JurisData n°2003-021403.

³¹² Circ. n°93-15 : BOMT n°10, 5 juin 1993.

³¹³ Soc., 9 mai 2000 ; Bull. civ. 2000, V, n°175.

³¹⁴ Soc., 23 avril 2003 : *Dr. soc.* 2003, p. 807, note J. Savatier.

ne devrait être retenue. Cependant, il pourrait être reproché au salarié de ne pas avoir donné l'alerte qui est une contrainte, à l'inverse du retrait. Si la menace grave et imminente n'a pas été signalée alors que le travailleur en avait connaissance, il risque une sanction disciplinaire. Le Code pénal prévoit le délit pour non-assistance à personne en danger en le sanctionnant d'une peine de prison de cinq ans et d'une amende de 75 000 euros.

Logiquement, le droit de retrait du salarié est de toute évidence un des meilleurs moyens de prévenir le sinistre au travail, et il ne trouve aucune limite financière à son exercice, comme en cas de grève. En effet, pendant la période non travaillée, le salaire est maintenu. La situation financière de l'agriculteur n'est pas remise en cause, cependant, il peut se retrouver dans une situation délicate envers son employeur. La fragilité actuelle de l'emploi le conduit régulièrement à accepter ses conditions de travail malgré le droit qui lui est ouvert.

La mise en œuvre de la prévention par ce procédé est délicate, car l'agriculteur peut être victime de mesures disciplinaires. Dans un cas extrême, il est possible qu'il soit accusé d'insubordination et licencié. Ces menaces n'incitent pas la victime potentielle à se prémunir contre le danger en exerçant son droit de retrait. La peur de perdre son emploi ou d'être sanctionné constitue un frein alors que la loi protège les salariés contre les licenciements abusifs. Pour cela, le juge contrôle la sanction injustifiée de l'employeur et le licenciement sans cause réelle et sérieuse.

La reconnaissance du sinistre professionnel de l'agriculteur est un chemin long et difficile. La procédure est malaisée à comprendre par sa technicité. Pour que l'agriculteur soit pris en charge de manière adéquate par la législation protectrice des accidents du travail, plusieurs paramètres sont à prendre en compte. Tout d'abord, il convient de se demander si l'activité se rattache au régime agricole ou non. Ensuite, il faut déterminer le statut de l'agriculteur : est-il un travailleur indépendant, donc un exploitant, ou un subordonné ? Dans ce dernier cas de figure, la victime sera assimilée à un salarié agricole. Puis, la qualité de l'évènement dommageable doit être analysée. S'agit-il d'un accident de droit commun ou du travail ? Et, s'il est lié à l'activité professionnelle, a-t-on affaire à un accident du travail au sens strict ou à un accident du trajet ?

Toutes ces questions et leurs réponses démontrent un dysfonctionnement dans la reconnaissance de l'accident du travail et sa prévention. Sa réparation est tout autant litigieuse. Celle-ci fera l'objet du Titre II.

TITRE II

LA RÉPARATION

Une fois l'accident du travail reconnu, l'étape suivante est celle de la réparation. À l'instar de la procédure de reconnaissance, celle qui régit le dédommagement du sinistre professionnel est longue et fastidieuse.

Aujourd'hui, la réparation des accidents du travail des salariés agricoles est alignée sur celle du régime général du commerce et de l'industrie. La seule différence se trouve, à son grand dam, dans l'indemnisation des agriculteurs non salariés (NSA). Malgré une amélioration des conditions de dédommagement de ces derniers par leur régime de base, ils conservent une différence de traitement par rapport aux agriculteurs salariés. Les modalités de la réparation de leur préjudice professionnel sont à repenser.

Il est également nécessaire de revoir la manière dont les salariés agricoles sont indemnisés des conséquences de leur accident du travail. Le droit commun de la législation des sinistres professionnels ne répond manifestement pas au principe posé par la résolution du Conseil de l'Europe de 1975, relative au dédommagement des atteintes corporelles. Ce dernier précisait : « *Compte tenu des règles concernant la responsabilité, la personne qui a subi un préjudice a droit à la réparation de celui-ci, en ce sens qu'elle doit être replacée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si le fait dommageable ne s'était pas produit*³¹⁶. » Le rapport du professeur Roland MASSE³¹⁷ a emboîté le pas à cette affirmation en proposant une réparation intégrale et non forfaitaire. Cette idée a fait son chemin mais aucune législation n'a remis positivement en cause les fondements de la reconnaissance et de l'indemnisation des sinistres au travail. La situation reste figée sur les acquis de 1898.

À l'heure actuelle, lorsque l'agriculteur est victime d'un accident professionnel, il peut se retrouver en incapacité temporaire totale de travail (Chapitre I) ou en incapacité partielle (Chapitre II). Dans les deux cas, la victime possède des droits et des obligations.

³¹⁶ Conseil de l'Europe, Comité des ministres. Résolution 75, 7, concernant la réparation des dommages en cas de lésions corporelles et de décès. Adoptée par le Comité des ministres le 14 mars 1975, lors de la 243^e réunion des délégués des ministres.

³¹⁷ R. MASSE, rapport : « Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles », juin 2001.

CHAPITRE I

LA RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

La victime d'un accident du travail peut bénéficier temporairement de prestations. Pendant cette période, elle est dite en incapacité temporaire totale car son état a été affecté par un sinistre mais reste soumis à une évolution qui débouchera sur une consolidation ou une guérison de ses séquelles.

Pendant cette période, l'accidenté peut jouir de deux indemnisations différentes. Mais avant de pouvoir les obtenir, le sinistre est soumis à une procédure qui se révèle protectrice pour les travailleurs (Section 1). Son respect fait profiter l'agriculteur de prestations en nature (Section 2). Sont à la charge de l'employeur, également, la rééducation, la réadaptation professionnelle et le reclassement des accidentés du travail (Section 3). Enfin, se pose la question des indemnités journalières qui constituent une réparation en espèces inégale (Section 4).

Section 1. Une procédure protectrice pour les travailleurs

La procédure de réparation passe par la déclaration de l'accident du travail. Elle est formaliste car elle se veut protectrice des parties en présence (Paragraphe 1). Le salarié et l'employeur sont soumis à un certain nombre d'obligations, ce qui rend cette procédure longue et complexe (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Une instruction formaliste

Le processus de réparation est très formalisé. Tout d'abord, la victime doit déclarer l'accident du travail à son employeur dans les délais impartis, et celui-ci doit le déclarer à son tour à la caisse de MSA dont il relève (A). Mais, en cas de manquement à cette obligation, il encourt des sanctions (B). Une procédure simplifiée est également applicable aux accidents du travail sans gravité (C).

A. Les délais et l'obligation de déclaration de l'accident

Les obligations relatives aux délais de déclaration sont prévues par le Code rural et de la pêche maritime³¹⁸. La victime doit aviser son employeur 24 heures après la survenance de son

³¹⁸ Article D.751-85 du Code rural et de la pêche maritime.

accident du travail. Ce délai relativement court n'est pas absolu car il peut être prolongé en cas d'impossibilité pour l'accidenté d'agir dans ce laps de temps. Ainsi, la force majeure, l'impossibilité totale ou tout motif légitime peuvent constituer une exception au respect du délai de 24 heures. Ces possibilités de contourner les conditions temporelles démontrent une volonté du législateur de ne pas léser la victime. Cependant, si un temps est imposé au salarié, il en existe également un pour l'employeur³¹⁹.

La déclaration d'accident du travail peut se faire par l'exploitant ou la structure agricole mais aussi par l'un des préposés, à l'aide d'un imprimé CERFA n°50388 04. Afin de permettre à la victime de se soigner dans les meilleurs délais et de se procurer les médicaments nécessaires sans devoir faire l'avance des frais de santé, une feuille d'accident du travail doit lui être remise aussitôt.

Le chef d'entreprise ou l'un de ses subordonnés doivent envoyer la déclaration par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 48 heures, à la caisse de MSA³²⁰. Ce dernier court à compter de la connaissance du sinistre par l'employeur ou l'un de ses employés³²¹. En application de ce principe, il convient de distinguer deux situations. Soit l'accident est survenu sur le lieu de travail, et dans ce cas, il est réputé connu dès lors qu'un salarié de l'entreprise sous la direction duquel le travail est exécuté en est témoin³²²; il n'est pas nécessaire que ce dernier détienne une délégation afin de pouvoir déclarer l'accident. Soit celui-ci est survenu hors du siège de l'entreprise ou de l'exploitation, et dans cette hypothèse, le délai de 48 heures imparti à l'employeur ne commence à courir qu'à partir du moment où le commettant ou son préposé ont été informés de l'accident. Ici, se pose le problème de la preuve quant au moment de la connaissance.

Ce délai, tout en étant d'ordre public, ne tient pas compte des dimanches et des jours fériés³²³. La déclaration de l'accident du travail ou du trajet hors délai peut tout de même être excusée en cas de force majeure.

Les accidents dits « bénins » possèdent une particularité et ne sont pas à négliger dans la procédure de déclaration. Ces derniers n'entraînent ni arrêt de travail ni soins, cependant, le travailleur a été victime d'un préjudice. La législation permet à l'employeur de les porter sur

³¹⁹ Article L.751-26 du Code rural et de la Pêche maritime.

³²⁰ Article d.751-85 du Code Rural et de la Pêche maritime.

³²¹ Soc., 10 nov. 1971, n°70-14.370.

³²² Soc., 10 nov. 1971, n°70-14-370.

³²³ Soc., 10 nov.1976, n°75-15-130.

le registre des accidents bénins³²⁴. Cette information peut apparaître comme une simple formalité, mais elle n'est pas à prendre à la légère, ni par la victime, ni par l'employeur. Dans l'avenir, elle peut avoir toute son importance si l'accident inscrit au registre aboutit, au final, à des soins ou à un arrêt de travail. Dans ce cas, le commettant devra établir une déclaration d'accident du travail et la victime pourra présenter, à la caisse de MSA, un certificat médical initial (CMI) établi par le médecin traitant lors de la consultation médicale constatant les blessures.

Dans tous les cas, l'employeur est tenu de respecter les délais de déclaration, et la charge de la preuve de ce respect lui incombe³²⁵. Cependant, la carence de l'employeur peut être admise par les magistrats en cas de circonstances exceptionnelles, l'exonérant du respect de son obligation³²⁶. Alors qu'à l'ordinaire, il appartient au demandeur de faire la preuve de ses prétentions, dans ce cas, la charge de la preuve est renversée en faveur de la victime, démontrant un droit protecteur. En effet, la carence de l'employeur n'est pas un motif de non-déclaration de l'accident ; dans le souci de protéger la victime du risque professionnel, cette dernière ou son représentant ont la possibilité d'envoyer la déclaration d'accident à la caisse de mutualité sociale agricole dans un délai de deux ans suivant la date de l'accident.

Cette procédure va obliger la caisse de MSA à adresser un double de la précédente déclaration à l'employeur concerné, à la santé au travail³²⁷, aux services de prévention des risques professionnels (PRP) et enfin à la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). De la sorte, le risque professionnel se trouve encadré par diverses structures. Il ne semble pas constituer une banalité. Ce suivi donne ainsi l'impression que la victime devient le centre des attentions.

L'employeur peut être en position de force et ne pas vouloir déclarer l'accident afin d'éviter la majoration de ses cotisations par les caisses de régime de base. Cependant, le législateur a voulu protéger la victime en sensibilisant l'employeur. Dès lors, en cas de non-déclaration de l'accident, ce dernier encourt des sanctions financières.

³²⁴ Art. L.751-26 du Code rural et de la pêche maritime.

³²⁵ Soc., 25/04/1979, n°77-14-415.

³²⁶ Civ. 2^e, 10/06/2003, n°01-20-452.

³²⁷ Article D.751-11 du Code rural et de la pêche maritime.

B. Les risques encourus par l'employeur en cas de non-déclaration

Tout d'abord, le responsable agricole n'a pas à apprécier la gravité des blessures ; ce principe protège la victime de la non-déclaration de l'accident³²⁸. L'employeur encourt des sanctions financières en cas de non-déclaration. Par exemple, les caisses de MSA peuvent demander à l'entreprise qui n'a pas déclaré l'accident du travail le remboursement de la totalité des prestations des accidents du travail versées à la victime et au tiers³²⁹. Il existe, cependant, un plafond à la demande de remboursement. De la sorte, les pénalités encourues ont une limite³³⁰. Cette action est encadrée dans le temps puisqu'elle est soumise à une prescription de cinq ans³³¹. L'idée de protection de la victime réside dans la possibilité d'action de la caisse de mutualité sociale agricole, sans qu'il soit nécessaire de prouver la négligence ou la mauvaise foi de l'employeur³³².

En cas de défaillance de l'entreprise agricole, le Code rural et de la pêche maritime prévoit également une amende de quatrième classe d'un montant de 750 euros. La sanction peut aussi prendre la forme d'une amende de cinquième classe d'un montant de 1 500 euros en cas de récidive dans l'année. Comme en droit pénal, la répétition du manquement est punie plus lourdement qu'une première infraction.

De manière générale, l'employeur n'est pas systématiquement puni ; les caisses mesurent au préalable les conséquences de la déclaration tardive et apprécient le préjudice engendré par ce retard. Si la situation paraît le justifier, la caisse de mutualité sociale procède à la sanction et demande le remboursement de la totalité des dépenses faites par elle au titre de la réparation de l'accident du travail. Ainsi, il n'est pas question de réprimander l'employeur à tout prix mais seulement si sa déclaration a causé un préjudice. D'ailleurs, les tribunaux ont jugé que si la déclaration tardive de l'accident du travail par l'entreprise rurale n'a pas eu de conséquence, cette dernière peut échapper au recours de la part de la caisse de MSA³³³. C'est le principe de l'opportunité des poursuites, très pratiqué en droit pénal par le procureur de la République. *A contrario*, c'est par l'appréciation et l'analyse de l'ensemble des éléments du

³²⁸ Civ., 15 nov. 2001, n°99-21-638.

³²⁹ Article L. 751-36 du Code rural et de la pêche maritime.

³³⁰ Article D. 751-40 du code précité.

³³¹ Article 2224 du Code civil.

³³² Soc., 4 févr. 1999, n°97-13-167.

³³³ Civ. 2^e, 8 avril 2010, n°09-11-232.

dossier que la déclaration tardive peut motiver le remboursement de la totalité des dépenses engagées à la suite de l'accident du travail, par l'employeur³³⁴.

Le fait de laisser aux caisses de mutualité sociale agricole le droit d'évaluer les conséquences du non-respect de ces obligations implique une part de subjectivité et crée un certain aléa juridique. Mais, par ce procédé, il est question de protéger la victime, partie faible du contrat de travail, alors que l'employeur peut être perçu comme la partie dominante. Les sanctions financières sont un moyen de pression sur l'entrepreneur agricole afin qu'il s'exécute dans les meilleurs délais, et cela, afin que la victime soit prise en charge dans des conditions optimales, en cas d'accident du travail.

En plus des sanctions pouvant être prononcées par les caisses agricoles de protection sociale, la victime peut engager la responsabilité civile de son employeur, en demandant l'octroi de dommages et intérêts en cas de déclaration d'accident du travail incomplète ou tardive³³⁵.

Outre les sanctions en cas de déclaration hors délai, des pénalités financières sont également prévues à l'encontre de l'employeur en cas de non-respect des règles relatives à la législation des risques professionnels³³⁶, et ce, pour les raisons suivantes³³⁷ :

- non-déclaration de l'AT,
- non-remise de la feuille d'accident du travail à la victime,
- fausses allégations sur la déclaration de l'AT ayant pour but ou pour objet de minorer le montant des cotisations dues au titre de la législation des accidents du travail,
- déclarations fausses afin d'aider la victime à toucher des indemnités journalières de manière irrégulière,
- informations erronées sur l'attestation de salaire servant aux calculs des indemnités journalières.

Par ces procédés, des garanties maximales sont données à la victime quant à la déclaration d'accident du travail par l'employeur.

³³⁴ Soc., 10 janvier 2002, n°00-15.703.

³³⁵ Soc., 15 novembre 2001, n°99-21-638, CA Paris, 21 janvier 2009.

³³⁶ Article L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

³³⁷ Article R.147-7 du Code de la sécurité sociale et messages à toutes les MSA du 07/02/2012, du 04/12/2012 et du 23/01/2013.

Se pose aussi la question du sinistre professionnel qui ne débouche ni sur un arrêt de travail, ni sur des soins. Ce dernier n'est cependant pas à négliger. Toujours dans un objectif de protéger l'accidenté, le législateur prévoit que les caisses de mutualité sociale agricole peuvent inciter l'employeur d'inscrire cet événement sur le registre des accidents bénins consacré à cet effet³³⁸. Un véritable formalisme entoure la procédure de délivrance d'un registre des accidents bénins, laquelle est fortement encadrée.

C. Les accidents du travail bénins

Certains accidents du travail ne nécessitent ni soins, ni arrêt de travail (voir *supra*, §1), mais doivent être transcrits dans un répertoire. La délivrance de ce dernier est réglementée et encadrée. L'employeur peut demander de son propre chef l'autorisation de tenue d'un registre de déclaration, qui peut lui être accordée par la caisse de MSA à laquelle il est affilié. Cependant, cette autorisation est soumise à certaines conditions³³⁹ afin d'éviter toute dérive de l'employeur et assurer, par la même occasion, une mission de prévention en amont. Les exigences sont :

- *« La présence permanente d'un médecin ou d'un pharmacien ou d'un infirmier ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise, détentrice d'un diplôme national de secourisme complété par un diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré en agriculture par les caisses de mutualité sociale agricole,*
- *Le respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par l'article L-236-1 du Code du travail (exigence d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements de 50 salariés et plus ou existence de délégués du personnel, lesquels sont investis des missions dévolues aux membres du CHSCT dans les établissements de moins de 50 salariés)³⁴⁰,*
- *Exigence d'un poste de secours : comprenant l'ensemble du matériel nécessaire aux premiers soins (a minima une trousse de secours, un point d'eau et un dispositif d'appel destiné à alerter la personne compétente dans l'entreprise ou à défaut une structure de soins d'urgence extérieure telle que le SAMU) et les consignes à observer en cas d'absence de service infirmier, et regroupé dans un endroit précis. »*

³³⁸ Article D. 751-26 du Code rural et de la pêche maritime.

³³⁹ Art. D. 751-87 du Code précité.

³⁴⁰ Articles L.4611-1 et L.4611-2 du Code du travail.

Si la caisse refuse l'autorisation de tenir un registre des accidents bénins, elle notifie sa décision motivée à l'employeur³⁴¹. La procédure est entourée de formalisme.

La tenue du carnet est soumise à des conditions de forme et de fond. Dès lors, l'employeur a l'obligation d'y inscrire, dans les 48 heures, hors dimanches et jours fériés, les accidents survenus à ses subordonnés et n'entraînant pas d'arrêt de travail et de soins médicaux pouvant être pris en charge par l'organisme de protection sociale agricole.

Un certain nombre de mentions obligatoires doivent figurer sur ce registre : l'identité de la victime, la date, le lieu et les circonstances de l'accident. Doivent également être indiqués la localisation des lésions, accompagnée du visa de la personne qui a donné les soins, ainsi que tous éléments susceptibles d'être portés sur la déclaration d'accident du travail : nom, prénom, adresse de la victime, numéro d'assuré social, qualité professionnelle. D'autres précisions concernant l'accident peuvent être ajoutées, comme la nature de ce dernier et l'identité des témoins.

Ensuite, les informations portées sur le registre sont validées par la signature de la victime et du donneur de soins, en face desdites informations³⁴².

La tenue de ce registre n'est pas une simple formalité, car à chaque fin d'année civile, l'employeur doit l'envoyer au service des accidents du travail de la mutualité sociale agricole de son lieu d'affiliation. L'envoi revêt un certain formalisme car il doit se faire en recommandé avec accusé de réception. L'employeur peut demander la copie ou la communication du carnet, si besoin³⁴³. En cas de décès de la victime ou de ses ayants droit, le registre doit être conservé cinq ans par le service des accidents du travail de la MSA.

L'utilisation de ce document par le service « accident du travail » et le service « santé au travail » est un bon moyen d'information et de prévention.

Sur le plan pratique, lorsque le service technique reçoit une demande d'obtention d'un registre des accidents bénins, cette dernière est transmise au service de la santé et de la sécurité au travail afin qu'il contrôle la présence de tous les éléments nécessaires à la satisfaction de celle-ci. Le service administratif ne décide pas véritablement, car il a besoin d'un autre service pour être éclairé. En effet, quand il a reçu l'avis positif du service de la santé et de la

³⁴¹ Article D.751-87, *op. cit.*

³⁴² Article D.751-90 du même Code.

³⁴³ Article D.441-2 du même Code.

sécurité au travail, le service administratif des accidents du travail délivre enfin le document à l'employeur, pour l'année civile, par le biais d'un formulaire national sous la référence 107 ATA 88.

L'octroi d'un registre des accidents du travail bénins n'est pas un droit pour l'employeur si les conditions citées ci-dessus ne sont pas réunies. Dès lors, l'établissement agricole reçoit une décision de refus motivée par la caisse de MSA.

Concrètement, quand le technicien reçoit le registre, il est tenu de l'exploiter. En premier lieu, il va tenter de déterminer si l'individu qui figure sur le registre ne se fait pas soigner au titre du risque maladie. Si tel est le cas et que les soins sont en lien avec l'accident déclaré bénin, l'agent du service AT doit inviter l'employeur à établir une déclaration d'accident du travail au moyen du formulaire référencé 100 ATA 12. De la sorte, la victime bénéficie d'un suivi pour ne pas être lésée à la suite de son préjudice. Puis, le service de la santé et de la sécurité au travail est informé par le service des accidents du travail. Ces deux services travaillent ensemble en ce qui concerne les accidents bénins. Le but est de savoir si l'agriculteur bénéficie bien de la prise en charge à laquelle il a droit.

Dès que le livret est réceptionné par l'administration des AT, cette dernière informe le service de prévention du nombre d'accidents bénins survenus dans la même entreprise, des circonstances de l'accident ainsi que de la nature et du siège des lésions. À réception de ces éléments, le médecin du travail pourra demander, s'il l'estime nécessaire, l'accès au contenu du registre.

Une fois que le service de prévention a reçu le document, il peut agir activement en matière de protection. Au regard des statistiques menées par la CCMSA sur les accidents du travail dans le secteur agricole³⁴⁴, des actions de prévention pourront être ciblées et mises en place afin d'éviter de nouveaux accidents, et une politique d'anticipation pourra être conduite en fonction de la spécificité de chaque entreprise et des risques encourus. Des mesures de sensibilisation de l'entreprise pourront être décidées afin de lui remémorer l'importance de la tenue du registre des accidents du travail bénins ainsi que son objectif. « *Par exemple, lors d'une visite d'entreprise par la médecine du travail, l'infirmier, le conseiller en prévention ou*

³⁴⁴ Statistiques.msa.fr : « Les accidents du travail agricole », statistiques de la MSA sur les accidents du travail agricole pour la période de 2014 à 2016.

l'assistant du service de la santé et de sécurité au travail, ces derniers pourront remettre une plaquette nationale sur ce point » à l'entreprise³⁴⁵.

Le cahier est valable pour l'année civile pour laquelle il a été délivré. Ensuite, l'entreprise doit nécessairement faire une demande de renouvellement auprès de l'administration des accidents du travail de sa caisse de MSA, qui interrogera une fois encore le service de la prévention. Ce dernier doit, à nouveau, vérifier que l'employeur réunit les conditions nécessaires à l'obtention d'un tel document. Ultérieurement, l'imprimé national 107 ATA 88 lui sera envoyé. Parfois, il peut arriver que le registre soit complet avant le 31 décembre. Dans ce cas, il appartient à l'employeur de faire, auprès de sa caisse, une demande de complément d'envoi afin qu'un nouveau répertoire lui soit expédié.

La délivrance du registre des accidents du travail bénins est un véritable moyen de prévention des accidents du travail et de protection de la victime. Cependant, une fois obtenu, ce carnet n'est pas définitivement acquis car l'agent administratif qui gère les accidents du travail peut décider du retrait de l'autorisation de le détenir. La législation³⁴⁶ prévoit plusieurs cas de figure :

- la tenue incorrecte du registre,
- la disparition des conditions d'octroi,
- le refus de présentation du registre aux agents de contrôle de la mutualité sociale agricole, aux agents chargés du contrôle de la prévention, aux agents de l'inspection du travail, à la victime d'un accident consigné au registre,
- la non-restitution du registre original à la caisse de MSA à la fin de chaque année civile.

La procédure de déclaration des accidents du travail se veut sans aucun doute protectrice de la victime, au travers d'une double obligation : le respect des délais et la notification de l'accident par l'employeur. Le registre des accidents bénins, quant à lui, met l'accent sur la prévention tout en protégeant la victime en amont, par le traitement statistique des accidents bénins, et en aval, par l'analyse du registre. La volonté de détecter un accident professionnel non pris en charge par la législation des accidents du travail mais par la législation de la maladie est un point important pour la victime. À cette fin, plusieurs acteurs sont concernés.

³⁴⁵ Information issue du support juridique « Essentiel Santé » des caisses de MSA, consultable en interne.

³⁴⁶ CSS, art. D.441-4, D. n°73-600, 29 juin 1973, art. 2-5, modifié, JO du 5 juillet 1973.

Les principaux intervenants sont les agents du service des accidents du travail et du service de la santé et de la sécurité au travail.

La déclaration du sinistre du travail étant faite, il s'ensuit une procédure d'instruction qui semble longue et obscure pour la victime. Elle est pourtant soumise à certains principes protecteurs tels que celui du contradictoire et celui de l'obligation d'information. Il faudrait probablement simplifier la procédure d'instruction afin que l'agriculteur accidenté puisse être éclairé et en mesure de faire valoir ses droits.

Paragraphe 2. Une procédure d'instruction compliquée et longue

Le décret du 29 juillet 2009³⁴⁷, entré en application le 1^{er} janvier 2010, est venu modifier la procédure d'instruction des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est complété par une circulaire ministérielle du 21 août 2009³⁴⁸ visant à clarifier les termes de la réforme.

Sur le fond, cette nouvelle législation vise plusieurs objectifs : elle souhaite pacifier les relations juridiques entre les organismes de sécurité sociale et les employeurs, tout en faisant mieux respecter le principe du contradictoire par les caisses, lors de la procédure d'instruction³⁴⁹.

Afin de parvenir à ces objectifs, le décret du 29 juillet 2009 a mis en place trois moyens essentiels : la simplification des tâches des organismes sociaux dans la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles, la baisse du nombre des litiges contentieux intentés par les employeurs contre les caisses dans la phase de reconnaissance de l'accident lié à l'activité professionnelle, et la réduction des pertes de recette de la branche AT-MP³⁵⁰.

La réforme qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010 contient deux phases essentielles : la modification de l'instruction de la déclaration de l'accident (A) et la diminution des opportunités de contester les décisions relatives à la déclaration (B).

³⁴⁷ D. n°2009-938, 29 juill. 2009 : Journal officiel du 31 juillet 2009.

³⁴⁸ Circ. DSS/2C/2009/267, 21 août 2009 : JCP S 2009, act. 442, aperçu rapide D. Asquinazi-Bailleux.

³⁴⁹ Circ. DSS/2C/2009/267, 21 août 2009, *op. cit.*

³⁵⁰ P. BABY et Ph. COURSIER, « Risques professionnels : de la nécessité de réformer à nouveau la procédure d'instruction des déclarations », *La Semaine Juridique - Social*, n°16-17, 20 avril 2010, 1158.

A. Les éléments réformant la phase d'instruction

En réformant la procédure d'instruction des déclarations, le législateur s'est attaché à faciliter l'identification du point de départ du délai d'instruction (1), mais aussi à mieux appréhender les réserves émises par les employeurs au moment de la déclaration d'accident du travail (2). Il a également souhaité une redéfinition des modalités d'information de l'employeur et un éclaircissement de la consultation du dossier³⁵¹.

1) *Le point de départ du délai d'instruction*

La réforme est venue acter et formaliser les pratiques des organismes de sécurité sociale, tout en unifiant la procédure entre accident du travail (AT) et maladie professionnelle (MP). Le régime agricole et ses protégés sont au cœur de cette législation.

Le déclenchement de l'instruction d'un dossier AT et MP n'est pas identique. Pour que la caisse ouvre une procédure de recherche, elle doit recevoir deux éléments : un certificat médical initial³⁵² et une déclaration de sinistre³⁵³. Toutefois, la victime seule peut faire une déclaration de maladie professionnelle alors que la déclaration d'accident du travail doit être effectuée par l'employeur auprès de la caisse de protection sociale, soit, dans notre cas, auprès de la caisse de MSA.

L'autre différence réside dans le fait qu'en matière de maladie professionnelle, la déclaration est plus stricte et plus formaliste. En effet, depuis 2004³⁵⁴, il faut obligatoirement utiliser un formulaire réglementaire³⁵⁵ auquel est adjoint un certificat médical initial en double exemplaire³⁵⁶.

En ce qui concerne les accidents du travail, l'obligation de déclaration appartient à l'employeur qui doit respecter la procédure y afférente, dans les 48 heures suivant le jour où il a eu connaissance de l'accident³⁵⁷. Dès lors, la contestation de l'accident ne peut pas motiver le refus de déclaration³⁵⁸. Cette dernière peut être émise au travers des réserves. La

³⁵¹ P. BABY et Ph. COURSIER, « Risques professionnels : de la nécessité de réformer à nouveau la procédure d'instruction des déclarations », *op. cit.*

³⁵² Cerfa n°1138.

³⁵³ DAT pour les AT et DMP pour les MP.

³⁵⁴ Civ. 2^e, 16 mars 2004, n°02-30-334 : Bull. civ. 2004, II, n°124, JurisData n°2004-022842.

³⁵⁵ Cerfa n°60-3950.

³⁵⁶ Civ. 2^e, 10 décembre 2009, n°08-18-316 : JurisData 2009-050661 ; JCP S 2010, 1033, note T. TAURAN.

³⁵⁷ Code de la sécurité sociale, art. L. 441-2 et R.441-3, al. 1^{er} ; et Civ. 2^e, 4 nov. 2003, n°02-30.319 : JurisData n°2003-020800 ; Bull. civ. 2003, II, n°332.

³⁵⁸ Soc., 15 nov. 2001, n°99-21.638 : JurisData n°2001-011625 ; Bull.civ. 2001, V, n° 349.

jurisprudence a rappelé que le fait pour l'entreprise de procéder à la déclaration ne signifie pas une acceptation implicite de l'existence de l'accident³⁵⁹.

L'absence de déclaration de l'employeur n'a pas une grande importance pour la victime, car cette dernière détient la possibilité de faire sa propre déclaration d'accident dans un délai de deux ans³⁶⁰ suivant la date de l'évènement accidentel. De plus, dans le but de faciliter les démarches de l'accidenté, le formalisme de la déclaration n'existe pas : la victime n'a pas l'obligation d'utiliser l'imprimé³⁶¹ prévu à cet effet.

Cependant, la non-déclaration par l'employeur ne le dispense pas de sanction. En effet, en cas d'absence de DAT³⁶², la caisse s'autorise à faire une répétition d'indu qui prend la forme d'une sanction, en lui réclamant le remboursement de la totalité des prestations versées à la victime³⁶³ au titre de cet accident du travail.

Afin de protéger la victime d'un sinistre lié à l'activité professionnelle, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010³⁶⁴ dispose que le directeur³⁶⁵ d'un organisme de sécurité sociale, et donc d'une caisse de MSA, a le pouvoir de sanctionner la défaillance de l'employeur en lui imposant des sanctions financières prévues à l'article L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Le décret du 29 juillet 2009, qui est venu modifier l'article R.441-10, al. 1^{er}, prévoit que les caisses de sécurité sociale, et donc de MSA, ne sont autorisées à instruire un accident du travail qu'à la condition d'avoir reçu la déclaration d'accident du travail (DAT) et le certificat médical (CMI). Toutefois, il arrive que le sinistre soit mortel ; c'est pourquoi, toujours dans un souci de meilleure prise en charge de la victime, il est prévu que le certificat médical de décès ou l'acte de décès pourront tenir lieu de certificat médical³⁶⁶.

La réunion de ces deux éléments permettant l'instruction constitue une modification pratique car elle sert à optimiser la procédure d'instruction. Antérieurement à la réforme³⁶⁷, les caisses étaient souvent confrontées à une difficulté de traitement des déclarations AT quand il manquait le certificat médical initial. Auparavant, le délai de procédure courait alors que les

³⁵⁹ Civ. 2^e, 8 janv. 2009, n°07-15.390 : Bull. civ. 2009, II, n°4.

³⁶⁰ Code de la sécurité sociale, art. L. 441-2, al. 2.

³⁶¹ Cerfa n°60-3682.

³⁶² Déclaration d'accident du travail.

³⁶³ Code de la sécurité sociale, art. L.441-2 et 471-1.

³⁶⁴ L. n°2009-1646, 24 déc. 2009, art. 95, II : Journal officiel du 27 décembre 2009 ; JCP S 2010, 1006.

³⁶⁵ Code de la sécurité sociale, art. L.471-1.

³⁶⁶ « Essentiel Santé », support juridique de la CCMISA.

³⁶⁷ Circulaire ministérielle du 29 août 2009.

pièces nécessaires à la constitution du dossier d'instruction n'étaient pas réunies. La caisse relançait la victime et, en cas de non-transmission du certificat médical initial, notifiait un refus administratif car elle ne possédait pas les éléments obligatoires. Désormais, le délai court à partir du moment où les services possèdent à la fois le CMI et la DAT.

Auparavant, la notification du refus administratif devait rester à la diligence des caisses ; si ces dernières ne se manifestaient pas au bout de trente jours³⁶⁸, la victime pouvait se prévaloir d'une acceptation implicite et invoquer l'AT avec ses conséquences auprès des caisses et de son employeur. Cependant, ce dernier ne pouvait pas alléguer la carence de la caisse : la décision implicite d'acceptation de l'AT ainsi que ses conséquences lui devenaient inopposables³⁶⁹.

À présent, quand la caisse de MSA reçoit la déclaration d'accident du travail (DAT) sans le CMI, le délai d'étude de 30 jours ne court plus ; cet alignement du régime du point de départ de l'instruction des accidents du travail sur les maladies professionnelles a pour finalité de protéger les caisses et les employeurs d'une acceptation implicite. Bien que l'investigation d'un accident du travail ne soit pas obligatoire, il appartient aux caisses de MSA d'indiquer la date du point de départ de l'instruction qui doit obligatoirement figurer sur le premier courrier que la caisse adresse aux employeurs en cas d'enquête.

Un autre droit accordé à l'employeur est de pouvoir formuler des réserves quant à l'accident du travail.

2) Les possibilités de réserves formulées par l'employeur

Lors d'un accident du travail, la loi prévoit que l'employeur puisse émettre des réserves. Cependant, le législateur a voulu tenir compte des anomalies relevées par la pratique en modifiant et en clarifiant la procédure des réserves par le décret n°2009-1767 du 30 décembre 2009.

Antérieurement, l'article D.751-117 du Code rural et de la pêche maritime disposait que :
« Hors les cas de reconnaissance implicite, et en l'absence de réserves de l'employeur, la caisse assure l'information de la victime, de ses ayants droit et de l'employeur, préalablement à sa décision, sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de leur faire grief.

³⁶⁸ Code de la sécurité sociale, art. R.441-10 et 441-14.

³⁶⁹ Civ. 2^e, 10 juillet 2008, n°07-15.670 : Bull. civ. 2008, II, n°184 ; JCP S 2008, 1572, note T. TAURAN.

En cas de réserves de la part de l'employeur ou si elle l'estime nécessaire, la caisse, hors le cas d'enquête prévue à l'article L.751-29, envoie avant la décision à l'employeur et à la victime un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie ou procède à une enquête auprès des intéressés. »

Antérieurement à la réforme, à la différence de la reconnaissance de la maladie professionnelle, la caisse de MSA devait obligatoirement procéder à une instruction³⁷⁰. Actuellement, pour un accident du travail, une instruction préalable n'est pas obligatoire, d'où l'importance des réserves que l'employeur peut mentionner sur sa déclaration³⁷¹.

Dans l'ancien système, il est à noter que les droits de l'employeur étaient sacrifiés. Dès que la caisse possédait les éléments nécessaires, et après des vérifications sommaires, elle délivrait une décision de prise en charge. Souvent, l'employeur était forclos et ne pouvait plus émettre aucune réserve ni demander le respect du principe du contradictoire, et cela, malgré le fait qu'il pouvait formuler des réserves avant la fin d'un délai de trente jours³⁷².

Le décret va modifier le régime des réserves par l'article D. 751-117 du Code rural et de la pêche maritime qui énonce : « *En cas de réserves motivées de la part de l'employeur ou si elle l'estime nécessaire, la caisse envoie avant sa décision à l'employeur et à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie, ou procède à une enquête auprès des intéressés. Une enquête est obligatoire en cas de décès. »*

Pour éviter que l'employeur n'émette des réserves que pour des raisons purement économiques, cette notion a évolué avec les nouvelles dispositions de l'article D.751-117 du Code précité. Celui-ci dispose, à présent, que les réserves doivent être « *motivées* ». Depuis l'adoption de ce texte, l'employeur est soumis à une obligation de motivation lorsqu'il émet des doutes afin de faire obstacle à une prise en charge immédiate par la caisse. Dorénavant, il doit impérativement justifier ses réticences.

³⁷⁰ P. BABY et Ph. COURSIER, « Risques professionnels : de la nécessité de réformer à nouveau la procédure d'instruction des déclarations », *op. cit.* Selon ces auteurs, cette règle est non écrite et n'a pas été remise en cause par le décret du 29 juillet 2009. La réforme, sans le dire franchement, a pour objectif de favoriser et de simplifier la prise en charge des accidents du travail, et celle-ci peut se faire sans instruction.

³⁷¹ L'instruction peut prendre la forme soit d'un questionnaire, soit d'un recueil d'informations par un agent de la caisse. En cas de décès de la victime, l'instruction devient une obligation. Code de la sécurité sociale, art. R. 441-11, III.

³⁷² Civ. 2^e., 5 avril 2007, n°06-10.017 : JurisData n°2007-038355 ; JCP S 2007, 1526, note D. Asquinazi-Bailleux ; RJS 2007, n°783.

Dans le but de contrer les réserves automatiques de l'employeur, la Cour de cassation est venue encadrer ce concept. Ainsi, elle reprend partiellement la position de la jurisprudence antérieure³⁷³. Les réserves de l'employeur ne peuvent en aucun cas concerner le caractère médical de la pathologie. Il ne peut se prévaloir d'une compétence médicale qui incombe au service médical de la caisse. Il possède uniquement la faculté d'alléguer des motifs en lien avec les circonstances de temps, de lieu de l'accident, ou encore d'évoquer une cause étrangère à l'activité professionnelle. Ces conditions d'acceptation des réserves justifient le besoin de motivation de ces dernières. L'employeur agricole doit expliquer les points de doute de façon précise. Il doit indiquer les motifs qui l'amènent à penser que le sinistre n'a pas un caractère professionnel, tout en joignant ses preuves. La jurisprudence de la Haute Cour est constante à ce sujet³⁷⁴.

L'entrepreneur agricole peut aussi contester la décision de la caisse de MSA, selon le principe du contradictoire.

B. Une instruction contradictoire

La procédure d'instruction de l'accident du travail et du trajet, à l'instar de la procédure de reconnaissance et de fixation du taux d'incapacité de la victime, est complexe. Elle souhaite protéger les parties ; cependant, l'étude de l'accident professionnel se caractérise par son formalisme, sa longueur et son côté obscur pour la victime comme pour l'employeur. Au final, elle n'a pas toujours l'effet escompté. Le principe du contradictoire ou de contradiction constitue un fondement cardinal du droit de la sécurité sociale qui englobe le Code rural et de la pêche maritime. Cette règle revêt une grande importance pour l'employeur qui a tout intérêt à contester les décisions des caisses afin d'échapper aux conséquences financières de l'accident du travail ou du trajet, dans l'objectif de les rendre inopposables. En effet, l'indemnisation en espèces et en nature de la victime, ainsi que la faute inexcusable de l'employeur, ont pour conséquence d'augmenter le taux de cotisation à verser au titre de l'AT aux caisses de MSA. Les organismes agricoles du régime de base ont donc intérêt à respecter ce principe. Son non-respect peut être évoqué tout au long de la procédure, au niveau de l'instruction comme à celui de la reconnaissance ou de la notification d'un taux d'incapacité partielle permanente ou encore de la reconnaissance de la faute inexcusable.

³⁷³ P. BABY et Ph. COURSIER, « Risques professionnels : de la nécessité de réformer à nouveau la procédure d'instruction des déclarations », *op. cit.*

³⁷⁴ Voir notamment : Civ. 2^e. 17 févr. 2011, n°10-15-276.

Les enjeux d'une procédure d'instruction d'un accident du travail ou du trajet sont économiquement importants pour l'entreprise agricole. Cela explique le nombre non négligeable de recours contestant les décisions des caisses au motif que l'employeur n'aurait pas eu connaissance des pièces médicales du dossier de la victime. Ces dernières ne peuvent lui être opposables au titre du respect du contradictoire. Dès lors, il convient de se demander comment une information relevant du secret médical, domaine protégé par la loi malgré le principe du contradictoire, peut être portée à sa connaissance ou non. Ce qui est discutable juridiquement, c'est que ces deux principes possèdent une valeur égale ; l'un a pour corollaire le procès équitable qui se manifeste par un droit à l'information et à la transmission des pièces aux parties, l'autre lui est opposable car il implique une protection des données personnelles de santé. Il semble compliqué de mettre en application deux données de valeur juridique identique. Une incertitude juridique se crée alors, car il apparaît difficile de dire, pour chaque situation, quel principe primera sur l'autre.

Le principe du contradictoire s'appuie sur un certain nombre de supports juridiques (1). Pour faciliter la phase d'instruction, les caisses communiquent aux parties les informations les concernant, avec une possibilité de consulter certaines pièces du dossier (2). Se pose alors la question du respect des données personnelles qui est particulièrement sensible s'agissant d'informations médicales (3).

1) Les supports juridiques du principe du contradictoire

Le principe du contradictoire implique que toutes les parties ont le droit de connaître les arguments de droit et de fait à partir desquels une décision leur faisant grief est prise. Il constitue un fondement de la loyauté et de la transparence envers l'autre partie (*audiatur et altera pars*). Il devient une forme incontournable du droit à l'information ainsi que du respect des droits de la défense. Son assise juridique est certaine car il repose sur un arsenal de sources législatives et réglementaires parmi lesquelles la Convention européenne des droits de l'homme (a) ou l'article 16 du Code de procédure civile (b). Les caisses de MSA ont aussi un devoir d'information (c).

a) Un principe découlant de la CEDH

L'article 6-1 de la Convention européenne des droits de l'homme pose le principe d'un procès équitable : « *Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi*

par la loi, qui décidera soit des décisions sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. »

Cet article ne vise pas les décisions des organismes de l'État et, par conséquent, des caisses de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, mais uniquement les décisions de justice et les procès. Cependant, les décisions prises lors d'une procédure d'instruction d'un accident du travail ou du trajet, ainsi que de reconnaissance ou de fixation d'un taux d'incapacité, ne peuvent être assimilées à des décisions de justice au sens de l'article 6-1 de la Convention européenne des droits de l'homme. Ainsi, les parties, et notamment l'employeur agricole, ne peuvent pas se fonder sur ce texte pour invoquer l'obligation du respect du principe du contradictoire dans l'instruction du dossier, notamment.

L'article 16 du Code de procédure civile est aussi l'un des socles juridiques du principe du contradictoire.

b) L'article 16 du Code de procédure civile

Le principe du contradictoire utilise en général, comme fondement juridique, l'article 16 du Code de procédure civile. Cet article dispose que *« le juge doit, en toutes circonstances, faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction. Il ne peut retenir, dans sa décision, les moyens, les explications et les documents invoqués ou produits par les parties que si celles-ci ont été amenées à en débattre contradictoirement. Il ne peut fonder sa décision sur les moyens de droit qu'il a relevés d'office sans avoir au préalable invité les parties à présenter leurs observations »*.

À la différence de l'article 6-1 de la CEDH, l'article 16 du Code de procédure civile donne l'obligation au magistrat de respecter et de faire respecter le principe du contradictoire. Il faut pour cela que les décisions des caisses de MSA lors de la procédure d'instruction, de reconnaissance et de fixation du taux d'incapacité suivent ce dernier. Dans le cas contraire, le juge pourra écarter la décision de la caisse au motif qu'elle méprise ce fondement. Parallèlement au principe du contradictoire, il existe l'obligation d'information qui appartient aux parties et aux caisses de MSA. Cette règle constitue un impératif qui doit être observé.

c) Le devoir d'information des parties incombant aux caisses de MSA

Le principe du contradictoire est visé à l'article R.751-121 du Code rural et de la pêche maritime qui dispose : *« Lorsque la caisse envoie un questionnaire ou procède à un examen*

ou à une enquête complémentaire, elle informe la victime ou ses ayants droit ainsi que l'employeur, au moins dix jours francs avant de prendre sa décision, des éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief et de la possibilité de consulter le dossier mentionné à l'article D.751-19. Cette information est faite par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. »

Le respect du caractère contradictoire de la procédure d'instruction du dossier implique que les caisses de MSA doivent informer les parties de tout élément susceptible de leur faire grief et porter à leur connaissance la possibilité de consulter les pièces constitutives du dossier. À cette fin, les caisses doivent adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à la victime et à son employeur.

Les pièces consultables à l'issue de l'instruction de la déclaration d'accident du travail sont définies en partie par le législateur et en partie par la jurisprudence. L'article D751-119 du Code rural et de la pêche maritime énumère les pièces consultables, qui sont :

- « - La déclaration d'accident et l'attestation de salaire,*
- Les divers certificats médicaux (initial, prolongation, final, rechute),*
- Les constats faits par les caisses (enquête, témoignages),*
- Les informations parvenues à la caisse de chacune des parties,*
- Les éléments communiqués par le service de prévention,*
- Éventuellement le rapport de l'expert technique. »*

La jurisprudence est venue affiner cette liste en exigeant que l'avis du médecin-conseil s'ajoute aux pièces que les parties peuvent consulter.

Ces pièces sont consultables par l'assuré ou ses ayants droit, par l'employeur, les représentants des parties. Toutefois, pour les mandataires, l'autorisation de consulter le dossier AT peut être une procédure litigieuse car aucun texte ne définit cette qualité. Empiriquement, certaines personnes sont considérées comme étant déléguées devant le TASS du fait de la pratique :

- le conjoint, l'ascendant ou le descendant en ligne directe,

- un travailleur salarié, un employeur, un travailleur indépendant exerçant le même métier ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs,
- un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives,
- un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale,
- un avocat.

Les caisses de MSA ont l'obligation de procéder au contrôle de la qualité du mandataire³⁷⁵ afin d'autoriser les personnes concernées à accéder au dossier. Les données protégées sont essentiellement les informations relatives au secret médical et à l'atteinte à la vie privée.

L'article 416 du Code de procédure civile détermine les pièces exigées pour procéder au contrôle de la qualité du mandataire et les justificatifs de consultation du dossier. Le statut du mandat de l'avocat est le plus facile à justifier de par sa qualité professionnelle. Le fait d'indiquer son métier légitime son rôle de représentant, pour pouvoir bénéficier de l'accès aux informations. Les autres personnes doivent présenter une attestation sur l'honneur afin de démontrer leur droit de délégation. Quant au justificatif de consultation du dossier, il se fait par la signature d'un document attestant que la personne qui agit en tant que mandataire a bien consulté le dossier. Le document indique l'identification du consultant, comporte sa signature avec son nom et sa qualité : employeur, représentant, responsable des ressources humaines, conjoint, descendant ou ascendant. Le document doit permettre aux personnes de formuler des observations éventuelles. Toutefois, les caisses n'ont pas l'obligation de remettre ou de transmettre une copie du dossier aux parties. Par contre, elles doivent informer les parties de la possibilité qui leur est offerte de consulter le dossier.

2) Le calcul du délai et la fréquence d'envoi de la lettre de consultation du dossier

Afin que la phase d'instruction du dossier ne soit pas viciée par l'absence du principe de contradiction, la caisse doit informer les parties des éléments leur faisant grief ainsi que de leur possibilité de consulter les pièces constituant le dossier. Pour cela, le législateur ainsi que

³⁷⁵ Articles L. 142-8 et R. 142-20 du Code de la sécurité sociale.

la jurisprudence ont prévu une fréquence d'envoi de la lettre de consultation avec des délais à honorer.

En effet, selon la réglementation en vigueur, un délai utile de dix jours doit être laissé aux parties, par la caisse, afin qu'elles puissent prendre connaissance du dossier. Le calcul du délai peut être source de nombreux litiges. C'est pourquoi, une circulaire³⁷⁶ est venue définir les modes de calcul. Ainsi, « *les jours francs se définissent comme étant des jours entiers décomptés de 0 h à 24 h. Le jour de la notification ne compte pas, le point de départ de ce délai se situe au lendemain du jour de la notification. Lorsque le délai expire un dimanche ou un jour férié, il est reporté de 24 h*³⁷⁷ ».

Quand il s'agit de calculer les délais à partir d'un envoi, la jurisprudence civile est riche en débats, et la doctrine se montre prolix. Certains ont défendu la théorie de l'émission, d'autres la théorie de la réception. En droit de la sécurité sociale, la Cour de cassation ne tient plus compte, depuis un arrêt du 5 avril 2007³⁷⁸, de la date d'envoi pour déterminer le délai mais de la date de réception de la lettre de consultation du dossier.

La Haute Cour est venue clarifier le mode de décomptage des jours francs. Dès l'envoi d'un courrier, l'employeur doit avoir un temps de consultation de 10 jours francs minimum avant toute prise de décision de la caisse lui faisant grief.

L'agent du service AT³⁷⁹ doit s'assurer que la durée de consultation offerte aux parties est suffisante. Pour cela, il lui appartient de rajouter un délai de trois jours aux 10 jours francs réglementaires. Cette période supplémentaire correspond au moment qui sépare l'envoi de la lettre de consultation par la caisse et la réception de la même lettre par les parties.

Dans la pratique, les caisses doivent envoyer la lettre de consultation 17 jours³⁸⁰ avant la notification de leur prise de décision. Cette solution permet d'éviter aux parties un délai de consultation trop court lorsque son terme correspond à un jour non ouvré, tel qu'un samedi, un dimanche ou un jour férié, et qu'il devrait être reporté sur le premier jour ouvrable. Cette technique est préconisée car la décision de la caisse doit intervenir un jour avant la fin du délai réglementaire d'instruction du dossier.

³⁷⁶ Circ. DSS/2C/2009/267 du 21/08/2009.

³⁷⁷ « Essentiel Santé », *op. cit.*

³⁷⁸ Civ. 2^e, 05/04/2007, n°06-11-978.

³⁷⁹ « Essentiel Santé », *op. cit.*

³⁸⁰ *Ibid.*

Cette procédure contradictoire est difficile à respecter car elle se heurte à un autre principe, celui du secret médical. En effet, les pièces qui peuvent figurer au dossier sont souvent des informations médicales. Or, ces dernières sont des données personnelles de santé, protégées et couvertes par le secret médical.

Les données médicales sont présentes tout au long de la procédure et particulièrement au moment de l'instruction, car il convient de déterminer s'il s'agit bien d'un accident et si celui-ci est bien un sinistre lié à l'activité professionnelle. Il paraît donc difficile de concilier les deux principes : l'un peut rendre la décision inopposable, l'autre peut constituer une atteinte à la vie privée en cas de divulgation. Cependant, il existe une incertitude quant au choix d'un principe plutôt que de l'autre au moment de la prise de décision. Un dilemme se pose alors. Faut-il faire primer le principe du contradictoire sur celui du secret médical ? Dans tous les cas, il subsiste un aléa dans la prise de décision.

Dès lors, il convient d'analyser les règles protégeant les données personnelles de santé ainsi que leur assise juridique.

3) Les données personnelles de santé, des données sensibles et protégées³⁸¹

Le principe du contradictoire ou de contradiction vise à protéger les parties en leur donnant les informations nécessaires liées à une prise de décision. Cependant, il pose la question des données personnelles de santé qui sont protégées par toute une série d'instruments législatifs qui forment leur socle juridique (a). Pourtant, son application, dans les faits, est teintée de réalisme (b).

a) Le fondement juridique

Tout d'abord, le fondement se trouve dans l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui énonce : « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être*

³⁸¹ F. MULLER, « Accidents professionnels, secret médical et principe du contradictoire », *La Semaine Juridique - Social*, n°43, 21 octobre 2008, 1546.

économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

Cet article n'indique pas expressément que les informations personnelles concernant la santé puissent lui être appliquées. Il précise seulement que les ingérences des autorités publiques dans la vie privée des individus peuvent être acceptées dans le cadre de la loi et en respectant un certain nombre de critères. Toutefois, afin de protéger les individus contre les atteintes des pouvoirs publics, la Haute Cour a interprété de manière extensive l'article 8 de la Convention en décrétant que les données personnelles de santé relevaient de la vie privée et qu'elles devaient être protégées.

Dans une décision du 27 août 1997³⁸², la Cour européenne des droits de l'homme est venue poser les limites de cette protection. Le litige qui a donné naissance à cette décision concernait la transmission du dossier médical d'une personne par les services d'un hôpital aux caisses de sécurité sociale, à leur demande. Il était question, pour l'organisme de sécurité sociale, de vérifier si l'état de santé de la requérante pouvait justifier l'attribution d'une pension d'invalidité. La personne attaquait la transmission du dossier médical au motif qu'elle constituait une atteinte à la vie privée. Pour prendre sa décision, la CEDH va alors effectivement mettre en « balance » deux droits qui se heurtent : celui du contradictoire et du droit à l'information et celui du secret médical et des données personnelles de santé. Elle conclut que « *le dossier médical en question [comporte] des données de nature hautement personnelle et sensible* » et que sa transmission représente « *une atteinte au droit au respect de sa vie privée garanti à l'intéressée par le paragraphe 1 de l'article 8* ». Cependant, la légitimité de cette atteinte peut être justifiée par le paragraphe 2 du même article. La Cour précise que « *la communication des renseignements visait à permettre à la caisse de vérifier si se trouvaient réunies les conditions auxquelles Mme M.S pouvait bénéficier d'une indemnité pour invalidité professionnelle. Elle est potentiellement décisive pour l'allocation de fonds publics à des demandeurs remplissant les critères. Elle peut donc passer pour avoir tendu à protéger le bien-être économique du pays* ».

Au vu de ces éléments, la requérante conteste la pertinence des données transmises et argue que les services du centre hospitalier auraient communiqué à la caisse de sécurité sociale des informations médicales non nécessaires à la vérification de l'éligibilité à l'obtention de la

³⁸² CEDH, 27 août 1997, n°74/1996/693/885, *M.S. c/Suède*.

pension d'invalidité. La transmission des informations médicales devait, selon la requérante, être proportionnée et strictement nécessaire.

Dès lors, la Cour rappelle que « *la protection des données à caractère personnel, et spécialement des données médicales, revêt une importance fondamentale pour l'exercice du respect de la vie privée et familiale garanti par l'article 8 de la convention. Le respect du caractère confidentiel des informations sur la santé constitue un principe essentiel d'un système juridique de toutes les parties contractantes à la convention. Il est capital non seulement de protéger la vie privée des malades, mais également de préserver leur confiance dans le corps médical et les services de santé en général. La législation interne doit ménager des garanties appropriées pour empêcher toute communication ou divulgation des données à caractère personnel relatives à la santé qui ne serait pas conforme aux garanties prévues à l'article 8 de la convention* ». La Cour pose une limite au secret médical : l'intérêt économique peut justifier la levée de celui-ci par les autorités publiques, à la condition que des garanties entourent la communication des pièces³⁸³.

Les données de santé sous couvert du droit au respect de la vie privée sont également protégées par un fondement juridique national, bien que ce dernier s'appuie sur l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. En effet, le préambule de la Constitution de 1958 renvoie expressément à cet article³⁸⁴.

Dans une loi de financement³⁸⁵ de la sécurité sociale, il était prévu que les médecins prescrivant un arrêt de travail devaient préciser les éléments médicaux motivant leur décision. Cette obligation a fait naître un litige juridique quant à sa conformité au secret médical qui garantit le respect de la vie privée. Dès lors, le Conseil constitutionnel a été amené à se prononcer sur la constitutionnalité de cette loi et a rendu sa décision le 21 novembre 1999³⁸⁶. Ce dernier était confronté à deux impératifs fondamentaux : le secret médical garantissant le respect du droit à la vie privée (l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen) et un impératif de maîtrise des hausses des arrêts de travail qui pouvaient être éventuellement injustifiés et mettre en danger les finances de la sécurité sociale.

Dans sa décision, le Conseil constitutionnel pose le cadre juridique du droit au respect de la vie privée, incluant lui-même le secret médical. Cependant, il indique que ce dernier doit être

³⁸³ F. MULLER, « Accidents professionnels, secret médical et principe du contradictoire », *op. cit.*

³⁸⁴ Cons. Const., 12 déc. n°99-422, 21 déc. 1999 DC : JO du 30 déc. 1999, p. 19730

³⁸⁵ Art. 25 de la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de FSS pour 2000, JO n°302 du 30 déc. 1999.

³⁸⁶ Cons. Const., déc. n°99-422, 21 déc. 1999, DC : Journal officiel du 30 décembre 1999, p. 19730.

concilié avec d'autres exigences constitutionnelles. Dans ce cas, l'exigence financière de la sécurité sociale est un impératif constitutionnel qui valide l'atteinte au secret médical. Il rappelle que cette violation doit être limitée à ce qui est indispensable. Dans ce cas de figure, l'équilibre financier est le seul motif justifiant cet écart³⁸⁷. De plus, la constitutionnalité de la loi qui lui est soumise est justifiée par le fait que les données médicales sont destinées aux services du contrôle médical des caisses de sécurité sociale, eux-mêmes tenus au secret médical.

Enfin, la troisième source du secret médical au travers du droit au respect de la vie privée est la loi du 4 mars 2002³⁸⁸. Celle-ci a introduit l'article L.1110-4 dans le Code de la santé publique³⁸⁹. Cette législation renforce le droit à la protection du secret médical qui devient une composante du droit au respect de la vie privée. Le texte législatif précité va également définir les personnes tenues au secret médical et donner les catégories d'informations couvertes par le secret médical. De plus, le Code de la sécurité sociale rappelle, dans son article L. 315-1, V, que les informations médicales mises à la connaissance des différents services des caisses de sécurité sociale, et donc des MSA également, sont couvertes par ce principe.

Ce non-respect est sanctionné pénalement afin de dissuader toute tentative de violation du secret médical. Les textes³⁹⁰ prévoient un an de prison et 15 000 euros d'amende en cas de violation de ce droit. Cependant, l'article 226-14 précise que ce principe n'est pas absolu et qu'il peut être violé « *dans le cas où la loi impose la révélation du secret professionnel* ».

Comme on peut le voir, l'application du contradictoire nécessite un réalisme dans son application.

b) Le réalisme de son application

Dans les litiges, les employeurs utilisent exclusivement le principe du contradictoire afin que les décisions des caisses concernant les accidents du travail et du trajet leur soient

³⁸⁷ F. MULLER, « Accidents professionnels, secret médical et principe du contradictoire », *op. cit.*

³⁸⁸ L. n°2002-303, 4 mars 2002 : Journal officiel du 5 mars 2002.

³⁸⁹ « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

³⁹⁰ C. pén., art. 226-13.

inopposables. La violation du principe du contradictoire constitue, à l'heure actuelle, la base juridique essentielle des recours intentés par les employeurs contre les caisses. Cependant, ces recours sont formés malgré le principe du secret médical. À cet égard, le Code de la sécurité sociale ne s'est pas adapté aux évolutions législatives et jurisprudentielles³⁹¹ car il n'a pas intégré la législation sur le secret médical. En effet, l'article R.441-13 du Code précité, qui énonce les pièces transmissibles à l'employeur, est visiblement contraire à la position du Conseil constitutionnel. Ce dernier ne valide pas la transmission des données personnelles de santé, hormis aux autorités publiques chargées de la gestion des prestations sociales et du contrôle de l'octroi de celles-ci pour des motifs strictement nécessaires et constitutionnels.

Ce même article va également à l'encontre de la jurisprudence de la CEDH qui prévoit qu'une ingérence au nom du principe du contradictoire, notamment, n'est tolérée que s'il existe une disposition légale qui le prévoit. L'idée de protéger le bien-être économique du pays³⁹² possède une valeur supérieure.

La protection des données de santé, *via* le respect du droit à la vie privée, a une assise juridique certaine : droit européen, Conseil constitutionnel, articles du Code pénal et Code de la santé publique. Cependant, le principe du contradictoire englobant le droit à l'information n'est pas défendu totalement par le droit européen. En effet, il ne peut être protégé par l'article 6-1 de la Convention européenne des droits de l'homme, car cette disposition ne concerne que les procès et les décisions de justice. Le principe du contradictoire, en droit de la sécurité sociale, n'a donc qu'une source nationale. Toutefois, les tribunaux ne font pas prévaloir un droit sur l'autre, mais les mettent en opposition en faisant primer le secret médical si aucune ingérence juridique n'est prévue. Pour la sécurité des victimes, il conviendrait d'adapter le Code de la sécurité sociale aux lumières de la jurisprudence et de la législation afin que le principe du contradictoire et celui du secret médical aient des domaines et des applications clairement définis. Les agriculteurs victimes d'accidents du travail seraient ainsi moins dans l'incertitude juridique en ce qui concerne la conciliation de leurs droits sociaux et personnels. Cela concernerait également les victimes des autres régimes de sécurité sociale qui sont sous la gouvernance des mêmes règles.

Une fois la déclaration d'accident du travail instruite, et le sinistre professionnel reconnu par les caisses de mutualité sociale agricole, l'indemnisation de la victime va se mettre en place

³⁹¹ F. MULLER, « Accidents professionnels, secret médical et principe du contradictoire », *op. cit.*

³⁹² Voir décision CEDH du 27 août 1997, *op. cit.*

au titre de la législation des accidents professionnels. L'un des modes de réparation est la réparation en nature.

Section 2. La réparation en nature : une gratuité des soins remise en cause

La gratuité des soins est un principe de la protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident du travail. Cette règle est commune aux différents régimes de sécurité sociale existant en France. Il est mis en pratique par la délivrance d'une feuille d'accident du travail que la victime reçoit, à la suite de son sinistre, par sa caisse de mutualité sociale agricole³⁹³. Ce document permet à la victime de ne pas faire l'avance de ses soins et constitue un lien tripartite entre l'accidenté du travail, le professionnel de santé et l'organisme de couverture sociale. Il est valable le temps du traitement relatif à l'accident du travail pour lequel il a été délivré. Cependant, si le feuillet est entièrement complété par les professionnels de santé, l'agriculteur accidenté l'adresse à sa caisse de MSA afin qu'elle lui en délivre un nouveau, si des soins sont encore nécessaires³⁹⁴. Cette procédure de prise en charge des accidentés du travail est nécessairement un corollaire de la gratuité de leurs soins. Cependant, ce principe est de plus en plus remis en cause.

Déjà, en 1992, le député du Pas-de-Calais, M. Guy LENGAGNE, attirait « *l'attention de M. le ministre des Affaires sociales et de l'Intégration sur la nécessité de renforcer le respect du principe de gratuité des soins aux accidentés du travail*³⁹⁵ ». Cette interpellation est restée sans suite.

Comme le fait remarquer Karine PALERMO dans sa thèse³⁹⁶, plusieurs éléments viennent porter atteinte au principe de gratuité des soins. Les victimes des sinistres professionnels, comme la plupart des assurés, sont sollicitées par les pouvoirs publics afin de contribuer positivement à réduire le déficit de la sécurité sociale, dont le régime agricole fait partie. Un effort de plus en plus soutenu est demandé aux assurés sociaux comme aux victimes des accidents du travail. Cependant, initialement, le principe était généreux envers les accidentés du travail obligés de se soigner du fait de l'atteinte corporelle due à l'activité professionnelle. Il est prévu que la victime, qu'elle soit en arrêt de travail ou non, pourra bénéficier d'une couverture sociale et d'une prise en charge des soins consécutifs à un accident du travail sans

³⁹³ Art. L. 752-24 du Code rural.

³⁹⁴ C. ZACHARIE, « Accidents du travail et maladies professionnelles », fascicule 650-50, *op. cit.*

³⁹⁵ Question écrite avec réponse n°54046, publication au JO : Assemblée nationale du 17 févr. 1992, M. G. LENGAGNE. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration.

³⁹⁶ K. PALERMO, thèse, *op. cit.*

obligation de cotisation minimale ni temps d'immatriculation obligatoire au régime agricole. Ainsi, l'agriculteur affecté par un sinistre dans le cadre de son activité professionnelle voit ses soins pris en charge par le régime obligatoire, la mutualité sociale agricole, dès sa première heure et son premier jour de travail. Toutefois, ce principe de gratuité des soins pour les victimes d'accidents du travail est, petit à petit, remis en cause par certains dispositifs de réduction de dépenses. Les déremboursements des médicaments, les dépassements d'honoraires des professionnels de santé, les participations forfaitaires, les franchises médicales³⁹⁷ et les sanctions pour non-respect des parcours de soins sont autant de causes qui portent atteinte à la réparation intégrale des soins en cas d'accident du travail, menaçant le principe de gratuité des soins. Ce sont toutefois les franchises d'un euro et les participations forfaitaires (Paragraphe 1) qui marquent cette plus grande atteinte. Les franchises médicales sont, quant à elles, censées aider l'assurance maladie à faire face aux dépenses liées à certains soins (Paragraphe 2). Est prévue également une participation aux frais de certains actes (Paragraphe 3). Enfin, le tiers payant généralisé constitue par ailleurs une forme de prise en charge *a priori* gratuite (Paragraphe 4).

Paragraphe 1. Les franchises d'un euro

Depuis la loi du 13 août 2004, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005³⁹⁸, les assurés sociaux sont soumis au paiement d'une participation forfaitaire d'un euro dès lors qu'ils consultent ou qu'un acte est réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste. Il n'y a pas de spécificité sur le lieu de la consultation. Il peut s'agir d'un cabinet, d'un hôpital, d'un domicile, d'un dispensaire. À cette législation sont également soumis les analyses de biologie médicale et les examens de radiologie. Toutefois, le nombre de prélèvements de ces participations forfaitaires est plafonné journalièrement et annuellement. En cas de consultation, au cours de la même journée, de plusieurs médecins différents, un euro est retenu pour chaque acte ou consultation. Si, toutefois, un même médecin est consulté dans la même journée ou réalise plusieurs actes lors d'une même séance, les participations forfaitaires pour un même assuré sont plafonnées à quatre euros par jour pour un même professionnel de santé. Pour les actes de biologie, le montant des participations forfaitaires risque d'être lourd s'il n'est pas plafonné ; c'est pour cela que le législateur a prévu une limite de quatre euros par jour et par laboratoire exécutant,

³⁹⁷ *Idem.*, p. 310.

³⁹⁸ Loi n°2004-810, décret n°2004-1453 du 23 décembre 2004 concernant l'application de la participation forfaitaire visée par l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale, JO n°303 du 30 décembre 2004. Circ. CCMSA n°2004/58 du 27 décembre 2004.

en se basant sur un principe de prélèvement d'un euro par code d'acte de biologie réalisé et ne concernant pas les actes de prélèvement³⁹⁹.

En cas de soins dans un établissement public, des flux informatifs de soins externes sont adressés par ce dernier et conduisent à mettre à jour les compteurs respectifs des assurés, et cela, même si l'individu se fait soigner dans le cadre d'un accident du travail.

Pour le recouvrement des participations forfaitaires par les organismes de protection sociale, une interprétation a donné lieu à un délai de prescription⁴⁰⁰ très étonnant, car la loi n'a pas posé de temps d'action. Ce dernier ne s'aligne ni sur celui du droit de la sécurité sociale, qui est de deux ans, ni sur celui des finances publiques. Les sommes à recouvrer ne possèdent pas le caractère de prestation sociale ou de redevance fiscale. Ce temps de prescription a étrangement été donné à la lumière du Code civil. C'est la prescription extinctive de droit commun qui s'applique en cas d'absence de disposition législative particulière. Elle a été trentenaire⁴⁰¹ jusqu'à la modification de la prescription en matière civile⁴⁰². Depuis la loi du 17 juin 2008, portant réforme de la prescription en matière civile, le délai de recouvrement applicable à la participation forfaitaire est de cinq ans⁴⁰³.

Néanmoins, le plafond annuel du montant total des participations forfaitaires est limité à cinquante euros par personne, sur une même année civile, soit au 31 décembre⁴⁰⁴. Ces dernières sont déduites automatiquement du montant des remboursements et ne sont pas prises en charge par les assurances complémentaires de santé à quelque titre que ce soit. Cependant, certains assurés sociaux ne sont pas soumis à cette obligation de participation : parmi eux, il y a les femmes enceintes qui sont prises en charge par l'assurance maternité⁴⁰⁵, les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et les enfants de moins de dix ans⁴⁰⁶. Les victimes d'accidents du travail sont dispensées de l'avance des frais lorsque ces derniers entrent dans le cadre de la législation des accidents du travail. Il était presque logique que les accidentés du travail puissent appartenir à la liste des personnes exonérées de la participation forfaitaire

³⁹⁹ Décret n°2007-1166 du 01/08/2007 paru au JO du 02/08/2007. Articles L322-2 et D.332-4 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁰⁰ Circulaire CCMA 2004/58 du 27/12/2004, LTC CCMSA n°2007/371 du 02/08/2007, circulaire CCMSA n°2006/015 du 04/05/2006 relative au recouvrement.

⁴⁰¹ Art. 2262 du Code civil.

⁴⁰² Loi n°2008-561 du 17 juin 2008, publiée au JO le 17/06/2008, réformant la prescription en matière civile.

⁴⁰³ Art. 322-2 du Code de la sécurité sociale et art. 2224.

⁴⁰⁴ Décret n°2007-1166 du 01/08/2007, *op. cit.*

⁴⁰⁵ C'est-à-dire qui ont des soins à partir du premier jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au douzième jour suivant l'accouchement.

⁴⁰⁶ Les ayants droit âgés de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année civile de référence. Par exemple, si la victime a 18 ans au 29 septembre 2006, la participation forfaitaire sera retenue au 1^{er} janvier 2007.

d'un euro. Cependant, il n'en a pas été décidé ainsi par le législateur. L'agriculteur, comme toute personne victime d'une atteinte corporelle ou psychique du fait de son activité professionnelle, peut voir son droit à réparation remis en question. Il semblerait qu'appréhender de cette façon la solidarité créée par le biais des franchises constituerait une véritable entorse au pacte de 1898⁴⁰⁷, car les victimes d'accidents financeraient le « trou de la sécurité sociale » alors que c'était aux employeurs de participer au financement de la branche « accidents du travail »⁴⁰⁸. Force est de constater qu'une telle participation financière demandée à la victime peut la placer dans une fragilité pécuniaire, diminuant son budget mensuel selon l'importance et la cadence des soins nécessités par sa pathologie.

Le 28 janvier 2015 a été enregistrée, à la présidence du Sénat, une proposition de loi visant à supprimer les participations forfaitaires et les franchises médicales. Un des motifs évoqués est que ces dernières ne répondent pas au principe fondamental⁴⁰⁹ selon lequel chacun cotise selon ses moyens et perçoit selon ses besoins ; cette règle est issue du Conseil national de la résistance, qui a élaboré les principes fondamentaux de notre protection sociale actuelle⁴¹⁰.

Cette entorse au principe de base de la sécurité sociale est encore plus marquante pour les victimes d'accidents du travail et par la même occasion pour les agriculteurs accidentés du travail, car l'indemnisation de leur préjudice est écornée et va à l'encontre de la « *logique juridique de la réparation* »⁴¹¹. Cette incohérence est amplifiée par la loi créant les franchises médicales⁴¹².

Paragraphe 2. Les franchises médicales

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008⁴¹³ a instauré les franchises médicales avec pour finalité d'aider l'assurance maladie à supporter les dépenses inhérentes aux soins palliatifs, au cancer et à la maladie d'Alzheimer. Cette mesure devait faire entrer dans les caisses de la sécurité sociale 850 millions d'euros annuellement. Son champ d'application est large car il concerne différents soins, mais il reste forfaitaire car variant selon le type de

⁴⁰⁷ J.-J. DUPEYROUX nomme ainsi l'accord relatif aux accidents du travail.

⁴⁰⁸ Communiqué de presse de la FNATH du 13 juillet 2004, cité dans la thèse de K. PALERMO, *op. cit.*

⁴⁰⁹ M. ETIEVENT, *Ambroise CROIZAT ou l'invention sociale*, Ed. GAP, 1^{er} oct. 1999, 184 pages. À travers cet ouvrage, le principe de base de la solidarité de la sécurité sociale, mis en place par Ambroise CROIZAT en 1945, est expliqué. Il ne figure, cependant, dans aucun texte de droit.

⁴¹⁰ Sénat.fr, « Propositions de loi visant à supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires ».

⁴¹¹ K. PALERMO, thèse, *op. cit.*, p. 320.

⁴¹² Article 52 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, qui instaure les franchises médicales et modifie les dispositions du Code de la sécurité sociale.

⁴¹³ Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007, publié au JO du 30 décembre 2007, complété par l'article 52 de la loi de FSS 2008,

prestation. Les médicaments remboursables sont soumis à une participation de 50 centimes d'euro par boîte, les actes paramédicaux à cinquante centimes d'euro par acte, et cela, que l'acte soit unique ou associé à une série d'actes. Pour les transports, la participation s'élève à deux euros par trajet ; s'il s'agit d'un aller-retour, il faudra compter deux trajets, soit deux fois deux euros. Le transport est fréquemment utilisé pour se rendre à des séances de kinésithérapie qui sont souvent quotidiennes. Il ressort de ce constat qu'une journée de rééducation, par exemple, peut se révéler coûteuse pour l'accidenté. Le cumul des franchises médicales et des participations forfaitaires sur une journée constitue un véritable frein à l'accès aux soins pour les victimes d'accidents du travail ; elles peuvent limiter les interventions médicales afin de ne pas alourdir leur situation financière. À l'origine, la législation ne prévoyait aucune participation liée aux soins des accidentés. Bien au contraire, elle valorisait la gratuité des soins ; pour cela, la victime recevait une feuille d'accident du travail la dispensant de toute avance de frais médicaux pour qu'elle puisse se soigner sans difficulté. Force est de constater que l'instauration de ces franchises pour les accidentés du travail ne respecte pas l'esprit de la loi du 9 avril 1898.

Cependant, le législateur a fixé des limites aux prélèvements des participations sur ces prestations en posant tout d'abord le principe que la franchise ne peut jamais être supérieure au montant du remboursement. Par exemple, dans le cas d'un médicament à deux euros et pris en charge sur la base d'une vignette orange remboursable sur une base de 15%, soit 0,30 euro, le prélèvement de la franchise ne pourra être que de 0,30 centime et non pas de 0,50 centime. Ensuite, comme pour les forfaits d'un euro, un plafond journalier et annuel a été établi afin de ne pas pénaliser les assurés.

Les médicaments ne bénéficient pas d'une limite journalière. Toutefois, les actes paramédicaux sont plafonnés à deux euros par jour, c'est-à-dire quatre actes et quatre euros pour les transports, soit deux trajets. Quant au plafond annuel, il est de cinquante euros sur ces trois prestations visées par les franchises : médicaments, actes paramédicaux et transports.

Les personnes concernées par ces dispositifs sont pratiquement les mêmes que celles visées par la législation sur les participations forfaitaires, c'est-à-dire toute personne de dix-huit ans et plus, hormis les bénéficiaires de la CMU-C, les femmes enceintes (tel que précisé dans le cadre des participations forfaitaires d'un euro), et les ayants droit ayant atteint leur majorité entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année civile de référence. Dans ce dernier cas, la franchise ne leur sera applicable qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante. Cependant,

s'ils deviennent ouvrants droit et ont plus de seize ans, ils sont alors considérés comme des assurés majeurs ; ils devront donc s'acquitter des franchises.

Le législateur ne distingue pas les risques qui ont conduit l'assuré à avoir recours aux soins. Ainsi, les accidentés du travail, qu'ils relèvent du régime général ou du régime agricole, qu'ils soient des salariés agricoles ou des non-salariés agricoles, sont concernés par l'application de la franchise en cas de soins effectués dans le cadre des accidents du travail. Cette absence de distinction et d'exonération des franchises médicales pour les victimes est une véritable entrave à l'accès aux soins. Dès l'annonce de cette participation des malades, sans distinction de leur pathologie, les assurés ont entamé une grève des soins⁴¹⁴. L'ANDEVA⁴¹⁵ et la FNATH⁴¹⁶ ont essayé en vain de contester juridiquement cette législation sur les franchises médicales en déposant un recours devant le Conseil d'État⁴¹⁷ au motif que le décret en question porterait atteinte à l'accès aux soins. Fortes de la décision du Conseil constitutionnel du 13 décembre 2007, qui demandait que les franchises médicales ne constituent pas une entrave à l'accès aux soins du fait de leur montant, et ce, conformément au préambule de la Constitution de 1946, dans son onzième alinéa, l'ANDEVA et la FNATH ont appelé le Conseil d'État à constater que l'effort imposé aux assurés ne respectait pas la réserve émise par le Conseil constitutionnel en date du 13 décembre 2007. En effet, le montant des franchises fixées par décret, cumulé aux autres dispositifs mis à la charge des malades, tels que les participations forfaitaires d'un euro, le forfait hospitalier, la participation de 18 euros sur certains actes, impliquait un énorme effort financier pour certaines personnes démunies et pouvait constituer un obstacle insurmontable à l'accès aux soins.

Cette législation touche les accidentés du travail d'une façon injuste, à double titre. Tout d'abord, ils n'ont jamais fait partie des personnes exonérées des participations aux soins, telles que les bénéficiaires de la CMU-C, les femmes enceintes et les mineurs. Il est vraisemblable que les bénéficiaires de la CMU-C ont obtenu ce droit à la suite d'une étude de ressources qui a prouvé des revenus inférieurs à un certain plafond fixé par les pouvoirs publics. L'exonération des femmes enceintes a sûrement un lien avec leur effort de relance de la natalité, et celle des mineurs a sans doute pour objectif de ne pas surcharger financièrement la personne qui en est responsable. Cependant, les accidentés du travail sont sous la

⁴¹⁴ Le figaro.fr, « Franchises : plusieurs malades en grève des soins », par S. LAURENT, mis en ligne le 18 janvier 2008.

⁴¹⁵ Association nationale de défense des victimes de l'amiante.

⁴¹⁶ Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés.

⁴¹⁷ Communiqué de presse de l'ANDEVA et de la FNATH en date du 22 janvier 2008.

gouvernance du « *deal de 1898*⁴¹⁸ » ; alors, pourquoi le législateur ne le respecte-t-il pas et ne donne-t-il aucune contrepartie en échange ? Les assurés couverts par la législation sur les accidents du travail devraient être exonérés des franchises et participations forfaitaires, à l'instar des assurés sociaux précités. Ensuite, les victimes d'accidents du travail sont désavantagées par rapport aux autres personnes atteintes d'un dommage corporel ou psychologique qui, elles, peuvent demander la réparation de leur entier préjudice et voir les franchises médicales prises en charge par l'auteur du dommage, au même titre que les participations forfaitaires d'un euro ou autres dépenses restées à leur charge du fait de l'accident. Sans oublier que les victimes de certaines maladies professionnelles, telle l'amiante, n'ont aucune franchise à leur charge. Il serait juste de repenser ce dispositif qui pèse sur les personnes accidentées du travail et de l'aligner sur les prises en charge des victimes d'atteintes corporelles et de l'amiante.

Par ailleurs, le principe de gratuité est manifestement menacé par une augmentation de la participation aux frais liés aux soins.

Paragraphe 3. La participation aux frais de certains actes

L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006⁴¹⁹ a créé une participation forfaitaire de 18 euros sur les actes dont la valeur dépasse 91 euros ou dont le coefficient est supérieur à 50, et qui étaient exonérés du ticket modérateur. L'application du dispositif date du 1^{er} septembre 2006⁴²⁰. La Caisse centrale de MSA le diffuse aux caisses *via* trois lettres en date des 28 juin, 18 juillet et 21 juillet 2006⁴²¹. Les individus atteints d'un préjudice professionnel ne sont pas épargnés et sont sollicités pour participer à leurs frais de santé. À cet agencement s'ajoute le nombre de médicaments déremboursés, de plus en plus croissants, que les assurés paient alors qu'ils ne le devraient pas quand ils sont en accident du travail. Il y a, également, les dépassements d'honoraires des professionnels de santé, et l'obligation d'avoir un médecin traitant et de le consulter pour être remboursé convenablement.

⁴¹⁸ J.-J. DUPEYROUX, « un deal en béton », revue de droit social, juillet-août 1999

⁴¹⁹ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, parution au JO n°295 en date du 20 décembre 2005.

⁴²⁰ Décret n°2006-707 du 19/06/2006 qui modifie l'article R-322-8 du Code de la sécurité sociale, parution au JO du 20 juin 2006.

⁴²¹ LTC CCMSA n°278 du 28/06/2006, LTC CCMSA n°321 du 18/07/2006 et LTC CCMSA n°342 du 21/07/2006.

Toutes ces règles pénalisent les agriculteurs qui ont subi un accident du travail. À leur instar, les assurés des autres régimes sont soumis aux mêmes règles de remboursement. Il conviendrait de repenser la participation aux soins grandissante qui est demandée aux victimes alors qu'elles sont censées bénéficier de la gratuité de ces derniers. Cette dernière se caractérise par une prise en charge des soins à 100% sur le tarif de responsabilité de la sécurité sociale et sur la dispense d'avance des soins. Le premier point est complètement remis en question, comme nous venons de le voir, et le second présente un paradoxe avec la législation sur le tiers payant généralisé.

Paragraphe 4. Le tiers payant généralisé ou la course vers la gratuité des soins

La législation sur les accidents professionnels est apparue, dès le départ, comme une avancée considérable en matière de protection sociale du travailleur accidenté. Pour pouvoir se soigner en toute quiétude, la victime est dispensée de l'avance des frais et bénéficie d'un tiers payant intégral. Cette forme de prise en charge sous-entend une gratuité des soins. À présent, cet avantage perd peu à peu de sa substance et de son sens. Au fur et à mesure des législations, certains assurés sociaux ont acquis le droit au bénéfice du tiers payant et se sont retrouvés avec les mêmes privilèges que les assurés contre les accidents du travail. Dans cette perspective, Madame Marisol TOURAINE⁴²² a souhaité moderniser notre système de santé⁴²³ en instaurant, notamment, le tiers payant généralisé. Ce système de remboursement a été établi en plusieurs étapes. Il était appliqué depuis longtemps par certains professionnels de santé tels que les pharmaciens, les radiologues ou les laboratoires. Le nombre de personnes concernées n'a cessé de s'accroître. Avant la loi dite « Santé », le tiers payant était appliqué aux personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et, depuis le 1^{er} juillet 2016, de l'aide à la complémentaire santé. Avant l'adoption de cette loi, et dès juillet 2016, les femmes enceintes et les bénéficiaires d'une ALD (affection de longue durée) étaient les premiers concernés par ce procédé, mais le tiers payant restait à la discrétion des praticiens. Une vaste généralisation de celui-ci sera faite à partir du 1^{er} janvier 2017, pour devenir obligatoire à compter du 1^{er} décembre 2017⁴²⁴. Mais, dès le 31 janvier 2016, le tiers payant devient une prérogative obligatoire pour les femmes

⁴²² Ministre des Affaires sociales et de la Santé, date de prise de poste : le 16 mai 2012.

⁴²³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

⁴²⁴ Face aux protestations des professionnels de santé, la réforme est suspendue. Le versement des prestations de santé représenterait des formalités de gestion supplémentaires pour les praticiens. Pour le moment, aucune date de report n'est communiquée. L'obligation initiale de proposer un tiers payant aux patients pourrait être remplacée par un dispositif d'incitation au tiers payant.

enceintes et les bénéficiaires d'une ALD. Ces personnes, qui ne devront pas régler le ticket modérateur, ainsi que les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, se retrouvent dans la même situation que les travailleurs victimes d'un accident du travail. Les assurés sociaux *lambda* gagnent en protection sociale, et la loi de Madame TOURAINE donne l'impression que les soins sont gratuits car les assurés ne les règlent plus, hormis le cas d'un dépassement d'honoraires, d'un acte non remboursable ou correspondant à la part de la mutuelle. Les victimes de sinistres professionnels voient leur situation stagner et leur préjudice professionnel non entièrement pris en compte. L'accord de 1898 semble ne plus avoir de sens.

La prise en charge et le remboursement intégral des soins des assurés victimes d'accidents du travail connaissent leurs limites. Il est nécessaire de réparer ce paradoxe en supprimant les participations forfaitaires et les franchises afin que le travailleur accidenté bénéficie effectivement de la prise en charge totale et réelle de ses soins. Il convient également de repenser les participations financières qui restent à la charge du travailleur, comme les dépassements sur les produits ou les déremboursements. Pourquoi ne pas instituer une obligation de remboursement de ces frais à l'employeur qui devrait supporter le risque de son activité ?

À l'existence d'un droit de se soigner pour l'accidenté du travail s'ajoute une obligation d'aider la victime à accéder à l'emploi afin qu'elle subvienne à ses besoins. Cette responsabilité incombe à l'employeur par le biais du devoir de rééducation, de réadaptation fonctionnelle et de reclassement des blessés.

Section 3. La rééducation, la réadaptation professionnelle et le reclassement des victimes

La rééducation, la réadaptation professionnelle et le reclassement des victimes sont des éléments déterminants de la réparation. Ils font partie intégrante du dédommagement du préjudice professionnel, car leur but est d'éviter que la victime se retrouve en marge de la société. Ces procédés de dédommagement vont permettre à l'accidenté de rester en activité tout en trouvant un emploi adapté à son nouvel état de santé.

La compensation professionnelle de l'agriculteur victime d'un accident du travail est quasiment identique à celle du salarié du régime général⁴²⁵. Le Code rural qui s'applique aux

⁴²⁵ C. ZACHARIE, fasc. 650-50, « Accidents du travail et maladies professionnelles », JurisClasseur Protection sociale Traité, 1^{er} juin 2011, dernière mise à jour le 1^{er} octobre 2012.

agriculteurs est plus souple que le Code de la sécurité sociale, puisque la victime agricole est dispensée de recourir à l'expertise médicale prévue à l'article R. 432-6 en cas de divergence sur la prise en charge. Elle est remplacée par un examen médical effectué par un praticien choisi par le médecin-conseil et le médecin traitant. En cas de désaccord sur cette désignation, le président du tribunal des affaires de sécurité sociale indiquera la personne qui effectuera l'examen médical⁴²⁶.

Le dispositif d'adaptation consiste en la maîtrise d'un nouveau métier pour une personne qui est devenue inapte à exercer son ancienne profession à la suite de son sinistre au travail. Elle a le droit d'intégrer un établissement public ou privé afin de bénéficier d'une rééducation professionnelle. Cette dernière peut prendre la forme d'un placement chez un employeur choisi par la victime afin d'apprendre un métier en lien avec son état de santé. La formation peut être autant pratique que théorique et se dérouler au sein de l'ancienne entreprise de la victime.

La qualification de la convention de rééducation peut susciter des interrogations afin de déterminer le régime qui lui sera applicable. Le Code du travail⁴²⁷ est venu préciser la nature juridique du contrat de rééducation professionnelle en lui donnant la définition d'un contrat de travail. Il possède une particularité car il concerne d'autres acteurs en plus de l'employeur et du salarié, à savoir, la Direction de l'unité territoriale travail et emploi et la MSA.

Ce contrat ne peut pas prendre la forme d'un contrat à durée indéterminée puisqu'il s'agit d'un apprentissage. Sa durée est d'un minimum de trois mois et peut s'étendre à un an. Il peut être renouvelé si le salarié en éprouve le besoin. Une fois signé, il doit obligatoirement être envoyé à la DIRECCTE⁴²⁸ pour information.

Les modalités de la rémunération sont posées par l'article L.5213-7 du Code du travail. Ce dernier précise que le bénéficiaire de la rééducation professionnelle a droit à un minimum de rétribution. En effet, il ne doit pas percevoir un montant inférieur à celui prévu par la convention collective pour un salarié du premier échelon de la catégorie professionnelle le concernant. La nature du salaire de la victime peut poser quelques difficultés juridiques car le traitement présente une dichotomie. Il est financé, d'une part, par la participation de l'employeur et, d'autre part, par celle de la caisse de mutualité sociale agricole. Il n'existe pas

⁴²⁶ Articles R.751-33 et R.751-134 du Code rural et de la pêche maritime.

⁴²⁷ Article D.1242-3 du Code du travail.

⁴²⁸ Direction départementale du travail et de l'emploi.

de texte prévoyant le taux de participation de chacune des parties pour le versement du salaire de la victime. La volonté des parties devient alors leur loi. Cependant, afin que la caisse de protection sociale puisse indemniser l'accidenté du travail pendant sa période de rééducation, il est nécessaire que celle-ci soit précédée d'un arrêt de travail. Dans le cas contraire, le salarié ne pourra pas recevoir le bénéfice des indemnités journalières pendant le temps de son contrat de rééducation professionnelle.

La réadaptation fonctionnelle est prévue à l'article L.432-7 du Code de la sécurité sociale et s'applique également à la victime d'un accident professionnel agricole. Cet article prévoit que la victime qui suit un traitement en vue de sa réadaptation fonctionnelle garde le bénéfice de son indemnité journalière tout le temps de ce traitement. Cependant, le maintien de l'indemnité journalière est subordonné au respect des conditions suivantes :

- La victime doit accomplir les exercices et travaux prescrits afin de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.
- Elle doit se soumettre aux visites médicales et aux contrôles médicaux diligentés par la caisse de MSA.
- Il lui est interdit d'exercer une activité professionnelle non autorisée.

Le non-respect de ces conditions peut amener la caisse de protection sociale à réduire ou à suspendre le versement des indemnités journalières. Mais, si ces prescriptions sont bien observées, l'accidenté du travail pourra percevoir ses indemnités journalières le temps de sa réadaptation. Ainsi, l'insertion professionnelle de l'accidenté devient une priorité durant la phase de réparation.

Le reclassement et l'orientation professionnelle des sinistrés sont organisés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), depuis la loi du 11 février 2005⁴²⁹. Avant cette loi, c'était la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) qui exerçait cette mission. Cette structure administrative se trouvait sous l'égide de la législation des mutilés de guerre et présentait de nombreux dysfonctionnements. Pour ces motifs, elle a été amenée à disparaître au profit d'une nouvelle entité chargée de gérer l'étude de prestation et d'orientation professionnelle. La CDAPH remplace donc la COTOREP mais également la Commission départementale de

⁴²⁹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n°36 du 12 février 2005.

l'éducation spécialisée (CDES). C'est au sein de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)⁴³⁰ que la CDAPH va statuer sur les demandes de prestations et d'orientations professionnelles, après avoir procédé à une évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire. Actuellement, la MDPH est une structure clé pour les personnes présentant une déficience ne leur permettant pas d'avoir un emploi afin d'assurer leur survie au même titre qu'une personne valide.

Tous ces dispositifs d'aide à l'emploi sont des éléments incontestables de socialisation des victimes d'accidents du travail. Ils sont le corollaire indispensable de l'obligation d'emploi ou de réinsertion posée par les lois du 7 janvier 1981⁴³¹ et du 10 juillet 1987⁴³². Ils donnent l'apparence d'une contrepartie équitable des préjudices professionnels. Cependant, comme le relève Karine Palermo dans sa thèse⁴³³, ces obligations ne sont pas respectées, comme en témoigne le secrétaire de la FNATH lors d'un colloque à Perpignan, en juin 1990⁴³⁴.

Pendant le temps de son arrêt de travail faisant suite à son accident professionnel, la victime est dite en incapacité temporaire de travail. En plus de pouvoir bénéficier de soins médicaux liés à son sinistre, l'agriculteur peut percevoir des prestations en espèces, appelées communément indemnités journalières. Il convient de faire une rétrospective de leurs modalités de calcul afin de mettre en lumière leurs faiblesses, même si leur objectif est de constituer un salaire de remplacement pendant l'arrêt de travail.

Section 4. Les indemnités journalières, une réparation en espèces inégale

Le mode de calcul des indemnités journalières est différent selon la catégorie de l'agriculteur : non-salarié (Paragraphe 1) ou salarié agricole (Paragraphe 2). La législation qui définit et pose leur règle d'établissement démontre une inégalité de traitement entre ces deux catégories d'agriculteurs, qui est inadmissible à l'heure où se multiplient les revendications relatives aux droits fondamentaux⁴³⁵.

⁴³⁰ Maison départementale des personnes handicapées, créée également par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, déjà citée.

⁴³¹ Loi n°81-3 du 7 janvier 1981 concernant la protection de l'emploi des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, JO du 8 janvier 1981.

⁴³² Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 concernant l'emploi des travailleurs handicapés, JO du 12 juillet 1987.

⁴³³ *Ibid.*

⁴³⁴ M. ROYEZ, « Propositions d'évolution de la réparation », *Droit social*, septembre-octobre 1990 ; et K. PALERMO, thèse, *op. cit.*

⁴³⁵ G. HELLERINGER et G. KITERI, « Le rayonnement des droits de l'homme et des droits fondamentaux en droit privé », *Revue internationale de droit comparé*, vol. 66, n°2, 2014, Études de droit contemporain, contribution française au 19^e congrès international de droit comparé, Vienne, 20-26 juillet 2014, 2014.

Paragraphe 1. La réparation de l'incapacité temporaire de travail pour les non-salariés agricoles

Les prestations en espèces prennent la forme d'une indemnité journalière versée à la victime d'un accident du travail ou du trajet pendant le temps de son arrêt de travail. Le salarié agricole et le non-salarié agricole ne se trouvent pas dans une situation égale quant au versement du salaire de remplacement.

Tout d'abord, cette dissemblance se remarque sur l'imposition d'un délai de carence de sept jours suivant la date de départ de l'incapacité de travail pour « *les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, les membres non salariés de sociétés, les mandataires de sociétés ou de caisses locales d'assurances mutuelles agricoles, les cotisants solidaires, sous certaines conditions, les aides familiaux et associés d'exploitation ou d'entreprise (conjoints, concubins ou pacés du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole)*^{436 437} ». Les enfants des non-salariés agricoles sont également couverts par l'ATEXA, l'assurance sur les risques professionnels des agriculteurs non salariés, s'ils participent occasionnellement aux travaux de l'exploitation. En cas d'arrêt de travail lié à un accident professionnel ou à un accident du trajet, l'indemnisation prendra effet à partir du huitième jour non travaillé. Ce délai de carence est inconcevable car il en résulte que le préjudice professionnel n'est pas indemnisé avec efficience ; ce mode de prise en charge constitue une forte atteinte à la réparation intégrale. Il rompt avec l'égalité entre les assurés sociaux et met à mal les deux principes fondateurs de notre système de sécurité sociale : l'unicité et l'uniformité. Les salariés, qu'ils soient agricoles ou soumis au régime général du commerce et de l'industrie, perçoivent leur compensation de salaire dès le premier jour d'arrêt de travail, sans délai de carence.

De plus, en cas d'incapacité temporaire de travail, les indemnités journalières versées correspondent à une somme journalière forfaitaire alors que pour les salariés agricoles, l'indemnisation est calculée en fonction du salaire qu'aurait réellement perçu le travailleur au moment de l'accident du travail ou du trajet. Pour les non-salariés agricoles, le forfait est fixé à 21,04⁴³⁸ euros à compter du huitième jour d'arrêt de travail et à 28,05⁴³⁹ euros à compter du 29^e jour d'inactivité et non de l'accident⁴⁴⁰.

⁴³⁶ Msa-cotesnormandes.fr, « Exploitants agricoles, tout savoir sur l'Atexa ».

⁴³⁷ Art. L.752-5 du Code rural et de la pêche maritime.

⁴³⁸ Correspond à 60% du 1/365^e du gain forfaitaire annuel, lequel est fixé à 12 796,23 € au 1^{er} avril 2014.

⁴³⁹ Correspond à 80% du 1/365^e du gain forfaitaire annuel, lequel est fixé à 12 796,23 € au 1^{er} avril 2014.

⁴⁴⁰ T. TAURAN, fasc. 50, Droit social agricole, « Les accidents du travail et maladies professionnelles en agriculture », dernière mise à jour le 3 avril 2017.

Afin que l'activité agricole continue malgré le sinistre professionnel de l'agriculteur, un service de remplacement a été prévu et existe dans chaque département. Ce service est destiné à pallier l'empêchement de l'activité en mettant à disposition des structures agricoles des agents de remplacement. En plus de remédier aux absences des exploitants pour cause de maladie, maternité, paternité, congés, formation, vacances, ce service de substitution épaulé l'entrepreneur agricole en cas d'accident du travail.

La situation des agriculteurs salariés, quant à elle, est bien différente.

Paragraphe 2. La réparation de l'incapacité temporaire de travail pour les catégories d'agriculteurs autres que les non-salariés

Selon la convention collective d'appartenance, l'accidenté du travail peut soit percevoir des indemnités journalières en remplacement de sa rémunération, soit voir le maintien de son salaire durant l'arrêt de travail. Dans ce dernier cas, l'indemnité journalière au titre de l'accident de travail sera versée à l'employeur qui a maintenu la rémunération.

L'incapacité représente l'inaptitude d'une personne victime d'un sinistre professionnel à exercer son activité professionnelle. De ce fait, le travailleur percevra des indemnités journalières tant que son repos et ses soins seront justifiés par son état de santé. Le préjudice doit être médicalement constaté et l'incapacité est dite temporaire car l'agriculteur recevra son indemnisation tant que son état ne sera pas reconnu comme stable ou guéri.

Le calcul de l'indemnité journalière est entouré d'une complexité et d'une technicité qui peuvent faciliter l'erreur du technicien de l'organisme de protection sociale. Les règles sont opaques et ne permettent pas à l'assuré de contrôler l'indemnité qui lui est proposée. Dans son rapport de juillet 2002⁴⁴¹, la Cour des comptes pointait du doigt la lourdeur de la législation permettant le calcul des indemnités journalières en matière d'arrêt de travail. Depuis, aucun effort de simplification n'a été opéré par les pouvoirs publics.

Tout d'abord, il convient de déterminer la nature de l'activité de la victime du sinistre professionnel afin de pouvoir calculer le montant de l'indemnité journalière qui lui sera servie. Avant de procéder au calcul du revenu de remplacement, il est primordial de déterminer la période de référence. Les risques d'erreur dans les modalités de calcul commencent dans la qualification du travailleur agricole. En effet, il existe dix catégories de

⁴⁴¹ Cour des comptes, « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », rapport, juillet 2002.

personnes actives susceptibles d'être prises en charge de manière différente. Les accidentés du travail et du trajet, dans le cadre de leur emploi agricole, peuvent être les salariés dits standards, les apprentis, les élèves, les ouvriers (forestiers, gemmeurs, bûcherons et tâcherons), les métayers, les travailleurs saisonniers, les travailleurs occasionnels, les VRP, les membres bénévoles tels que les administrateurs, les vendangeurs.

L'élève victime d'un sinistre professionnel ne pose pas de difficulté quant à son indemnisation, car sa catégorie n'ouvre pas de droit aux bénéfices des indemnités journalières en accidents du travail.

Le salarié standard correspond au travailleur qui est lié par un contrat à durée déterminée ou indéterminée avec un employeur agricole. L'article R. 751-48 du Code rural et de la pêche maritime détermine la période de référence servant au calcul de l'indemnité journalière en accidents du travail. La difficulté vient de trois cas de figure envisagés par cet article. Lorsque le salaire est réglé mensuellement, il convient de tenir compte de la paie du dernier mois civil précédant la date de l'arrêt de travail. Si le travailleur perçoit sa paie toutes les deux semaines ou encore hebdomadairement, il faudra retenir les deux ou quatre dernières paies du mois civil précédant l'arrêt de travail. Dans les autres cas de figure, la paie à retenir est celle qui correspond à la dernière paie du mois civil précédant le jour de l'arrêt de travail.

Ces différentes situations se réfèrent à la notion de dernière paie. Ce principe a nécessité une interprétation par les hauts magistrats. Deux arrêts des 21 juin 1951 et 8 novembre 1951 ont précisé la définition de la notion de « dernier salaire ». Cette dernière doit être entendue comme constituant la dernière rémunération perçue avant la date de l'arrêt de travail.

Le travailleur saisonnier détient le même temps de référence pour le calcul de son gain journalier. En conséquence, l'article R.751-48 du Code rural et de la pêche maritime lui est appliqué. L'indemnité journalière qui lui sera servie sera calculée à partir de la dernière paie perçue avant l'interruption de l'activité.

Pour l'apprenti qui se trouve lié à un employeur agricole, la période de référence est identique à celle du salarié standard. Pour calculer son salaire de référence, il convient de prendre en compte la rémunération perçue le dernier mois précédant l'interruption de travail.

On remarque une différence avec les ouvriers, les forestiers, gemmeurs, bûcherons et tâcherons. La phase de revenu à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité journalière est plus longue. Ce calcul se fait à partir des douze mois civils antérieurs à la cessation

d'activité, d'après l'article R.751-51 du Code rural et de la pêche maritime. La même période de référence est également appliquée au VRP⁴⁴².

Les métayers ont la particularité de ne pas bénéficier d'une période de référence pour la détermination de leur revenu de remplacement, à la suite d'un sinistre professionnel.

Le travailleur occasionnel se voit accorder également un temps de calcul spécifique. Tout d'abord, il faut préciser que la difficulté vient de la détermination de la qualité de travailleur occasionnel. Cette dernière s'apprécie au moment de l'interruption de l'activité. Ensuite, il faut prendre en considération la période de référence correspondant à l'employeur chez qui est survenu le sinistre. Elle se quantifie selon le nombre de jours décomptés entre le début du contrat de travail et la veille du dernier jour travaillé. Cependant, si le sinistre intervient le premier jour de l'activité, le temps de repère est inexistant. Manifestement, il existe des particularités qui induisent le technicien en erreur et qui témoignent d'un manque de transparence vis-à-vis de la victime.

Le vendangeur aura également une période de référence qui lui est propre. Tout d'abord, il convient de qualifier le contrat de travail qui peut être occasionnel ou non. Si le salarié entre dans la catégorie des travailleurs occasionnels, il faudra lui appliquer la législation qui lui est propre. Dans le cas contraire, la période de référence sera celle qui correspond au mois civil précédant l'interruption de travail consécutive au dommage professionnel.

Pour le membre bénévole qui est principalement l'administrateur, la phase d'évaluation s'apprécie au jour de l'interruption liée à l'accident du travail. La notion de moment de l'accident est importante pour cette catégorie d'agriculteur, car elle permet de déterminer le calcul du salaire de base.

Dès lors que la catégorie de travailleur non salarié a été déterminée et exclue, et que la période de référence servant au calcul de l'indemnité journalière a été définie, il est nécessaire de rechercher les salaires de base qui serviront au calcul du montant de l'indemnité journalière de l'accident du travail.

La difficulté est technique : l'employé de la caisse de mutualité sociale agricole qui liquide le dossier doit rester vigilant. Une mauvaise application de la législation peut léser la victime qui n'a pas les connaissances nécessaires pour contester le montant de l'indemnité journalière qui lui est attribuée.

⁴⁴² Arrêté du 25 juin 2004 et IDJ n°2005-04 du 14 février 2005.

Pour le salarié standard, la détermination du salaire de base servant à ce calcul s'évalue à partir du mois civil antérieur à l'arrêt de travail⁴⁴³.

L'assise du calcul des indemnités journalières d'accident du travail a évolué avec le décret du 20 août 2014⁴⁴⁴. Pour prendre en compte les salaires à retenir, désormais, il faut se reposer sur « *les rémunérations entrant dans le champ d'application des cotisations de sécurité sociale*⁴⁴⁵ ». Dès lors, il convient de prendre en compte, pour le calcul de l'indemnité journalière de base, les rémunérations soumises à cotisations. Les salaires qui sont soumis à des cotisations forfaitaires, comme c'est le cas pour les salariés apprentis, n'échappent pas à cette règle. Ensuite, la rémunération est évaluée selon un principe prévu par le Code rural et de la pêche maritime⁴⁴⁶. Ces éléments ne facilitent pas la détermination du salaire journalier de remplacement. Quand la paie est réglée mensuellement, il faut retenir 30,42^e de la paie du mois civil précédant le jour de l'interruption de travail. Si le traitement est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine, il est nécessaire de prendre en compte la rétribution correspondant aux deux ou quatre dernières paies du mois précédant l'accident du travail. En l'absence de périodicité de paie pour le salarié, il faudra également prendre 30,42^e de la paie du mois civil précédant le jour de l'arrêt de travail.

L'apprenti connaît les mêmes modalités de détermination du salaire de base. À la différence que l'indemnité journalière se calcule à partir du salaire de base réellement perçu par l'apprenti, qui est fonction de son âge et de son année d'études et non de l'assiette de cotisations prélevées sur le salaire.

En ce qui concerne les ouvriers, forestiers, gemmeurs, bûcherons et tâcherons, la détermination du salaire de base pour le calcul de l'indemnité d'accident du travail possède des spécificités tenant à la particularité de leur rémunération. L'important est de déterminer si le travailleur reçoit un salaire mensualisé ou s'il s'agit d'une rémunération à la tâche. Quand la victime est un salarié mensualisé, la règle est de retenir les salaires bruts soumis à cotisations et correspondant aux 12 mois travaillés précédant l'arrêt de travail. La victime payée à la tâche se voit appliquer la quotité de travail et le prix unitaire de cette quotité (le stère de bois, par exemple).

⁴⁴³ Circulaire n°DRAR-2014-030 du 26 décembre 2014.

⁴⁴⁴ Décret n°2014-953 du 20 août 2014 relatif au mode de calcul des indemnités journalières dues au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, JORF n°0194 du 23 août 2014, p. 14021, texte 21.

⁴⁴⁵ Article L.242-1 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁴⁶ Article R.751-48 du Code rural et de la pêche maritime.

Dans tous les cas, les primes qui ne sont pas soumises à cotisations sont exclues du salaire de référence (ex. : prime de mécanisation). Ce qui est dommage pour ces salariés, c'est qu'en cas de période de référence incomplète, il n'existe pas de dispositif déterminant une reconstitution de salaire. La législation lèse la victime qui n'a pas travaillé de façon volontaire lors des douze derniers mois précédant le sinistre professionnel, dans la mesure où elle ne prévoit pas la reconstitution du salaire correspondant aux périodes sans activité. Cependant, quand l'inactivité⁴⁴⁷ est justifiée par une cause qui lui est indépendante⁴⁴⁸, telle que le chômage, la maladie ou l'accident du travail, le salaire journalier de base est évalué en fonction du salaire touché au moment de l'interruption de l'activité professionnelle consécutive au sinistre professionnel. Afin de mettre toutes les victimes de la catégorie des ouvriers, forestiers, gemmeurs, bûcherons et tâcherons au même niveau d'égalité dans le calcul du salaire de base de l'indemnité journalière relative à l'accident du travail, il conviendrait de prendre en compte, pour « tout le monde », une indemnité journalière calculée en fonction de l'emploi occupé et du salaire touché au moment de l'arrêt de travail.

Les métayers bénéficient d'une formule de calcul propre qui va permettre la détermination du salaire journalier de base. Dans leur situation, la difficulté vient du fait qu'il existe deux cas de figure à envisager. Si la victime possède un nombre de jours de métayage prévu dans le contrat, il convient d'appliquer la formule de calcul suivante : $8 \text{ SMIC en vigueur à la date de l'arrêt de travail} \times 130\% \times \text{nombre de journées de métayage}$ ⁴⁴⁹.

La détermination du salaire de base pour le calcul de l'indemnité journalière du travail occasionnel a été posée par l'arrêté du 14 décembre 1973⁴⁵⁰. L'article 1^{er} de cet arrêté stipule que « *le salaire journalier de base à prendre en considération est obtenu en divisant le montant des rémunérations perçues ou acquises par le salarié au cours de la période de travail occasionnel effectué par lui au moment de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, par le nombre de jours calendaires contenus dans cette période* ». Il convient de déduire que le traitement journalier de base déterminé en référence à cet arrêté ne pourra pas être inférieur

⁴⁴⁷ Article R.751-1 du Code rural et de la pêche maritime.

⁴⁴⁸ Article R. 751-52 2° du Code rural et de la pêche maritime.

⁴⁴⁹ Ce qui donne :

$$- \frac{8 \text{ SMIC} \times 130\% \times \text{nombre de jours prévus au contrat}}{300}$$

Cependant, lorsque le contrat ne prévoit pas de nombre de journées de métayage, le salaire de base se détermine en fonction du calcul suivant :

$$- \frac{8 \text{ SMIC} \times 130\% \times \text{montant annuel des cotisations accident du travail dû pour le métayer}}{\text{Montant de la cotisation AT pour 300 jours théoriques de travail}}$$

⁴⁵⁰ JORF du 1^{er} janvier 1974, p. 35.

à quatre fois le SMIC dans les cas où la victime ne travaillait pas plus de quatre heures par jour, et à huit fois le SMIC dans les autres cas de figure.

Ce qui peut complexifier les modes de calcul, c'est la qualité de travailleur occasionnel qui ne s'apprécie pas à la date de l'accident du travail mais au mois qui précède celui-ci, si la victime a perçu un salaire correspondant à un emploi à temps complet ; dans ce cas, et afin de ne pas léser cette dernière, la qualité de travailleur occasionnel ne doit pas être retenue en priorité. Il faut comparer l'indemnité journalière calculée sur le modèle du travailleur occasionnel et celle calculée sur le modèle du travailleur de droit commun et choisir celle qui sera la plus avantageuse pour l'accidenté du travail.

Le VRP⁴⁵¹ se voit appliquer l'arrêté du 25 juin 2004⁴⁵² pour la détermination du salaire de base servant à la détermination de l'indemnité journalière de l'accident professionnel. Il s'agit de retenir les rémunérations brutes soumises à cotisations et correspondant aux douze mois d'activité précédant l'arrêt de travail. Cette catégorie de victimes de sinistre professionnel, qui n'a pas travaillé régulièrement auparavant, peut se retrouver dans une situation de fragilité financière puisque la législation ne prévoit pas de reconstitution de salaires en cas de période de référence incomplète. Cependant, des cas d'inactivité involontaire⁴⁵³ sont prévus par le Code rural et de la pêche maritime⁴⁵⁴, et pour ceux-ci, l'indemnité journalière est calculée en fonction du salaire touché à la date de l'interruption de l'emploi consécutive à cet accident.

Le cas d'un membre bénévole est particulier en ce qui concerne la détermination du salaire de base. Les indemnités journalières qui peuvent être versées aux administrateurs, membres volontaires des organismes sociaux, sont calculées sur la base de deux fois le salaire annuel minimum à la date de l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail⁴⁵⁵.

Les titulaires d'un contrat de vendanges possèdent, eux aussi, un particularisme dans la détermination du salaire de base. Ce dernier est défini à partir du paiement correspondant à l'emploi occupé au jour du sinistre professionnel. Une limite est imposée : il ne doit pas être inférieur à l'ensemble des salaires effectivement perçus lors des différents emplois entrant dans la période de référence.

⁴⁵¹ La mission du VRP (voyageur, représentant et placier) consiste en la commercialisation de produits que vend l'entreprise dont il est employé. Par exemple, une entreprise viticole peut employer un VRP afin qu'il vende ses vins auprès de divers commerces.

⁴⁵² Essentiel Santé, support juridique édité par la CCMSA

⁴⁵³ Article R.751-52-2° du Code rural et de la pêche maritime (maladie, accident du travail, chômage...).

⁴⁵⁴ Article R.751-1 du Code rural et de la pêche maritime.

⁴⁵⁵ Article D.751-8 du Code rural et de la pêche maritime.

Le travail de vendange a la spécificité de pouvoir se dérouler alors que la personne est déjà en congés payés, notamment à la suite d'un emploi dans un autre secteur : le montant retenu pour le calcul de l'indemnité journalière d'accident du travail est particulièrement avantageux pour la victime, car il englobe le cumul de l'activité salariée de vendangeur et les congés payés.

La victime peut avoir le statut de travailleur occasionnel au jour de l'accident du travail ; dès lors, le montant retenu pour le calcul de l'indemnité journalière correspond au montant du salaire de l'activité en travail occasionnel additionné aux congés payés perçus pour son activité salariée.

La détermination de l'indemnité journalière est une procédure technique se décomposant en plusieurs étapes : la détermination du statut de la victime, la détermination de la période de référence, puis la détermination du salaire de base. Tous ces éléments créent des possibilités d'erreurs qui tendent vers un aléa d'indemnisation. Il est indispensable de faciliter les modalités de calcul de l'indemnité journalière, autant pour le technicien qui liquide le dossier que pour la victime, afin qu'une réelle transparence existe.

L'accidenté ne peut pas percevoir de façon indéterminée des indemnités journalières au titre de son accident du travail. En effet, à un moment donné, il convient de statuer sur une guérison ou une consolidation des séquelles. À l'issue de l'arrêt de travail, l'assuré social pourra percevoir une réparation de son incapacité permanente partielle de travail. Cette mesure va faire l'objet d'une analyse critique dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

LA RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE DE TRAVAIL

L'incapacité permanente partielle (IPP) se définit comme étant la diminution de l'aptitude de travail et de revenu de la victime, et qui subsiste au moment de la consolidation des lésions. Le principe est relativement simple à comprendre et à appliquer à première vue, mais il est fort complexe dans le détail. La compensation des séquelles se fera sur la base d'une rente accident du travail (rente AT) qui sera versée en capital si son taux est inférieur à 10% pour les salariés agricoles⁴⁵⁶, et à 30% pour les exploitants⁴⁵⁷. Si le taux de l'incapacité est supérieur à 10% pour les salariés, à 30% pour les exploitants et à 100% pour le collaborateur de l'exploitant tel que le conjoint, le concubin ou le partenaire pacsé, l'aide familial, l'associé d'exploitation et l'enfant âgé de 14 à 20 ans, la victime percevra alors une rente et non plus un capital. Ces données techniques témoignent de la difficulté de détermination de l'IPP. Elles démontrent également une inégalité, déjà évoquée, entre les différentes catégories d'agriculteurs.

Les règles qui définissent les modalités d'attribution de la rente pour les salariés ainsi que le montant de cette dernière sont calquées sur celles des salariés du régime général, du commerce et de l'industrie⁴⁵⁸.

La complexité de la fixation du montant de la rente nuit à la transparence du calcul de son montant. Ce dernier se détermine par rapport au taux d'incapacité de la victime, à ses anciens salaires et à ses séquelles. Le nombre de paramètres pris en compte pour la détermination de l'évaluation de la réparation témoigne, également, de la forte possibilité d'erreur dans son évaluation et d'un manque de clarté pour la victime d'un accident du travail.

Cette incapacité se mesure en taux d'IPP, qui se définit en fonction d'un barème préétabli d'évaluation médicale des incapacités permanentes. Cette modalité de réparation n'indemnise que les séquelles du préjudice professionnel (Section 1). Cependant, dans certains cas, le

⁴⁵⁶ Art. L. 752-6 du Code rural.

⁴⁵⁷ Art. L.752-26 du Code rural.

⁴⁵⁸ C. ZACHARIE, « Les accidents du travail et maladies professionnelles », fascicule 650-50, *op. cit.*

principe de l'indemnisation forfaitaire perd de son sens, car il existe des alternatives (Section 2).

Section 1. La réparation de l'unique préjudice professionnel

Avant de fixer la rente à servir, il convient de suivre une procédure de reconnaissance (Paragraphe 1), puis de respecter certaines modalités de calcul (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La procédure de reconnaissance, phase clé de la détermination de la rente

Les deux acteurs clés de la procédure de reconnaissance sont le médecin-conseil et la commission des rentes.

Une fois que la victime et la caisse de protection sociale ont accepté le principe de la stabilisation, le médecin-conseil fixe un taux d'IPP à partir de la date de consolidation.

Dès lors qu'il subsiste des séquelles au sens de la législation sur les accidents du travail, l'état de santé de la victime implique la détermination d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 1%. Dans les cas où ce dernier serait égal à zéro, il ne serait plus possible de parler de stabilisation mais de guérison de la victime, qui n'aura pas d'indemnisation à ce titre. La guérison lui sera alors notifiée.

Le taux d'IPP est représenté par un taux unique et global qui ne tiendra compte que des données strictement médicales de l'incapacité et de son retentissement sur la vie professionnelle de la victime. Il est à déplorer que ces barèmes ne prennent pas en compte les autres chefs de préjudices, à l'instar de la nomenclature Dintilhac⁴⁵⁹.

La seconde critique qui peut être opposée à la détermination de ce taux réside dans la lecture de l'article L.434-1 du Code de la sécurité sociale. Le médecin-conseil de la caisse de mutualité sociale agricole est conduit à fixer le taux en fonction de l'évolution médicale de l'incapacité et de faire le lien avec un barème préétabli par les pouvoirs publics ; mais, il est également invité à avoir une opinion plus ou moins subjective sur la fixation de ce taux. Le barème n'est pas figé et comporte un aléa dû à la souveraine appréciation du médecin-conseil.

⁴⁵⁹ Rapport DINTILHAC : du nom du président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation. Il a présidé un groupe de travail en 2005 et propose une nomenclature des différents chefs de préjudices à la suite d'un accident. Le rapport a été remis au garde des Sceaux. Cette nomenclature ne s'impose pas. Elle ne possède aucune valeur normative, car elle n'a le caractère ni d'une loi, ni d'un règlement. Toutefois, elle possède une reconnaissance pratique car elle est adoptée par la plupart des juridictions.

Ce dernier est invité à prendre en compte, dans la détermination du taux d'incapacité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime⁴⁶⁰. L'arbitraire de la décision du médecin est encadré par l'obligation de motivation dans sa décision d'attribution du montant de l'IPP. Toutefois, dans le cadre du barème, il a une marge de manœuvre représentée par une fourchette plus ou moins large.

Après avoir examiné la victime, le médecin-conseil propose un taux d'incapacité partielle à la commission des rentes. Il en existe deux au sein de chaque caisse de mutualité sociale agricole. La première est dédiée aux salariés agricoles et la seconde aux exploitants.

Le rôle de cette organisation est essentiel dans la fixation du taux d'incapacité partielle permanente, puisqu'il consiste en la confirmation ou la majoration du pourcentage de la rente proposée par le médecin de l'organisme de protection sociale. La décision de ce dernier peut paraître dangereuse car émanant d'une seule personne. Cependant, elle présente des garanties puisque, au final, elle devient collégiale et est émise par un groupe de personnes. Leur décision définitive ne peut pas être défavorable à la victime. En effet, la commission des rentes ne peut que confirmer le montant du taux d'IPP fixé par le médecin-conseil ou bien l'augmenter, mais elle n'a pas le pouvoir de proposer un taux d'incapacité inférieur à celui suggéré. Afin de prendre une décision éclairée, les membres de la commission des rentes doivent s'appuyer sur les éléments contenus dans le dossier et peuvent interroger le médecin-conseil de la caisse sur des éléments tant professionnels que médicaux.

La solution de cette commission fait grief à la victime et, en ce sens, elle est entourée d'un certain formalisme. Le taux de l'IPP et le montant de la rente sont notifiés aussitôt après leur fixation⁴⁶¹. Ces informations peuvent être données par tout moyen justifiant de leur date de réception. La victime aura un délai d'un mois pour faire connaître sa position à la caisse ou formuler ses observations. Ensuite, la procédure va ressembler à une véritable « négociation » entre la victime et la commission des rentes.

Deux cas de figure vont se présenter. Dans une première hypothèse, l'accidenté du travail va faire ses doléances dans ce délai. Les textes stipulent alors : « *Soit immédiatement, soit après examen de la commission des rentes des observations présentées par la victime, la caisse*

⁴⁶⁰ Article L.434-1 du Code de la sécurité sociale : « *Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, les facultés physiques ou mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle compte tenu du barème d'invalidité.* »

⁴⁶¹ Articles R. 751-63 et D.752-29 du Code rural.

procède à la liquidation de la rente sur la base d'un taux ayant fait l'objet de l'accord⁴⁶². »

La victime recevra une notification qui formalisera l'accord sur la rente et son taux, en indiquant les éléments de calcul. Une volonté de transparence est ainsi créée, mais elle n'est que théorique car la technicité n'est pas facile à appréhender pour le sinistré *lambda*.

Dans une seconde hypothèse, la victime n'a pas donné sa réponse ou son accord dans le délai d'un mois imparti. La caisse de mutualité sociale agricole ne pourra donc que confirmer les propositions émises initialement par la commission des rentes. Elle procédera par la suite à la liquidation de la rente et notifiera le taux d'IPP ainsi que les modalités de calcul à la victime.

Depuis l'ordonnance du 15 avril 2004⁴⁶³, le législateur impose à la caisse de MSA l'obligation d'informer l'employeur du taux d'IPP attribué à la victime, ainsi que du montant de la rente ou de l'indemnité en capital qui en découle. Cette information est obligatoire car elle résulte de la possibilité donnée à l'employeur de contester le taux d'incapacité permanente partielle.

Dans l'hypothèse où un nouveau taux a été fixé par le tribunal des affaires de sécurité sociale à la suite d'une contestation de la victime, l'employeur doit être avisé de ce nouveau droit. Si l'agriculteur a changé de « patron » après son accident du travail, l'ancien devra également être informé par la caisse du nouveau taux et montant de la rente.

Il se peut que la victime ne soit pas d'accord avec la notification fixant le taux d'IPP ou avec la confirmation de la proposition du taux ; dans ce cas, la législation⁴⁶⁴ lui donne la possibilité de saisir le président du tribunal des affaires de sécurité sociale en vue de concilier les parties, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification par la victime. Dans le but de faciliter et d'accélérer le processus de décision et de ne pas mettre la victime dans une situation de fragilité financière et de précarité face à l'emploi, la procédure ressemble à une médiation.

À l'issue de cette tentative de conciliation, un accord peut intervenir entre la caisse de mutualité sociale agricole et l'accidenté du travail ; dans ce cas, le président du TASS rendra une décision exécutoire et non susceptible d'appel. Il est bien dommage de ne pas pouvoir contester une solution émanant d'un organe juridique, une situation qui pourrait être contraire au principe du double degré de juridiction.

⁴⁶² C. ZACHARIE, « Les accidents du travail et maladies professionnelles », fascicule 650-50, *op. cit.*

⁴⁶³ Ordonnance n°2004-329 du 15 avril 2004.

⁴⁶⁴ Article R.142-34 du Code de la sécurité sociale.

Il se peut qu'aucun accord ne soit trouvé entre les parties lors de cette phase amiable. Dans ce cas, un expert est nommé par le président du TASS afin de donner son avis sur un taux d'incapacité permanente à retenir. Le médecin rédige ensuite un rapport qu'il adresse au président du TASS, à la caisse de mutualité sociale agricole et à la victime. Les parties sont reçues au tribunal pour une seconde audience de conciliation. À l'issue de cet entretien, soit les parties s'entendent et une ordonnance formalisera leur accord, soit elles ne s'entendent pas et l'affaire sera renvoyée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Tout au long de la procédure contentieuse, la victime n'est pas laissée sans un minimum de ressources puisqu'elle continue à percevoir la rente ou l'indemnité en capital avec le taux qui a été initialement défini. En procédant ainsi, le législateur ne prend pas un grand risque puisque, de toute façon, le taux de l'IPP ne pourra pas être inférieur à celui que le médecin-conseil de la caisse de MSA a fixé initialement.

La phase de reconnaissance de l'incapacité partielle permanente est longue et complexe. Le calcul de cette inaptitude est également obscur pour les victimes car il est très technique.

Paragraphe 2. Le calcul obscur de l'incapacité partielle permanente

Selon le taux d'incapacité accordé à la victime, la rente peut être servie sous forme de capital (A) ou de rente (B).

A. La rente en capital

La rente peut prendre deux formes selon l'importance du taux d'incapacité. Elle peut se présenter sous la forme soit d'un capital versé en une seule fois, soit d'une prestation versée périodiquement, généralement trimestriellement, au salarié. Il convient de distinguer deux situations : le cas où le taux d'IPP est inférieur à 10% et celui où il est supérieur à 10%. Quand la caisse de MSA a statué sur un taux inférieur à 10%, tel qu'arrêté par la commission des rentes selon un barème fixé par décret⁴⁶⁵, l'indemnisation est servie à la victime sous la forme d'un capital et ne pose pas de grandes difficultés dans son calcul. Le salaire et l'âge de l'accidenté ne sont pas pris en considération pour son calcul, et les risques d'erreur sont moindres. La victime peut facilement contrôler son montant par rapport au taux d'IPP qui lui a été accordé⁴⁶⁶. Avec ce montant forfaitaire, simple dans son mode d'établissement, la

⁴⁶⁵ Décret n°86-1156 du 27 octobre 1986, revalorisé en fonction du coefficient applicable aux pensions de vieillesse et d'invalidité.

⁴⁶⁶ Par exemple, pour une personne qui se voit attribuer un taux d'IPP à 9% avec une date de consolidation au 1^{er} avril 2017, elle sait que sa rente fera 4 110,06 euros.

victime ne restera pas dans le doute d'une erreur. La somme est identique pour toutes les personnes ayant les mêmes taux d'incapacité, à l'exception des élèves de l'enseignement agricole public ou privé, qui ne peuvent pas recevoir une indemnité en capital. Cette attribution est un droit ; elle n'est pas liée à la demande de la victime, et la caisse de MSA doit liquider cet avantage sans que celle-ci fasse la démarche de le réclamer. Ce procédé est un avantage pour l'accidenté qui n'est pas informé qu'une rente en capital peut lui être servie malgré le faible taux d'incapacité restant après consolidation.

Cependant, lorsque le taux d'IPP est supérieur à 10%, la victime bénéficiera d'une rente viagère qui sera versée périodiquement, mais dont le mode de calcul manque de transparence.

B. La rente viagère de la victime

À l'instar de la détermination des indemnités journalières, la rente viagère est différente selon la qualité professionnelle du travailleur. Son montant et son mode d'établissement varient selon que l'accidenté est un non-salarié agricole (1) ou un salarié agricole (2). Les différentes situations de traitement entre les victimes posent la question de l'égalité des assurés.

1) La rente des non-salariés agricoles

La rente en matière d'accident du travail est accordée au non-salarié agricole⁴⁶⁷ (chef d'exploitation, de structure agricole ou membre d'une entreprise agricole) dès qu'un taux d'incapacité de 30% est dépassé, alors que le salarié agricole, lui, n'a aucun minima d'inaptitude pour être indemnisé. Le taux s'élève à 100% pour les autres travailleurs n'ayant pas le statut d'exploitant, tels que le conjoint collaborateur, l'aide familial, l'associé, le cotisant solidaire ou encore l'enfant âgé de 14 à 20 ans, qui travaillent sur l'exploitation. Ce taux de 100%, manifestement élevé, présente un caractère injuste car il ne permet pas l'indemnisation d'une personne atteinte d'une incapacité de travail et qui, dans l'avenir, ne pourra sûrement pas trouver un emploi lui permettant de vivre. En outre, les taux d'incapacité, pour bénéficier d'une rente, sont plus élevés pour les non-salariés agricoles par rapport aux salariés ; ces différences de traitement ne sont pas équitables pour eux. Les salariés peuvent recevoir une rente avec un taux d'IPP beaucoup moins élevé. La question qui se pose est alors la suivante : à incapacité égale, pourquoi pénaliser une catégorie d'agriculteur par rapport à une autre ? Le non-salarié agricole serait-il surhumain ? Pourrait-il travailler avec un taux d'incapacité inférieur à 10%, par exemple, à la différence du salarié agricole ? Certes, il y a

⁴⁶⁷ Article L.752-6 du Code rural et de la pêche maritime.

des questions de financement des rentes des non-salariés agricoles ; ces derniers sont soumis à une cotisation forfaitaire et sont, par conséquent, moins bien dédommagés. C'est pourquoi, nous proposons que la cotisation forfaitaire en accident du travail des non-salariés agricoles soit une alternative et non une obligation. Les personnes qui souhaitent cotiser par rapport à un pourcentage sur leur chiffre d'affaires devraient pouvoir le faire afin d'obtenir une meilleure indemnisation des rentes et indemnités journalières en accident du travail. Celles qui possèdent des revenus plus faibles pourraient, quant à elles, choisir de cotiser sur une base forfaitaire.

Afin de pouvoir évaluer le montant de la prestation à servir à la victime, il est nécessaire de fixer son taux d'IPP. Ce dernier se détermine selon le même schéma procédural que pour le salarié agricole, sauf que la commission des rentes est différente, car elle est spécialement dédiée aux non-salariés agricoles. Une fois le taux d'incapacité retenu, il ne doit pas être maintenu tel quel pour le calcul de la rente mais être divisé par deux, afin d'obtenir le « taux utile » si l'incapacité est inférieure à 50%. Dans l'hypothèse où elle serait supérieure à 50%, il faudrait alors rajouter la moitié du montant qui dépasse ces 50% afin d'obtenir le taux utile⁴⁶⁸.

Ensuite, le montant de la rente est déterminé en multipliant la somme du gain forfaitaire annuel précédant l'arrêt de travail par le taux utile⁴⁶⁹.

Deux critiques principales sont à apporter concernant la rente des victimes d'accidents du travail. Tout d'abord, il convient de constater que son mode d'établissement est entouré d'une technicité certaine qui rend son calcul difficile pour le technicien de la protection sociale et sa compréhension malaisée pour la victime. Toutefois, sa lisibilité pourrait être améliorée avec la suppression du « taux utile ». Pourquoi proposer, initialement, un pourcentage d'incapacité qui sera diminué ou augmenté selon certaines règles ? Pourquoi ne pas proposer, dès le départ, un taux qui serait pris tel quel pour l'évaluation de la rente ? Cela faciliterait sa compréhension et donc son acceptation ou sa contestation par l'accidenté.

En outre, les montants sont vraiment dérisoires et ne permettent pas un niveau de vie convenable. En prenant l'exemple d'une victime avec un taux d'incapacité de 100%, en avril 2016, elle percevra une rente d'un montant annuel de 12 809,03 euros, soit 1 067,41 euros par

⁴⁶⁸ Par exemple : pour une incapacité de 40%, le taux utile serait de 20% et pour une incapacité de 60%, il serait de 55%.

⁴⁶⁹ Au 1^{er} avril 2016, le montant minimum qui pouvait être versé à un exploitant agricole atteint d'une incapacité de 30%, correspondant à un taux utile de 15%, était de 1921,35 euros annuels, et le montant maximum répondant à une inaptitude de 100%, soit à un taux utile de 100%, représentait un montant de 12 809,03 euros par an.

mois. Il faut savoir que le SMIC, à cette même période, s'élève à 1 466,62 euros bruts pour 151,67 heures de travail. En faisant le parallèle entre ces données, nous constatons que même le préjudice professionnel n'est pas réparé afin de permettre à la victime d'avoir un minimum de ressources. Il serait donc primordial de revoir le montant des rentes des non-salariés agricoles.

Cependant, en termes de rentes, les salariés de l'agriculture ne sont pas dans une meilleure position.

2) La rente des salariés agricoles

La rente des salariés agricoles est basée sur les mêmes principes de calcul que celle des exploitants. Une fois le taux d'incapacité arrêté par le médecin-conseil et la commission des rentes, celui-ci sera divisé par deux pour le taux se situant dans la tranche inférieure ou égale à 50%, et augmenté pour la partie du taux se situant dans la tranche supérieure au seuil de 50%⁴⁷⁰. Le taux pondéré sera appliqué au salaire de la victime afin de trouver le montant de la rente à servir. La détermination de ce dernier peut se révéler compliquée dans certains cas. En outre, concernant l'évaluation du taux utile, l'on peut émettre les mêmes critiques que celles qui ont été soulevées au sujet des non-salariés.

À la différence des exploitants agricoles, la victime salariée peut prétendre à une rente viagère dès lors que son taux d'inaptitude atteint 10%. Il existe donc une différence de traitement qui est difficilement acceptable au regard du principe d'égalité.

De plus, pour calculer le montant de la prestation qui sera servie, il est nécessaire de se baser sur le salaire annuel de la victime. Ce « salaire de base » correspond à la paie effective totale perçue et à la paie acquise⁴⁷¹ chez un ou plusieurs employeurs durant les 12 mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail résultant de l'AT ou la constatation médicale de l'IPP en l'absence d'arrêt de travail consécutif à l'AT. Donc, quand le salarié a travaillé pendant les douze derniers mois précédant l'accident du travail, il n'y a pas de difficulté pour calculer le salaire de base qui va servir à l'estimation de la rente.

⁴⁷⁰ Par exemple, si la victime possède un taux d'incapacité de 14%, sa rente utile sera de $14/2$ soit 7%. Dans l'hypothèse où son inaptitude serait estimée à 75% (soit 50% + 25%), alors sa rente serait de $50/2 + (25 \times 1,5)$, soit $25 + 37,5 = 62,5\%$; et enfin, pour une incapacité de 100%, il faudrait compter le taux utile comme suit : 100% (soit 50% + 50%), donc $50/2 + (50 \times 1,5)$, ce qui donne $25 + 75 = 100\%$.

⁴⁷¹ Même si ces salaires n'ont pas effectivement donné lieu à une rémunération pendant la période de référence.

Toutefois, la question se pose quand il faut reconstituer le salaire. En effet, à l'instar du calcul des indemnités, il existe plus de dix catégories distinctes de salariés agricoles, avec dix manières différentes de reconstituer la rémunération, ce qui ne favorise pas la clarté du traitement du dossier de la victime. De plus, ce rétablissement de revenus n'est pas automatique et ne se fait pas dans tous les cas ; ainsi, les congés volontaires non rémunérés empêchent cette démarche. Nous nous rendons compte, une nouvelle fois, que toutes les victimes ne sont pas traitées à l'identique, ce qui est dommage car leur réparation s'en trouve amoindrie.

Une fois le taux utile déterminé et le salaire annuel défini, il convient d'évaluer le montant de la rente selon des modes de calcul obscurs pour l'accidenté. Afin de remédier à ces difficultés, nous proposons de retenir, comme salaire de référence, la somme qu'aurait effectivement perçue la victime si elle avait travaillé, en prenant en compte son contrat de travail et son bulletin de salaire.

La rente est versée trimestriellement si le taux d'incapacité est inférieur à 50% et mensuellement s'il est supérieur à 50%.

Une autre question qui se pose concerne le fait que le principe de la réparation forfaitaire peut perdre de sa substance en raison de la présence d'alternatives à cette mesure.

Section 2. Les alternatives à la réparation forfaitaire

Certaines modalités de dédommagement ressemblent à une entorse au principe de la réparation forfaitaire du dommage professionnel. Ainsi, le recours à une tierce personne peut permettre à l'agriculteur de faire face momentanément à sa situation (Paragraphe 1). Également, si l'accident entraîne son décès, ses ayants droit peuvent recevoir certaines compensations (Paragraphe 2). Le principe de l'indemnisation forfaitaire peut aussi être amélioré et aménagé par la mesure de reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur (Paragraphe 3). Enfin, face à toutes ces évolutions législatives, des solutions sont proposées pour s'y adapter (Paragraphe 4).

Paragraphe 1. Le recours à une tierce personne

Il arrive que l'incapacité permanente oblige l'agriculteur à avoir recours à une aide extérieure afin d'accomplir des gestes ordinaires de la vie quotidienne ; dans ce cas, la législation prévoit

une compensation complémentaire résultant de l'accident du travail et qui consiste en un recours à une tierce personne⁴⁷².

En cas d'accident mortel pour l'agriculteur, il existe aussi une mesure de compensation appelée rente d'ayant droit.

Paragraphe 2. Les rentes d'ayants droit, une protection avérée

Il peut arriver que l'accident du travail ou du trajet cause le décès de l'agriculteur. Dans ce cas, le principe de l'indemnisation forfaitaire du risque professionnel perd également son sens. En effet, les ayants droit de l'accidenté peuvent percevoir certains avantages. Leur situation de victime par ricochet est appréhendée avec bienveillance par le législateur. L'idée n'est pas d'indemniser le préjudice moral ou affectif lié à la perte d'un être cher mais de compenser la perte de revenu découlant de cette disparition. Cette rente d'ayant droit se présente sous la forme d'une rente versée soit à un orphelin, soit à un conjoint et enfin à des ascendants.

La rente d'ayant droit du régime agricole se calque sur celle des victimes du régime général des travailleurs du commerce et de l'industrie, puisqu'elle est consacrée par l'article L.234-8 du Code de la sécurité sociale. La législation couvre tous les modèles de couples en visant tant le conjoint marié que celui lié par le concubinage ou par le pacte civil de solidarité. La loi a su s'adapter à la modernité du couple et n'exclut donc pas le couple homosexuel. Le principe de l'égalité entre couples devant la loi découle directement de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et de l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme. Cependant, celle-ci est soumise à des conditions de stabilité du couple puisqu'aux termes de l'article R.434-10, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale, ce dernier doit avoir une ancienneté de deux ans avant la date du décès de la victime. Toutefois, le législateur n'a pas voulu fragiliser une cellule familiale avec des enfants ; l'existence d'un ou plusieurs enfants du couple efface cette condition de durée du ménage dans le temps. L'enfant qui subit la perte d'un parent va alors recevoir une rente d'orphelin (A). Une rente peut aussi être accordée aux ascendants de la victime (B). Cependant, le mode de calcul de ces rentes d'ayants droit reste assez complexe (C).

⁴⁷² Art. L. 434-2, al. 3 du Code de la sécurité sociale et art. R.751-145 et 751-146 du Code rural et de la pêche maritime.

A. La rente d'orphelin

La rente d'orphelin consécutive à un accident professionnel d'un parent est prévue aux articles L.434 et R.434-16 du Code de la sécurité sociale. La réparation tenant à la perte de ressources des descendants y est implicitement consacrée. Les enfants ouvrants droit à cette prestation sont appréhendés dans le respect de l'égalité de la filiation consacrée par l'ordonnance du 4 juillet 2005 dans le but d'adapter le droit à l'évolution des mœurs. En d'autres termes, elle découle directement de l'égalité conjugale.

Ainsi, elle concerne les enfants légitimes nés ou conçus avant que ne survienne l'accident ou le décès du parent, mais également, les enfants naturels à condition que la filiation soit établie avant l'accident du travail ou le décès. Les enfants reconnus peuvent également percevoir la rente d'orphelin, au même titre que tous les enfants adoptés, et cela, sans distinction du mode d'adoption.

Toutefois, la notion de filiation n'est pas le seul critère de perception de cette rente. Le fait que l'enfant ait pu être privé d'un soutien naturel de son parent accidenté ou décédé justifie le versement de cette prestation. Dès lors, les petits-enfants ou arrière-petits-enfants, ainsi que les enfants recueillis, peuvent également en être bénéficiaires. De même, si une recherche de paternité aboutit, le versement de la rente d'orphelin devra se faire de manière rétroactive. Dans la reconnaissance de ce droit à l'orphelin, le législateur a voulu consacrer le devoir de secours que l'employeur doit à l'enfant au travers de la caisse de protection sociale. À ce même titre, la loi prévoit une rente des ascendants.

B. La rente des ascendants

La rente des ascendants est prévue aux articles L.434-13 et R.434-17 du Code de la sécurité sociale. L'obligation alimentaire des descendants envers leurs ascendants est définie à l'article 205 du Code civil qui dispose que « *les enfants doivent des aliments à leur père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin* ». En posant le principe d'une rente des ascendants à la suite d'un sinistre professionnel d'une personne, le législateur n'a fait que mettre en conformité deux obligations de deux codes différents. À l'instar de l'article du Code civil, l'article du Code de la sécurité sociale ne fixe pas de hiérarchie entre les ascendants. Dès lors, il convient de relever que chacun d'entre eux reçoit une rente viagère de 10% du salaire annuel de la victime. L'ascendant doit cependant prouver que la victime aurait pu lui verser une pension alimentaire.

Le Code de la sécurité sociale distingue deux situations : soit la victime n'avait pas de conjoint ou d'enfant, et dans ce cas, il appartient à l'ascendant de démontrer que la victime aurait pu lui verser une pension alimentaire ; soit la victime avait un conjoint ou des enfants, et donc, l'ascendant devra prouver qu'il était à la charge de la victime.

Si les modalités de calcul de la rente d'ayant droit paraissent simples de prime abord, elles sont complexes dans la pratique. Les non-salariés agricoles décédés des suites d'un sinistre professionnel ne laisseront pas les personnes dont ils ont la charge sans ressources puisque leur conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, et leurs enfants, bénéficieront d'une rente d'ayant droit⁴⁷³. Selon les cas, ces rentes sont calculées soit sur la base d'un gain forfaitaire annuel, soit sur un pourcentage de ce gain⁴⁷⁴.

C. La difficile application du calcul des rentes d'ayants droit

Le mode de calcul des rentes d'ayants droit est simple. Selon la législation, il faut prendre le montant du salaire annuel de la victime décédée et le multiplier par un pourcentage fixé par la loi pour chaque ayant droit. Toutefois, ce partage est limité à 85% du salaire annuel de la victime. Ainsi, si l'ensemble des rentes d'ayants droit dépasse ce pourcentage, ces dernières devront faire l'objet d'une réduction proportionnelle dans la limite de 85% du salaire annuel de la victime. Simples dans leur principe, elles peuvent conduire à des difficultés d'application quand un enfant naturel ou un descendant se manifestent après le calcul de la rente. Ainsi, des droits acquis par les héritiers peuvent être remis en question avec un calcul à la baisse. Dans tous les cas, elle est versée trimestriellement et se réévalue dans les mêmes conditions que la rente de la victime.

Le principe de la réparation forfaitaire est aménagé, dans certaines circonstances, par la notion de faute inexcusable de l'employeur, pouvant permettre à la victime d'obtenir une meilleure indemnisation.

Paragraphe 3. La reconnaissance de faute inexcusable de l'employeur, une amélioration du principe de l'indemnisation forfaitaire

Le principe posé par la législation est le suivant : la personne victime d'un accident du travail ou du trajet perçoit une indemnité journalière pour la période d'incapacité temporaire. Lorsque cette dernière se termine par une inaptitude permanente partielle, la victime perçoit

⁴⁷³ Art. L.434-8 et L.434-12 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁷⁴ Art. L. 752-7 du Code rural et de la pêche maritime.

une indemnité en capital ou en rente, selon la gravité du préjudice qui subsiste. En cas d'accident mortel, les ayants droit peuvent percevoir une rente en compensation de la perte de ressources due au décès de la victime.

Cependant, la grande lacune de ce modèle de réparation réside dans le caractère forfaitaire de l'indemnisation. Dès lors, l'ensemble des préjudices consécutifs à un accident du travail ou du trajet ne sont pas pris en compte. La victime peut se retrouver dans une situation de précarité.

Toutefois, le droit⁴⁷⁵ a introduit la notion de faute inexcusable de l'employeur qui permet à la victime et à ses ayants droit d'obtenir une réparation complémentaire. Comme il a été vu plus haut, la faute inexcusable est une notion purement jurisprudentielle qui s'est construite jusqu'à donner la conception telle qu'arrêtée actuellement. Désormais, constitue une faute inexcusable le fait que l'employeur avait ou devait avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver⁴⁷⁶.

L'étendue de l'obligation de sécurité réside dans le contrat de travail qui lie l'employeur au salarié. Ainsi, en qualifiant l'obligation de sécurité en obligation de résultat, la Haute Cour contraint l'employeur à mettre tout en œuvre afin que le travailleur soit à l'abri d'un accident. L'employeur n'a, dès lors, pas droit à l'erreur en matière de sécurité au travail. La Cour de cassation l'a indiqué dans un arrêt du 30 novembre 2010⁴⁷⁷. Elle a jugé que le fait, pour un employeur, d'exposer son salarié à un risque identifié sans pour autant prendre les mesures nécessaires de protection est un manquement à son obligation de résultat.

Cette obligation de résultat est un leurre pour la victime. Alors que dans certaines hypothèses d'obligation de résultat, la charge de la preuve est facilitée pour la victime, dans l'hypothèse de la faute inexcusable de l'employeur, la charge de la preuve n'est pas facilitée. En effet, il appartiendra à la victime et à ses ayants droit de démontrer que l'employeur aurait dû avoir conscience du danger auquel il exposait son subordonné, ou qu'il n'a pas pris toutes les mesures nécessaires afin d'éviter l'accident⁴⁷⁸. La preuve peut être apportée par tout moyen, ce qui semble assouplir l'obligation de preuve qui pèse sur la victime.

Depuis les arrêts fondateurs de la faute inexcusable du 28 février 2002, la 2^e chambre civile de la Cour de cassation a adopté une position protectrice du salarié. L'agriculteur victime

⁴⁷⁵ Articles L.452-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

⁴⁷⁶ Cour de cassation, 28 févr. 2002, n°00-10-051, n°99-17.201, n°99-21-17-555, n°99-17-221.

⁴⁷⁷ Soc., 30 novembre 2010, n°08-70-390.

⁴⁷⁸ Civ. 2^e, 22 mars 2005, n°03-20.044.

d'un accident du travail ou du trajet était couvert par sa jurisprudence. Cette dernière établit que l'obligation de sécurité constitue une obligation de résultat. La faute inexcusable de l'employeur est caractérisée dès lors qu'il aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Cependant, depuis un arrêt de principe en date du 25 novembre 2015⁴⁷⁹, la chambre sociale de la Cour de cassation a adouci sa jurisprudence sur l'obligation de résultat des employeurs, se mettant « en repli » par rapport à la 2^e chambre civile. En effet, selon la chambre sociale, l'employeur peut éviter une condamnation pour faute inexcusable s'il démontre qu'il a pris les mesures nécessaires afin d'empêcher la survenance du risque professionnel. La nouvelle solution prônée par la juridiction précitée change la nature de l'obligation de sécurité en la faisant basculer de l'obligation de résultat à celle de moyen renforcé. Par ces termes, la chambre sociale retient pour la première fois « *que ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L.4121-2 du Code du travail* ». Avant cette décision, même si l'employeur apportait la preuve qu'il avait bien mis en œuvre toutes les diligences requises, cela ne suffisait pas à l'exonérer de sa responsabilité. Dorénavant, la solution énoncée par la chambre sociale lui est applicable.

Cette nouvelle position de la chambre sociale est inquiétante pour l'agriculteur victime d'un accident du travail ou du trajet, et ce, pour deux raisons. Tout d'abord, le travailleur aura des doutes quant à la prise en compte réelle de la faute inexcusable de l'employeur, dont la reconnaissance constitue un véritable enjeu financier pour la victime. Si l'agriculteur salarié ne peut plus travailler comme il le faisait avant son accident professionnel, il ne sera pas indemnisé de manière adéquate. Cette position de la juridiction précitée peut nous faire craindre, de la part des employeurs, un laxisme en matière de prévention. Cependant, elle responsabilise aussi les salariés sur leur propre sécurité. La faute inexcusable ne pouvant pas être invoquée facilement, le travailleur devra être plus vigilant sur sa sécurité pendant le temps professionnel. Ensuite, la différence de position concernant la faute inexcusable entre la chambre sociale et la 2^e chambre civile de la Cour de cassation est inquiétante pour l'agriculteur comme pour tout salarié. En effet, selon que le litige est tranché par telle ou telle chambre de la Haute Juridiction, la décision variera et sera plus ou moins clémente, entraînant

⁴⁷⁹ Soc., 25 novembre 2015, n°14-24-444.

une regrettable insécurité juridique. En outre, cette divergence de position va nécessairement créer une inégalité entre les justiciables, car tous ne seront pas jugés de la même manière.

La reconnaissance de la faute inexcusable engendre d'importantes répercussions financières sur l'indemnisation de la victime. Elle va faire passer la réparation du stade de la réparation forfaitaire à la réparation intégrale du préjudice de la victime. L'établissement d'une telle faute commise par l'employeur ouvre droit, à la victime ou à ses ayants droit, à une indemnisation versée par les caisses de protection sociale, et donc de MSA⁴⁸⁰.

La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur est une véritable amélioration du principe de l'indemnisation forfaitaire des accidents du travail. En effet, la victime va pouvoir bénéficier d'une indemnisation complémentaire de son préjudice. Ces compléments vont se situer à deux niveaux. Tout d'abord, l'accidenté aura une majoration de la rente d'incapacité qui sera évaluée, dans la limite d'un plafond, en fonction de la gravité de la faute de l'employeur et atténuée, le cas échéant, par celle de la victime. Ensuite, une indemnisation des autres préjudices peut être allouée à la victime. En plus de la majoration de la rente, le sinistré aura la possibilité de demander, devant les tribunaux de sécurité sociale, la réparation du préjudice prévu à la nomenclature Dintilhac, comme la réparation des préjudices causés par les souffrances physiques et morales, dits *premium doloris*, le préjudice d'agrément et esthétique et les préjudices relevant de ses possibilités de promotion professionnelle. Les ayants droit pourront également demander l'indemnisation d'un préjudice moral si la victime vient à décéder d'un accident du travail résultant d'une faute inexcusable de l'employeur. Dans ces conditions, la réparation intégrale de l'accident est pratiquée par l'organisme de mutualité sociale agricole qui devient un « garant payeur ».

En effet, la caisse de protection sociale va verser à la victime ou à ses ayants droit les majorations de la rente d'accident du travail et les indemnisations complémentaires afin que la victime ait la certitude d'être dédommée et ne soit pas confrontée aux difficultés de recouvrement de ses créances vis-à-vis de l'employeur. Toutefois, la caisse de MSA récupérera les sommes versées auprès de l'employeur au moyen d'une cotisation complémentaire en ce qui concerne la majoration de la rente, et d'une action récursoire aux fins de recouvrer les sommes versées pour les autres préjudices⁴⁸¹.

⁴⁸⁰ Art. L.452-1 du Code de la sécurité sociale.

⁴⁸¹ Art. 452-2 et L.452-3 du Code de la sécurité sociale.

Cependant, les textes sont lacunaires et n'indiquent pas les modes de remboursement, par l'employeur, des indemnités complémentaires que l'organisme de protection sociale aurait versées à la victime en réparation de ses différents préjudices. Il est à remarquer que dans ces hypothèses, les caisses de MSA, au même titre que les autres caisses de protection sociale, agissent comme des créanciers de droit commun et disposent d'un délai de cinq ans afin de récupérer les sommes versées à la victime auprès de l'employeur. Il convient de préciser que si l'employeur a commis une faute, les sommes que la caisse pourra récupérer seront à prendre sur son patrimoine professionnel et non sur son patrimoine personnel. La différenciation des deux patrimoines est importante afin de ne pas mettre l'employeur, personne physique, en difficulté.

Les sommes mises à la charge de l'employeur peuvent être lourdes et difficiles à honorer. Pour cela, la législation a prévu une possibilité de s'assurer contre sa propre faute inexcusable. Pour cela, il sera redevable d'une cotisation supplémentaire qui sera facturée par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail⁴⁸². Ce qui est dommage, c'est que cette assurance contre la faute inexcusable de l'employeur ne soit qu'une faculté pour lui et non une obligation car, en cas d'insolvabilité, ce sont les caisses de mutualité sociale agricole qui supporteront les sommes, ce qui aura pour effet de désolidariser et de déresponsabiliser l'employeur. Il serait donc nécessaire d'envisager une obligation d'assurance de la faute inexcusable de l'employeur.

À l'heure actuelle, le monde du travail voit l'émergence de risques psychosociaux tels que le stress, la souffrance au travail, le suicide sur le lieu de travail. Ces situations sont des champs possibles de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. La cour d'appel de Versailles a tranché en ce sens par une décision du 19 mai 2011⁴⁸³ impliquant Renault. Cette position de la juridiction précitée ne met pas en cause un agriculteur, mais peut être transposée à celui-ci. En l'espèce, une faute inexcusable a été retenue contre le constructeur automobile à la suite du suicide de l'un de ses salariés. Les juges ont relevé que le drame aurait pu être évité si des mesures de prévention avaient été mises en place par les managers. Des mesures de prévention adéquates auraient dû être adoptées en vue de préserver la santé des salariés.

⁴⁸² CRAM, devenue CARSAT.

⁴⁸³ Cour d'appel de Versailles, 11 mai 2011, n°10-00954.

En outre, dans une QPC du 18 juin 2010, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L.452-3 du Code de la sécurité sociale conforme à la Constitution⁴⁸⁴. Dans cette même QPC, le Conseil constitutionnel a élargi le champ des préjudices indemnifiables à la suite de la faute inexcusable de l'employeur en estimant que la victime d'un accident du travail détient la possibilité de demander au tribunal des affaires de sécurité sociale une réparation intégrale des préjudices subis et ne se limite pas seulement à ceux prévus à l'article L.452-3 du Code de la sécurité sociale.

Au regard de la situation des victimes d'accidents de la route, d'accidents médicaux, de produits défectueux, la réparation intégrale interpelle les accidentés du travail. Pourquoi ne pas envisager le dédommagement total des préjudices afin de compenser la perte de gain faisant suite à un sinistre professionnel ? Roland Masse en propose le principe dans un rapport de 2001. Il reprend l'article 1^{er} de la résolution du Conseil de l'Europe adoptée en 1975, qui définit la réparation intégrale des dommages donnant lieu à des lésions corporelles : « *Compte tenu des règles concernant la responsabilité, la personne qui a subi un préjudice a droit à la réparation de celui-ci en ce sens qu'elle doit être replacée dans une situation aussi proche que possible de celle qui aurait été la sienne si le fait dommageable ne s'était pas produit.* »

Certes, la notion de réparation intégrale n'est pas clairement définie. Cependant, il découle de cette proposition d'interprétation que tous les préjudices sont réparables : les pertes financières, les souffrances morales et physiques, les préjudices esthétiques et la perte de capacité. Le coût financier est un frein certain à la mise en place de la réparation intégrale, mais il n'est pas infranchissable.

Face aux nombreuses questions soulevées par ce principe de réparation, quelques pistes de solutions sont possibles.

Paragraphe 4. Les solutions proposées

Depuis une vingtaine d'années, la réparation des sinistres professionnels suscite de nombreux débats, car elle est considérée comme insuffisante en raison de son caractère forfaitaire issu de la loi fondatrice du 9 avril 1898⁴⁸⁵. Ces interrogations s'accroissent depuis l'apparition de régimes spéciaux plus protecteurs. Les accidentés du travail se trouvent alors lésés ; ils ne se sentent plus favorisés par un système d'indemnisation mais, bien au contraire, exclus d'un processus de dédommagement qui progresse mais sans tenir compte d'eux.

⁴⁸⁴ QPC du 18 juin 2010, n°2010-8.

⁴⁸⁵ Publiée au JORF du 10 avril 1898, p. 2209.

Pourtant, de nombreux gouvernements se sont succédé, ont compris le problème et ont mené des études de réflexion sur la question de la réparation intégrale. Ces travaux ne concernaient pas seulement les accidentés du travail du monde agricole mais tous les sinistrés professionnels dans leur globalité. Il y a d'abord eu le rapport de M. Georges DORION en 1991, puis celui de M. Roland MASSE en 2001, suivi de celui de M. Michel YAHIEL en 2002. Ensuite, un comité de pilotage technique mettant en collaboration la Direction de la sécurité sociale, la CNAMTS et la Direction des relations du travail, sous la présidence de M. Michel LAROQUE⁴⁸⁶, a souhaité, en tenant compte des précédents rapports, analyser les aspects juridiques, organisationnels et financiers d'une possible réparation intégrale.

Il découle des analyses du groupe de réflexion de M. LAROQUE que la réparation intégrale entraîne des résultats qui pourraient mettre en péril la branche accident du travail. Il est démontré que le surcoût annuel concernant le dédommagement entier de tous les sinistres professionnels AT et MP (maladies professionnelles) serait évalué à 2,9 milliards d'euros⁴⁸⁷ pour 2001. S'il était possible de ne réparer intégralement que les accidents ayant entraîné une incapacité permanente, le surcoût annuel serait de 1 581 millions d'euros⁴⁸⁸. Si la réparation ne concernait que les incapacités les plus importantes, caractérisant au moins une incapacité permanente de 10%, le surcoût annuel serait de l'ordre de 1 180 millions d'euros par an⁴⁸⁹. Ensuite, dans le cas où il faudrait envisager une réparation des seuls sinistres ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 20%, le surcoût annuel serait de l'ordre de 671 millions d'euros⁴⁹⁰. Ces chiffres montrent que quel que soit le scénario envisagé, une meilleure indemnisation des accidents professionnels implique un coût important, et qu'il convient de réfléchir à leurs financements sans léser les partenaires en présence et sans mettre en péril le financement de la protection sociale.

Les pouvoirs publics, conscients de cet état de fait, ont demandé aux partenaires sociaux de présenter au gouvernement et au Parlement des propositions de réforme de la branche accident du travail et maladie professionnelle par le biais de l'article 54 de la loi du 13 août 2004⁴⁹¹. Le 20 décembre 2005, une longue négociation a débuté entre les organisations

⁴⁸⁶ Rapport du comité de pilotage de la réforme des accidents du travail, sous la présidence de Michel LAROQUE, « La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles », mars 2004.

⁴⁸⁷ Page 1 du rapport de M. LAROQUE, déjà cité.

⁴⁸⁸ Page 2 du même rapport.

⁴⁸⁹ *Idem.*

⁴⁹⁰ *Idem.*

⁴⁹¹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004, JO n°190 du 17 août 2004, relative à l'assurance maladie, qui dispose que « les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au

patronales et les groupes syndicaux, pour ne s'achever péniblement que le 12 mars 2007. Le patronat, représenté par le MEDEF, le CGPME et l'UPA, ainsi que les syndicats des salariés, représentés par la CFDT, FO et la CFTC, ont signé des protocoles d'accord concernant la prévention, la tarification et la réparation de la branche AT/MP, tout en gardant le principe de la non-responsabilité de l'employeur. Le volet le plus sensible a été celui de la réparation intégrale, non souhaitée par les employeurs.

Concrètement, si ces négociations représentent, selon le MEDEF, « *un paquet de mesures ambitieux et cohérent* », elles restent à ce jour sans véritable effet sur la condition des victimes.

En premier lieu, l'accord ne met pas en place une véritable réforme de la tarification qui est pourtant complexe, comme l'a indiqué la direction des risques professionnels de la CNAM⁴⁹². En second lieu, l'entente n'envisage pas de remettre en question le principe de la réparation forfaitaire des sinistres professionnels mais propose la mise en place d'une réparation forfaitaire personnalisée. Elle consisterait à mieux prendre en considération les préjudices subis par la victime. En plus de l'indemnisation des préjudices, le protocole d'accord envisage de donner à la victime la possibilité de travailler afin de s'assurer des moyens de subsistance. Il prévoit également l'amélioration du remboursement de certains frais de santé. Cette idée sera concrétisée en partie par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui va améliorer les remboursements des prothèses dentaires, notamment. Mais, ceci est une faible consolation quand nous savons que la participation aux soins des accidentés du travail est sujette à débat, et ce, notamment au travers de la participation aux franchises médicalisées et aux participations forfaitaires déjà citées.

La question de la majoration de la rente à la suite de l'intervention d'une tierce personne a été évoquée mais non formalisée, car des expertises complémentaires se sont révélées nécessaires pour sa mise en place⁴⁹³. Il existait, certes, une prestation de compensation du handicap (PCH) créée par une loi récente du 11 février 2005⁴⁹⁴, mais elle n'était pas suffisante pour les

plan national sont invitées, dans le délai d'un an après la publication de la présente loi, à soumettre au Gouvernement et au Parlement des propositions de réforme de la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que le cas échéant, d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

⁴⁹² <https://www.senat.fr> : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : accidents du travail et maladies professionnelles.

⁴⁹³ JO Assemblée nationale, 19 février 2008, « Question relative aux risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles, accord intersyndical - mise en œuvre) », p. 1491.

⁴⁹⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, JO n°36 du 12 février 2005, relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

victimes. L'articulation de la PCH accordée par la MDPH, et la majoration de la rente pour tierce personne versée par les caisses de protection sociale, et donc de MSA, devaient se faire afin de prendre en compte, au mieux, les besoins de l'accidenté. Actuellement, la majoration de la rente pour tierce personne est remplacée par la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne⁴⁹⁵. Elle est servie, sous certaines conditions, aux sinistrés du travail. Pour cela, la victime doit nécessairement avoir une incapacité permanente égale ou supérieure à 80% et être dans l'impossibilité d'effectuer des actes de la vie courante sans une aide humaine. Le rehaussement de la rente est alors de 40% de sa somme afin d'aider la victime à financer l'intervention d'un travailleur pour l'assister dans la vie quotidienne. Son montant possède un minimum garanti afin de ne pas mettre le bénéficiaire en difficulté. Le plancher minimum est fixé annuellement par circulaire interministérielle⁴⁹⁶.

Notre solution serait une réparation intégrale correspondant à tous les chefs de préjudices tels que prévus par la nomenclature Dintilhac, afin de mettre l'accidenté du travail sur le même plan d'égalité que certaines victimes des régimes spéciaux. Il ne serait pas question de remettre en cause la sécurité juridique concernant la responsabilité de l'employeur, ni de démontrer une imputabilité. Le fondement serait une responsabilité objective, de plein droit, de l'employeur. Pour cela, il conviendrait d'instituer une cotisation d'assurance obligatoire à la charge des employeurs qui couvriraient l'indemnisation des risques patrimoniaux et extrapatrimoniaux résultant du sinistre professionnel. Cette assurance serait gérée à l'identique de celle qui est actuellement en place pour les fautes inexcusables de l'employeur. Les caisses de MSA verseraient les indemnisations à la victime en contrepartie de la cotisation d'assurance que l'employeur aurait réglée. Il ne serait pas prudent de laisser la gestion de ces sinistres aux assurances, car le passé nous a montré une expérience négative en ce qui concerne l'obligation d'assurance des non-salariés agricoles dans le cadre de l'ATEXA⁴⁹⁷. Par ce procédé, tous les travailleurs, qu'ils soient salariés ou non salariés, percevraient une indemnisation intégrale de leur préjudice.

La cotisation d'assurance serait mise à la charge de l'employeur et non du salarié, car c'est le premier qui crée le risque par son activité, et c'est à lui que profitent le danger et l'activité économique. Cette idée puise son fondement dans la théorie du risque de Saleilles. Dès 1898,

⁴⁹⁵ Loi n°2012-1404, 12 décembre 2012, article 85 du Code de la sécurité sociale, JO du 18 décembre 2012, entrée en vigueur au 1^{er} mars 2013.

⁴⁹⁶ Pour 2017, le montant minimum par mois est de 1107,49 euros, application au 1^{er} avril 2017, circulaire n°DSS/2A/2C/3A/207/67.

⁴⁹⁷ L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles, évoquée dans le premier chapitre de cette même partie.

cet auteur écrivait : « *Ce qui est immoral c'est que, même à supposer l'absence de faute, les risques soient pour celui qui subit le contrecoup de l'activité des autres et non pour celui qui déploie son activité et qui devait en retirer profit (...)* Si nous n'avions pas de longs siècles de tradition romaine qui pèsent sur nos conceptions juridiques, le bon sens, et surtout ce que nous avons de sens moral en nous, ne manquerait pas de répondre : celui-là doit payer qui a pris l'initiative du fait et qui en est l'auteur ; et quant à l'autre qui l'a subi passivement (...), toute question de faute à part, faute à part, c'est à lui d'être dédommagé. Voilà les solutions morales.⁴⁹⁸ » Afin de ne pas mettre en faillite les agriculteurs, cette cotisation pourrait être calculée sur leur chiffre d'affaires. Il conviendrait de mener une étude financière pour déterminer les coûts qu'engendrerait ce dispositif pour les caisses de sécurité sociale et notamment de MSA. Ce procédé devra répondre à la nécessité d'équilibre du budget de la sécurité sociale.

Le risque atteint souvent le plus faible qui n'a que sa force de travail pour l'aider à subsister⁴⁹⁹. Et une fois la victime atteinte, elle n'a plus rien pour survivre, d'où le besoin de penser à une réparation intégrale des préjudices des travailleurs en instaurant une assurance obligatoire, calculée sur les revenus professionnels, à la charge de celui qui crée le péril et à qui l'activité profite : l'employeur.

Il peut arriver que l'accident subi par la victime ne soit pas reconnu en accident du travail ou que des litiges apparaissent au moment de la détermination de l'incapacité permanente partielle ou de son taux. Dans ces cas, il existe des possibilités de contester la décision de la caisse de mutualité sociale agricole en ce qui concerne la décision de reconnaissance d'un accident du travail ou du trajet ou les litiges liés au versement des indemnités journalières, ou encore la fixation du taux de l'incapacité.

Dans ces cas, les désaccords seront traités dans le cadre du contentieux de la protection sociale, qui mérite d'être repensé. Ce sujet va être analysé dans le prochain chapitre.

⁴⁹⁸ R. SALEILLES, « Le risque professionnel dans le Code civil », Séance du 14 février 1898 de la Société d'économie sociale, la Réforme sociale, 1998, p. 646-647.

⁴⁹⁹ L. ANDREU et N. THOMASSIN, *Cours de droit des obligations*, Gualino, Lextenso, 1^{re} édition, 2016-2017.

CHAPITRE III

LE CONTENTIEUX COMPLEXE DE LA PROTECTION SOCIALE

Le contentieux du risque professionnel souffre de plusieurs maux : une complexité d'organisation (Section 1), un accès difficile au juge (Section 2) et un fonctionnement discutable (Section 3).

Section 1. Une complexité d'organisation du contentieux social

La complexité du contentieux social fragilise les agriculteurs qui souhaitent contester une décision de la MSA donnée dans le cadre d'un accident du travail ou du trajet. Le législateur est intervenu pour réformer en profondeur le traitement du litige social. Son intervention reste lacunaire, mais le montage juridique actuel est tellement complexe qu'elle ne disparaît pas avec cette réforme.

Le contentieux de la protection sociale, dont fait partie le régime agricole, implique un montage juridique original mais dont la complexité le rend incompréhensible pour les victimes *lambda*. Actuellement, il se divise en contentieux de l'aide sociale et en contentieux de la sécurité sociale⁵⁰⁰. Il trouve son fondement dans l'article L.142-1 du Code de la sécurité sociale⁵⁰¹. Il s'agit d'un contentieux d'exception qui règle les litiges nés de l'application de la législation relative à la sécurité sociale et au Code rural et de la pêche maritime, en ce qui concerne la protection sociale des agriculteurs victimes de sinistres professionnels, par exemple. Sa complexité est en particulier due au fait qu'il manque d'unité dans son montage juridique, car il se décline en contentieux général⁵⁰², en contentieux technique⁵⁰³ et en

⁵⁰⁰ Au plus tard, au 1^{er} janvier 2019, une partie du contentieux des commissions départementales d'aide sociale (CDAS) ainsi que le contentieux des TASS et TCI seront transférés à un pôle social créé au sein du TGI.

⁵⁰¹ Modifié par la loi n°2008-126 du 13 février 2008.

⁵⁰² Ce dernier comprend le recours contentieux et le recours amiable.

⁵⁰³ Il représente la phase la plus litigieuse de la phase de contestation. Dès la création de la sécurité sociale, il s'est révélé que certains litiges étaient complexes et techniques et ne pouvaient pas se satisfaire d'un traitement dans le cadre d'un contentieux général. Leurs spécificités ont justifié leur soumission à un contentieux spécial confié à des juridictions également spécialisées. Dès le départ, ce contentieux relevait du Conseil d'État, par son caractère administratif, puis il a fini par être confié à la compétence de la Cour de cassation depuis la réforme du 18 janvier 1958. Cette loi a marqué un début de judiciarisation de la matière alors que telle n'était pas l'intention initiale du législateur. Pour connaître de ce contentieux bien spécialisé, les affaires étaient portées devant une commission régionale d'invalidité, en première instance, et une commission technique, en appel. C'est une loi du 18 janvier 1994⁵⁰³ qui va remplacer les commissions pour créer, d'une part, les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) et, d'autre part, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des

contentieux de l'expertise médicale. L'éclatement du contentieux de la protection sociale en matière de sinistre professionnel est préjudiciable aux victimes. Ces dernières ne comprennent pas cette division, ainsi que le domaine de compétence de chaque contentieux.

Le législateur a pris acte de ces difficultés. Par une loi adoptée le 18 novembre 2016⁵⁰⁴, dite loi de modernisation de la justice, l'Assemblée nationale a mis fin à l'existence des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) et des tribunaux de l'incapacité (TCI).

La suppression de ces juridictions n'efface pas la connaissance ou l'existence du contentieux général ou technique par l'ordre juridique ; la dichotomie du contentieux subsiste. C'est seulement leur compétence qui a été transférée aux tribunaux de grande instance (TGI) au sein de formations spécialement désignées, à compter du 1^{er} janvier 2019. Ce qui est regrettable, c'est que le contentieux de la sécurité sociale n'a pas été effectivement amélioré. Le problème quant à l'enchevêtrement des juridictions a été uniquement déplacé vers une autre instance de justice, mais il n'a pas été résolu.

La même critique peut être formulée au sujet de la CNITAAT. Elle ne statuera plus en appel des décisions des TCI. Une cour d'appel territorialement compétente de l'ordre judiciaire pourra connaître de ces appels, à l'exception des litiges sur la tarification des cotisations des accidents du travail qui seront de la compétence d'une cour d'appel spécialement désignée. La loi de modernisation de la justice, dite loi J21, n'a pas réellement amélioré la transparence de la saisine des juridictions de la sécurité sociale. Il subsiste un flou, une incompréhension, un manque de clarté en la matière. La victime d'un accident du travail ou du trajet ne comprendra pas toujours pourquoi il faut exercer un recours gracieux avant tout recours contentieux. De même, il lui sera difficile de savoir à quel moment et dans quel cas elle pourra solliciter l'expertise médicale, ou encore, dans quel délai elle pourra former un recours et quelle sera la nature de celui-ci, c'est-à-dire un contentieux général ou technique.

En outre, il a été créé une obligation de recours amiable préalable pour tous les contentieux. Ce dernier a pour but de limiter le nombre de recours. Cependant, cet impératif ne sera-t-il pas une perte de temps pour les assurés sociaux, et notamment pour les accidentés du travail ? Les victimes doivent attendre la réponse du service de protection sociale pour former un recours

accidents du travail (CNITAAT). L'une est une juridiction de premier degré, l'autre constitue une instance d'appel.

⁵⁰⁴ Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, JORF n°0269 du 19 novembre 2016, et ordonnance n°2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale à l'enfance.

auprès du pôle social du TGI, ou attendre l'expiration du délai de deux mois qui court après la formulation de leur recours amiable. Les organismes de sécurité sociale et donc de MSA vont-ils accepter de « jouer le jeu » en examinant les moyens de contestation des demandeurs ? Ces interrogations sont d'autant plus justifiées que les commissions de recours amiables annulent rarement les décisions querellées qui leur sont soumises. Elles ne répondent pas en motivant leur décision, ni de manière expresse. Les CRA « *statuent fréquemment sans véritable examen au fond du dossier et au moyen de décisions standardisées*⁵⁰⁵ ».

Dans un but de clarté et afin de faciliter les recours et leur compréhension par les victimes d'accidents professionnels, nous proposons d'instituer, auprès de chaque caisse de sécurité sociale et donc de mutualité sociale agricole, une instance informative qui serait chargée de recevoir la victime lorsque cette dernière entend contester la décision de la caisse. Elle serait constituée du personnel de la MSA et financée par cette dernière ; une étude budgétaire devrait être menée en ce sens. Cette organisation aura pour but d'éclairer et d'orienter la victime dans son désir de recours. L'atteinte du fait accidentel au travail est un élément assez grave pour que la victime soit informée au mieux afin de faire valoir ses droits par le biais de la contestation gracieuse ou contentieuse, et ce, dans le but d'avoir une indemnisation adéquate.

Il n'est ni judicieux ni opportun de supprimer le contentieux technique qui a soulevé beaucoup de débats au sein de la doctrine. La spécificité de la matière commande sa survie pour une bonne concertation sur les droits de la victime et son état de santé résultant de l'atteinte professionnelle.

Un autre problème lié aux contentieux sociaux réside dans la difficulté, pour la victime, d'accéder à un juge.

Section 2. Le difficile accès au juge

Derrière le contentieux de la sécurité sociale, et par la même occasion, le traitement des litiges liés à la législation sur les accidents du travail, se cache une apparence de facilité d'accès au juge pour les contestataires, impliquant des réalités ambivalentes.

⁵⁰⁵ M. HUET, « Réforme du contentieux de la sécurité sociale : ce qui change au 1^{er} janvier 2019 », www.huet-avocat.fr, publié le 13/04/2018, mis à jour le 14/04/2018.

Tout d'abord, se pose le problème de l'obligation du ministère d'avocat lors d'un recours contre une décision d'un organisme de protection sociale et donc de MSA. Si la présence d'un avocat n'est pas obligatoire devant les juridictions de première instance et d'appel, tels le TASS, le TCI ou la CNITAAT, il n'en est pas de même devant la Cour de cassation. Former un pourvoi devant la Haute Cour peut se révéler très onéreux pour des victimes déjà en situation de fragilité. Certes, il existe des dispositifs d'aide juridictionnelle qui peuvent couvrir les frais d'avocats et d'expertises, mais les conseils sont mal rémunérés et le professionnel peut accorder moins d'attention au dossier à défendre et manquer d'investissement. De plus, tous les avocats n'acceptent pas d'être rémunérés par le biais de l'aide juridictionnelle, laissant ainsi la victime dans la situation difficile de trouver un praticien qui veuille bien prendre son dossier en étant peu payé. Le risque serait d'avoir affaire à un avocat inexpérimenté ou incompetent dans le domaine et qui n'accepterait de percevoir l'aide de l'État en guise de rémunération seulement parce qu'il n'a pas de clientèle.

Les personnes les mieux défendues seraient donc celles qui possèdent les moyens financiers pour cela, soit en rémunérant un avocat, soit en ayant contracté une assurance de protection juridique, au préalable. En ce sens, l'accès au juge est problématique et tous les accidentés ne sont pas mis sur le même pied d'égalité. Il conviendrait probablement de rendre obligatoire la protection juridique des travailleurs, à l'instar des mutuelles de santé.

Ensuite, la présence du timbre fiscal à honorer avant tout recours a été longtemps un frein à l'accès au juge. Sujet de nombreux rebondissements, la dispense ou non du timbre lors d'une introduction d'instance devant les tribunaux a été l'objet de positions législatives contradictoires. Initialement, la loi du 30 décembre 1977⁵⁰⁶ avait supprimé cette fiscalisation du recours. La gratuité des actes de justice devant les juridictions civiles et administratives a finalement été remise en cause par un décret du 28 septembre 2011⁵⁰⁷ instaurant une obligation de timbre de 35 euros à compter du 1^{er} octobre 2011 pour financer l'aide juridictionnelle qui devait permettre aux personnes avec de faibles revenus d'accéder à la justice. Partant d'une noble intention, ce décret a été institué au détriment des victimes d'accidents du travail ou du trajet qui ne peuvent pas bénéficier de l'aide de l'État pour accéder à la justice, mais qui n'ont pas assez de ressources pour financer elles-mêmes les services de professionnels du droit.

⁵⁰⁶ Loi n°77-1468 du 30 décembre 1977, JO du 31 décembre 1977, instaurant la gratuité des actes de justice devant les juridictions civiles et administratives.

⁵⁰⁷ Décret n°2011-1202 du 28 septembre 2011 instaurant une obligation de timbre fiscal.

De plus, ce décret a eu pour conséquence de modifier l'article 62 du Code de procédure civile⁵⁰⁸ qui rendait irrecevable la procédure en cas de non-acquittement de ladite taxe.

La confédération Force Ouvrière (FO) avait engagé différents recours contentieux en vue de supprimer cette contribution forfaitaire. Un recours en excès de pouvoir contre le décret et sa circulaire d'application, une question prioritaire de constitutionnalité⁵⁰⁹, a été déposé afin de déclarer inconstitutionnel l'article 54 de la loi de finances qui a établi cette taxe. Cependant, le Conseil des Sages n'a pas conclu à son incompatibilité avec la Constitution⁵¹⁰ en décidant que le timbre fiscal ne constitue pas « *une atteinte disproportionnée au droit d'exercer un recours effectif devant une juridiction ou aux droits de la défense* ».

La Cour de cassation n'a pas souhaité transmettre une nouvelle QPC au Conseil constitutionnel en décidant, dans un arrêt du 10 mai 2012⁵¹¹, que la QPC était irrecevable car ce dernier avait déjà statué sur la question. Le Conseil d'État, quant à lui, a rejeté le recours en excès de pouvoir de FO par une décision du 28 décembre 2012⁵¹², déclarant que « *les dispositions des articles 1635 bis P et 1635 bis Q du Code général des impôts, qui poursuivent chacun un but légitime sans porter d'atteinte excessive au droit d'accès au juge, ne méconnaissent ni les stipulations des articles 6 et 13 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ni celles de l'article 14 du pacte international relatif aux droits civils et politiques, ni, en tout état de cause, celles de l'article 47 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne* ». Les hautes instances avaient validé la loi sur la contribution forfaitaire de 35 euros, lui donnant une légitimité au regard de sa proportion et de son but. Cependant, la réalité du droit n'est pas la même que celle de l'économie. Manifestement, elle pesait sur la décision d'introduire un recours, devenant même un obstacle pour certaines personnes.

Dans plusieurs communiqués de presse⁵¹³, Madame Christiane Taubira, garde des Sceaux du moment, avait qualifié « ce timbre d'injuste » car il constituait une « entrave » à l'accès au juge pour les plus démunis. Pour prétendre à l'aide juridictionnelle, le plafond de ressources

⁵⁰⁸ L'article 62 du Code de procédure civile disposait : « *À peine d'irrecevabilité, les demandes initiales sont assujetties au paiement de la contribution pour l'aide juridictionnelle prévue par l'article 1635 bis Q du Code général des impôts.* »

⁵⁰⁹ QPC n°354363.

⁵¹⁰ Décision du 13 avril 2012, n°2012-231/234.

⁵¹¹ N°12-40019.

⁵¹² Décision n°353337, 354475.

⁵¹³ Europe 1, « Taubira met fin à la taxe justice », 23 juillet 2013.

était très faible, s'élevant à 929⁵¹⁴ euros par mois, donc inférieur au seuil de pauvreté qui se montait à 977⁵¹⁵ euros par mois, pour l'année 2011. Les juristes qui avaient déclaré cette taxe conforme étaient manifestement loin des réalités économiques. Comme l'a souligné Madame Taubira, « *on a remarqué une baisse du recours à la justice chez ces catégories de justiciable, il était temps d'y mettre un terme* ».

Fort heureusement, le législateur est venu remédier à cette inégalité entre les victimes par un décret du 29 décembre 2013⁵¹⁶, supprimant la contribution de 35 euros lors d'une introduction d'instance en justice. Il s'appliquera pour les actions introduites devant les tribunaux à partir du 1^{er} janvier 2014. À ce jour, le timbre fiscal n'a pas été remis en place. Pourtant, les législatures passées ont tantôt instauré, tantôt supprimé cette contribution. Il ne faudrait pas que, dans l'avenir, une loi vienne rétablir cette taxe qui est manifestement un obstacle à l'accès au juge pour des victimes déjà fragiles.

Enfin, la multiplicité des juridictions et leur enchevêtrement traduisent une complexité qui s'illustre par un accès au juge plus difficile. Le contentieux technique est celui qui a suscité le plus d'interrogations en matière de litiges relatifs aux accidents professionnels et sur l'adéquation entre son existence et le principe d'accès au juge. De nombreux travaux – rapports⁵¹⁷, ouvrages⁵¹⁸, colloques⁵¹⁹ ou articles⁵²⁰ – se sont succédé pour démontrer les failles d'un système nécessitant d'être réformé afin de faciliter l'organisation judiciaire et garantir les droits des justiciables, et notamment ceux des agriculteurs victimes d'accidents du travail.

Section 3. Le discutable fonctionnement des juridictions

Tout d'abord, le dysfonctionnement des juridictions avait été constaté initialement au niveau des formations techniques, les TCI et la CNITAAT. Leur composition ne garantissait pas un recours effectif au juge. Leur formation a été, au départ, litigieuse, puis a évolué avec les

⁵¹⁴ Loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, JO du 29 décembre 2011 : à partir du 1^{er} janvier 2012, les personnes dont les revenus sont inférieurs à 929 euros par mois peuvent bénéficier de l'aide juridictionnelle totale.

⁵¹⁵ C. HOUDRE, J. PONCEAU, M. ZERGAT BONNIN, « Les niveaux de vie en 2011 », *INSEE Premières* n°1464, paru le 13 septembre 2013.

⁵¹⁶ Décret n°2013-1280 du 29 décembre 2013.

⁵¹⁷ D. MARSHALL, *Les juridictions du XXI^e siècle*, Paris, La Documentation française, 2013.

⁵¹⁸ P. JOXE, *Soif de Justice, Au secours des juridictions sociales*, Paris, Fayard, 2014.

⁵¹⁹ Colloque : « Vers un ordre juridictionnel social », *Dr. ouvrier*, n° 796, 2014, p. 689 s.

⁵²⁰ F. GUIOMARD, « Quelles réformes pour la justice sociale ? 1^{re} partie : les juridictions », *Rev. Droit du travail*, 2014, p. 129, et 2^e partie : « Les procédures », *Rev. Droit du travail*, 2014, p. 200.

décisions du juge judiciaire⁵²¹ pour enfin être corrigée par le législateur⁵²². Des études et témoignages ont pu démontrer une publicité lacunaire des audiences au détriment d'une audience à huis clos du plaignant⁵²³. De plus, le jugement de ces juridictions techniques n'est pas de bonne qualité car il est régulièrement sanctionné en appel ou en cassation pour des manquements graves dans la procédure, tels que le manque d'informations concernant la composition de la formation qui a statué, les moyens des parties, les textes de référence ayant servi à la décision, ou encore l'absence de motivation des décisions⁵²⁴.

Ensuite, les moyens offerts aux juridictions sociales sont minimes, ce qui se constate sur plusieurs plans. Tout d'abord, il n'y a pas de véritable greffe dédié aux juridictions spécialisées. Les TASS et TCI sont des organisations hybrides, car ils sont placés, d'une part, sous l'autorité fonctionnelle des magistrats mais, d'autre part, sous l'autorité hiérarchique des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Leurs effectifs sont composés à la fois de fonctionnaires des services déconcentrés du ministère des Affaires sociales et d'employés de la sécurité sociale, gérés de manière autonome. Ce rattachement à deux ministères différents crée des difficultés de guidage.

Ces positions d'emplois ne permettent pas aux personnels greffiers de consacrer la totalité de leur temps au service du contentieux social, et leur situation ne semble pas être indépendante bien qu'ils ne soient pas amenés à prendre des décisions. Ainsi, au 31 décembre 2014⁵²⁵, sur 359 personnes dédiées aux fonctions de greffe pour les TASS et TCI, 243, soit plus de la moitié des effectifs, étaient des personnels des caisses de protection sociale. Il est donc logique de se questionner sur un possible conflit d'intérêt dans le traitement des dossiers. En outre, le fait que ce personnel ne dépende pas du ministère de la Justice laisse planer des doutes sur son statut. Pourtant, le 2 avril 2009⁵²⁶, la cour de Bordeaux a rendu un arrêt qui nous amène à nous interroger : pour que le tribunal soit indépendant et impartial, cela suppose

⁵²¹ Soc., 17 déc. 1998, *MADACI c/CPAM de Vienne*, *Dr. soc.* 1999, p. 158, note H. LEFFRAN, Ass. plén. 22 déc. 2000, *Dr. soc.* 2001, p. 282, concl. P. LYON- CAEN.

⁵²² L. n°2002-73 du 17 janvier 2002, art. 35, mod. Art. 143-2 et suivants du Code de la sécurité sociale et ord. n°2005-656 du 18 juin 2005.

⁵²³ M. BORGETTO, « Les juridictions sociales en question(s) », dossier « Contentieux de la protection sociale », *Regards, Protection sociale*, Revue biannuelle publiée par l'École nationale supérieure de la sécurité sociale, n°47, mars 2015, p. 27.

⁵²⁴ *Ibid.*

⁵²⁵ S. FOURCADE, N. COMBOT, V. REYMOND, TH. MILOUA et L. PECAUT-RIVOLIER, « Appui à l'organisation du transfert du contentieux des TASS, TCI et CDAS vers les nouveaux pôles sociaux des TGI », rapport n°2015-126R/IGSJ, n°12-16, février 2016, p. 29. Ce rapport est le fruit d'une mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection des affaires judiciaires (IGSJ) afin d'appuyer le projet de transférer le contentieux de la protection sociale vers les nouveaux pôles sociaux des tribunaux de grande instance.

⁵²⁶ Bordeaux, Soc., 2 avril 2009, n°08/3073, Légifrance.

« l'indépendance des juges qui le composaient, fondée sur leur statut et sur les conditions dans lesquelles ils exercent leurs fonctions ». Il a été décidé que la rémunération des secrétaires des TASS par les organismes de protection sociale, CPAM et MSA notamment, « ne [porterait] pas atteinte à l'indépendance de ces tribunaux qui sont composés d'un président, nécessairement magistrat du siège dont l'indépendance est garantie par son statut, et de deux assesseurs, tous désignés par le président de la Cour d'appel ». On remarquera que le législateur s'est positionné sur les membres composant le tribunal mais aucunement sur les greffiers, qui n'appartiennent pas à l'ordre juridique et qui peuvent manifester des conflits d'intérêts dans le traitement des dossiers.

À cela s'ajoutent la carence du nombre de magistrats promus à cette fonction, qui accroît la lenteur des tribunaux, la faiblesse de rémunération des assesseurs et des présidents des organes de jugement ainsi que le manque de formation des assesseurs, ne permettant pas une justice efficace.

Au regard des dysfonctionnements exposés, une réforme plus ambitieuse des juridictions sociales serait nécessaire, et plusieurs pistes de réflexion ont été envisagées. La solution la plus pertinente était celle qu'avait proposée Pierre LAROQUE il y a des années déjà⁵²⁷. À l'instar de certains pays européens⁵²⁸, il préconisait d'instaurer un ordre juridictionnel social en parallèle à ceux déjà existants, l'ordre administratif et judiciaire. Le tribunal des conflits serait réaménagé afin de traiter d'éventuels conflits⁵²⁹. Le contentieux social serait ainsi unifié au sein d'un même ordre de juridiction, et il y aurait plus de lisibilité pour les victimes ne sachant pas à qui s'adresser : le TASS, le TCI, ou peut-être même le TGI, parfois. Cette solution avait été mise en avant par de nombreux auteurs. Malheureusement, elle n'a pas été retenue par le législateur. Étant donné le besoin de simplification et de transparence du contentieux social, la création d'un troisième ordre de juridiction, qui viendrait mettre fin au dualisme juridictionnel existant, était d'une pertinence que la loi J21 n'a pas retenue. Celui-ci coûterait trop cher et constituerait un précédent. De plus, sa mise en place inciterait peut-être les pénalistes, commerciaux et autres juristes à demander que soit instauré un ordre de juridiction dédié à leur domaine.

⁵²⁷ P. LAROQUE, « Contentieux et juridiction sociale », Études et documents du Conseil d'État, repris dans la revue *Droit social*, mai 1954, p. 271 s.

⁵²⁸ I. SAYEN, *Le contentieux de la protection sociale*, Saint-Étienne, Presses Universitaires, 2005.

⁵²⁹ Y. SAINT-JOURS, « La perspective d'un ordre juridictionnel social : utopie ou prémonition ? », *Droit ouvrier*, n°533, 1993, p. 167 s.

Le changement opéré par la loi du 18 novembre 2016⁵³⁰ reste « *marginal, et le maintien d'une juridiction spécialisée [est] difficilement compréhensible au regard de la volonté d'unifier le contentieux social*⁵³¹ ».

⁵³⁰ Dite loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle, *op. cit.*

⁵³¹ A. BOULLIOUX, « La réforme des contentieux sociaux par la loi de modernisation de la justice du 21^e siècle », *La Semaine Juridique - Social*, n°10, 14 mars 2017, 1077.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Force est de constater que la protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident professionnel présente des lacunes et des dysfonctionnements. Les faiblesses des modes de reconnaissance et de réparation nous alertent sur la nécessité de repenser la législation sur les accidents du travail.

Cette protection est en train de s'aligner sur celle des assurés du régime général, du commerce et de l'industrie, afin de donner aux victimes une véritable équité et égalité. Certains pourraient penser que cet alignement représente une avancée sociale pour les agriculteurs victimes d'accidents du travail. Cependant, ce régime est imparfait, et copier un système de prise en charge qui présente lui-même des incohérences et des imperfections n'a pas de sens.

En 2010, à la suite du vote de la loi⁵³² concernant la fiscalisation d'une partie des indemnités journalières des victimes de sinistres professionnels, la FNATH⁵³³ a élaboré et diffusé un « Livre blanc pour l'amélioration des victimes du travail ». Elle y faisait état d'un système de réparation obsolète et invitait les pouvoirs publics à repenser la loi du 4 avril 1898. L'association se faisait le porte-parole des victimes et de leurs familles. À ce jour, leur voix n'a toujours pas été entendue. Cette situation est d'autant plus inéquitable et inacceptable que certaines victimes de préjudices corporels bénéficient d'une réparation intégrale alors même que l'accident n'a pas un caractère professionnel.

Il serait intéressant de réaliser une étude concernant le financement d'une cotisation obligatoire à prélever sur le chiffre d'affaires des employeurs afin de mettre en place une réparation intégrale au profit des accidentés du travail.

Dans cette première partie, nous avons décrit le système de protection et de réparation auquel sont soumis les agriculteurs victimes d'accidents du travail et du trajet, et comparé les situations des salariés agricoles et des non-salariés agricoles en la matière.

La seconde partie adoptera le même mode d'analyse mais en l'appliquant aux accidents de la vie privée et en expliquant les modalités de prise en charge du salaire de remplacement (maladie et invalidité) des agriculteurs.

⁵³² Article 85 de la loi de finances pour 2010 du 30.12.2009, JO du 31.12.2009.

⁵³³ Fédération nationale des accidentés du travail.

PARTIE II

LE RISQUE ACCIDENT NON LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : UNE PROTECTION SOCIALE ÉCORNÉE DE L'AGRICULTEUR

La protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident est quasiment identique à celle des salariés du régime général des travailleurs du commerce et de l'industrie. Celle des non-salariés est en apparence moins efficace quand il s'agit de leur apporter un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail.

À l'instar des accidentés du travail, la réparation versée par les caisses de protection sociale est une réparation de base qui ne couvre pas la totalité du préjudice. Ce dernier ne peut être indemnisé intégralement qu'au travers des législations spéciales, par le biais de l'assurance ou de certains fonds d'indemnisation.

Le dédommagement assurantiel de l'atteinte corporelle peut paraître, de prime abord, hors du champ de la protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident non professionnel, mais la réalité est bien différente. En effet, deux droits s'emboîtent dans ce mécanisme de réparation : celui de la sécurité sociale et celui de la responsabilité. Tous les deux fondent la rétribution servie à la victime. En outre, un des principes fondateurs de notre droit est l'interdiction du double dédommagement de l'accidenté. Dans le cas contraire, l'indemnité octroyée pourrait constituer un enrichissement sans cause. Dans cet objectif, les organismes de sécurité sociale, et donc de MSA, peuvent bénéficier d'un droit subrogatoire afin de récupérer les sommes allouées à l'agriculteur accidenté par les tiers payeurs. Il existe des règles au recouvrement de ces sommes afin de protéger la victime.

Dès lors, nous assistons à une réparation minimale de l'accident non professionnel par les organismes de sécurité sociale (Titre I), qui se complète d'une réparation dans le cadre de la responsabilité civile ou instaurée par le législateur. Nous remarquons cependant une amélioration constante de la prise en compte et de l'indemnisation du préjudice corporel (Titre II).

TITRE I

LA RÉPARATION DE L'ACCIDENT NON PROFESSIONNEL

L'accident non professionnel est celui qui n'a pas été réalisé à l'occasion d'une activité de travail. Il obéit à des règles d'indemnisation différentes de celles se rattachant à la législation sur les accidents du travail.

Les victimes bénéficient également d'une réparation de leur préjudice en cas d'atteinte. Toutefois, leurs niveaux de garanties ne sont pas identiques.

Ces personnes atteintes par un dommage corporel peuvent percevoir soit des prestations en nature pour pouvoir se soigner, soit des prestations en espèces afin de bénéficier d'un revenu de remplacement le temps d'un arrêt de travail. Mais, dans tous les cas, leurs droits diffèrent. La réparation intégrale ne peut être prévue que par le biais soit de l'assurance, soit de l'instauration d'un régime spécial par le législateur.

Ce qui interpelle actuellement les victimes d'atteintes corporelles, c'est l'élaboration d'un statut autonome du préjudice corporel qui implique que toutes personnes peuvent prétendre à une réparation intégrale de leur outil de travail. Ce dernier est, en l'occurrence, leur corps et leur capacité physique et intellectuelle.

La réparation du préjudice est faite *a minima* par le biais de la protection sociale. Elle est lacunaire et insuffisante à bien des égards. Les pouvoirs publics ont tenté de l'améliorer par des législations innovantes. Cependant, des carences subsistent tant au niveau de l'indemnisation en nature (Chapitre I) que de l'indemnisation en espèces du préjudice accidentel (Chapitre II).

CHAPITRE I

L'INDEMNISATION EN NATURE DU PRÉJUDICE

L'indemnisation en nature du préjudice corporel implique la prise en charge des soins de la victime. Elle est différente de la prise en charge des accidentés du travail. La victime doit remplir des conditions d'ouverture de droits qui se sont assouplis avec la législation sur la protection universelle maladie⁵³⁴ (Section 1) et qui ont été optimisés, pour certains, avec l'obligation de souscrire une assurance complémentaire (Section 2) pour quelques catégories de travailleurs agricoles.

Section 1. La protection universelle maladie

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 s'est donné pour objectif d'universaliser la prise en charge des frais de santé en facilitant les conditions d'affiliation des assurés sociaux et en diminuant les démarches administratives afin de limiter les mutations inter-régimes. Ces dernières avaient pour conséquences régulières de laisser les personnes en rupture de droits, car les coordinations entre les organismes de sécurité sociale comportaient des dysfonctionnements. Dès lors, les pouvoirs publics ont souhaité sécuriser la situation des assurés lorsque leur statut professionnel et personnel évoluait au fil du temps. Depuis le 1^{er} janvier 2016, la PUMA, la protection universelle maladie, répond, en partie, à cet objectif. Cependant, des améliorations restent à réaliser.

La nouvelle loi aura pour finalité de supprimer les conditions d'ouverture des droits aux frais de santé. Ainsi, la personne ayant besoin d'être affiliée au régime agricole, de par son statut, verra sa soumission facilitée et sera ainsi quasiment certaine de pouvoir bénéficier d'une prise en charge de ses soins. Auparavant, les conditions d'appartenance à un régime de sécurité sociale, et par conséquent, le remboursement des soins médicaux, découlaient essentiellement de son activité professionnelle, soumise à des critères de durée, de temps de travail ou de pourcentage en salaire par rapport au SMIC. Désormais, le salarié agricole⁵³⁵ n'est plus tenu à ces conditions, et les caisses de mutualité sociale agricole n'ont pas à vérifier les dispositifs

⁵³⁴ Loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale. L. n°2015-1702, 21 décembre 2015, JO 22 décembre 2015, p. 23635.

⁵³⁵ L'exploitant agricole a toujours été affilié dès le premier jour de son immatriculation en caisse de MSA, le conjoint collaborateur également, s'il ne bénéficie pas d'une couverture dans un autre régime ou sous un autre statut suite à son activité professionnelle. L'apprenti, quant à lui, a toujours été affilié dès le premier jour de son activité, sans condition d'heures et de salaire.

d'ouverture des droits afin de l'affilier. En conséquence, dès que l'activité agricole est constatée, le salarié agricole est couvert au titre de la prestation en nature par la MSA du lieu de cotisation de son employeur. Les seules conditions sont l'obligation de travailler ou de résider en France de manière stable.

Le maintien dans le régime agricole a également été facilité. Auparavant, il existait une période de maintien du droit d'un an⁵³⁶ aux frais de santé, en cas de perte d'une activité professionnelle, sans chômage indemnisé. Dorénavant, avec la PUMA, la personne reste affiliée au sein de son régime, et donc au sein du régime agricole si l'activité était agricole, sur un critère de résidence avec des droits illimités. La notion de maintien du droit aux prestations santé n'a plus lieu d'être. La nouvelle législation garantit donc une protection sociale à l'assuré dans le cas où il n'aurait pas pu travailler ou justifier du prolongement de ses bénéfices à la couverture santé. En effet, avant le 1^{er} janvier 2016, l'assuré qui avait épuisé le maintien de ses droits et qui ne pouvait plus rester au sein de son régime d'appartenance, notamment au sein du régime agricole, devait se diriger vers la CPAM de son domicile afin de faire valoir son droit à la CMU de base. Cette dernière est devenue obsolète avec la nouvelle législation, et les pouvoirs publics l'ont supprimée.

Le législateur a souhaité éviter les périodes sans droits des assurés et a simplifié les démarches administratives afin de faciliter l'accès aux soins de ces derniers. En effet, l'accidenté a besoin rapidement de traitements médicaux qui peuvent être longs et coûteux. Cependant, la PUMA reste une législation inachevée, voire bâtarde.

Tout d'abord, la disparition de la notion d'ayant droit majeur, combinée avec celle d'une condition de résidence, pénalisait les conjoints habitant en France et sans activité professionnelle, et notamment le Français de l'étranger de retour en France pour travailler. Les pouvoirs publics ont pris acte des ratés de la protection universelle maladie et ont adopté un décret⁵³⁷ qui ôte les conditions de résidence de trois mois, sur le territoire français, aux membres majeurs de la famille sans activité professionnelle, qui sont liés à un assuré en activité lors de leur retour en France. Ainsi, l'accès aux soins est simplifié, et l'agriculteur qui a subi un accident peut s'affilier au régime agricole et donc bénéficier des soins en toute quiétude si la personne à laquelle il est rattaché est déjà couverte par le régime agricole en rapport à son activité. Ainsi, un descendant ou ascendant pourra se rattacher, sans condition

⁵³⁶ L'article L. 161-2 du Code de la sécurité sociale est, en conséquence, supprimé.

⁵³⁷ Décret n°2017-240 du 24 février 2017.

de stabilité, à l’instar d’un conjoint. En revanche, les adhérents à la Caisse des Français de l’étranger qui regagnent le territoire sans activité professionnelle lors de leur retour bénéficient, pendant trois mois, de la couverture de cette caisse.

La PUMA montre ses limites au moment où l’assuré change d’activité professionnelle. Certes, il est possible d’y voir les prémices d’un régime unique mais, dans l’immédiat, elle présente bien des dysfonctionnements, surtout au sein du régime agricole qui base l’affiliation sur le lieu de cotisation de l’employeur et non sur la résidence de l’assuré. La situation du salarié agricole est celle qui doit être revue en priorité par le législateur. De nombreux agriculteurs n’ont pas une situation professionnelle unique, et leur emploi suit les mutations des saisons. Il n’est pas rare, par exemple, qu’un agriculteur qui habite dans le Vaucluse (84) fasse les vendanges à Gigondas (84), la récolte des fruits à Sénas (13)⁵³⁸, et ensuite la taille des vignes à nouveau à Gigondas (84), puis la cueillette des cerises dans la Drôme (26), avec probablement des périodes entrecoupées de chômage. Il faut savoir que le salarié est affilié à la caisse du lieu de cotisation de son employeur et qu’en cas de chômage indemnisé, il dépend alors de la caisse de mutualité sociale agricole du département du Pôle emploi qui l’indemnise. Le changement de situation peut mener fréquemment le salarié à changer de caisse de MSA, le laissant parfois dans des périodes de rupture de droits. En effet, les organismes de protection sociale ont régulièrement du retard dans le traitement des demandes des assurés à cause des baisses des effectifs⁵³⁹ dans les caisses de MSA⁵⁴⁰. Si ce délai de traitement est préjudiciable aux assurés sociaux, il l’est aussi pour les employés des caisses, qui se trouvent sous pression, avec pour objectif de traiter un maximum de demandes avec peu de personnel, tout en respectant les délais fixés par la convention d’objectifs et de gestion. La qualité du travail est sans aucun doute remise en cause.

⁵³⁸ Tous ces départements sont limitrophes du lieu d’habitation du salarié pris pour exemple.

⁵³⁹ Depuis 2006, la mise en œuvre des précédentes COG (conventions d’objectifs et de gestion) a permis la suppression de 3 193 équivalents temps plein (ETP) sur toutes les caisses de MSA. La nouvelle COG, qui couvre les années 2016 à 2020, prévoit la disparition de 1 300 ETP sur les quatre années à venir. Cela implique que 8% des effectifs des caisses de MSA seraient menacés par la nouvelle convention : force-ouvriere.fr, « 8% des effectifs de la MSA menacés par la nouvelle convention », M. LEPRAND, 18 mars 2016.

⁵⁴⁰ En 2000, il existait 74 caisses de MSA, alors qu’aujourd’hui, il n’en reste plus que 35. Les COG souhaitent une optimisation des gestions, à des fins de mutualisations et éventuellement de fusions pour certaines caisses, compensant la réduction des effectifs. En réalité, les tâches sont réparties mais ne diminuent pas. Le personnel des MSA se retrouve alors en sous-effectif et n’arrive pas à absorber les demandes des assurés dans des délais raisonnables. Les représentants syndicaux tels que Force Ouvrière ont eu l’occasion de faire part de leur inquiétude à propos des baisses d’effectifs. La CFDT, quant à elle, estimait en 2015 « *que la réduction des effectifs de la MSA a atteint ses limites* » ; fga.cfdt.fr : « MSA : sans contester l’obligation d’une bonne gestion, la FGA-CFDT considère que la réduction des effectifs de la MSA a atteint ses limites », publié le 19/10/2015 par D. LONGERON et communiqué de presse n°35-2015.

Pour sécuriser le parcours professionnel des assurés, faciliter l'accès aux soins et faire face à une baisse des effectifs alors que les demandes des assurés sont toujours aussi pressantes, il est nécessaire que ces derniers puissent changer de caisse le moins souvent possible. C'est pourquoi, il faudrait que le centre d'affiliation soit celui du domicile des personnes et non celui de l'employeur en cas d'emploi, ou celui du département du Pôle emploi qui verse les indemnités, en cas de chômage. La meilleure solution serait l'existence d'un régime unique dont dépendrait l'assuré selon son lieu de résidence. Ce mécanisme d'affiliation éviterait les perpétuels mouvements de dossiers d'une caisse de MSA à une autre ou d'une caisse de MSA vers un autre régime.

La protection universelle maladie a, certes, amélioré la situation de certaines personnes en supprimant la CMU de base ou le maintien du droit d'un an après la fin de l'activité, en créant des droits personnels en illimité. Cependant, elle n'a pas repensé le phénomène des mutations de l'assuré d'un organisme vers un autre. L'agriculteur est souvent une personne mobile qui change d'emploi au gré des saisons, et donc de lieu de travail et de caisse d'affiliation. En ce sens, la loi reste un texte inachevé car l'accès aux soins n'est pas facilité dans tous les cas. L'appartenance à un régime de protection sociale est un point fort car celle-ci permet la prise en charge des soins médicaux. L'assouplissement des conditions d'affiliation par la PUMA avait donc cette finalité, et l'agriculteur victime d'un accident de droit commun devait pouvoir se soigner sans rencontrer de difficultés découlant des problèmes d'ouverture de droits.

Toutefois, l'indemnisation de l'accidenté non professionnel est bien distincte de l'accident professionnel car le taux de prise en charge est différent. Les soins ne sont pas remboursés à 100% du tarif de responsabilité par le régime obligatoire, et la victime doit régler le ticket modérateur. D'où l'intérêt de mettre en place une assurance complémentaire obligatoire.

Section 2. L'assurance complémentaire obligatoire en faveur des salariés agricoles

Depuis le 1^{er} janvier 2016⁵⁴¹, le législateur a imposé à tous les employeurs du secteur privé, les agriculteurs y compris, de souscrire une complémentaire santé pour leur personnel, pendant le temps de leur contrat de travail. La généralisation de la complémentaire santé

⁵⁴¹ L'article 34, dans son dispositif de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (LFSS), a instauré l'obligation pour l'employeur de souscrire une complémentaire santé obligatoire pour le remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

impose à l'employeur de participer à 50% de son financement par personne, sur un panier minimum de soins. Cette loi constitue une amélioration indiscutable de la condition des assurés sociaux et donc des accidentés de la vie. Le ticket modérateur, le forfait hospitalier, par exemple, pourront être remboursés. Toutefois, certains frais tels que les dépassements d'honoraires et les actes non remboursables dépendront du niveau de garantie prévue par la mutuelle employeur. Plus la complémentaire couvre un maximum de frais, plus son montant mensuel est élevé. L'employeur reste dans la perspective d'offrir à ses salariés des contrats avec un remboursement *a minima*.

En outre, les participations forfaitaires et les franchises médicales ne sont pas remboursées par les mutuelles et, dès lors, l'accidenté doit en supporter la charge à l'instar des accidentés du travail. Cependant, s'il existe un responsable, ce dernier pourra en supporter les conséquences. C'est l'hypothèse d'un accident de la circulation, d'un accident médical ou du fait des produits défectueux. Dans ces cas, une prise en charge des soins non remboursés ainsi que des franchises et des participations forfaitaires pourra être imputée au responsable qui est à l'origine du fait dommageable et donc de l'atteinte corporelle.

La loi du 1^{er} janvier 2016⁵⁴² est une bonne innovation, mais il subsiste des dysfonctionnements, notamment en ce qui concerne les saisonniers en agriculture, car ils sont souvent bénéficiaires de contrats de travail courts. Cette loi de financement, dans le dispositif III de son article 34, a prévu qu'un décret sera pris afin de fixer la liste des salariés qui pourront être dispensés, sur leur demande, d'une obligation de souscription à cette couverture complémentaire. L'exonération de l'adhésion à la mutuelle santé peut être de deux ordres. Elle peut être due soit à la nature ou aux caractéristiques du contrat de travail, soit au fait que le salarié bénéficie d'une assurance complémentaire par ailleurs. L'obtention d'une couverture par la CMU-C constitue également un motif de dispense.

La mesure du 1^{er} janvier 2016 a été mise en place par le décret n°2015-1883⁵⁴³. Toutefois, il comporte des lacunes car il n'a pas envisagé la situation des travailleurs saisonniers qui sont prépondérants dans l'activité agricole, celle-ci suivant le rythme des saisons et des productions. Le contrat de travail risque d'être en effet de courte durée alors que le délai des enregistrements des mutuelles est souvent long, de sorte que l'ouvrier peut avoir fini son contrat alors même que les droits de sa mutuelle n'ont pas été enregistrés par l'organisme

⁵⁴² *Ibid.*

⁵⁴³ Décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

complémentaire. Ainsi, il n'est pas rare que des cartes de complémentaires soient délivrées alors que l'agriculteur a déjà quitté l'entreprise.

Les modes de gestion pour les organismes de protection sociale sont longs et compliqués car les caisses de mutualité sociale agricole gèrent les contrats complémentaires pour le compte de ces mutuelles. Il n'est pas rare que les organismes peinent à récupérer des cartes déjà délivrées ou même que des soins en complémentaire soient réglés alors que le salarié est déjà sorti de l'entreprise. Ces dysfonctionnements sont dus aux contrats, qui sont souvent courts, et aux délais de gestion des complémentaires, souvent incompressibles. Les « *difficultés de la mise en œuvre de la complémentaire santé obligatoire pour les travailleurs saisonniers agricoles* »⁵⁴⁴ ont été relevées par plusieurs députés au ministre de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt.

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé a répondu à ces préoccupations⁵⁴⁵. Pour lui, le versement santé pour les salariés en contrat de travail précaire, c'est-à-dire inférieur à trois mois ou comportant 15 heures de travail par semaine, est une bonne alternative à l'assurance complémentaire obligatoire. En effet, la rétribution prend la forme d'une aide à la santé que l'employeur verse mensuellement à son salarié qui justifie d'une adhésion à une mutuelle, durant son contrat de travail.

Pour que le travailleur puisse en bénéficier, la mise en place du versement santé doit être prévue par un accord de branche ou un accord collectif d'entreprise, ou encore par une décision unilatérale de l'employeur.

Au final, cette loi de financement de la sécurité sociale pour 2016⁵⁴⁶ était censée sécuriser l'emploi et le parcours professionnel des salariés et notamment des salariés agricoles. Cependant, son objectif est incohérent : l'obligation d'avoir une mutuelle ne peut pas à elle seule constituer une sécurisation de l'emploi. Toutefois, elle est un bon complément à la protection sociale car elle permet un meilleur remboursement des soins, notamment en cas d'accident non professionnel.

Une autre faiblesse de la loi est qu'elle ne concerne que les salariés actifs et non pas les non-salariés agricoles et les inactifs. Si elle n'était pas sélective, une grande partie de la population

⁵⁴⁴ Question écrite n°20259 de M. Henri CABANEL, socialiste et républicain, publiée dans le JO Sénat du 25/02/2016.

⁵⁴⁵ Il a notamment répondu à la question de M. CABANEL, par une réponse publiée dans le JO Sénat du 09/06/2016, p. 2514.

⁵⁴⁶ *Ibid.*

serait obligée d'avoir une complémentaire santé, quel que soit son statut, et les soins seraient pris en charge de façon optimale pour les personnes victimes d'accidents ou de maladies.

Par rapport à cette suggestion, des questions financières sont à prendre en compte concernant le financement de cette mutuelle pour les personnes à faible revenu. Il est bien sûr évident qu'une telle exigence serait irréaliste pour des individus qui n'ont pas les ressources financières suffisantes à cet effet. Toutefois, le dispositif de la CMU-C ou de l'ACS serait une bonne alternative pour les particuliers ayant de petites ressources. La collectivité prendrait en charge le montant ou une partie du montant des frais de cotisation par ses dispositifs.

Les assurés possédant une rémunération acceptable pourraient financer d'eux-mêmes leur mutuelle. Les employeurs pourraient continuer à participer par le biais du versement de santé ou par une participation à l'obligation de souscrire une mutuelle au sens de la loi du 21 décembre 2015. Ainsi, tous les assurés sociaux auraient des remboursements optimisés, notamment en cas d'accident.

En ce sens, certaines caisses de MSA traitent des listings RSA créés à partir de requêtes du service des prestations familiales de ces mêmes caisses. L'objectif est d'inviter les assurés bénéficiaires du revenu de solidarité active à constituer un dossier de CMU-C. Ce travail est fait mensuellement, souvent par le service de CMU-C. Cependant, le mode de gestion est lacunaire. En effet, les organismes sociaux n'ont pas toujours la disponibilité et le personnel nécessaire pour gérer ces requêtes qui deviennent peu prioritaires face au nombre de demandes à traiter par des services en sous-effectif, comme déjà évoqué. La priorité devient la gestion des dossiers en attente de liquidation et non l'invitation des populations fragiles à solliciter une CMU-C/ACS. La législation prévoit qu'une demande non traitée dans les deux mois qui suit sa réception constitue un accord d'office. Les caisses sont plus soucieuses de gérer ces dossiers que de promouvoir la CMU-C. En outre, les délais de traitement constituent l'un des indicateurs COG⁵⁴⁷ qui jouent lors des classements des caisses. De celui-ci dépend le montant des primes d'intéressement versées annuellement aux salariés et généreusement aux directeurs de caisses. L'objectif et les enjeux financiers guident les priorités de traitement.

De plus, lors de la gestion des demandes, les bénéficiaires du RSA socle doivent disposer de la CMU-C d'entrée, sans qu'aucune étude de ressource ne soit faite, à la condition, cependant, qu'un dossier soit déposé. Or, les courriers des caisses envoyés aux assurés bénéficiaires du RSA les invitent à faire une demande en se rapprochant d'une permanence de MSA ou en se

⁵⁴⁷ Délais de traitement fixés par la convention d'objectifs et de gestion, et qu'il convient de respecter.

connectant sur le site www.cmu.fr. Mais, ce n'est pas une démarche judicieuse, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la population est composée de personnes en grande précarité qui n'ont souvent pas les moyens financiers d'imprimer un dossier de huit pages car elles ne possèdent peut-être pas d'imprimante. Ensuite, certains agriculteurs tels que les bergers, par exemple, n'ont pas la possibilité de se rendre facilement dans une administration car ils vivent loin d'un espace urbain.

Pour finir, entre le moment où ils reçoivent l'invitation à faire leur demande de CMU-C et celui où ils la constituent, il se peut qu'ils ne soient plus bénéficiaires du RSA socle. Il faudra donc entreprendre l'étude du droit à la couverture maladie universelle complémentaire à partir des ressources sur 12 mois avant la date de signature du dossier de CMU-C. Il conviendra de leur envoyer un formulaire daté du mois où ils sont détenteurs du droit au RSA à partir d'une requête mensuelle programmée par la caisse de mutualité sociale agricole. Les assurés n'auront plus qu'à compléter et signer leur demande. Au retour du dossier, le technicien pourra déterminer les droits à la CMU-C à partir de la date de la demande, lesquels sont également ceux du mois de l'obtention du RSA socle. Ainsi, l'accidenté pourra se soigner en toute quiétude, sans se soucier de ses frais de santé.

Une autre solution est également envisageable afin d'optimiser la gestion de l'obtention de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA. Les caisses de mutualité sociale agricole ont l'avantage d'être un « guichet unique », c'est-à-dire que toutes les prestations sont gérées en leur sein. Dès lors, il serait judicieux que le dossier de couverture maladie universelle complémentaire soit couplé avec la demande de RSA. Ainsi, dès que celui-ci serait obtenu, la CMU-C suivrait. Cela implique que cette dernière prérogative soit traitée par le service prestations familiales et non par le service santé, comme il est d'usage dans certaines caisses de MSA. Si une telle procédure était adoptée, les assurés du régime agricole dont les prestations familiales sont versées par les MSA, et ceux qui ne sont pas affiliés à la MSA, verraient leur situation traitée de manière différente. Les premiers seraient nettement avantagés par rapport aux seconds, car ils obtiendraient la CMU-C de manière plus rapide. En outre, ils pourraient se soigner plus facilement. Cette procédure serait favorable à l'agriculteur victime d'un dommage consécutif à un accident.

Toutefois, afin que tous les assurés sociaux soient dans une position égale, il faudrait que les caisses d'allocations familiales puissent envoyer à l'organisme de protection sociale une copie du dossier CMU-C/ACS/RSA. Ce dernier se composerait de la copie de la notification de

l'accord RSA. Il permettrait aux organismes de protection sociale d'accorder plus rapidement la couverture maladie universelle complémentaire aux assurés bénéficiaires du revenu de solidarité active. Les délais de traitements en seraient améliorés et la gestion du service CMU-C allégée. Comme il a été indiqué plus haut, il n'est pas rare que les services gérant cette législation aient des délais de traitements supérieurs à deux mois, ce qui permet aux assurés d'obtenir un droit automatiquement. Toutefois, ce mode de traitement pourrait alourdir le « trou » de la sécurité sociale. En effet, certains assurés pourraient acquérir un droit auquel ils ne pourraient normalement pas prétendre, simplement parce que le délai de traitement des caisses de protection sociale est trop long. La réglementation prévoit que si la caisse ne statue pas dans les deux mois à compter de la réception de la requête, le droit devient alors automatique. La MSA Alpes-Vaucluse, qui est une caisse bien notée, a eu recours à la procédure d'accord d'office en 2012, 2016 et 2017. Les agents n'arrivaient pas à faire face au grand nombre de dossiers entrants.

Regrouper les demandes de CMU-C/ACS et RSA en un seul dossier serait une procédure efficace. L'instruction des dossiers de RSA permettrait au service des prestations familiales d'informer directement les caisses de MSA concernant le droit au RSA. Ces dernières n'auraient plus qu'à notifier le droit à la CMU-C. Cette gestion aurait deux avantages : faire face au travail croissant des personnels en sous-effectif dans les caisses de MSA et réduire le nombre de dossiers à instruire. En outre, les assurés pourraient obtenir plus rapidement et plus sûrement leur droit à la CMU-C. Nombreux sont ceux qui n'en font pas la demande, soit par ignorance, soit par gêne, car être titulaire de la CMU-C est péjoratif dans l'esprit de certaines personnes, et surtout dans celui des exploitants qui se sentent atteints dans leur fierté alors que leurs ancêtres vivaient de leur travail et de leur production. L'accidenté pourra se soigner sans restreindre ses soins pour des motifs financiers. Il n'est pas rare de voir des personnes faire l'économie de séances de kinésithérapie, par exemple, ou retarder les consultations médicales.

Un renouvellement systématique de la CMU-C serait également envisageable, à l'instar des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé qui profitent automatiquement de cette aide sous certaines conditions. Un tel avantage serait attribué aux assurés dès lors qu'ils sont déjà bénéficiaires de la CMU-C et du RSA au mois de l'échéance de ce droit. Une telle procédure facilite et accélère l'attribution du droit à la couverture maladie universelle complémentaire pour une population en situation de précarité. En conséquence, si une telle personne est victime d'un accident non professionnel, elle ne sera pas freinée dans l'accès aux soins.

Les titulaires de l'ACS ont connu également une révision de leur situation afin d'optimiser l'accès aux soins face à une population vieillissante. Le renouvellement automatique de l'aide va également améliorer la situation des assurés contraints de se soigner, et accélérer la procédure d'instruction. Dès lors, l'assuré n'aura pas à déposer une demande, et le technicien devra accorder automatiquement l'aide sans procéder à une étude de ressources. Les seules conditions seraient que les personnes soient déjà porteuses de l'aide. Le droit doit être un renouvellement et non une première demande, et les bénéficiaires doivent être titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, FSV, FNS). Ces prérogatives, qui doivent permettre à la société de s'adapter au vieillissement de la population, facilitent l'accès à une complémentaire santé et donc à une protection améliorée en cas d'accident.

Outre les indemnisations en nature, il existe aussi des prestations versées en espèces qui, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant, ne sont pas toujours égalitaires pour les assurés sociaux.

CHAPITRE II

L'INDEMNISATION EN ESPÈCES DU PRÉJUDICE, UNE COUVERTURE INÉGALITAIRE

Les prestations en espèces sont représentées par des indemnités journalières servies à l'assuré social afin de compenser la perte de salaire consécutive à un arrêt de travail pour cause de maladie⁵⁴⁸ ou d'accident non professionnel. En conséquence, l'agriculteur, à l'instar des autres assurés sociaux, peut prétendre à ces avantages en cas d'accident.

En revanche, le droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie continue d'être soumis à des conditions d'affiliation au cours d'une période de référence avant l'interruption de travail, pour une certaine catégorie d'agriculteurs.

Nous constaterons que l'absence d'unité dans le traitement de l'indemnisation est principalement due à une multiplication des statuts des victimes qui créent des particularités dans la gestion de la couverture du risque de perte de rémunération pour cause de maladie découlant d'un accident non professionnel.

Les modalités de prise en charge des arrêts de travail pour cause d'accident rendent difficile la détermination de l'indemnisation, car les droits sont liés à la situation de chaque victime et à son statut personnel mais également à la convention collective qui régit la profession dans le cas où la victime serait salariée.

Ainsi, afin de statuer sur l'indemnisation d'un arrêt de travail, plusieurs cas de figure sont à prendre en compte. Les travailleurs peuvent être des salariés ou des non-salariés agricoles ; ils peuvent également être demandeurs d'emploi ou non. De chaque situation, il découle un régime particulier de l'accidenté. Ce dernier va influencer sur les conditions de l'indemnisation. Cette disparité dans les traitements des demandes de dédommagement va générer des inégalités de traitement entre les personnes.

En l'absence de conventions collectives particulières, les salariés agricoles sont indemnisés, sous certaines conditions, à compter du 4^e jour de leur arrêt de travail à concurrence de 50%

⁵⁴⁸ Les prestations en espèces incluent également les indemnités versées par l'assurance maternité pendant le congé légal de maternité, d'adoption, d'accueil d'un enfant ou de paternité.

de la rémunération brute de leur salaire d'activité, alors que les non-salariés agricoles⁵⁴⁹ pourront prétendre à une indemnisation journalière forfaitaire. Cette dernière est de 21,33 euros jusqu'à 28 jours d'indemnisation et de 28,44 euros à partir de 29 jours d'hospitalisation, à compter du 1^{er} avril 2018⁵⁵⁰. Pour ces non-salariés agricoles, un délai de carence a également été instauré par le législateur, différenciant les cas d'hospitalisation en début d'arrêt de travail ou non. Dès lors, l'indemnité journalière est versée à partir du 4^e jour d'hospitalisation⁵⁵¹ alors qu'elle ne prend effet qu'à partir du 8^e jour en cas de maladie ou d'accident de la vie privée. Dans tous les cas, l'exploitant agricole doit être à jour de ses cotisations d'indemnité journalière AMEXA au 1^{er} janvier de l'année civile pendant laquelle il a eu son accident justifiant d'un arrêt de travail. À cette condition s'ajoute celle d'une obligation d'affiliation d'un an minimum à l'AMEXA.

Ainsi, comme pour les victimes d'accidents du travail, la prise en compte de la particularité de chaque individu rend la détermination de l'indemnité journalière difficile pour le technicien de la protection sociale (Section 1). La personne accidentée n'est pas traitée de manière égalitaire et les paramètres entrant en ligne de compte manquent de lisibilité. Ainsi, la complexité de la détermination des indemnités journalières au sein du régime agricole est à la fois un problème pour le technicien et pour la victime (Section 2). À l'instar des indemnités versées au titre des accidents du travail, celles servies afin de compenser la perte de revenus due à une maladie ou un accident de la vie privée posent autant de questionnements.

Section 1. La complexité de la détermination des indemnités journalières au sein du régime agricole

Depuis la création de la sécurité sociale, la liquidation des indemnités journalières et par conséquent leur détermination se sont révélées complexes à cause d'une réglementation qui voulait prendre en compte les particularités de chaque personne et donc personnaliser l'indemnisation. Cette réglementation complexe engendre une difficulté de gestion qui peut facilement induire le technicien en erreur et conduire la victime à ne pas pouvoir apprécier le bien-fondé de l'indemnité octroyée par la caisse (Paragraphe 1). L'assuré peut donc se sentir impuissant face à un système et une réglementation qui lui échappent. Cette complexité se

⁵⁴⁹ Les chefs d'exploitations à titre principal ou exclusif, les collaborateurs d'exploitations ou d'entreprises agricoles, les aides familiaux (ou les associés d'exploitations) des chefs d'exploitations ou d'entreprises agricoles affiliés à l'Amexa.

⁵⁵⁰ Arrêté du 30 mars 2018 fixant, pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019, le montant des indemnités journalières dues aux exploitants agricoles en cas d'arrêt de travail ; publié au JO du 8 avril 2018.

⁵⁵¹ Dans le cadre d'une hospitalisation, la victime doit obligatoirement présenter un bulletin de situation délivré par l'établissement de soins à sa caisse de MSA.

retrouve également dans les compléments de garantie des indemnités journalières, qui sont très hétérogènes (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Une législation dépourvue de clarté

La législation est malaisée à comprendre et à mettre en œuvre. Elle aboutit à une injustice pour la victime. Il faut relever que le mode de calcul est complexe et qu'il peut facilement léser le blessé. La procédure est également longue et peut aisément laisser l'accidenté dans la difficulté financière.

Tout d'abord, les conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières et leur reconstitution sont souvent difficiles, à l'instar de celles concernant les accidentés du travail.

Les indemnités journalières sont un revenu de remplacement auquel peut prétendre tout travailleur ou demandeur d'emploi anciennement travailleur, à la condition de répondre à certains critères d'ouverture de droits. Elles ne sont nullement un revenu universel et constituent *a minima* un moyen d'indemnisation de la perte de salaire. Dès lors, nous constaterons que les assurés bénéficient d'une couverture très inégalitaire. La volonté du législateur de tenir compte du particularisme de chaque individu a conduit à une rupture d'inégalité entre les assurés sociaux victimes d'accidents.

La différence se remarque au niveau des modalités de prise en charge des arrêts de travail consécutifs à l'accident et donc au titre de l'arrêt maladie (A). Les conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières divergent selon la catégorie du travailleur et son passé professionnel (B).

A. Les modalités différentes de prise en charge des accidentés agricoles

Au sein du régime agricole, la législation prévoit une indemnisation différente selon que la victime a un statut d'exploitant ou non. Dans le premier cas, l'indemnisation est forfaitaire tandis que dans le second, elle est indemnitaire. Alors que le non-salarié agricole ne pourra être dédommagé qu'à compter du 8^e jour d'arrêt de travail en cas d'accident simple et du 4^e jour en cas d'accident avec hospitalisation, le salarié, quant à lui, possède une protection qui est alignée sur celle du régime général : il ne pourra prétendre au versement de ses indemnités journalières qu'à partir du 4^e jour suivant l'arrêt de travail médicalement prescrit. Ainsi, la victime non exploitante pourra percevoir une indemnité journalière égale à 50% de son salaire brut journalier de base, dans la limite de 1,8 fois le SMIC pour une durée maximale de trois

ans. Toutefois, l'indemnité journalière est plafonnée à 43,80⁵⁵² euros mensuels au 1^{er} janvier 2017⁵⁵³. Une critique fondamentale est apportée quant aux dates de prise en charge des indemnités journalières au titre de la maladie, et donc des accidents non professionnels. Tout d'abord, un délai de carence existe, avec des conditions différentes entre les salariés et les non-salariés. Cette situation est inacceptable car elle ne répond pas au principe d'égalité entre les assurés sociaux et se soustrait aux règles fondant la protection sociale.

Une des optiques principales de la sécurité sociale est « *d'assurer à l'homme la sécurité dans l'existence et de le préserver contre la misère. La politique de la sécurité sociale vise à établir des mesures qui tendent à mettre à la disposition de l'homme les moyens qui lui sont nécessaires pour subvenir humainement à ses besoins ainsi qu'à ceux de sa famille d'une manière telle qu'il se trouve à l'abri de la misère. Elle vise donc à créer une continuité dans la satisfaction de ces besoins, étant donné qu'à défaut de mesures appropriées, dans beaucoup de cas, cette satisfaction risque d'être compromise, tant par l'individu que pour des groupes entiers de la population*⁵⁵⁴ ». Au vu de ces affirmations, il convient de constater que les modalités d'attribution des indemnités journalières ne répondent nullement à ces attentes. Les délais de carence, le plafonnement des indemnités journalières, la base de calcul de ces dernières ne permettent pas de satisfaire les nécessités de subsistance humaine de la victime et de sa famille. De plus, la faiblesse du forfait de l'indemnité journalière de l'exploitant reste critiquable. Elle ne lui permet pas, à première vue, de s'assurer une existence digne.

Cependant, il faut relever que les délais de carence peuvent être légitimement imposés en cas de maladie, afin de limiter l'absentéisme dans une entreprise. En cas d'accident, ce délai de carence n'a pas de sens car l'atteinte corporelle est la preuve de la nécessité de s'arrêter de travailler. En outre, la perception de 50% du salaire brut journalier et le plafonnement des indemnités journalières ne répondent pas à l'impératif d'un revenu de subsistance décent lors d'un arrêt de travail justifié à la suite d'une atteinte corporelle ou d'une maladie. Le revenu de remplacement octroyé est parfois si bas que certaines victimes ont recours au revenu de solidarité active afin de percevoir un complément de ressources.

Les agriculteurs ne perçoivent pas les mêmes salaires de remplacement. Pour certains, ce revenu de substitution est indemnitaire et pour d'autres, il est forfaitaire ; les victimes ne sont

⁵⁵² Les indemnités journalières sont soumises à la CSG pour un taux de 6,2% et à la RDS.

⁵⁵³ Arrêté du 5 décembre 2016, portant fixation du plafond de la sécurité sociale (PASS) pour 2017, JO du 13 décembre 2016, texte n°28.

⁵⁵⁴ Rapport sur la réforme de la sécurité sociale, ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, Bruxelles, 1951, p. 98.

pas égales devant l'indemnisation. Cependant, les non-salariés agricoles peuvent pallier cette différence en ayant la possibilité de bénéficier d'un travailleur de remplacement. Ce dispositif va permettre à l'exploitation de continuer à fonctionner et donc de pouvoir tirer des produits qui généreront des revenus. D'une certaine manière, l'exploitant agricole n'est pas tout à fait lésé avec son revenu forfaitaire de substitution car son entreprise agricole va continuer à vivre et à générer de probables profits.

Pour mémoire, il convient de rappeler, une fois encore, les fondements de notre protection sociale qui sont l'unicité, l'uniformité, l'universalité et l'autonomie. Les principes d'unité et d'universalité impliquent un niveau de protection identique pour tous les assurés devant chaque risque et, en l'occurrence, devant le risque accident nécessitant le versement d'un salaire de remplacement. Tel qu'appliqué actuellement, il n'est pas fidèle à sa définition initiale.

Le principe d'universalité est également mis à mal car il implique que toute la population habitant en France puisse bénéficier d'une protection sociale en rapport avec le risque encouru. Or, pendant longtemps, l'agriculteur non salarié n'a pas pu profiter d'une indemnité journalière en relation avec un accident non professionnel. En outre, le salarié agricole est soumis à des conditions de cotisations. L'ouverture du droit des salariés aux prestations en espèces nécessite une durée minimum de cotisation qui a été ramenée de 200 à 150 heures par trimestre pour un arrêt de six mois maximum et est passée de 800 à 600 heures travaillées par an.

Le décret du 30 janvier 2015⁵⁵⁵ a donc revisité les conditions d'ouverture à effet au 1^{er} février 2015, en les assouplissant. L'enjeu était de taille car un nombre accru de personnes pouvaient dorénavant prétendre à l'octroi d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail à la suite d'un accident, notamment. Mais, cela ne suffit pas à couvrir toutes les personnes en arrêt de travail. En prenant le cas d'une personne qui est entrée dans la vie active depuis peu et qui subit un accident non professionnel alors qu'elle ne totalisait pas auparavant un minimum de 150 heures de travail sur le trimestre précédant la prescription médicale d'arrêt de travail, celle-ci ne pourra pas être indemnisée et se retrouvera sans ressources le temps de cet arrêt. Elle pourra demander le revenu de solidarité active si son foyer ne dépasse pas un plafond de ressources qui est extrêmement bas.

⁵⁵⁵ Décret n°2015-86 du 30 janvier 2015, JO du 31 janvier 2015.

Bien que la législation facilite les conditions d'indemnisation, il n'est pas encore possible de parler d'une universalité de la protection sociale en ce qui concerne les indemnités journalières pour cause d'accident et donc de maladie. Toutefois, cette critique n'est pas valable pour certains professionnels qui bénéficient d'un maintien de salaire découlant d'une convention collective. En outre, l'adhésion de certains employeurs à une complémentaire de groupe qui permet un complément d'indemnité journalière pallie les carences d'une protection sociale de base minimale. La question est de savoir comment sont protégées les victimes d'accidents dans les autres régimes de protection sociale. Une brève comparaison s'impose.

B. Des règles à géométrie variable au sein des autres régimes d'assurance maladie

Comme le relève la Cour des comptes dans son rapport de juillet 2012⁵⁵⁶, les victimes sont indemnisées différemment selon leur régime d'appartenance. Certaines se voient appliquer des conditions identiques à celles du régime général avec des spécificités qui sont propres au régime d'appartenance, d'autres bénéficient de conditions d'ouverture plus favorables que celles des assurés du régime général.

Les salariés agricoles affiliés aux caisses de MSA, rappelons-le, jouissent des mêmes conditions en termes d'ouverture de droits, de définition du salaire de référence et de modalités de calcul des indemnités journalières que ceux du régime de base. Cette remarque nous laisse penser que le maintien d'un régime différent entre les salariés agricoles ou non n'a plus de sens, mais ne fait que compliquer la gestion des situations des assurés.

En revanche, les non-salariés agricoles n'ont pu bénéficier que récemment du droit au salaire de remplacement, avec des conditions et des modalités d'attribution bien différentes de celles des autres travailleurs, tous régimes de protection sociale confondus. La prise en charge des agriculteurs non salariés a été tardive par rapport à certains indépendants. Ainsi, les artisans et les commerçants peuvent percevoir des indemnités journalières en cas d'accident et donc de maladie, depuis 1995 pour les uns et 2000 pour les autres. Leur schéma d'indemnisation est proche de celui des victimes du régime général alors que les exploitants n'ont qu'une indemnisation forfaitaire accompagnée d'un délai de carence différent selon que l'arrêt de travail est assorti d'une hospitalisation ou non. Cependant, ces derniers sont avantagés par rapport à certaines professions libérales qui sont affiliées au RSI et pour lesquelles il n'existe

⁵⁵⁶ Cour des comptes, « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de l'Assemblée nationale, article LO.132-3-1 du Code des juridictions financières, juillet 2012.

pas de droit à un salaire de remplacement en cas d'arrêt de travail pour maladie et accident non professionnel.

Par contre, les victimes du secteur agricole, bien qu'elles soient alignées sur celles du régime général, sont plus désavantagées que les clercs ou les employés d'offices notariaux, qui ont des conditions analogues à celles du régime général avec un net avantage que représente la suppression du délai de carence.

Le régime général est le régime de référence sur lequel plusieurs régimes, dont le régime agricole, essaient de s'aligner en matière d'octroi des indemnités journalières ; mais il n'est pourtant pas le plus avantageux.

Par exemple, les salariés de la RATP et de la SNCF bénéficient d'un maintien de salaire qui les rapproche des employés de la fonction publique. Les marins ont également des conditions d'ouverture plus favorables car ils peuvent recevoir des indemnités journalières à partir de 50 jours de cotisations dans les 90 jours, ou de 200 jours dans les 360 jours. Quant aux travailleurs des mines, ils profitent également de conditions d'ouverture de droit au salaire de remplacement plus souples, sans minimum d'heures de cotisation pour une durée de six mois aux indemnités journalières ; la seule condition est d'être affilié au régime des mines à la date de l'accident justifiant l'arrêt de travail. En outre, le calcul de l'indemnité journalière est spécifique car il ne dépend pas du salaire de la victime mais du salaire de base dans l'exploitation de référence. Chaque régime possède ses forces et ses faiblesses en matière d'arrêt de travail pour accident et donc pour maladie. En revanche, le système le plus favorable à une victime d'accident est celui des fonctionnaires.

Toutes les victimes ne sont pas logées à la même enseigne. Cependant, la meilleure protection sociale pour l'agriculteur victime d'un accident serait de ne pas tenir compte du délai de carence, contrairement à la maladie. Il conviendrait alors de distinguer les arrêts pour maladie à proprement parler et les arrêts maladie consécutifs à une atteinte corporelle accidentelle. Cette prise en charge devrait être spécifique à chaque cas et impliquerait des remboursements de soins avantageux afin d'aider la victime à se soigner et se rétablir tout en ayant un revenu de subsistance décent et qui ne soit pas inférieur à ce qu'elle aurait perçu si elle avait effectivement travaillé. Ainsi, la victime pourrait percevoir l'intégralité de son salaire. L'enjeu financier serait important et la question serait de savoir qui paierait l'absence du délai de carence et le salaire versé en totalité à l'accidenté. Il ne s'agit pas de vouloir créer un système d'assistanat pour l'agriculteur victime d'un accident, mais de l'épauler face au risque

accidentel. En dehors de tout accident et arrêt de travail, la situation économique des agriculteurs salariés et non salariés, en France, est inquiétante car ils représentent 26,4% des ménages pauvres⁵⁵⁷ contre 14% pour l'ensemble de la population. Afin de ne pas imputer davantage leur moyen de subsistance, il est nécessaire de repenser le revenu de remplacement.

Deux possibilités seraient offertes afin de ne pas faire peser la charge financière sur l'employeur ou sur l'organisme de protection sociale qui verrait « le trou de la sécurité sociale » s'agrandir. La première serait de faire cotiser le salarié à une complémentaire. Celle-ci permettrait au patron de maintenir la rémunération de son salarié. L'employeur demanderait, ensuite, le remboursement de ce même salaire à l'organisme complémentaire. Ce schéma existe déjà pour certains travailleurs agricoles. Par exemple, le personnel des MSA cotise à la complémentaire prévoyance AGRICA. Ce dispositif permet le maintien de leur salaire pendant leur arrêt de travail. La deuxième possibilité serait de créer une cotisation obligatoire que verserait toute personne en âge de travailler afin de pouvoir percevoir des indemnités journalières intégrales en cas d'accident. Elle serait prélevée sur les salaires et les prestations, à l'instar de la CSG et du RDS, et reversée par les pouvoirs publics aux organismes de protection sociale.

Par ailleurs, les salariés du régime agricole peuvent bénéficier de différentes couvertures complémentaires pour le versement de leurs indemnités journalières.

Paragraphe 2. Les compléments de garantie hétéroclites des indemnités journalières

Comme les autres salariés du secteur privé, ceux du régime agricole bénéficient d'indemnités journalières selon un remplacement minimal de salaire, en cas d'arrêt maladie. En l'occurrence, un nombre majoritaire d'entre eux possèdent des couvertures complémentaires, très diverses dans leur niveau de garantie. Tout d'abord, leur provenance est variée ; elle peut être le fruit d'une loi, d'une convention collective, d'un accord d'entreprise ou encore d'une souscription à une assurance individuelle. Quant à la nature de la garantie, elle peut également varier. Elle peut aussi bien prendre en charge le délai de carence que le maintien du salaire dans sa totalité, partiellement ou limitativement dans le temps. Dans tous les cas, elle constitue un confort pour la personne en arrêt de travail car elle lui permet de rester au repos tout en se rétablissant. En revanche, elle a un coût pour l'employeur ou le salarié, ou même

⁵⁵⁷ CCMSA, « La situation économique et sociale du monde agricole est préoccupante », *Revue Quart Monde*, n°177, « Espace rural : des distances à combler », 2001, *Revue Quart Monde*.

pour les deux parties, qui devront la financer par le biais du prélèvement de cotisation sur le salaire mensuel ou en assurance personnelle pour le travailleur.

Dans son rapport de juillet 2002, la Cour des comptes a relevé que « *la complexité de ces dispositions, qui parfois se superposent en se complétant* », ne facilitait pas une évaluation fine de l'étendue des garanties complémentaires et de leur niveau de protection. Certes, ce rapport concernait tous les assurés du secteur privé, mais il reste à supposer que l'étude englobe également les travailleurs du régime agricole. Seules des données partielles permettent de constater que la couverture complémentaire est majoritairement répandue au sein des entreprises du secteur privé (A). Les agriculteurs salariés semblent être compris dans cette étude. Il n'en demeure pas moins que les mesures mises en place sont relativement conventionnelles (B).

A. L'hégémonie de la couverture complémentaire

La couverture complémentaire va venir renforcer la protection sociale de base des organismes sociaux et donc des MSA. Elle va permettre la prise en charge du délai de carence et le maintien du salaire de la victime accidentée.

La Cour des comptes relève que la protection complémentaire au titre de la prise en charge des arrêts maladie est « *largement répandue* » « *pour les salariés du secteur privé* ». Elle souligne qu'une enquête intitulée « Protection sociale et complémentaire d'entreprise » (PSCE) a été confiée en 2009 à l'IRDES, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Il s'agit d'interroger un échantillon représentatif, construit avec l'INSEE, de 1 700 entreprises afin de se renseigner sur la couverture collective de leurs salariés de plus de cinq ans d'ancienneté. Cette étude permet de constater que la couverture complémentaire est un dispositif largement répandu au sein de ces structures.

L'étude démontre que la prise en charge du délai de carence totale ou partielle est majoritaire, de l'ordre de 55%, pour les travailleurs de plus de cinq ans d'ancienneté. Elle révèle également que plus le salarié occupe un emploi à responsabilité, mieux il est couvert. Ainsi, il est souligné que 82% des cadres sont couverts en intégralité pour les trois jours de carence en cas d'arrêt maladie, contre 80% des techniciens et agents de maîtrise, alors que seulement 56% des employés et 51% des ouvriers peuvent prétendre à la prise en charge du délai de carence. Nous pouvons conclure que la couverture du salarié en arrêt maladie et accident non professionnel est assurée en ce qui concerne le délai de carence. Cependant, on peut déplorer

que les victimes qui ont le plus d'ancienneté ou un meilleur grade soient les mieux prises en charge.

Le pourcentage de la population prise en charge au-delà du délai de carence par le maintien du salaire n'a pas été mesuré dans une enquête concernant les agriculteurs. L'étude pour les salariés du régime général démontre un maintien de salaire entre 62 et 83% selon le secteur d'activité. Dans la durée, les cadres sont les mieux couverts, car 81% d'entre eux gardent la totalité de leur rémunération à partir du 71^e jour d'interruption de travail, contre 62% pour les ouvriers et 53% pour les employés. Dans tous les cas, les petits emplois sont les moins privilégiés en termes de rémunération en cas d'accident. Il serait donc opportun de maintenir le salaire en intégralité, dès le premier jour d'arrêt et pendant tout le temps de l'interruption de travail, afin de ne pas mettre en difficulté l'accidenté, car de toute façon, il y a un jeu de responsabilité qui va se créer. Les sommes versées à la victime pourront éventuellement être récupérées dès que les préjudices seront déterminés et évalués. Cette avance faite par les caisses serait financée par une assurance obligatoire à prélever sur la rémunération des agriculteurs salariés. Pour les non-salariés agricoles, cette assurance obligatoire serait calculée sur leur chiffre d'affaires et appelée en même temps que leurs cotisations personnelles. Une étude de faisabilité devrait être menée afin de ne pas déséquilibrer le budget du régime agricole et celui des agriculteurs.

Hormis les couvertures complémentaires, il existe d'autres dispositifs qu'on peut qualifier de conventionnels.

B. Des dispositifs majoritairement conventionnels

Le législateur a limité les obligations de maintien de salaire. Il est intervenu avec parcimonie par le biais de la loi de mensualisation du 19 janvier 1978⁵⁵⁸, en obligeant l'employeur à maintenir partiellement le salaire de son subordonné en cas d'arrêt de travail. La réglementation, qui concernait uniquement les salariés avec au moins trois ans d'ancienneté dans l'entreprise, a été assouplie pour s'adresser également aux travailleurs ayant un an d'ancienneté, par la loi de 2008 sur la modernisation du marché du travail⁵⁵⁹.

En outre, l'Alsace-Moselle bénéficie d'un héritage particulièrement protecteur de la législation allemande en droit du travail. L'ensemble des victimes peuvent profiter d'un

⁵⁵⁸ Loi n°78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, concrétisée par l'article L.1226-1 du Code du travail.

⁵⁵⁹ Loi n°2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail.

maintien de salaire sans délai de carence et sans condition d'ancienneté. Le salaire maintenu est celui que l'assuré aurait perçu s'il avait effectivement travaillé. Ce système facilite les cas de subrogation puisque l'accidenté perçoit l'intégralité de son salaire et l'employeur les indemnités journalières que l'assuré aurait dû recevoir.

En réalité, les garanties complémentaires acquises par les salariés sont essentiellement le fruit de nombreuses conventions collectives. En sus de l'obligation légale de maintenir le salaire par l'employeur à la suite d'un arrêt de travail non professionnel, un grand nombre de conventions collectives prévoient des garanties complémentaires concernant la prise en charge du délai de carence et le maintien du salaire total ou partiel, selon une durée plus ou moins longue. Toujours dans son rapport du 5 juillet 2012, la Cour des comptes relève qu'il est inconcevable de répertorier ces garanties et la population qu'elle protège à cause de la multiplicité des textes conventionnels et de leurs modalités d'application. Certes, ces remarques semblent concerner en priorité les salariés du régime général. Toutefois, la même critique est à réitérer pour ceux du régime agricole.

La Cour des comptes pointe l'absence de base de données solide sur les conventions collectives en vigueur. Ensuite, la seconde difficulté réside dans l'impossibilité de déterminer quelle personne est couverte par une disposition déterminée, car s'il existe des accords nationaux, beaucoup sont régies par des accords régionaux ou encore locaux. Les conventions, si elles ont force obligatoire, ne lient que les parties adhérentes des organisations patronales qui les ont signées.

On se heurte à une difficulté dans l'analyse fine des conventions quand elles s'appliquent variablement selon l'ancienneté ou le statut du travailleur. Sur ce dernier point, les conventions font la différence entre le travailleur cadre et non cadre pour l'octroi des droits.

Une autre difficulté est que les conditions d'attribution et de gestion des indemnités journalières sont particulièrement complexes, ce qui peut porter préjudice aux victimes.

Section 2. La complexité de la gestion des indemnités journalières, préjudiciable aux victimes

L'octroi des indemnités journalières de notre système de sécurité sociale se caractérise par la complexité de sa détermination et de sa gestion. Ces deux éléments sont particulièrement préjudiciables pour la victime qui attend son salaire de remplacement afin de pouvoir faire face aux charges de la vie courante et qui doit être en mesure de les comprendre afin

d'apprécier ou de contester le droit qui lui est attribué. La réglementation est fort ancienne, pour l'essentiel, et donc délicate à mettre en œuvre (Paragraphe 1). Elle date de la création de la sécurité sociale et nécessite ainsi une modernisation en vue d'améliorer et d'accélérer les délais de traitement, et aussi d'éviter les erreurs de la part du technicien. Il s'agit de donner à la victime l'impression qu'elle maîtrise le principe des prestations servies. Il y a aussi une volonté d'améliorer la gestion des indemnités journalières, mais celle-ci demeure inachevée (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La mise en œuvre délicate de la réglementation

Deux raisons principales illustrent la difficulté de mise en œuvre de la réglementation : la complexité du mode de calcul des indemnités journalières (A) et les lenteurs administratives (B).

A. La complexité du calcul des indemnités journalières

La perception des indemnités journalières pour les victimes en arrêt de travail n'est pas un droit universel mais une prérogative issue de la « *solidarité professionnelle*⁵⁶⁰ ». Cette concession n'est pas automatique mais doit obéir à des conditions de droit. Par conséquent, seuls les salariés qui ont travaillé plus de 150 heures dans les trois derniers mois peuvent prétendre à des indemnités journalières pendant six mois ; et ils doivent justifier de six cents heures de travail pour être indemnisés au-delà de six mois d'arrêt. L'octroi d'un salaire de remplacement doit répondre à des conditions d'heures mais également à des conditions d'équivalence de salaire soumis à cotisations sociales. De ce fait, l'appréciation des conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces pour accident non professionnel repose nécessairement sur des éléments de salaire transmis par l'employeur, au travers de l'attestation de salaire, à la caisse de mutualité sociale agricole.

Les travailleurs du régime agricole ne bénéficient pas tous du même statut d'emploi, et il est souvent difficile d'appliquer la règle de calcul unique, citée au paragraphe 1^{er}, concernant la détermination de l'ouverture de droits. C'est alors que plusieurs équivalences ont été mises en place par les caisses de mutualité sociale agricole, en se basant sur divers textes épars. Des équivalences générales sont prévues par les articles R. 313-8 et R.313-9 du Code de la sécurité sociale. Elles correspondent à des périodes pendant lesquelles la victime n'a pas pu exercer d'activité professionnelle, par exemple. Une des difficultés réside dans le fait qu'il

⁵⁶⁰ Rapport de la Cour des comptes du 5 juillet 2012, *op. cit.*

faut déterminer les causes des interruptions car certaines justifient la notion « d'assimilation » et pas d'autres. En l'occurrence, une journée travaillée équivaut à six heures de SMIC pour une journée de stage rémunéré ou non, d'arrêt de travail ou de détention provisoire⁵⁶¹. Il en est de même de la comptabilisation des temps de rééducation professionnelle ou de réadaptation professionnelle, du moment de rééducation pris en charge au titre de la législation des accidents du travail, du temps de perception d'une pension d'invalidité supprimée ou encore de la perception d'une rente accident du travail au moins égale à 66,66%.

Pour les personnes en activité, les salariés bénéficiant d'un contrat de travail particulier, tels que les travailleurs saisonniers, les intérimaires, les personnes payées en chèque emploi service universel (CESU)⁵⁶², sont couverts depuis 2008 par une législation d'équivalence spécifique⁵⁶³, ce qui facilite leur accès aux indemnités journalières. La législation va différencier les conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces pour une durée supérieure ou inférieure à six mois. La seule exigence est de retenir 600 heures travaillées à titre de salariés ou assimilés au cours des 12 mois civils ou pendant 365 jours consécutifs⁵⁶⁴.

Il existe également une certaine équivalence du temps de travail forfaitaire spécifique à certaines professions pour lesquelles il est impossible de connaître le temps de travail. Le particularisme de l'activité entraîne par conséquent une modalité de calcul qui permet de donner une équivalence en heures de travail en se référant à l'hectare travaillé⁵⁶⁵. C'est par exemple le cas des betteraviers.

La situation des gemmeurs est encore plus délicate parce qu'il faut déjà distinguer deux catégories : les privés et les domaniaux. Une fois cette différenciation faite, il convient de déterminer la constitution de leur période. Pour ces travailleurs, l'assimilation aux heures de travail se calcule en divisant par 6,66 le nombre de litres de gemmes récoltées au cours de

⁵⁶¹ L'article L.381-30, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale dispose que les détenus qui bénéficient d'un régime de semi-liberté ou qui sont placés sous surveillance électronique sont affiliés au régime général à compter de leur date d'incarcération. En revanche, s'ils exercent une activité professionnelle agricole, ils relèvent alors de la MSA et deviennent des salariés ordinaires ; le temps à prendre en compte est donc le temps réellement travaillé au sein de cette entreprise.

⁵⁶² Le décret n°2008-1084 du 22 octobre 2008 permet à la personne qui exerce une activité rémunérée de service à la personne par le biais d'un CESU de bénéficier des conditions d'ouverture de droits applicables aux travailleurs saisonniers ou discontinus. Au sein du régime agricole, sont concernés les employeurs qui utilisent une association mandataire aux fins d'embaucher du personnel rémunéré par des CESU. La LTC n°2006-176 du 18/04/2006 fait un rappel de la législation.

⁵⁶³ R. 313-7 du Code de la sécurité sociale.

⁵⁶⁴ Art. R. 313-7 du Code de la sécurité sociale, message CCMSA du 5 février 2015 et circulaire de la CCMSA n°DRAR-2015-018 du 15 juillet 2015.

⁵⁶⁵ Pour les betteraviers, par exemple : 80 heures de binage correspondent à un hectare travaillé, 80 heures d'arrachage sont assimilées à un hectare travaillé, et 24 heures correspondent au chargement pour un hectare.

l'année civile précédente. Toutefois, les deux catégories de gemmeurs ne sont pas égales devant le droit. Si le temps de travail déterminé est inférieur à 600 heures, donc insuffisant pour ouvrir un droit aux prestations en espèces, et si le gemmeur privé possède au moins 400 heures de travail effectives, il a la possibilité d'effectuer un versement volontaire de cotisation afin d'obtenir un droit, à l'inverse du gemmeur domanial qui n'a pas cette solution. Au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle, il existe une rupture d'égalité devant les prestations, qui est *a minima* contraire aux principes fondant notre système de sécurité sociale : universalité, égalité et unité. Dans ce cas, le principe d'égalité est remis en cause.

Les forestiers rémunérés à la tâche possèdent également une modalité particulière de reconstitution de leur période de travail⁵⁶⁶. Pour cela, il convient de connaître le salaire effectivement perçu par la victime afin de le diviser par le SMIG horaire majoré de 30%. Les jockeys ont aussi des modalités de calcul spécifiques du temps de travail ; celui-ci se détermine en fonction du salaire perçu.

En ce qui concerne les salariés agricoles rémunérés à la tâche, autres que les betteraviers, les gemmeurs et les forestiers, en l'absence de disposition particulière, il convient de retenir le temps de travail déclaré par l'employeur⁵⁶⁷.

Le temps de travail des métayers se compte en déterminant le nombre de jours que ceux-ci sont censés fournir pour l'exploitation ou les propriétés en métayage.

Les enseignants ou documentalistes détenteurs d'un contrat de travail de droit public à durée indéterminée ne peuvent pas bénéficier d'indemnités journalières de la caisse de mutualité sociale agricole⁵⁶⁸ car ils sont titulaires du maintien de salaire. Cependant, si le contrat est de droit public mais à durée indéterminée, les caisses de MSA sont compétentes pour verser le salaire de remplacement à l'instar des établissements privés. Toutefois, la différenciation vient de la nature de l'établissement en ce qui concerne l'assimilation du temps de travail⁵⁶⁹.

Quant aux sapeurs-pompiers volontaires, il faut retenir les heures passées en mission ou en formation pendant et hors du temps de travail afin de les assimiler à du travail effectif. Elles

⁵⁶⁶ Le calcul du temps de travail se fait donc selon la formule suivante : salaire brut réel/130% du minimum garanti.

⁵⁶⁷ Par exemple : les agents de pesée du contrôle laitier.

⁵⁶⁸ LTC n°DS-2005-476 du 08/12/2005.

⁵⁶⁹ Dans un établissement primaire, une heure de cours correspond à une heure et demie de travail. Dans un établissement secondaire et technique et dans les centres ménagers ruraux, une heure de cours correspond à trois heures de travail. Pour les autres établissements, il convient de retenir les heures de travail déclarées par l'employeur.

peuvent se comptabiliser avec une période travaillée afin de déterminer les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces.

L'appréhension d'une période assimilée se fait également après la prise en compte d'une période d'inactivité ou de stage. Les sources de ces déterminations sont de deux ordres : soit d'origine réglementaire, soit d'origine jurisprudentielle ou relevant d'une position de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Les dispositions réglementaires prévoyant une période assimilée non travaillée sont prévues aux articles R.313-8 et R.313-9 du Code de la sécurité sociale. Ces textes posent le principe que certaines périodes, durant lesquelles la victime se trouve empêchée d'exercer une activité professionnelle, peuvent être assimilées à des temps de travail salarié par équivalence. Toutefois, la prise en compte des causes de l'inactivité est primordiale car elle peut permettre ou non d'assimiler les périodes en question à du salariat.

Dès lors, peuvent être assimilées des périodes qui semblent avoir une cause légitime ou extérieure à l'assuré, telles que :

- les périodes d'arrêt de travail indemnisées⁵⁷⁰ au titre de la maladie/maternité, du congé paternité à compter du 01/01/2012, et de l'invalidité,
- les périodes indemnisées au titre de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles ou correspondant au temps de perception d'une rente accident du travail au moins égale à 66,66,
- les périodes de perception d'une pension d'invalidité qui a été supprimée,
- les périodes de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle,
- les périodes de rééducation au titre de la législation des accidents du travail,
- les périodes de congés formation non rémunérées,
- les périodes de détention provisoire.

D'autres périodes ont été posées par la jurisprudence ou la Caisse centrale de mutualité sociale agricole afin de les assimiler à du salariat. Les textes légaux déjà existants ont permis

⁵⁷⁰ Les indemnités journalières perçues au titre du maintien de salaire sont exclues.

d'assimiler les périodes de congés payés⁵⁷¹ et les périodes de stage rémunérées par le Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (CNASEA)⁵⁷² à du temps effectivement travaillé.

Ainsi, un vieil arrêt de la chambre sociale de la Cour de cassation⁵⁷³ s'appuie sur l'article L.3141-5 du Code du travail pour affirmer que « *les congés payés ouvrent droit aux paiements des indemnités soumises à cotisations comme des périodes de travail salarié pour l'ouverture des droits aux prestations en espèces* ». Cette interprétation de la Haute Cour a été confirmée par deux arrêts plus récents en date du 1^{er} juillet 2010⁵⁷⁴ pour l'un et du 17 mars 2011⁵⁷⁵ pour l'autre.

La CCMSA est allée plus loin dans sa position. Alors que les articles R. 313-8 et R.313-9 du Code de la sécurité sociale n'ont nullement prévu que les stages rémunérés par le CNASEA pouvaient être des périodes assimilées, la Caisse centrale a pu penser que le statut de stagiaire de la formation professionnelle continue pouvait, par extension de la notion de salariat, prétendre aux dispositions de l'article L.3141-5 du Code du travail.

Force est de constater qu'il existe une véritable difficulté de détermination des conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces pour les victimes qui ont un parcours professionnel peu stable ou qui ont travaillé chez plusieurs employeurs en même temps.

En outre, une nouvelle complexité vient s'ajouter à l'étude des conditions d'ouverture de droits lorsque les indemnités journalières sont supérieures à six mois. À l'instar des organismes de protection sociale, les caisses de MSA sont contraintes d'examiner à nouveau les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces en demandant à l'employeur de compléter une nouvelle déclaration de salaire pour vérification des conditions d'heures et des cotisations sur la base d'une nouvelle législation.

La difficulté ne réside pas seulement dans la complexité de détermination des conditions d'ouverture de droits, mais également dans la multiplicité des règles qui servent à apprécier les périodes de référence. Ces dernières ont une grande importance car elles servent à calculer l'indemnité quotidienne à partir du gain journalier, en application de l'article R.323-4 du

⁵⁷¹ En vertu de l'article L. 3141-5 du Code du travail, les périodes de congés payés sont assimilées à du temps travaillé.

⁵⁷² Circulaire de la CCMSA n°107 du 9 juin 1988.

⁵⁷³ Soc., 2 déc. 1999, n°97-22242, publié au Bulletin, 1999, V, n°468, p. 348.

⁵⁷⁴ Cour de cassation, 1^{er} juillet 2010, n° 09-15815.

⁵⁷⁵ Cour de cassation, 17 mars 2011, n°10-16099.

Code de la sécurité sociale. Elles se déterminent en tenant compte d'une ou des dernières rémunérations précédant le jour de l'interruption de travail. La règle générale est la prise en considération des trois derniers mois de paie afin de déterminer l'indemnité journalière, alors que celle due au titre de l'accident du travail se détermine à partir du dernier mois de salaire, en principe.

En revanche, certaines catégories d'agriculteurs dérogent à cette règle, soit en se basant sur des textes particuliers du Code, soit en suivant les directives des caisses qui décident d'instruire des dossiers d'indemnisation au cas par cas et qui choisissent de retenir, pour certains agriculteurs, une période de référence correspondant aux douze derniers mois de salaire. Le but est de ne pas pénaliser la victime qui n'occupe qu'un emploi intermittent, par exemple. Dans son rapport du 12 juillet 2012, la Cour des comptes relève que le « *caractère discontinu ou saisonnier du travail relevant aujourd'hui de la compétence des caisses, il serait utile que la CNAMTS harmonise les pratiques en déterminant par exemple une liste des professions répondant à ses critères* ». Ces remarques, dirigées à l'encontre des CPAM, peuvent être appliquées également au sujet des caisses de MSA.

En outre, une nouvelle difficulté apparaît dans la détermination de l'indemnité à verser à la victime, en raison de modalités de calcul très hétérogènes. En cas de maladie, il convient de reconstituer un salaire brut sur une période de référence dans la limite fixée à partir d'un gain journalier brut établi en divisant la somme des salaires bruts des trois derniers mois par un diviseur de 91,25 (correspondant à un quart de 365 jours). Ensuite, la somme obtenue correspond au gain journalier en brut qu'il convient de diviser par 50% afin d'avoir le montant de l'indemnité journalière maladie à servir.

Le diviseur de 91,25% s'applique aux contrats de travail pour lesquels il est retenu les trois derniers mois de salaire, tandis qu'il est remplacé par 365 quand il s'agit de contrats de travail en discontinu, pour lesquels il faut se baser sur les 12 derniers mois avant l'arrêt de travail afin de déterminer le salaire de référence. L'assiette de calcul des indemnités journalières maladie se différencie de celle concernant les accidents du travail ou la maladie professionnelle. La lourdeur des législations et leur complexité ne facilitent ni leur traitement par les techniciens, ni leur transparence pour les victimes.

Cette complexité est même renforcée dans certains cas. On peut citer, par exemple, le calcul de l'indemnité journalière minimum, qui est prévu par un vieil arrêté de 1955⁵⁷⁶, ou encore les indemnités journalières résultant d'une rechute consécutive à une affection de longue durée. Si les accidents ne rentrent généralement pas dans le cadre des ALD au sens de l'article R.324-1 du Code de la sécurité sociale, en revanche, pour les salariés avec plusieurs employeurs, le calcul des indemnités journalières est particulier, supposant la réunion de tous les salaires pour une période de référence identique.

La difficulté ne réside pas uniquement dans les modes de détermination de l'indemnité journalière mais également dans les conditions de son règlement, qui peuvent fragiliser la situation financière de la victime.

B. Une gestion longue fragilisant la victime

La perception des indemnités journalières constitue un salaire de remplacement pour les assurés victimes d'un accident non professionnel ou d'une maladie. Le retard dans le versement de ce revenu, par les caisses, peut causer un préjudice financier important pour l'assuré car il ne pourra plus, *a minima*, faire face aux charges de la vie courante ou se soigner des suites de ses séquelles. La difficulté principale se pose quand le salarié n'a pas de maintien de salaire. Dans le cas contraire, c'est l'employeur qui lui verse sa rémunération selon les conditions prévues par le contrat de travail.

Les pouvoirs publics et les caisses de MSA, à l'instar des CPAM, ont souhaité optimiser la gestion des indemnités journalières pour gagner en productivité. Cette détermination revêt une grande importance pour la victime qui attend ses indemnités journalières car les délais de traitement des dossiers de liquidation seraient raccourcis. Toutefois, cette volonté est inaboutie car elle se heurte à bien des obstacles.

Paragraphe 2. La volonté inaboutie d'optimiser le traitement des indemnités journalières

Cette volonté est inaboutie pour plusieurs raisons. La première concerne l'organisation, la spécialisation des agents et la mutualisation du service des indemnités journalières (A). La seconde touche le fonctionnement et le déroulement de l'indemnisation. Le processus de

⁵⁷⁶ Arrêté du 22 décembre 1955 relatif au montant minimum des indemnités journalières des assurances maladie et maternité, publié au JO du 13 janvier 1956, p. 536.

dématérialisation voulu par les pouvoirs publics pour faciliter les démarches des assurés reste lui aussi inabouti (B).

A. Une gestion incluant spécialisation et mutualisation préjudiciable à l'assuré

Le circuit à suivre par la victime pour l'indemnisation de son arrêt de travail consiste à envoyer, dans les 48 heures, sa prescription d'interruption de travail à son organisme de protection sociale⁵⁷⁷, d'une part, et à son employeur⁵⁷⁸, d'autre part. Le technicien de la caisse de MSA procédera au règlement de l'arrêt de travail si le médecin-conseil de la caisse décide que celui-ci est médicalement justifié. Dans cette procédure, plusieurs remarques concernant la longueur de la liquidation des indemnités journalières sont à relever. Afin d'y remédier, les pouvoirs publics et les caisses se sont dirigés vers une spécialisation et une mutualisation du travail de liquidateur d'indemnité journalière et une dématérialisation des arrêts de travail.

Bien avant les années 2000, le technicien qui liquidait la demande d'indemnité journalière n'avait pas une activité dédiée à cette opération, et son poste de travail comportait de multiples facettes. Il pouvait en effet procéder à l'ouverture des droits maladie, aux remboursements de feuilles de soins en mode manuel ou encore à la liquidation de soins à l'étranger ou aux remboursements des frais de transport. Ainsi, une proximité se créait entre l'employé de la caisse et l'assuré social car ils se connaissaient à travers ces différentes demandes. Comme la victime avait régulièrement le même interlocuteur à son écoute, le traitement des dossiers était facilité. Au fur et à mesure du temps, la gestion des indemnités journalières, comme la plupart des activités en MSA et dans les autres caisses de protection sociale, a suivi un processus de spécialisation justifié principalement par la complexité de la réglementation.

Ce mouvement de spécialisation a été suivi par une volonté de mutualisation et de regroupement des caisses. Aussi, l'activité qui était exercée au sein de chaque MSA était gérée par une caisse de mutualité sociale agricole au profit d'une autre. Par exemple, les indemnités journalières maladie liquidées par la MSA 04/05 et la MSA 84, chacune pour sa population, étaient administrées uniquement par la MSA Alpes-Vaucluse, entité regroupant

⁵⁷⁷ Le volet 1 sur lequel figure la pathologie est adressé au contrôle médical de la caisse, et le volet 2 de l'arrêt est destiné au service administratif de la MSA.

⁵⁷⁸ Le volet 3 est destiné à l'employeur.

les MSA 04/05 et 84, en 2014. Cette nécessité de regroupement des caisses⁵⁷⁹ afin d'optimiser la gestion, dégager un gain financier imposé par la CCMA et pallier la baisse de la population agricole n'a fait qu'éloigner l'assuré de son interlocuteur. L'agent technique est devenu de moins en moins polyvalent et de plus en plus spécialisé. Dès lors, l'activité va se regrouper sur un seul site et n'existera plus au sein de chaque caisse de MSA. L'éloignement ne facilitera pas la résolution des éventuels problèmes que peut rencontrer la victime dans la gestion de son dossier. La situation de l'assuré peut alors être fragilisée.

L'assuré n'a donc plus un interlocuteur privilégié qui le connaît, mais des interlocuteurs différents qui pourront suivre sa demande avec plus ou moins d'efficacité. De plus, de nombreuses caisses de mutualité sociale agricole se regroupent afin d'optimiser leur gestion. La MSA Alpes-Vaucluse se mutualise avec la MSA Provence-Azur et Corse tandis que les prestations d'invalidité sont concentrées à la MSA Rhône-Rhin. L'individu est pris de moins en moins en compte dans l'organisation et la gestion des prestations. À cela s'ajoutent les difficultés du processus de dématérialisation.

B. Un mouvement de dématérialisation inabouti

Entre le moment où l'accidenté envoie son arrêt de travail et celui où il est indemnisé, il se passe plusieurs semaines, voire plus d'un mois. Pour la victime, la réduction des délais de traitement de sa demande d'indemnisation est un enjeu financier important auquel les pouvoirs publics ont souhaité répondre indirectement en essayant de gagner du temps en productivité et en optimisant la réduction du nombre de temps pleins. Ces objectifs d'optimisation sont tributaires des progrès technologiques et de la dématérialisation des arrêts de travail et des déclarations de salaires. C'est alors qu'a été instaurée la déclaration sociale nominative, DSN, par l'article 35 de la loi Warsmann du 23 mars 2012, dite également « loi de simplification du droit et allègement des procédures administratives ». Le décret du 18 mai 2016⁵⁸⁰ donne les dates d'échéances des entrées obligatoires des entreprises dans ce dispositif de déclaration sociale nominative. Cette dernière est un fichier mensuel construit à partir de la paie du salarié et destiné à transmettre aux administrations et organismes concernés les données nécessaires à la gestion de la protection sociale des travailleurs salariés. Elle représente un pas vers la simplification car elle a pour rôle premier « *de remplacer l'ensemble*

⁵⁷⁹ La COG du 26 septembre 2006 impose la réduction des caisses de MSA de 74, en 2000, à 35 « entreprises », en 2010. Au 1^{er} janvier 2007, il est constaté que la réduction des « entreprises » MSA est de l'ordre de 49, impliquant 14 caisses devenues pluridépartementales, 12 fédérations incluant 29 caisses et 23 départementales. Sénat.fr « La protection sociale agricole : quel avenir ? », rapport, *op. cit.*

⁵⁸⁰ Décret n°2016-611 du 18/05/2016.

des déclarations périodiques ou événementielles et⁵⁸¹ diverses formalités administratives » qui devaient être adressées, jusqu'alors, par les employeurs aux divers organismes de protection sociale et aux administrations. Le principe est simple en apparence car il consiste en une « *transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie* », incluant nécessairement des signalements d'évènements tels que les arrêts de travail. Il en découle que les attestations de salaire pour le versement des indemnités journalières doivent être télétransmises à la MSA par ce biais.

Dès lors, la déclaration sociale nominative permet de transmettre des informations mensuelles reflétant la situation du salarié au jour où le salaire est arrêté. En appoint, elle divulgue les évènements survenus pendant le mois impactant la paie, tels les arrêts de travail pour maladie et accident⁵⁸², ou encore un signalement en cas de reprise anticipée du travail par le salarié au sein de son entreprise, et ce, avant la date de reprise formalisée par l'arrêt de travail.

Les avantages de télétransmettre les éléments relatifs aux arrêts de travail ne sont pas négligeables, aussi bien en termes de productivité qu'en termes de délais de traitement. Cet aspect constitue de plus une preuve d'envoi des arrêts de travail. Cependant, les logiques techniques ainsi que l'absence de contraintes limitent l'efficacité de la DSN.

La mutualité sociale agricole semble avoir toutes les cartes en mains pour optimiser les fonctionnalités de la DSN lors des traitements des arrêts de travail. Elle se présente comme un organisme de protection sociale à « guichet unique », c'est-à-dire que quasiment toutes les branches de la protection sociale pour la population agricole sont gérées en son sein. Ainsi, la branche maladie, famille, retraite, cotisations et même le service social sont concentrés en une seule entité, contrairement à la CPAM, qui ne gère que la branche maladie, accident du travail, maternité, invalidité de la protection sociale, alors que l'URSSAF administre les cotisations, la CAF la branche famille et la CARSAT les retraites. Cette structure avantageuse du régime agricole aurait pu profiter aux assurés et notamment aux victimes en arrêt de travail. La DSN, qui permet une télétransmission des arrêts de travail et des salaires aux caisses, aurait dû favoriser une interaction entre les deux types de données afin de déclencher automatiquement le règlement des indemnités journalières, mais il n'en est rien. Ainsi, en parallèle aux données de la DSN, le service maladie de la MSA reçoit les arrêts de travail

⁵⁸¹ Centre des impôts, Pôle emploi, CPAM, URSSAF, MSA et autres caisses de régimes spéciaux, les organismes complémentaires, les caisses de retraites complémentaires comme AGIRC-ARRCO.

⁵⁸² Mais aussi tout changement dans le contrat de travail ou la paie du contrat de travail pouvant avoir une conséquence sur la paie du mois.

envoyés soit en télétransmission par le médecin prescripteur, soit sous format papier par l'assuré. Dans les deux cas, l'évènement est enregistré dans les bases de la caisse, et devrait logiquement permettre une indemnisation rapide et automatique des arrêts de travail. Or, cela n'est pas le cas. Les techniciens doivent régulièrement faire le rapprochement entre les deux données afin de procéder aux règlements. La technologie possède ses limites. De plus, quand il y a une divergence d'information entre la DSN et l'arrêt de travail, le paiement ne se fait pas en automatique mais doit être déclenché par le technicien qui aura au préalable procédé à des corrections dans l'applicatif maladie. Cela peut concerner aussi bien les dates de l'arrêt que la période de référence, par exemple, ou encore la subrogation ou non de l'employeur. La DSN n'améliore pas vraiment la situation financière de la victime en arrêt de travail. En outre, quand les bases des droits maladie ne sont pas mises à jour, la DSN ne permet pas le déclenchement automatique du règlement de l'arrêt de l'assuré. L'agent instructeur devra nécessairement contacter le service des « ouvertures de droits » afin de mettre le dossier à jour. La perception du salaire de remplacement de la victime est manifestement retardée.

Ensuite, il faut se rappeler que la détermination de l'indemnité journalière et son calcul sont issus d'une réglementation complexe. En outre, les situations ambiguës nécessitent une étude plus attentive, avec une reprise des données en manuel dans la plupart des cas. Ce sont les agriculteurs qui ont la situation professionnelle la moins stable, avec un temps de travail en discontinu. Ils nécessitent, par exemple, la prise en compte d'une période de référence sur un an et non sur les trois derniers mois avant la date de l'arrêt de travail. Les demandeurs d'emploi sont également dans une situation difficile à gérer. En règle générale, il n'est pas possible de procéder à un règlement automatique des arrêts de travail en maladie pour un travailleur saisonnier ou encore pour un demandeur d'emploi. La Cour des comptes, dans son rapport de juillet 2012 à propos des caisses de CPAM, affirme que « *compte tenu de la complexité de la réglementation, il semble difficile d'améliorer significativement le taux d'intégration automatique des attestations de salaires* ». Cette critique, qui concernait les CPAM en 2012, est aujourd'hui toujours d'actualité au sujet des MSA, et cela ne va pas aller en s'arrangeant si la réglementation sur l'octroi des indemnités journalières n'est pas repensée.

En outre, la dématérialisation des arrêts de travail reste facultative et n'inclut aucun élément coercitif incitant à son utilisation. Quand la victime va voir son médecin pour se faire soigner, ce dernier peut être amené à lui prescrire un arrêt de travail. Si le professionnel de santé est appareillé, il peut choisir de télétransmettre l'arrêt de travail avec l'accord de son patient. De

prime abord, la dématérialisation est soumise à la volonté du médecin et du patient, donc, deux accords sont nécessaires et rien ne les oblige à le faire. Il serait judicieux d'inciter les professionnels à télétransmettre les données nécessaires à l'indemnisation de la victime, en créant certains avantages financiers, par exemple. Dans tous les cas, la dématérialisation des arrêts de travail possède un avantage en termes de gain de temps. Le document médical autorisant le repos doit être envoyé dans les 48 heures à la caisse de MSA. En cas de dépassement de délai et sans motif valable⁵⁸³, le service des indemnités journalières envoie un courrier à l'assuré lui notifiant la constatation de son retard et une prochaine sanction en cas de nouvel envoi hors délai dans les deux ans qui suivent. La sanction⁵⁸⁴ serait la réduction de 50% des indemnités journalières comprises entre la date de prescription de l'interruption de travail et la date d'envoi. La télétransmission éviterait tout retard, mais en plus, elle serait une véritable preuve de l'envoi de l'arrêt. Elle réduirait les litiges concernant la perte du document au moment de sa communication.

Afin que le procédé fonctionne, il est nécessaire que les cartes Vitale soient à jour. Pour cela, il faut coupler le logiciel de mise à jour des cartes et celui de télétransmission auprès des professionnels de santé. Malgré cela, l'expédition électronique des arrêts de travail risque d'être compliquée et non efficiente pour certaines populations qui n'ont pas de situation professionnelle stable et qui changent de caisse ou de régime entre plusieurs périodes d'activité ou d'inactivité. Le système actuel de mise à jour des cartes Vitale pour des assurés qui « transitent » entre plusieurs MSA et régimes obligatoires ne permet pas une portabilité efficace de leurs droits et la mutation de leur carte Vitale vers le nouveau régime d'appartenance.

Par exemple, un travailleur qui habite dans le Vaucluse et qui travaille dans les Bouches-du-Rhône verra ses droits ouverts dans les Bouches-du-Rhône, à la caisse d'appartenance de son employeur. Alors que s'il avait été affilié à la CPAM, il aurait appartenu à la caisse de son domicile, soit la caisse du Vaucluse. Les règles d'appartenance du régime agricole ne sont pas avantageuses pour le salarié. De plus, s'il perd son emploi et devient chômeur indemnisé du département du Vaucluse, il dépendra de la MSA Alpes-Vaucluse, et s'il retrouve quelque temps après un emploi dans le Gard ou la Drôme, deux départements limitrophes du

⁵⁸³ Par exemple : l'arrêt a été envoyé à un autre organisme par erreur, ou encore égaré, et l'assuré le prouve par le justificatif d'un courrier avec AR ; hospitalisation.

⁵⁸⁴ L'usage veut que l'employeur soit informé dans les deux jours sans autre précision par la convention collective. La sanction serait la mise en œuvre du droit disciplinaire de l'employeur ou d'une procédure de licenciement (Soc., 9 mars 1999, n°96-41.734). En revanche, l'absence d'information de l'employeur dans ce délai ne présuppose pas une démission du salarié.

Vaucluse, il devra à nouveau changer de caisse. Toutefois, si, entre plusieurs changements, sa carte Vitale n'a pas été mise à jour, lors des différentes étapes, en carte mutation sortante ou entrante par l'organisme preneur, celle-ci ne fonctionnera plus. Il sera impossible de la mettre à jour et donc de l'utiliser pour une quelconque télétransmission des arrêts de travail ou de soins. L'assuré se verra alors délivrer une nouvelle carte qui pourra mettre du temps à lui parvenir⁵⁸⁵. En outre, si le processus de mutation ne se fait pas convenablement, au fur et à mesure du changement de caisse ou de régime, la carte Vitale sera à nouveau en anomalie. C'est pour cela qu'il serait primordial de penser sérieusement à la création d'un régime unique de protection sociale afin de contourner les problèmes de portabilité des droits des assurés, et de les garantir pour éviter les périodes de rupture de couverture sociale.

Au 1^{er} juillet 2014, le GAMEX a disparu au profit de la MSA ; prochainement, le RSI s'éteindra et ses prestations sociales seront gérées par la CPAM. Au sujet de la MSA, l'idée de fusionner les deux grands régimes français plane dans les esprits depuis quelques années. À l'heure actuelle, avec la baisse du nombre d'agriculteurs exploitants et salariés, il est quasiment inévitable qu'à long terme, la MSA disparaîtra pour ne former qu'un régime unique avec la CPAM.

La question des dossiers en constante mutation à cause d'un changement de situation professionnelle devrait être minimisée afin de garantir les droits sociaux des assurés et faciliter la prise en charge de leurs soins, notamment au titre des accidents et donc de la maladie. En outre, l'appartenance à un même organisme de protection sociale résoudrait les anomalies des cartes Vitale liées à leur mutation au moment des changements de caisses, voire de régimes. Ces dernières sont un moyen de transmission des données sécurisées. Le professionnel de santé est certain de recevoir son règlement alors que la non-utilisation de la carte Vitale n'offre pas une telle garantie. Elle permet au professionnel de santé de profiter du tiers payant et de délivrer sa prestation médicale (consultation médicale, délivrance de médicament, radiologie, prise de sang...). Elle représente une garantie de sécurité de paiement et de rapidité de remboursement. Cependant, lorsqu'elle ne fonctionne pas, à la suite d'une mauvaise mutation lors d'un changement, la victime se trouve pénalisée. Il est indispensable de repenser le mode de fonctionnement des cartes Vitale, qui ne pourra se résoudre que par l'instauration d'un régime unique.

⁵⁸⁵ La procédure de délivrance des cartes Vitale avec photos demande plusieurs semaines.

La protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident non professionnel n'est pas efficiente. Elle se heurte à une législation complexe et à un dysfonctionnement des nouvelles technologies qui sont limitées malgré une volonté d'optimisation des pouvoirs publics.

De plus, elle ne constitue qu'une protection sociale de base car, en cas d'accident, l'intégralité du préjudice n'est pas réparée. Or, le corps humain fait partie de l'essence même de l'homme, et il est de plus en plus inconcevable qu'il puisse être touché sans conséquence. Cette atteinte n'est plus perçue comme une fatalité ; les mœurs ont évolué, et la victime réclame une indemnisation au plus juste. Par ailleurs, pour la plupart des personnes, le corps humain constitue un capital représenté par sa force de travail, qui permet de produire des biens et des services et de gagner sa vie. Lorsqu'il est endommagé, il ne remplit plus cette fonction. C'est pourquoi, il devient important de garantir une indemnisation équitable afin de permettre à l'individu de vivre et de subvenir à ses besoins. En outre, il est de plus en plus difficile d'accepter l'atteinte corporelle sans penser à une injustice. La réparation intégrale apparaît indispensable. Or, elle n'est pas du fait de la protection sociale mais du fait de l'assurance, des fonds d'indemnisation ou encore des régimes spéciaux d'indemnisation créés par le législateur. Il se développe une protection du corps humain de plus en plus grande, qui se remarque au travers de l'instauration d'un statut autonome du dommage corporel⁵⁸⁶. Ce dogme intéresse la protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident, car il y a nécessairement une articulation entre le droit de la sécurité sociale et celui de la responsabilité civile. Nous allons revenir sur toutes ces points dans le titre II.

⁵⁸⁶ Avant-projet de loi portant réforme de la responsabilité civile, CATALA et TERRÉ. Également, J. KNETSCH, « Le traitement préférentiel du dommage corporel », commentaire de l'avant-projet, *La Semaine Juridique*, Édition générale, supplément au n°30-35, 25 juillet 2016, p. 10. Ou encore : Y. LAMBERT-FAIVRE, S. PORCHY-SIMON, *Droit du dommage corporel*, Paris, Dalloz, 2015, 8^e édition.

TITRE II

L'ÉMERGENCE D'UN STATUT AUTONOME DU DOMMAGE CORPOREL

La définition du dommage appelle deux approches. Vu sous un angle strict, il est synonyme de toute forme d'atteinte certaine à un intérêt reconnu et protégé par le droit. Ainsi, il se réfère au fait brut de la lésion subie par la victime. Dès lors, il se distingue du préjudice qui correspond à la conséquence de la blessure. Dans un sens plus large, il est synonyme du terme « préjudice ».

La question qui se pose alors est de savoir s'il faut retenir la définition restrictive ou large du terme « dommage ». Bien que la réforme du droit de la responsabilité retienne une différenciation entre le dommage et le préjudice, actuellement, les deux mots sont employés de façon indifférente ; nous allons nous attacher à la définition la plus large du dommage.

Le terme « corporel » vise tout ce qui a trait au corps humain. Le dommage corporel est donc celui qui porte atteinte à l'intégrité physique d'une personne, ainsi que tout ce qui peut en découler. Il conduit à la réparation du préjudice. La blessure fait naître la dette.

Le sujet de la réparation du dommage corporel se décline en deux notions juridiques contemporaines. La question agite la doctrine de manière récente. Cette dernière ne cherche plus à s'attacher au fondement de la responsabilité civile⁵⁸⁷ mais souhaite privilégier impérativement la prise en compte de l'atteinte corporelle et de son dédommagement. La discussion qui a longtemps porté sur le fait de savoir si la responsabilité pouvait être de nature délictuelle ou contractuelle devient alors secondaire.

La problématique est actuellement en évolution constante. Le dernier point d'actualité se situe dans le projet de réforme qui intervient sur le dommage corporel pour consacrer un statut spécifique à ce type de dommage.

⁵⁸⁷ Avant-projet de loi portant réforme de la responsabilité civile, CATALA et TERRÉ, art. 1233, al. 2, souhaitant une décontractualisation de la réparation du dommage corporel. Les auteurs désirent une simplification du droit positif en soustrayant du domaine contractuel le contentieux de la réparation du dommage corporel. Voir également J. KNETSCH, « Le traitement préférentiel du dommage corporel », *op. cit.*, p. 11.

Dès le départ, le rôle et l'objectif du juge ont concerné l'indemnisation des victimes de telles atteintes. Les magistrats de la Haute Cour et ceux du fond démontrent une faveur pour la réparation des personnes, et ce, au risque de jouer avec les différents mécanismes de responsabilité. La Cour de cassation cherche à tout prix à indemniser les victimes.

Pour cela, le juge a modulé les fondements de cette responsabilité civile pour atteindre son objectif d'indemnisation. La Cour de cassation a jonglé avec les fondements en jouant sur la responsabilité contractuelle ou délictuelle, et en biaisant le phénomène alternatif des responsabilités et leur non-cumul. Parfois, les hauts magistrats ont privilégié un fondement par rapport à l'autre, mais l'indemnisation a toujours été honorée. Ensuite, la Haute Juridiction a dû adapter le droit au risque et aux situations nouvelles en créant une obligation de sécurité en matière délictuelle. Dès lors, sont créés des régimes de responsabilité sans faute afin d'indemniser les victimes ; la réparation intégrale des préjudices est devenue une préoccupation des juges. Par ailleurs, la Cour de cassation élève le niveau d'exigence de dédommagement en élargissant les types de préjudices réparables. Dans ce dessein, elle a supprimé la distinction classique entre le préjudice patrimonial et extrapatrimonial, et a consacré les différents postes de préjudices réparables. Ainsi, la Haute Juridiction a repris et élargi le champ de la réparation en admettant différents types de postes pouvant être réparés.

Cependant, demeure la subjectivité de l'évaluation du préjudice indemnisable qui fragilise la situation des victimes.

Nous allons voir que les sources du dommage corporel n'ont pas toujours été évidentes et ont évolué au fil des décennies (Chapitre I). Pour les agriculteurs victimes d'accidents non professionnels, les impacts liés à leur invalidité sont importants et nécessitent un traitement particulier (Chapitre II).

CHAPITRE I

LA RÉCURRENTÉ CONTROVERSE DES SOURCES DU DOMMAGE CORPOREL

La responsabilité est le corollaire obligé de la liberté humaine. C'est ce qu'affirmait Antoine de Saint-Exupéry : « *Être homme, c'est précisément être responsable.* » Être responsable, c'est répondre de ses actes car on a sur ces derniers un pouvoir de liberté et un devoir de maîtrise à la lumière du discernement et du choix. La responsabilité est d'autant plus significative et importante qu'elle porte atteinte à la chair humaine, l'essence même de la personne.

En définitive, l'évolution du droit de la responsabilité civile en un droit de la réparation est une caractéristique très générale depuis la seconde moitié du XX^e siècle. L'atteinte à l'intégrité physique de la personne met en question la paix sociale. La responsabilité civile et la réparation relèvent alors des principes les plus fondamentaux du droit.

L'intégrité de la personne humaine justifie la consécration d'un régime juridique autonome du préjudice corporel. Il va occuper une place importante au sein de la responsabilité civile et de la réparation du dommage. Aujourd'hui, l'atteinte à l'intégrité physique implique une impérieuse nécessité de réparation intégrale. Ce besoin de dédommagement est légitimé par l'intérêt lésé qui est l'atteinte humaine.

La consécration d'un statut autonome est donc une nécessité. Il faudrait un statut juridique dérogatoire consacrant la réparation d'un préjudice corporel par rapport aux différents types de dommages. Pour certains auteurs⁵⁸⁸, le droit à la réparation constituerait une prérogative dont seraient titulaires les victimes. En outre, « *une partie de la doctrine fonde la réparation du préjudice corporel sur les termes de l'article 16-1 du Code civil issus de la loi n°94-653 du 9 juillet 1994*⁵⁸⁹ ». Cette dernière dispose que « *chacun a droit au respect de son corps : le corps humain est inviolable* ». Le législateur a même instauré un régime dérogatoire en cas d'atteinte à la chair humaine, par le biais de la loi Badinter. On retrouve cette idée au travers de la responsabilité civile ; on cherche plus un payeur qu'un responsable. Une fois que ce

⁵⁸⁸ Voir Y. LAMBERT-FAIVRE, S. PORCHY-SIMON, *op. cit.*

⁵⁸⁹ M. DENIMAL, *La réparation intégrale du préjudice corporel : réalité et perspectives*, thèse, sous la direction de Jean-Jacques TAISNE, soutenue le 13 décembre 2016, Lille 2, p. 18.

dogme est posé, il convient d'indiquer que c'est la collectivité qui prendrait en charge la réparation du dommage corporel. L'instauration de l'assurance a fait évoluer le régime de la responsabilité civile vers une garantie de réparation.

Cet objectif d'indemnisation consacré par la jurisprudence conduit à brouiller les frontières entre les différentes responsabilités et à modifier et adapter les mécanismes du dédommagement.

Le droit lié au dommage corporel est nécessairement en perpétuelle évolution, et l'indemnisation de la victime paraît aujourd'hui au cœur des préoccupations fondamentales du juge et du législateur. En l'état actuel du droit, le dommage corporel ne fait l'objet d'un traitement spécifique qu'en ce qui concerne les modalités de sa réparation. On ne peut que considérer le particularisme en cas d'atteinte corporelle. Toutefois, du point de vue des sources de la réparation, c'est-à-dire du régime applicable, le dommage corporel n'est, en règle générale, pas appréhendé de manière différente des autres catégories de dommages. En effet, les règles qu'il se voit appliquer dépendent de la nature du fait dommageable et du dommage lui-même. Aussi convient-il d'envisager, d'une part, la contestation des sources de la réparation du dommage corporel et, d'autre part, la pertinence de la réparation de ce dernier (Section 1). Par ailleurs, les caisses de MSA ont un droit de regard sur les modalités d'indemnisation des dommages subis par les victimes (Section 2).

Section 1. La discussion sur les sources de la réparation du dommage corporel

La réparation du dommage corporel trouve son fondement dans la conception classique (Paragraphe 1), dans la responsabilité délictuelle, contractuelle ou dans un régime spécial. Ce schéma est dépassé afin de donner un statut autonome aux atteintes corporelles (Paragraphe 2). La clarification des fondements de la responsabilité civile va faciliter le recours subrogatoire des organismes de protection sociale en tant que tiers payeurs, et l'indemnisation des victimes sera plus facilement définie.

Paragraphe 1. La conception classique fondée sur la responsabilité civile

Dans la conception classique, le dommage corporel n'est pas appréhendé de manière différente des autres préjudices. En ce sens, il trouve sa source soit dans la responsabilité contractuelle (A), soit dans la responsabilité extracontractuelle, soit dans un régime spécial. Aujourd'hui, cette conception classique est dépassée et consacrée (B)

A. La réparation du préjudice sur le fondement contractuel

La sphère de la responsabilité civile se décline en responsabilité contractuelle et délictuelle. La première est fondée sur les articles 1231 et suivants du Code civil et s'attache à l'existence de la faute, du préjudice et à leur lien de causalité pour être constituée.

Sur le plan de la responsabilité civile et, au-delà, du droit commun de la responsabilité contractuelle, fondée sur les articles 1231 et suivants, nous pouvons constater qu'il existe une relation entre la faute, le préjudice et le lien de causalité. Dès lors, le créancier peut indemniser le dommage matériel tel que la perte subie ainsi que le gain manqué. La victime pourra obtenir la réparation de l'atteinte morale et corporelle. Elle pourra affirmer que l'atteinte s'applique et se dédommage en fonction des règles de droit commun de la responsabilité civile régies par l'article 1231 du Code civil. La question qui se pose est de savoir s'il faut aller plus loin. Il est envisageable d'instituer une obligation de sécurité par le juge, qui fixerait une limitation de la réparation contractuelle.

Le projet de réforme de la responsabilité civile tel que présenté en mars 2017 prévoit d'ajouter l'hypothèse où toute clause limitative de responsabilité serait exclue (article 1281 du projet de réforme) en cas de dommage corporel. L'objectif d'indemnisation de ce dernier semble être enfin atteint, car il est acté juridiquement par des textes qui consacrent une construction jurisprudentielle.

B. Le dépassement consacré

Le garde des Sceaux a présenté l'avant-projet de la responsabilité civile. Ce travail est remarquable car il consacre l'œuvre de la jurisprudence et met à l'honneur la réparation du préjudice corporel. Dans cet avant-projet, qui modifie les articles 1232 et suivants du Code civil, une partie relativement importante est dédiée au dommage corporel. Les textes renferment un régime spécifique lié à cette atteinte. Auparavant, la réparation de ce dommage relevait exclusivement de la responsabilité contractuelle ou extracontractuelle. Son régime devient autonome en matière extracontractuelle.

Avec l'avant-projet de réforme, une brèche s'est ouverte dans le champ contractuel. Auparavant, il était précisé que l'atteinte extracontractuelle engendrait une responsabilité délictuelle. Dans l'hypothèse d'un dommage corporel et sur le fondement de l'article 1233-1, al. 2 de l'avant-projet, il est possible d'invoquer les dispositions expresses du contrat, qui sont plus favorables que l'application des règles extracontractuelles. Une option est accordée à la

victime, ce qui démontre le souhait d'améliorer le sort de cette dernière dès lors que l'invocation sur un fondement contractuel est plus avantageuse que le fondement délictuel.

Dorénavant, l'avant-projet de réforme consacre un statut autonome dans le régime de la responsabilité, et la matière délictuelle devient la base, même si elle ne devrait pas modifier la mise en œuvre de la réparation du dommage corporel.

Paragraphe 2. La pertinence de la mise en œuvre du dommage corporel

La certitude de la typologie des préjudices (A) et la pertinence dans la mise en œuvre du dommage (B) sont des notions qu'il est important de prendre en compte. Quels que soient les préjudices retenus, le rôle de l'expertise est essentiel (C).

A. La certitude de la typologie des préjudices

La typologie des préjudices est essentielle car elle permet d'assurer à la victime une correcte indemnisation (1). Elle est établie par la nomenclature Dintilhac, elle-même consacrée par l'avant-projet de réforme (2). Les préjudices considérés sont de natures diverses (3).

1) La nécessité d'une typologie des préjudices

Cette typologie a toute son importance car elle sécurise l'indemnisation de la victime. La notion de poste de préjudice a toujours été utile et nécessaire. Elle permet la distinction entre les préjudices objectifs, qui sont d'ordre matériel, et les préjudices subjectifs, qui sont d'ordre moral. En outre, les juges ont toujours pris en compte ces différences dans un objectif d'indemnisation distincte et séparée. Cette détermination des préjudices implique deux compétences professionnelles bien différentes. Elle se définit par les juges, d'une part, et par les experts, d'autre part, et cela, au fur et à mesure de l'évolution de la jurisprudence. Cette dernière a permis la mutation accrue des différents types de préjudices. Il est nécessaire que les juges précisent les typologies des préjudices au regard des différents recours pouvant être exercés par les tiers payeurs tels que les assureurs ou les organismes de protection sociale. Ainsi, les juges doivent identifier clairement les dommages afin de faciliter la gestion des recours ouverts aux tiers. Le juge doit statuer distinctement et en précisant les différents postes de préjudices en raison des recours. Il faut souligner que ces derniers ne peuvent pas porter sur les préjudices à caractère personnel qui sont attribués à la victime, et qu'aucun tiers ne peut y prétendre. En revanche, pour éviter une double indemnisation, les recours sont

possibles. Mais, pour les optimiser, il est nécessaire de distinguer les postes de préjudices. Tel est l'objectif de la nomenclature Dintilhac.

2) La nomenclature Dintilhac consacrée par l'avant-projet

Cette nomenclature date du 28 octobre 2005. Elle a été établie à l'occasion d'un rapport remis au garde des Sceaux et qui distingue plusieurs typologies de préjudices. Ce texte n'a aucune valeur normative et contraignante ; il est utilisé par les juges, les experts ou encore les assureurs. La Cour de cassation a consacré la nomenclature Dintilhac dans plusieurs arrêts, et notamment lors d'une décision du 28 mai 2009 dans laquelle elle a repris, dans ses termes exacts, la définition du préjudice fonctionnel. Mais, son utilisation par les juridictions judiciaires devrait entraîner l'adoption d'un texte proposant une typologie officielle. Aussi, l'avant-projet de réforme prévoit que les préjudices extrapatrimoniaux et patrimoniaux qui résultent d'un dommage corporel seront déterminés poste par poste selon une liste non limitative qui sera fixée par décret pris en Conseil d'État. L'article 1209 du Code civil est envisagé par l'avant-projet de réforme qui consacre la nomenclature Dintilhac. Cette dernière identifie les divers postes de préjudices.

3) La diversité des préjudices

Les préjudices corporels sont d'ordre patrimonial et extrapatrimonial. La victime peut prétendre obtenir la réparation de tous préjudices patrimoniaux. Ainsi, toutes les atteintes et tous les frais engagés par la victime vont être réparés : ceux qui concernent la santé, la rééducation et toutes les dépenses et pertes de revenus consécutives à l'accident, qu'il soit présent ou à venir. Toutefois, ces sommes sont difficiles à évaluer lors de l'estimation.

Les préjudices corporels extrapatrimoniaux sont plus délicats à déterminer et à évaluer. Ils sont nombreux. Pour l'atteinte corporelle, ces préjudices sont nombreux et figurent dans la nomenclature Dintilhac que la jurisprudence reprend.

Le délit fonctionnel se caractérise par la survenance d'un handicap temporaire ou permanent qui va créer des troubles dans l'existence de la victime. Cette dernière sera dans l'impossibilité d'accomplir des actes courants de la vie.

Le préjudice d'agrément est défini, par la Cour de cassation, comme étant l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique, sportive ou de loisir⁵⁹⁰.

Les autres préjudices moraux sont la souffrance endurée, le *pretium doloris*, le préjudice sexuel, esthétique, etc. L'objectif pour la Cour de cassation est d'essayer de reconnaître différents préjudices afin d'offrir une réparation intégrale à la victime et ainsi de maintenir la pertinence de la mise en œuvre du dommage.

B. La pertinence dans la mise en œuvre du dommage

Le préjudice n'est pas facile à évaluer (1). À cette difficulté s'en ajoute une autre, liée cette fois-ci à la détermination de la réparation par le médecin expert (2).

1) Les incertitudes d'évaluation des préjudices

Pour répondre au but visé par la Haute Cour, il convient d'évaluer les préjudices au plus juste. L'affirmation de la réparation intégrale du préjudice ne laisse plus de doute. En matière contractuelle, la Cour de cassation a affirmé à plusieurs reprises que la victime a droit à la réparation intégrale de son préjudice : « *L'auteur du dommage doit réparer tout le préjudice mais rien que le préjudice.* » Cette affirmation trouve son corollaire dans un autre principe énoncé par la Haute Cour, selon lequel « *le propre de la responsabilité civile est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage, et de replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable ne s'était pas produit*⁵⁹¹ ». Cela signifie que le juge doit replacer la victime dans la même situation que celle où elle se trouvait avant la survenance de l'accident.

Le principe de la réparation intégrale de l'agriculteur victime d'un accident induit l'indemnisation de tous les chefs de préjudices. Cette notion implique, d'une part, que le blessé doit être replacé dans la situation antérieure au dommage et, d'autre part, qu'il ne doit pas percevoir plus que son dommage. Cela conduirait, inévitablement, à un enrichissement sans cause de la personne. Cette règle du dédommagement conduit à envisager une typologie large des chefs de préjudices. Il faut désormais restaurer ces différents types d'atteintes. La Cour de cassation a eu une interprétation rigoureuse de cette réparation car elle a consacré le principe selon lequel il ne pèse sur la victime aucune obligation de limiter son dommage⁵⁹². Ainsi, la Haute Juridiction affirme que l'auteur d'un accident doit réparer toutes les

⁵⁹⁰ Civ. 2^e, 28 mai 2009.

⁵⁹¹ Civ. 2^e, 28 octobre 1954, JCP 1955, II, 8765.

⁵⁹² Civ. 2^e, 19 juin 2003, pourvoi n°00-22302.

conséquences de son dommage, mais que la victime n'est pas tenue de limiter son préjudice dans l'intérêt du responsable.

L'avant-projet de réforme va à contresens de la position de la Cour de cassation car il consacre, dans son article 1263, l'obligation de minimiser le dommage en matière contractuelle. Toutefois, cet impératif ne peut pas concerner le dommage corporel qui n'obéit plus à la matière contractuelle, même si ce dernier a été causé à l'occasion de l'exécution d'un contrat.

En effet, le dépassement de l'obligation de limiter le dommage prévisible en matière contractuelle a été décidé par le législateur. Ce dernier a fait sortir les atteintes corporelles de la sphère contractuelle. Dorénavant, toutes blessures à la personne seront nécessairement de nature extracontractuelle et l'auteur n'aura plus l'impératif de limiter le dommage. Ce point est important car il ne sera pas opposé à l'agriculteur victime d'un accident en vue de limiter son indemnisation.

Une fois posé le principe de la réparation intégrale de l'atteinte corporelle, on se rend compte qu'il existe des difficultés quant à l'évaluation chiffrée des chefs de préjudices.

2) Les difficultés de la réparation

L'évaluation de la réparation est confiée à un médecin expert qui détient un rôle phare. Les professionnels de la médecine et du dommage corporel ont forgé la notion de « dommage corporel » et d'« atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne humaine ». Lors de sa mission, l'expert aura plusieurs objectifs. Il devra, de manière objective, quantifier les séquelles et déterminer leur imputabilité à l'accident. Il ne lui appartiendra pas de fixer les dommages et intérêts qui sont du ressort du magistrat. Dans la phase de l'estimation des postes de préjudices, la tradition française sépare nettement la fonction médicale et juridique. La détermination médicale est différente du décomptage du juge ou de l'organisme payeur. Cette distinction est d'autant plus importante qu'elle amène à séparer le « dommage corporel », qui est un élément médical, du préjudice. La distinction est explicite entre le « barème médical », qui implique la détermination des séquelles, et le « barème indemnitaire », qui sert au décomptage du préjudice.

Le « barème médical » est donné en pourcentage par le médecin expert. Chaque pourcentage équivaut à un montant en euro que le magistrat va étalonner. La question a été de savoir si le premier était une nécessité afin de déterminer le second. Certains pays, tels que l'Angleterre,

n'ont pas d'échelle de barème des séquelles et leur système d'indemnisation fonctionne aussi bien que le système français, qui s'est complexifié avec deux modes d'évaluations : le médical et le juridique.

Les préjudices indemnisables sont de deux ordres : patrimoniaux et extrapatrimoniaux. Dans tous les cas, le rôle de l'expert est primordial.

C. Le rôle de l'expertise

La réparation intégrale découle d'une juste évaluation des séquelles. Cependant, cette opération pose de nombreuses difficultés car elle consiste à donner une estimation en chiffres d'une atteinte corporelle qui est difficilement mesurable. Pour les préjudices patrimoniaux, des chiffres peuvent être aisément avancés car les éléments matériels aident à l'évaluation.

Le préjudice extrapatrimonial pose plus de complications car son caractère est subjectif. Devant la difficulté, le juge a tendance à recourir à l'expertise pour évaluer le préjudice. L'expertise ne lie pas le juge qui conserve une liberté d'appréciation. Ce dernier peut entériner les conclusions de l'expert ou les rejeter. Mais, prochainement, les magistrats devraient voir leur tâche facilitée avec la consécration de la nomenclature Dintilhac et l'adoption d'un décret en ce sens. De plus, les pouvoirs publics pensent à la création d'une base de données pour aider le juge.

Quant aux caisses de mutualité sociale agricole, elles peuvent donner leur avis sur les modalités d'indemnisation des victimes.

Section 2. Le droit de regard des caisses de MSA sur l'indemnisation de la victime

Les tiers payeurs ont bénéficié de la réforme du recours subrogatoire, laquelle permet une meilleure prise en charge de la victime (Paragraphe 1). Par contre, il serait intéressant de mettre en place un seul barème de capitalisation pour plus d'équité entre les victimes (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. La réforme du recours subrogatoire des tiers payeurs, une amélioration du sort de la victime

Le recours des payeurs consiste, pour une caisse de sécurité sociale, et donc de MSA, à agir contre l'auteur d'un dommage corporel, le tiers responsable. La finalité première de cette action est de récupérer les prestations que la caisse aurait versées à la victime du fait

dommageable. La caractéristique de ce recours est qu'il s'effectue majoritairement auprès des compagnies d'assurance du responsable de l'accident.

De prime abord, la logique est simple, bien que le droit au recours des tiers payeurs se situe au carrefour des droits de la responsabilité civile et de la sécurité sociale, reposant sur des montages bien différents.

Les enjeux sont identiques et principalement financiers. La caisse de protection sociale est certes régie par le principe de solidarité nationale, mais ce dernier ne l'empêche pas de réclamer les sommes qu'elle a servies à la victime au titre d'un accident corporel alors qu'il existe un tiers responsable. Non seulement les organismes de sécurité sociale et de MSA sont tenus de veiller à leur équilibre financier en procédant aux recours contre les tiers, mais ils évitent ainsi que la victime soit indemnisée deux fois, une fois par eux-mêmes et une autre fois par le responsable qui est généralement l'organisme d'assurance. Cela pourrait alors constituer un enrichissement sans cause.

Ce recours n'est pas anodin dans la protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident, car il a été réformé à plusieurs reprises afin d'améliorer la situation d'indemnisation de l'accidenté. Ainsi, les droits de la sécurité sociale, de la responsabilité civile et des assurances se côtoient au motif d'une amélioration constante de l'indemnisation du préjudice corporel, enjeu de survie de la personne.

Avant 1973, la législation n'était pas favorable à la victime car la MSA, comme tout autre organisme, était « *prioritaire sans application du partage de la créance qui s'impute sur l'ensemble du préjudice de la victime*⁵⁹³ ». Aussi, en cas de reconnaissance de la responsabilité de la victime, la caisse de MSA pouvait s'approprier l'intégralité de l'indemnisation attribuée à l'assuré. Face à cette injustice pour la personne atteinte d'un préjudice corporel, le législateur est intervenu par une loi du 27 décembre 1973. Depuis, l'indemnisation des préjudices de nature personnelle allouée à la victime est exclue de l'enveloppe pouvant faire l'objet d'un recours subrogatoire par les caisses, à l'encontre du tiers responsable. Ce point de droit n'est pas négligeable car il permet à l'accidenté de conserver la réparation de son préjudice sans avoir à reverser à la caisse la compensation des sommes octroyées.

⁵⁹³ N. BERTIN, *L'amélioration constante de l'indemnisation du préjudice corporel*, mémoire de master 1, droit des assurances et de la responsabilité, faculté de droit, Niort, 2006-2007.

Finally, l'article 25 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a été adopté. Il est venu réformer la loi du 27 décembre 1973 pour la sécurité sociale, en modifiant les dispositions des articles L.376-1 et L-454-1 du même Code, relatives aux tiers payeurs contre les tiers responsables et leurs compagnies d'assurances. Le législateur a décidé d'améliorer l'indemnisation des victimes au détriment des finances publiques, car de telles dispositions allaient alourdir le déficit de la sécurité sociale qui est déjà très important.

Cette réforme est innovante car le recours des tiers payeurs, notamment des caisses, qui se faisait sur tous les postes confondus, devra s'exercer dorénavant « poste par poste », comme le préconisait le rapport Dintilhac, avec une préférence pour la victime. Désormais, le recours des tiers payeurs ne pourra s'exercer que sur les postes de préjudices pour lesquels ils ont servi des prestations, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel, à moins que la caisse ne démontre qu'elle a effectivement versé à la victime une prestation compensant le préjudice personnel. Or, cela est quasiment exceptionnel, car peu de prestations des caisses de protection sociale peuvent rentrer dans le cadre de ces indemnités.

Une fois encore, ces nouvelles dispositions législatives ont soulevé des difficultés d'interprétation et d'application par l'ensemble des protagonistes de la réparation du dommage corporel.

En premier lieu, en mai 2007, le ministère de la Justice a été contraint d'intervenir, afin d'aider à l'application de ce nouveau texte, par la diffusion d'une circulaire à l'ensemble des magistrats. Elle les incitait à prendre en compte, d'une part, la nomenclature des chefs de préjudices tels que décrits par Monsieur Jean-Pierre DINTILHAC dans son rapport remis au garde des Sceaux, et d'autre part, la table des concordances entre les postes de préjudices et les prestations des tiers payeurs, tels qu'invoqués dans le rapport présidé par le professeur Yvonne LAMBERT-FAIVRE, sur l'indemnisation du dommage corporel.

Le Conseil d'État n'a pas facilité le travail des magistrats. Le 4 juin 2007, il rend un avis dans lequel il donne sa propre définition des préjudices patrimoniaux et personnels et sa propre conception des modalités d'imputation des prestations de l'assurance maladie.

Le 29 octobre 2007, la Haute Cour s'est vue dans l'obligation de rendre des avis relatifs aux nouvelles dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007,

dans son article 25. Outre le fait que la loi concerne également les accidentés du travail⁵⁹⁴, elle précise que la réforme s'applique aux dossiers en cours au 23 décembre 2006 et non aux dossiers dont l'accident est postérieur à ladite loi. Ce point de droit est particulièrement avantageux pour les victimes.

Ces dispositifs seront affinés et complétés par l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985⁵⁹⁵ qui tend à l'amélioration de la situation des blessés d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

Les victimes se retrouvent impuissantes devant un fonctionnement complexe, inégalitaire et injuste. Ce mécanisme d'indemnisation est important car selon les sommes allouées, les tiers payeurs vont venir se servir et il restera un solde plus ou moins important à la victime. Une évaluation en amont aura nécessairement une importance sur les montants que vont récupérer les organismes de protection sociale et donc les MSA. Plus ce calcul sera juste, plus l'agriculteur victime d'un accident percevra ses indemnités équitablement. Dans cet objectif de clarté, de justice et d'égalité, un barème de capitalisation unique est demandé. Les caisses de sécurité sociale seront liées à ces modes de calcul car ils auront nécessairement une incidence sur leur recours subrogatoire. La capitalisation des rentes est un point sensible de l'indemnisation des victimes.

Paragraphe 2. La demande d'adoption d'un barème de capitalisation unique

Alors que la réparation de l'atteinte corporelle est une question tant philosophique que vitale pour la victime, il existe dans ce domaine une absence de transparence aussi bien dans l'évaluation du préjudice que dans la fixation du montant des réparations. À cela s'ajoute une absence d'harmonisation dans les modalités d'évaluation et de calcul appliquées par les divers protagonistes tels que les assureurs, les fonds d'indemnisations, les experts et enfin les juridictions.

⁵⁹⁴ La précision est apportée que la loi concerne les accidentés du travail et que la rente AT répare le préjudice personnel et économique. Elle serait alors apparentée à un préjudice personnel non soumis à la subrogation des tiers payeurs. La jurisprudence a été fluctuante pour, en définitive, se stabiliser avec les arrêts de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation de mai et juin 2009. En outre, l'article 25 de la LFSS de 2007 impose aux organismes sociaux d'établir que la partie extrapatrimoniale de la rente AT qui a été réellement servie à la victime ne leur permet pas de récupérer les versements à venir. La Cour de cassation va lever une incertitude en interprétant que les arrérages à échoir de la rente sont des sommes à verser à la victime jusqu'à sa mort. Dès lors, la décision d'octroyer la rente fait naître la créance et la rend certaine.

⁵⁹⁵ Loi n°85-677 du 5 juillet 1985, tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, version consolidée du 14 janvier 2010.

Il existe plusieurs modes d'évaluation des préjudices. Les principaux consistent en la détermination *in concreto*, qui s'utilise surtout pour l'appréciation comptable des préjudices économiques. La victime doit apporter la preuve objective du montant du dommage et de son lien avec l'accident. La personnalisation de la réparation est absente dans ce mode d'expertise. À cette méthode s'ajoute l'évaluation selon un barème. Elle consiste à poser une valeur monétaire définie par un barème à un étalonnage médical de préjudices. Cette dernière technique est sollicitée par les assureurs. Cependant, les associations de victimes la condamnent car elle ne se pratiquerait pas *intuitu personae*. Selon elles, elle ferait rentrer les victimes dans des cases prédéfinies. De plus, elle subordonnerait le juge à l'expert judiciaire, principe interdit par notre droit. Cependant, le magistrat conserve son large pouvoir d'appréciation en la matière. De plus, de nombreuses associations de victimes pensent que la « barémisation » du préjudice est contraire au concept de la réparation intégrale. Or, ce raisonnement est erroné. L'évaluation n'est nullement forfaitaire mais constitue bien un échantillonnage qui doit cadrer avec la situation des victimes. Le rejet de cette méthode est un faux prétexte. Actuellement, ce système se combine avec le mode *in concreto*, selon la nature de l'atteinte.

Le montant des réparations de la victime repose sur la technique d'estimation basée sur un barème qui n'est pas uniforme. Par conséquent, il représente un point d'inégalité et d'injustice. Les parties en présence demandent une uniformisation du barème d'évaluation et de capitalisation en instaurant un barème unique. Mis face à ces processus obscurs et complexes, le blessé a le sentiment d'être impuissant et lésé.

De plus, l'élément qui complique encore davantage la clarté de la réparation, c'est qu'il existe autant de processus de fixation du préjudice que d'acteurs. L'assureur, le magistrat, l'avocat, l'organisme de sécurité sociale, les fonds d'indemnisations ont chacun des différences d'application du principe indemnitaire. Ainsi, pour la personne *lambda* qui ne connaît ni la médecine, ni même le droit, la compréhension des barèmes est un obstacle à l'injustice et à l'inégalité des victimes. La victime se demande régulièrement pourquoi le barème que lui attribue un organisme au titre de la réparation du préjudice corporel est différent de celui de l'organisme de protection sociale, et donc de la MSA.

La problématique est que, dans notre pays, il existe plusieurs barèmes de capitalisation, mais qu'aucun n'est officiel. Cela nous amène à penser que le manque de référence unique et commune engendre inévitablement des inégalités entre les accidentés. Cela est d'autant plus

inadmissible que ces disparités existent au sein même de notre système juridique. En effet, de nombreuses cours d'appel utilisent des référentiels différents entre elles. Une victime pouvait être indemnisée de manière plus généreuse devant la cour d'appel d'Aix-en-Provence, par exemple, que devant celle de Nancy, avec le même dommage. Il n'était également pas rare de voir un même préjudice réparé avec des montants différents au sein d'une même cour d'appel, alors que les conditions étaient identiques (âge, sexe, situation personnelle et professionnelle). La justice ne paraissait pas toujours cohérente aux yeux des victimes. Devant tant de déficiences, les pouvoirs publics ont réagi afin d'améliorer la réparation du préjudice corporel. La première avancée en la matière a été entreprise par la loi Perben⁵⁹⁶ qui prévoyait une « *recherche de modalités d'indemnisation de la victime plus justes et plus transparentes* ».

Le 19 décembre 2002 s'est tenue une réunion plénière du Conseil national de l'aide aux victimes (CNAV), durant laquelle le garde des Sceaux a fixé certains objectifs. Un des buts, non évoqué jusqu'alors, concerne l'adoption d'un barème médical d'évaluation des atteintes à la personne, unique pour tous les systèmes d'indemnisation. Cela constituerait un pas vers l'égalité entre victimes et vers une atténuation de la complexité du processus d'indemnisation.

La spécificité de la réparation du dommage corporel est une préoccupation moderne qui est née en France mais également dans les États européens. Cependant, elle reste inaboutie. Son fondement est le respect du corps humain et de l'intégrité physique de chaque individu.

La dernière démarche en la matière est la proposition de loi Lefrand⁵⁹⁷, visant notamment l'adoption d'un barème unique de détermination du préjudice corporel. Cette prémisse législative a été enrichie par une seconde proposition de loi du député Olivier Jardé, du 6 avril 2010⁵⁹⁸. Cependant, la future loi Lefrand écartait de son champ d'application les barèmes propres aux régimes de protection sociale, si bien qu'il pourrait y avoir un écart entre le barème de la caisse de MSA et celui des autres payeurs. Cela jouerait sur le montant à recouvrer auprès des tiers payeurs.

Actuellement, le législateur ne compte pas harmoniser les barèmes en imposant des méthodes d'évaluation de l'indemnisation des victimes. Cela impliquerait une refonte des référentiels existants. Les enjeux économiques freinent les pouvoirs publics et les parties en présence.

⁵⁹⁶ Loi qui porte le nom du garde des Sceaux de l'époque. Le 18 décembre 2002, ce dernier avait présenté au Conseil des ministres un programme d'action détaillé en 14 points en faveur des victimes.

⁵⁹⁷ Proposition de loi Lefrand n°2055 du 5 novembre 2009, visant à l'amélioration de l'indemnisation des victimes de préjudices corporels.

⁵⁹⁸ Proposition de loi n°2407 du 6 avril 2010, visant à créer une liste unique de médecins experts.

Dans tous les cas, une fois le préjudice évalué, peut se poser le problème de la capitalisation des sommes à servir. L'indemnité peut être versée en capital ou sous forme de rente. La capitalisation est une épine dorsale de la réparation. Elle se définit comme « *le processus par lequel est attribué à un crédirentier un capital, destiné à produire des intérêts, de telle sorte que, pendant la durée prévisible de la rente, le crédirentier puisse, en consommant le capital et les intérêts, se servir selon la périodicité prévue le montant alloué*⁵⁹⁹ ». Elle intéresse de nombreux domaines. Cependant, c'est dans l'indemnisation du dommage corporel que ses enjeux deviennent vitaux pour les victimes. En conséquence, une conversion des rentes en capital sous-estimé, ou encore un capital trop rapidement utilisé, peut placer les accidentés dans une situation dramatique. Très rapidement, ils pourront se trouver dans l'impossibilité de s'assurer un revenu de remplacement ou encore de financer l'aide d'une tierce personne. À l'inverse, une générosité trop grande de la conversion peut placer les financeurs dans une situation économique compliquée. Un juste milieu s'impose pour les parties en présence.

Toutefois, l'indemnisation des victimes par le biais de la capitalisation possède des inconvénients. Tout d'abord, elle repose en totalité sur des estimations telles que l'espérance de vie de la personne, ou encore l'évolution du cours du taux d'intérêt ou du taux d'inflation. L'espérance de vie de la victime peut être plus longue que celle prévue. Elle deviendrait alors perdante à la suite du processus de capitalisation. L'estimation peut très rapidement fragiliser le devenir financier de la victime. Le dernier recours de l'assuré serait donc les différents dispositifs mis en place pour compenser son handicap dû à l'accident, notamment l'allocation d'adulte handicapé et ses compléments, la prestation compensatoire versée par la MDPH, ou encore la majoration pour la vie autonome. En définitive, la solidarité nationale est celle qui couvre le plus sûrement les personnes.

La protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident est liée au droit de la responsabilité civile et des régimes spéciaux d'indemnisation. Ces deux droits se complètent. Cependant, afin de pallier certains dysfonctionnements de la réparation, il conviendrait probablement de généraliser le système de sécurité sociale⁶⁰⁰ afin d'offrir une prise en charge équitable et égalitaire du dommage corporel. Depuis 1974, la Nouvelle-Zélande, par exemple,

⁵⁹⁹ Définition donnée par le professeur Christophe QUEZEL-AMBRUNAZ, maître de conférences HDR à l'Université de Savoie Mont-Blanc, CDPPOC.

⁶⁰⁰ L. MORLET, *L'influence de l'assurance accidents corporels sur le droit privé de l'indemnisation*, sous la direction du professeur Hubert GROUDEL, thèse de droit privé, Université du Maine, Faculté de droit et des sciences économiques du Mans, 15 décembre 2003.

a opté pour l'indemnisation automatique de tous les accidents, indifféremment de leurs origines, écartant tout jeu de la responsabilité civile⁶⁰¹.

En Europe, la Suède a pareillement choisi un système de compensation proche de l'idée d'une protection sociale généralisée, basée sur la solidarité nationale.

Il convient à présent d'analyser les impacts que peut avoir, sur l'agriculteur, la survenance d'un accident non professionnel. Ses droits ne sont pas les mêmes selon qu'il se retrouve en incapacité, en inaptitude ou en invalidité, des notions qui vont être explorées dans le prochain chapitre.

⁶⁰¹ Pour appréhender cette législation : M.A. VENNEL, « L'indemnisation des dommages corporels par l'État : les résultats d'une expérience d'indemnisation automatique en Nouvelle-Zélande », RIDC, 1976, p. 76. Également évoquée dans la thèse de L. MORLET, *op. cit.*

CHAPITRE II

LES CONSÉQUENCES DE L'INVALIDITÉ POUR L'AGRICULTEUR VICTIME D'UN ACCIDENT NON PROFESSIONNEL

La maxime populaire selon laquelle « le travail, c'est la santé » perd tout son sens quand celle-ci ne permet pas le travail. À la suite d'un accident non professionnel, l'agriculteur peut se retrouver en incapacité, en inaptitude ou en invalidité. Ces trois termes contiennent tous le préfixe « in- » qui exprime la diminution. Dans le langage commun et populaire, ces mêmes mots sont synonymes et traduisent une même réalité : un amoindrissement de la capacité physique de l'individu. Or, il existe des nuances dans chacun de ces états qui révèlent des réalités différentes. L'invalidité est une notion du droit de la sécurité sociale, alors que l'inaptitude relève du droit du travail et l'incapacité du droit de la responsabilité civile.

À cela s'ajoute le handicap qui est un état plus général. Chaque notion possède ses propres applications et finalités, et c'est pour cela qu'il convient de ne pas les confondre. En matière d'accident non professionnel, celle qui va intéresser l'agriculteur est l'invalidité, car elle appartient au domaine de la protection sociale, thème de notre étude.

Le terme « invalidité » est issu du latin *invalidus* qui signifie « impuissant », « faible ». Dès lors, il faudrait se reporter à la définition de l'invalidité pour quantifier la perte de revenu ou de gain de l'agriculteur accidenté par rapport à son état de santé, son « impuissance » et sa « faiblesse ».

Le droit français de la sécurité sociale qualifie l'invalidité comme étant « *une incapacité de travail – définitive ou “stabilisée” – d'origine non professionnelle (...) mais également non congénitale*⁶⁰² ». Elle doit réduire la capacité de gain ou de travail de l'individu des deux tiers⁶⁰³, du travailleur qui a moins de 60 ans⁶⁰⁴.

Ainsi posée, la définition de l'invalidité fait référence à « *une approche causaliste des altérations définitives ou stabilisées de la santé susceptibles d'emporter une prise en charge*

⁶⁰² M. DEL SOL, « La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente », *Revue Regard*, En3S, juin 2017, p. 119.

⁶⁰³ Article 341-1 du Code de la sécurité sociale.

⁶⁰⁴ Article R732-3 du Code rural et de la pêche maritime.

*de la victime*⁶⁰⁵ ». Dès lors, cette interprétation va s'imposer à l'agriculteur victime d'un accident. Ces imperfections vont constituer des obstacles à la réparation intégrale (Section 1) de l'agriculteur ayant subi un accident, bien que l'invalidité puisse faire interface avec les programmes sociaux dédiés au travail et à l'emploi (Section 2).

Section 1. Les imperfections de la prise en charge de l'invalidité, obstacle à une indemnisation intégrale par les caisses de MSA

Cette notion polysémique a des contours incertains qui vont poser des difficultés d'application et créer des litiges entre les assurés et les caisses de MSA, à l'instar des autres régimes. Au final, elle conditionne l'ouverture d'un droit à une pension octroyée au titre d'une pension d'invalidité⁶⁰⁶. Elle forme également la reconnaissance d'un état de santé qui donne le bénéfice d'une exonération du ticket modérateur.

Cependant, ses fondements sont problématiques (Paragraphe 1) car ils n'autorisent une indemnisation de l'agriculteur victime d'un accident que dans certaines situations. L'atteinte physique ou psychologique doit être mise en parallèle avec la perte de gain et de revenu. En outre, lorsque la question de son obtention se pose, force est de constater que les conditions de son attribution sont contestables (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Les fondements limitatifs de l'invalidité

La notion d'invalidité dresse des obstacles à l'indemnisation intégrale de la victime en cas d'accident non professionnel. Son fondement diffère de celui des accidents du travail. Ainsi, l'invalidité possède ses propres principes, qui sont stricts (A), mais également ses propres finalités, qui sont limitées (B). En outre, l'agriculteur victime d'un accident va rencontrer des modalités d'attributions litigieuses qui restent tout de même perfectibles (C).

A. Les principes stricts de l'invalidité

L'invalidité est une assurance sociale (1) à caractère contributif (2) et personnel (3). Ces éléments mêmes révèlent que l'agriculteur ne pourra pas prétendre à une réparation intégrale en cas d'accident non professionnel.

⁶⁰⁵ M. DEL SOL, *op. cit.*

⁶⁰⁶ Art. L.341 à L.342-6 et R.431 et suivants et D.431-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

1) *L'invalidité : une assurance sociale*

À l'instar des assurances maladie, maternité, paternité, vieillesse, décès, veuvage, l'assurance invalidité se classe au rang des assurances sociales⁶⁰⁷. Selon Monsieur Francis Kessler, elle a été conçue pour être « *une assurance contre le risque de ne plus pouvoir travailler*⁶⁰⁸ ». Elle formalise un état de santé par la reconnaissance d'une incapacité de travail définitive ou stabilisée. Elle est la condition d'ouverture d'une pension qui porte le même nom.

La diminution de l'état de santé de la personne peut être couverte par un organisme de sécurité sociale et accessoirement par un contrat d'assurance ou de prévoyance. Au titre de la protection sociale, chaque organisme est régi par ses propres règles de prise en charge⁶⁰⁹. À ce titre, l'agriculteur salarié ou non pourra percevoir une telle prestation selon des modalités inhérentes à sa qualité d'exploitant⁶¹⁰ ou de salarié. En conséquence, l'assuré invalide recevra une pension d'invalidité jusqu'à l'âge de sa retraite⁶¹¹. Il existe également des hypothèses de suppression ou de suspension, en cas de reprise d'activité ou d'amélioration de l'état de santé. *In fine*, l'assurance invalidité est une prestation indemnitaire d'une branche de la sécurité sociale, et dans notre cas, de la MSA, afin de compenser les conséquences durables d'une diminution de gain due à un état de santé fragilisé par une maladie ou un accident, et dont le droit aux indemnités journalières maladie est épuisé. En conséquence, la définition de l'invalidité s'applique à l'agriculteur victime d'un accident.

Relevons que l'assurance invalidité n'est pas propre à la France. Sur le plan européen, des dispositions sur cette prestation ont fait l'objet d'un règlement communautaire⁶¹². Cela implique, pour les autorités, une volonté de prendre en considération la diminution de la capacité de gain ou de travail due à l'état de santé. L'agriculteur français victime d'un accident n'est ni le plus protégé d'Europe en matière d'invalidité, ni le moins soutenu. Il se trouve dans une situation intermédiaire qui s'est construite au fil du temps.

⁶⁰⁷ Art. L.311-1 du Code de la sécurité sociale.

⁶⁰⁸ F. KESSLER, *Droit de la protection sociale*, Paris, Dalloz, 6^e édition, p. 291.

⁶⁰⁹ T. TAURAN, « Assurance invalidité : les régimes de sécurité sociale, l'invalidité et le juge », RDSS, n°6, novembre-décembre 2008, p. 1129-1130.

⁶¹⁰ Le droit à la pension d'invalidité des non-salariés agricoles est un dispositif relativement jeune. Il date de la loi n°61-89 du 25 janvier 1961 qui a institué, au profit des exploitants agricoles et des membres non salariés de leur famille, une obligation d'assurance contre la maladie, l'invalidité et la maternité. Ils sont assurés auprès de l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA).

⁶¹¹ Par exemple : Soc., 13 mars 1991, n°87-43-793.

⁶¹² Règlement n°883/2004. Voir aussi H. VERSCHUEREN, « Le droit des pensions d'invalidité et de vieillesse dans le règlement n°883/2004 », RDSS n°1, janvier-février 2010.

Historiquement, l'invalidité était confondue avec la vieillesse. D'après le professeur Paul Durand⁶¹³, cette confusion tenait à la longue domination de la législation allemande sur l'assurance invalidité. Les deux lois de 1889 et 1911 avaient occulté le fondement de l'invalidité et de la vieillesse pour réunir leurs régimes dans le versement d'une prestation sociale. Cette dernière était servie aussi bien à la personne incapable de travailler du fait de son âge qu'à l'invalidité. Son existence était justifiée par l'incapacité à travailler, hors de tout risque couvert par la législation sur les accidents du travail. Selon Paul Durand, « *l'invalidité était considérée comme une vieillesse prématurée*⁶¹⁴ ».

Par la suite, la loi du 5 avril 1928⁶¹⁵ sur les assurances sociales a différencié pour la première fois ces deux concepts. L'article 1^{er} de cette même législation pose cette distinction en stipulant que « *les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès...*⁶¹⁶ ». La genèse de la notion d'invalidité a commencé à se construire. Petit à petit, des lois l'ont bâtie pour parvenir à ce qu'elle est aujourd'hui. Entre 1945 et 1955, l'assurance invalidité est devenue la suite logique de l'assurance maladie. Cependant, certains auteurs pointent du doigt le recul dans le temps de la constatation de l'état d'invalidité des assurés⁶¹⁷ et en conséquence des agriculteurs.

L'invalidité se présente dès lors comme un système « *d'assurances sociales puis de sécurité sociale*⁶¹⁸ » qui va garantir des « *moyens d'existences convenables en cas de réduction ou de suppression de la capacité de gain*⁶¹⁹ ». Celle des agriculteurs va s'inscrire dans la logique politique de la création des dispositifs d'assurance sociale. Le législateur qui poursuit un objectif de paix sociale par l'intégration sociale⁶²⁰, depuis la fin du XIX^e siècle, va avoir deux visées avec l'assurance invalidité des assurés, y compris des agriculteurs. L'insertion sociale et la sécurité financière des individus seront les préoccupations des politiques publiques. Le volet économique se fera par deux mécanismes. Ces derniers sont, d'une part, la garantie d'un revenu minimal d'existence et, d'autre part, la prise en charge des dépenses de soins par

⁶¹³ P. DURAND, *La politique contemporaine de sécurité sociale*, Paris, Bibliothèque Dalloz, 2005, p. 187-191.

⁶¹⁴ *Ibid.*, p.188.

⁶¹⁵ Qui sera modifiée par la suite par une loi de 1930.

⁶¹⁶ P. LECLERC, *La sécurité sociale, son histoire à travers les textes*, tome II, 1870-1945, p. 254.

⁶¹⁷ A. GEERTS, *L'évaluation de l'invalidité en sécurité sociale dans la communauté européenne*, Bruxelles, Vander, 3^e édition, p. 13.

⁶¹⁸ IGAS, rapport n°RM2012-059P, tome I, « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmation des concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », établi par les docteurs Pierre ABALLEA et Étienne MARIE (membres de l'Inspection générale des affaires sociales), mai 2012, p. 10.

⁶¹⁹ *Ibid.*

⁶²⁰ *Ibid.*

l'assurance maladie. L'invalidité implique donc le versement d'une pension, cependant, elle n'est que la conséquence directe d'un état de santé. Ainsi, elle représente la reconnaissance d'un état de santé affaibli. L'agriculteur qui connaît une diminution de sa capacité de gain, du fait d'un état physique ou psychologique, sera alors reconnu invalide. L'accident non professionnel peut en constituer l'origine, et les suites qui en découlent revêtent le même caractère que ceux précédemment évoqués. Cette légitimation est entourée de formalisme. Pour les agriculteurs, c'est le médecin-conseil de la MSA qui en détient le monopole.

Actuellement, l'article L.341-4⁶²¹ du Code de la sécurité sociale prévoit trois stades d'invalidité, mesurables en fonction des déficiences de l'assuré par rapport à sa capacité de gain ou de rémunération. Lorsque l'individu est en capacité d'exercer une activité professionnelle, il est classé en invalidité de catégorie 1. Quand son état ne lui permet pas d'exercer une quelconque activité professionnelle, il est placé en catégorie 2, et s'il a besoin de l'intervention d'une tierce personne afin d'effectuer les actes de la vie courante en plus de son impossibilité d'exercer un emploi, il sera reconnu invalide de 3^e catégorie. La reconnaissance en invalidité de 2^e catégorie s'appuie sur un fondement discutable et franchement contradictoire par rapport à la définition de cette dernière. Le médecin-conseil pronostique que l'assuré ne pourra pas travailler, compte tenu de son handicap, mais ne lui interdit pas d'exercer une activité professionnelle ou de s'inscrire au chômage afin de retrouver un emploi. Dans certaines limites, l'invalidité se cumule avec un salaire ou des indemnités de chômage. Elle représente donc une pension découlant d'un état de santé. Ce dernier est également qualifié d'invalidité.

L'existence de ce classement est supposée ne pas jouer sur le maintien du contrat de travail. Seule l'inaptitude constatée par le médecin du travail constitue un motif légal de licenciement lié à un état de santé ou à un handicap. Avant 1993, la Cour de cassation accordait la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur au motif que le salarié était mis en invalidité. La consultation du médecin du travail n'était pas nécessaire⁶²². Depuis, la Haute Cour a procédé à un revirement de jurisprudence par deux arrêts en date des 12 mai 1993⁶²³ et 7 avril 1994⁶²⁴. Cette position des hauts magistrats a impulsé une circulaire du ministère du Travail en date du 21 novembre 1994⁶²⁵. Les lois du 31 décembre 1990⁶²⁶ et du 31 décembre 1992⁶²⁷

⁶²¹ Créé par décret 85-1353, 1985-12-17, art. 1, JORF, 21 décembre 1985.

⁶²² Par exemple, Soc., 7 mars 1991, n°87-43.793.

⁶²³ Soc., 12 mai 1993, n°89-40-6005.

⁶²⁴ Soc., 7 avril 1994, n°90-41-130.

⁶²⁵ Circulaire DRT n°94-13 en date du 21 novembre 1994.

ont servi de référence. La personne classée en invalidité ne peut être licenciée par son employeur que si le médecin du travail a constaté son inaptitude à son poste de travail.

Cette définition de l'invalidité repose donc sur les principes des assurances sociales et de la sécurité sociale. Elle sera étendue aux minima sociaux réservés aux personnes handicapées face à l'emploi. Son fondement reste le revenu de remplacement afin de garantir la paix sociale. En ce sens, elle répond à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen, qui dispose que toute personne « *a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistances par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* ». Elle s'adapte également aux exigences du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, en son point 11 : la Nation « *garantit à tous la protection de la santé, la sécurité matérielle. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de sa situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

Ainsi définie, l'invalidité de l'agriculteur ne pourra jamais donner lieu à une réparation intégrale d'un accident non professionnel par la caisse de mutualité sociale agricole. De la loi bismarckienne du 22 juin 1889 fondée sur la notion de perte de gain, puis des ordonnances⁶²⁸ créant la sécurité sociale, il résulte que l'état d'invalidité n'est pas « *l'altération grave et stabilisée d'un état de santé d'une personne ; il est constitué par les effets de cette altération sur sa capacité de travail et de gain, en vue de sa compensation financière par les programmes sociaux*⁶²⁹ ». La notion de revenu de remplacement institue la finalité première du concept de l'invalidité dès lors que l'état de santé réduit la capacité de travail ou de gain. Ainsi, l'invalidité représente une assurance sociale contributive.

2) L'invalidité : une assurance sociale contributive

L'invalidité est une assurance sociale contributive. Elle ne peut être accordée qu'aux agriculteurs ayant la qualité d'assurés à la date d'examen du droit, c'est-à-dire à ceux qui ont

⁶²⁶ Loi n°90-602 du 12 juillet 1990 concernant la protection des personnes contre les discriminations du fait de leur état de santé ou de leur handicap. Elle interdit toute discrimination d'un salarié selon son état de santé, sauf si celui-ci est suivi d'une constatation de l'inaptitude au poste de travail.

⁶²⁷ La loi n°92-1446 du 31 décembre 1992 a consacré la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation qui oblige l'employeur à reclasser son salarié si l'inaptitude au poste de travail n'est pas constatée par la médecine du travail.

⁶²⁸ Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, *op. cit.* p. 15.

⁶²⁹ IGAS, rapport n°RM2012-059P, tome I, « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmation des concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », *op. cit.*, p. 11.

cotisé *a minima* sur leurs salaires ou rémunérations à cette assurance. Les non-salariés agricoles⁶³⁰ peuvent percevoir cette prestation par l'assurance maladie des exploitants, l'AMEXA, à la condition d'y être assujettis depuis plus d'un an, d'avoir moins de 60 ans et d'être à jour de leurs cotisations sociales. Les salariés agricoles acquièrent des droits administratifs au versement de cette prestation à la condition d'avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois précédant la date d'étude de la demande. À ces impératifs de cotisations s'ajoutent les preuves de la régularité sur le territoire français en cas de nationalité étrangère, hors de l'Espace économique européen.

Les conditions minimales de cotisations imposées par le législateur à l'obtention d'une pension d'invalidité pour les agriculteurs salariés ou non démontrent la contributivité de la prestation. Celle-ci va conditionner son octroi. Tous les agriculteurs victimes d'accidents non professionnels ne pourront y prétendre, mais seulement ceux qui ont suffisamment cotisé. Cette condition répond au principe de contributivité de notre système de protection sociale. De cette règle, il découle l'existence d'un lien entre les cotisations versées et les prestations perçues. Ce système contributif repose sur le « *régime social assuranciel dans lequel les cotisations sont vues comme une prime d'assurance qui ouvre des droits à des prestations pour les cotisations dans le cas de la réalisation du risque*⁶³¹ ». Cette logique assurancielle justifie également que les prestations d'invalidité soient versées aux agriculteurs en proportion de leurs contributions. Toutefois, des critiques sont à apporter sur la différenciation de calcul de la prestation entre les différentes catégories d'agriculteurs. Les inégalités de traitement nécessitent d'être corrigées.

En effet, depuis le 1^{er} janvier 2016, les cotisations à l'assurance maladie-maternité des exploitants (AMEXA) sont différenciées de celles se rapportant à l'assurance invalidité. Ces

⁶³⁰ Les non-salariés agricoles sont différenciés selon que l'invalidité concerne l'inaptitude totale ou partielle. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité de l'AMEXA pour inaptitude totale sont :

- Les chefs d'exploitations ou d'entreprises agricoles mentionnés à l'article L.722-4 du Code rural (à condition que l'entité agricole soit située sur un territoire métropolitain et qu'elle réponde à une importance définie par l'article L. 722-5 du Code rural).
- Les aides familiaux non salariés (c'est-à-dire les ascendants, les descendants, frères, sœurs et alliés au même degré du chef d'exploitation, d'entreprise ou de son conjoint, à la condition d'avoir au moins 16 ans et de vivre sur l'exploitation ou l'entreprise et de participer à sa vie en tant que non-salarié).
- Les membres non salariés de sociétés d'exploitation ou d'entreprises agricoles se trouvant sur le territoire métropolitain.
- Les conjoints collaborateurs de chefs d'exploitations ou d'entreprises agricoles bénéficiant des prestations en nature de l'AMEXA (depuis le 1^{er} janvier 2002).

Le statut de conjoint collaborateur a été étendu aux concubins et aux pacés depuis la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006 (article 21-11). Désormais, les conjoints collaborateurs concubins ou pacés ont droit à la pension d'invalidité conformément aux articles L.732-8 et L.321-5 du Code rural.

⁶³¹ Lettre « Trésor-éco », n°200, juin 2017, ministère de l'Économie et des Finances, p. 2.

cotisations, destinées à financer les prestations maladie-maternité et invalidité, sont calculées à partir des revenus professionnels des chefs d'exploitations ou d'entreprises agricoles. Depuis 2016, les cotisations AMEXA ne sont plus soumises à un seuil minimal de prélèvement, alors que l'assurance de cotisation invalidité est limitée à un minimum de 11,5% du plafond annuel de la sécurité sociale. Il ressort de ce constat que la prestation d'invalidité des exploitants agricoles est dite contributive alors qu'en réalité, il en est autrement. Il n'y a pas de lien effectif entre le montant des cotisations versées par l'agriculteur non salarié et celui de la pension servie, cette dernière étant un simple forfait dont dépend l'incapacité de l'agriculteur à exercer sa profession. L'invalidité est considérée comme étant partielle lorsqu'elle réduit de 66% la possibilité de la personne d'exercer sa profession. Son montant sera plafonné à la somme de 3 382,32 euros par an. Elle est dite totale lorsque l'individu ne peut pas exercer son activité. Le montant de son avantage serait de 4 360,72 euros annuels. Elle peut être majorée lorsque le travailleur agricole ne peut plus effectuer les actes de la vie courante (AVQ) et lorsque son état de santé requiert le recours à une tierce personne.

Cette analyse démontre bien le caractère forfaitaire de la prestation servie à l'agriculteur non salarié, sans l'existence d'un rapport avec les cotisations versées, à l'inverse des salariés agricoles. Ces derniers auront l'attribution de leur pension à partir d'un calcul plus juste basé sur leur rémunération annuelle moyenne, déterminée en fonction des dix meilleures années de travail⁶³² et de gains, dans la limite d'un plafond annuel de la sécurité sociale⁶³³.

En partant du postulat que les pensions d'invalidité sont des assurances contributives, que les exploitants versent leurs cotisations d'assurance invalidité en rapport avec leurs revenus professionnels, qu'elles sont plafonnées à un montant minimum de versement, alors, tous les assurés sociaux doivent être traités de manière égale dans une situation identique. En conséquence, il est essentiel de revoir les modalités de calcul du montant des pensions des agriculteurs non salariés. Leur avantage serait évalué sur leur revenu professionnel, avec une pension minimale et un montant maximal de versement. Ainsi, tous les agriculteurs, quel que soit leur statut, seraient « égaux ». Leur prestation pourrait ainsi être révisée à la hausse. Les individus qui ne pourraient bénéficier que d'un faible montant auraient la possibilité de

⁶³² La législation prévoit un plafond minimum de versement qui est de 285,61 euros au 1^{er} avril 2018 pour les trois catégories de pension d'invalidité. La troisième catégorie a droit, en sus de ce minimum, à une majoration pour tierce personne.

⁶³³ Le montant mensuel est tout de même soumis à un montant maximum de versement qui est, au 1^{er} avril 2018, de 999,30 euros pour la première catégorie, de 1 655,50 euros pour la deuxième et de 2 774,07 pour la troisième.

percevoir leur pension complétée par le dispositif de l'allocation adulte handicapé ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité⁶³⁴, à l'instar des salariés.

En outre, ce dispositif d'amélioration des pensions d'invalidité des exploitants ne mettrait pas en péril le régime agricole, comme semble le démontrer Monsieur Jean-Yves BONY⁶³⁵ lors d'une question écrite⁶³⁶ du 14 mars 2017, adressée au ministère de l'Agriculture. L'analyse du député démontre que l'agriculteur non salarié, bénéficiaire d'une pension d'invalidité pour inaptitude totale, possède un avantage de 365 euros par mois. En revanche, s'il était en arrêt maladie, ses ressources s'élèveraient à 845 euros pour 30 jours d'indemnisation. Ses revenus diminuent donc de 60%. Ce constat est d'autant plus intolérable que les assurés du RSI, travailleurs indépendants comme les agriculteurs non salariés, ne sont pas autant désavantagés. Il est donc urgent de revoir le principe forfaitaire de la pension de ces agriculteurs. L'incompréhension et l'injustice atteignent leur paroxysme « *à l'heure où le projet de loi de financement de la sécurité sociale va prélever plus de 120 millions d'euros de cotisations maladies supplémentaires sur les exploitants agricoles ; et que dans le même temps ce projet de loi réduit les cotisations maladie de l'ensemble des autres assurés*⁶³⁷ ». Comme le précise le député dans sa question écrite, il est normal que ces cotisations supplémentaires soient dédiées à l'amélioration du montant de la pension d'invalidité des non-salariés agricoles. Cet alignement sur l'avantage des indépendants coûterait 57 millions d'euros et ne représenterait même pas la moitié de ce qui est prélevé en cotisations maladie supplémentaires pour l'année 2018 sur les exploitants⁶³⁸. Afin d'améliorer le montant des pensions d'invalidité accordées aux 13 500⁶³⁹ agriculteurs concernés en vue de leur donner un niveau de vie plus décent, il conviendrait de procéder aux modalités de calcul de la prestation à l'identique des assurés du RSI. Pour cela, un système de calcul de l'avantage, effectué à

⁶³⁴ Articles L815-24 à L.815-29, articles R.815-58 à R.815-78 et D.815-19 et D.815-20 du Code de la sécurité sociale. Et la circulaire CCMSA n°2007-013 du 26/03/2007 relative à la mise en place de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

⁶³⁵ Monsieur Jean-Yves BONY est député Les Républicains de la 2^e circonscription du Cantal à l'Assemblée nationale, depuis le 21 juin 2017.

⁶³⁶ J.-Y. BONY, QE n°3414, JOANQ 05-12-2017, réponse publ. le 16 janvier 2018, p. 304, 15^e législature, analyse « Pensions d'invalidité des exploitants agricoles ».

⁶³⁷ J.-Y. BONY, question écrite, *ibid.* Pour information : les artisans-commerçants, par exemple, ont une pension d'invalidité qui se détermine en fonction des revenus annuels de l'individu. Si son incapacité est permanente, il percevra une rente annuelle égale à 50% des revenus annuels moyens, et si elle est partielle, il aura droit à 30% de ces derniers. À l'instar des autres assurés sociaux, il aura droit à une majoration pour tierce personne. En outre, si le calcul de la pension donne l'octroi d'une pension à faible revenu, un invalide seul perçoit une pension de 711,86 euros par mois et de 1 246,87 euros pour un couple. L'invalide qui cotise au RSI peut également percevoir une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) si ses revenus sont insuffisants par rapport à la composition de son foyer. Elle peut atteindre 409,43 euros par mois pour une personne invalide seule et 672,62 euros pour un couple.

⁶³⁸ J.-Y. BONY, *ibid.*

⁶³⁹ J.-Y. BONY, *ibid.*

partir des revenus professionnels avec la garantie d'un minimum forfaitaire mensuel de la pension, serait le plus judicieux, à l'instar des indépendants. Ainsi, la pension d'invalidité répondrait effectivement au caractère contributif qui lui est donné. Le principe d'égalité entre les assurés serait également respecté car les modalités de calcul seraient les mêmes entre les agriculteurs. En outre, ce perfectionnement ne mettrait pas en danger le régime agricole, comme l'indique Monsieur BONY.

La pension d'invalidité revêt également un caractère d'*intuitu personae*.

3) L'invalidité : une prise en charge personnelle

La pension d'invalidité est un avantage attribué à titre personnel. Par conséquent, elle diffère de la rente accident du travail qui peut être versée aux ayants droit de la victime sous certaines conditions (voir partie I, chapitre 1). De ce fait, le caractère personnel de la prestation limite l'indemnisation du fait de l'accident. C'est pourquoi, le versement de la rétribution s'éteint au décès du bénéficiaire et n'est pas réversible. Cette règle ne s'applique pas au conjoint qui est lui-même invalide. Ce dernier se verra attribuer une pension d'invalidité de veuve ou de veuf. Le raisonnement du législateur sur cette exception serait de compenser la perte de retenue liée à la disparition du pensionné. La création de la dette alimentaire envers le conjoint invalide en constituerait le fondement. Toutefois, à première vue, ce raisonnement peut être critiquable puisque tout ayant droit subit une perte de ressources, conséquence du décès de l'invalide. Les enfants et les conjoints qui n'ont jamais travaillé et qui ne seront jamais en mesure de le faire du fait de leur âge, de leur formation ou de leur niveau socioculturel devraient être pris en compte, comme les conjoints invalides.

Le concept d'égalité des assurés sociaux mérite d'être pris en considération afin d'attribuer une pension d'invalidité aux conjoints et aux enfants qui ne subviennent pas, ou pas encore, à leurs besoins. Certes, il convient de réfléchir au financement d'un tel dispositif afin de ne pas déstabiliser le régime agricole et maintenir un équilibre entre les cotisations perçues de la part des assurés et les sommes versées à ces derniers. Afin que l'invalidité conserve son caractère d'assurance sociale et d'avantage contributif, nous proposons la mise en place d'une assurance qui serait prélevée sur les salaires des agriculteurs et sur les revenus professionnels des non-salariés agricoles, identique à la proposition d'assurance sur les accidents du travail. La garantie portant sur le risque professionnel serait à la charge de l'employeur puisque c'est lui qui le créerait, et celle relative au risque non professionnel serait supportée par les travailleurs puisqu'il ne serait pas imputable à l'employeur.

Un tel dispositif ne devrait pas mettre les exploitants en difficulté du fait d'un prélèvement supplémentaire, car il serait calculé sur leur revenu professionnel. Il ne fragiliserait pas le régime agricole car, d'une part, il serait basé sur une règle contributive et que, d'autre part, en cas d'accident, généralement, une responsabilité civile ou légale est mise en jeu, pour laquelle les caisses de la MSA pourraient agir en tant qu'organismes tiers payeurs. Les sommes ainsi avancées aux assurés sociaux pourraient être couvertes. Une étude plus mathématique devrait être envisagée par les pouvoirs publics en ce sens.

Les principes de l'invalidité étant posés, il convient à présent d'évoquer ses finalités, qui restent limitées.

B. La finalité limitée de l'évaluation

L'indemnisation de l'agriculteur victime d'un accident non professionnel va être limitée au vu de deux constatations principales en lien avec l'invalidité. Le revenu de remplacement constitue sa finalité première (1). Son objet est restrictif (2) et nuit à une juste indemnisation de l'agriculteur ayant subi l'accident.

1) Le revenu de remplacement, finalité première de l'invalidité

Le revenu de remplacement est la finalité de l'invalidité qui prend la forme d'une pension servie à la victime d'un accident non professionnel. Cependant, l'agriculteur qui a subi un dommage va être confronté à une problématique essentielle concernant son droit à un salaire de substitution du fait de son invalidité. Le fondement de cette prestation sociale s'oppose à une indemnisation intégrale de l'accident par les caisses de MSA.

Au même titre que la législation sur les accidents du travail, celle sur l'invalidité appartient au domaine de la sécurité sociale⁶⁴⁰, mais leur but diverge. Alors que la première prestation sociale s'inscrit dans une logique indemnitaire visant à évaluer l'incapacité permanente et à en indemniser les préjudices, la seconde a pour finalité la compensation d'un « *risque social au regard de ses conséquences économiques dommageables sur l'individu et/ou sa famille*⁶⁴¹ ». Selon Marion DEL SOL, professeur de droit, l'invalidité est « *une sécurité sociale de type salarial dont l'objectif est de compenser, par le versement de prestations, la perte de revenus professionnels ou l'impossibilité de se procurer de tels revenus consécutivement à la*

⁶⁴⁰ M. DEL SOL, « La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente », *op. cit.*, p. 119.

⁶⁴¹ M. DEL SOL, « La notion de risque en droit des assurances et en droit de la sécurité sociale », in *Études offertes à Hubert Groutel*, « Responsabilité civile et assurances », LexisNexis, 2006, coll. Litec, p. 236-245.

survenance d'un risque social... ». La socialisation de ce risque repose sur une logique contributive. Sa finalité première réside dans l'attribution d'un revenu de remplacement qui prendra la forme d'une pension d'invalidité.

À cette fin, il est nécessaire d'opérer une évaluation des impacts de l'altération de l'état de santé sur la capacité à travailler ou à gagner sa vie, afin de procéder à une compensation financière. En définitive, l'évaluation de l'invalidité consiste en la détermination des « *effets de l'altération de l'état de santé sur la capacité de travail ou de gain en vue d'une compensation financière*⁶⁴² ». Elle ne consiste nullement en l'estimation de « *l'altération grave et stabilisée de l'état de santé d'une personne ; c'est évaluer les effets de cette altération sur sa capacité de travail et de gain, en vue de sa compensation financière partielle ou minimale par les programmes sociaux*⁶⁴³ ». Il en résulte que l'altération de la santé de l'individu, et donc de l'agriculteur, n'est prise en compte que si elle a des répercussions négatives sur le travail ou le gain de la victime. Dès lors, l'article L.341 du Code de la sécurité sociale est explicite lorsqu'il stipule que « *l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées (au moins les deux tiers) sa capacité de travail ou de gain... »*. L'évaluation de l'invalidité se détermine sur la perte économique liée à l'état de santé de la personne pour l'avenir. À ce titre, et étant une assurance sociale, le fondement de l'invalidité se distingue de celui des accidents du travail. La logique initiale de cette dernière législation reposait originellement sur celui de la responsabilité civile d'un tiers, en l'occurrence l'employeur, qui devait réparer un préjudice issu d'une faute. Comme nous l'avons déjà évoqué dans la première partie, la responsabilité présumée de l'employeur a été tronquée contre une indemnisation forfaitaire. Le fondement de l'invalidité est différent.

Dès lors, une contribution financière peut être accordée par les caisses de protection sociale, à la condition que les conséquences financières atteignent un seuil minimum, soit au moins les deux tiers de la capacité de travail ou de gain. En plus de l'octroi d'un revenu de remplacement, le classement en invalidité offre certains avantages afin de compenser la perte de gain et de rémunération liée à l'état de santé. La prise en charge des soins à 100% du ticket modérateur, à l'exception des vignettes pharmaceutiques bleues ou orange, est un droit connexe important. Les premières impliqueraient un remboursement des médicaments à 35%

⁶⁴² IGAS, rapport n°RM2012-059P, tome I, « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmation des concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », *op. cit.*, p. 10.

⁶⁴³ *Ibid.*

et les secondes à 15%. Dans l'exclusion de la prise en charge à 100% de ce type de produits, il faudrait en déduire que la faiblesse du remboursement initial résulterait du fait que les autorités sanitaires n'étaient pas convaincues de l'efficacité desdits produits. Cela expliquerait pourquoi l'assurance invalidité ne les prendrait pas totalement en charge.

Les modalités de remboursement des soins au titre de l'invalidité sont plus avantageuses que celles appliquées en matière de législation sur les accidents du travail. En effet, en cas d'atteinte professionnelle, l'accidenté ne verra ses soins pris en charge à 100% du ticket modérateur que s'il est en arrêt de travail justifié, s'il bénéficie d'une feuille d'accident du travail pour se soigner, même en l'absence d'arrêt de travail, ou s'il est couvert par des soins post-consolidation. De plus, ne sont remboursés à 100% du tarif de la sécurité sociale que les soins en rapport avec la lésion professionnelle. En revanche, dans le cadre d'un état d'invalidité, il n'y a pas de distinction sur les motifs des soins. Que la personne consulte pour une grippe, un détartrage des dents, une radiographie ou une prise de sang quelconque, elle sera remboursée à 100% du ticket modérateur, même si ses soins n'ont aucun rapport avec la pathologie qui a déclenché l'invalidité. L'agriculteur qui aura eu un accident de cheval, par exemple, et qui se rend chez son dentiste pour une carie dentaire, verra ses soins remboursés en intégralité par la caisse de MSA, à condition que le professionnel de santé n'ait pas appliqué un dépassement d'honoraires. Dans le cas contraire, il restera à la charge de l'intéressé le montant non remboursable.

L'état d'invalidité possède également un avantage pour la personne qui se fait soigner dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD). Cette dernière verra ses soins pris en charge à 100% du tarif de la sécurité sociale seulement si ceux-ci sont en rapport avec la maladie à l'origine de l'exonération en ALD.

En définitive, le remboursement des soins par l'assurance invalidité est un processus relativement avantageux pour l'agriculteur accidenté de droit commun. Parfois, il est préférable de ne pas se voir reconnaître son dommage en accident du travail, car la législation sur l'invalidité peut se révéler plus favorable économiquement pour l'accidenté. D'une part, la pension d'invalidité peut être plus généreuse qu'une rente AT, et d'autre part, les soins seront mieux couverts par la législation sur l'invalidité que par celle des rentes AT.

Cette différenciation s'explique par les fondements différents des prises en charge. Le droit des accidents du travail est basé sur le principe de la responsabilité. En ce sens, seuls les préjudices en lien avec l'accident peuvent être pris en charge. Donc, seuls les soins qui en

découlent seront couverts à 100% du ticket modérateur par les caisses de MSA. Les règles qui régissent l'invalidité reposent sur la perte de gain due à un état de santé. Dans la mesure où la personne ne peut plus gagner sa vie correctement, son invalidité lui donne droit à la couverture totale de ses soins, hormis les médicaments à vignettes bleues ou orange. La distinction de l'origine de la pathologie n'a pas à être effectuée, puisqu'elle n'est pas la condition *sine qua non* de l'état d'invalidité. Ce qui importe, c'est la perte de gain qui implique la généralisation de la prise en charge des traitements médicaux de l'invalidé.

Avec cette exonération de participation aux soins, le pensionné a droit à un dispositif fiscal non négligeable. Dès que son incapacité atteint les 80%, constatée selon le barème de l'allocation d'adulte handicapé, le pensionné profitera d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de son impôt sur le revenu. Il sera également exonéré de la taxe d'habitation et de la taxe audiovisuelle si les revenus de son foyer ne dépassent pas un certain plafond. Ces avantages sont discutables car l'accidenté du travail perçoit une rente AT qui n'est pas à communiquer aux impôts, et ses indemnités journalières au titre de l'accident du travail ne sont déclarables que pour moitié, depuis une loi de finances pour 2010⁶⁴⁴. Il ressort de ces prérogatives qu'il faut connaître les législations pour les comparer, confronter les avantages et les inconvénients liés à chaque situation pour, parfois, choisir ou non de révéler un accident en relation avec le travail ou non.

Il n'en demeure pas moins que la reconnaissance de l'état d'invalidité possède un objet restrictif qui s'impose à l'agriculteur victime d'un accident et limite ses prétentions de demande de pension en cas d'accident.

2) L'objet restrictif de l'assurance invalidité

Aux termes de l'article L. 341-3 du Code de la sécurité sociale, l'état d'invalidité de la victime s'apprécie « *en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des difficultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que (des) aptitudes et de (la) formation professionnelle* ». Il découle de cette définition un fondement restrictif de l'invalidité. Elle n'a nullement pour but un dédommagement d'un préjudice quelconque. Ces défaillances du système de reconnaissance de l'état d'invalidité, d'attribution et d'indemnisation fragilisent la situation de l'agriculteur. Le service de cette pension est basé uniquement sur la substitution de la perte de capacité à avoir un gain ou revenu. Il en découle que si l'agriculteur a subi un accident et que ce dernier n'a pas réduit sa possibilité de

⁶⁴⁴ Loi n°2009-1673 du 30 décembre 2009.

percevoir des revenus d'au moins deux tiers, l'invalidité ne sera pas reconnue, même si la victime conserve des séquelles. Par exemple, le cas d'un agriculteur qui chute, se rompt le talon d'Achille et reste plusieurs semaines en arrêt de travail ne sera pas mis en invalidité car il pourra toujours exercer son métier qui consistera, par exemple, à tailler les arbres, cueillir les fruits et conduire les machines. En revanche, il ne pourra peut-être plus jouer au football ou pratiquer la course à cause de sa jambe fragilisée. Ce préjudice ne sera pas pris en compte par l'assurance invalidité octroyée par les caisses de mutualité sociale agricole.

Force est de constater que toute la notion tourne autour du principe de « perte de gain ou de rémunération », rendant ainsi son objet restrictif. Pourtant, cette interprétation n'est pas une exclusivité française. Bien au contraire, elle est « *universellement acquise*⁶⁴⁵ ». Les pays de l'OCDE l'appliquent de deux grandes manières⁶⁴⁶. La majorité d'entre eux considèrent l'invalidité comme une assurance sociale suppléant la réduction de la perte de gain ou de revenu. La France en fait partie. La diminution de la capacité peut se mesurer par rapport au travail, d'une part, ou au gain, d'autre part.

La privation de travail peut s'exprimer en heures. La Suède, par exemple, considère que la personne est invalide quand elle ne peut pas travailler plus de deux heures par jour. L'Allemagne porte cette durée à trois heures par jour et l'Australie à moins de 15 heures par semaine. Elle peut aussi se quantifier en pourcentage. Par exemple, la Turquie estime qu'une personne est invalide lorsque sa capacité de gain ou de travail est réduite de 40% ; l'Autriche porte ce taux à 50%, le Danemark, la Norvège et la Finlande à 60%, contre 66% en République tchèque⁶⁴⁷.

D'autres pays l'apprécient par rapport à la perte de gain, comme les Pays-Bas, qui donnent une tranche allant de 35 à 80%, la Slovaquie, qui pose sa limite à 40%, le Mexique et la Norvège avec 50%, la Belgique, l'Italie, la Grèce, le Portugal, l'Espagne et la France avec 66%, et la Suisse avec 70%⁶⁴⁸.

En revanche, « *une minorité de pays utilise des termes plus généraux de distance à l'emploi cohérent avec les classifications de l'OMS*⁶⁴⁹ ». Cette technique d'appréciation de l'invalidité est la conséquence de l'intégration des minima sociaux pour les personnes handicapées dans

⁶⁴⁵ IGAS, rapport, tome I, *op. cit.*

⁶⁴⁶ OCDE, « Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles », 2010.

⁶⁴⁷ IGAS, rapport, tome I, *op. cit.*, p. 14.

⁶⁴⁸ *Ibid.*

⁶⁴⁹ *Ibid.*

leurs régimes de sécurité sociale. En France, ce n'est pas le cas, puisque l'allocation d'adulte handicapé est proposée par une structure qui ne dépend pas de la sécurité sociale. La MDPH administre leur situation de handicap et leur droit aux prestations y afférentes. Elle communique ensuite sa décision à la caisse dont dépend l'adhérent en matière de prestations familiales. Dans ces pays, l'invalidité est alors considérée comme « *la perte importante des capacités fonctionnelles, à un niveau tel que l'on ne peut pas demander à la personne de chercher un emploi sur le marché du travail*⁶⁵⁰ », selon la définition du Royaume-Uni, ou comme « *un désavantage pour entreprendre un travail convenable*⁶⁵¹ », d'après la définition irlandaise.

Ce constat démontre, d'une part, une universalité du principe de l'invalidité et, d'autre part, une très forte diversité du processus d'évaluation et de reconnaissance de cet état. L'agriculteur accidenté, en France, n'est ni dans la meilleure des situations, ni dans la pire. Mais nous remarquerons qu'aucun pays ne s'accorde à prendre en charge un autre élément que celui de l'impossibilité de travailler. La relation de l'état d'invalidité se fait en parallèle avec l'employabilité. Il ressort de ces définitions que l'agriculteur qui n'a pas perdu sa capacité à travailler ou sa capacité de gain de deux tiers, en France, ne pourra pas prétendre à la reconnaissance d'un état d'invalidité. Il ne saura se positionner qu'au regard de l'emploi et ne pourra nullement demander la prise en charge des préjudices liés à son accident aux caisses de mutualité sociale agricole. S'il a subi un préjudice d'agrément, un *pretium doloris*, un dommage esthétique, une incapacité permanente de travail, ce ne sont pas les organismes sociaux qui interviendront puisque le fondement de l'invalidité n'est pas la réparation mais l'employabilité.

Les prétentions des victimes et des organismes payeurs en termes de responsabilité pourront être analysées, mais par le biais d'assurances spécifiques ou de régimes spéciaux, et non au regard des assurances sociales. Par exemple, un agriculteur victime d'un accident de la circulation aura la possibilité de demander la prise en charge de ses chefs de préjudices par le biais de la loi du 5 juillet 1985. Celui qui aura subi des atteintes par un produit défectueux pourra alléguer la législation y afférente. L'agriculteur qui aura supporté un préjudice du fait d'une intervention médicale consécutive à un accident mettra également en jeu la responsabilité médicale des médecins. Les cas de responsabilités sont nombreux et sont

⁶⁵⁰ *Ibid.*

⁶⁵¹ *Ibid.*

généralement couverts par diverses législations et assurances privées, au titre d'une obligation légale ou facultative. Les accidents domestiques en font partie.

L'assurance invalidité protège les personnes dont l'état de santé est diminué tant pour des raisons de maladie que pour des accidents non professionnels. S'agissant de ces derniers, la mise en jeu de la responsabilité civile peut être invoquée afin que l'agriculteur victime d'un fait dommageable soit pris en charge au mieux et dédommagé de tous ses chefs de préjudices.

Pour ces raisons, nous proposons de différencier l'invalidité liée à une maladie et celle liée à un accident. Cette dernière devrait permettre à la victime de bénéficier d'une réparation intégrale à travers un salaire décent. Les lacunes indemnitaires des assurances nécessiteraient d'être prises en charge par l'assurance invalidité. En ce sens, nous suggérons de créer une assurance obligatoire, prélevée sur le salaire de l'agriculteur ou sur les cotisations personnelles des exploitants afin de la financer. Il s'agit de celle-là même qui a été invoquée au sujet des indemnités journalières versées pour arrêt maladie sans rapport avec les accidents du travail. L'invalidité devrait alors percevoir un salaire au minimum égal au SMIC afin de vivre décemment. Il serait donc pris en charge par le biais assurantiel et non plus par la solidarité nationale au travers de l'allocation d'adulte handicapé ou de l'ASI. Il conviendrait alors d'effectuer une étude afin d'évaluer un tel projet et ne pas mettre en péril le régime de protection sociale. Les organismes de MSA pourraient agir en recours contre les tiers afin de récupérer les sommes avancées à leurs assurés dans le cadre d'un accident de la vie privée, notamment en ce qui concerne les prestations d'invalidité versées et la prise en charge des soins. Cela se ferait par la procédure des recours des tiers payeurs, vue précédemment.

Actuellement, l'invalidité est un état qui doit être reconnu par les organismes de protection sociale, et donc de MSA, pour créer les droits qui en découlent. Cette démarche est contestable car elle présente plusieurs défaillances qui méritent d'être relevées afin d'être corrigées dans l'intérêt des agriculteurs invalides.

Paragraphe 2. Les modalités contestables d'attributions de la pension d'invalidité

L'optimisation de l'octroi de la pension d'invalidité s'apprécie au travers des modalités d'attributions. L'exclusivité du médecin-conseil (A) et l'absence de barème (B) fragilisent la légitimité de la pension et de son taux.

A. L'exclusivité du médecin-conseil dans la détermination de l'état d'invalidité

Lors de la constatation de l'état d'invalidité et de la fixation de son taux, le médecin-conseil de la caisse de MSA est l'unique décideur. Cette exclusivité est critiquable (1). En effet, le sort de l'agriculteur est entre les mains d'une seule personne. Cette fragilité dans la situation de l'agriculteur est d'autant plus grande qu'elle est nourrie par la nécessité des caisses de se conformer à leurs avis médicaux (2). La création d'une commission pluridisciplinaire serait une solution perfectible de la décision du médecin-conseil. Les conditions d'attribution de la pension d'invalidité concernent l'application administrative du droit, qui doit être interprétée strictement (3).

1) La constatation de l'invalidité : le monopole critiquable du médecin-conseil

Le médecin-conseil de la caisse de mutualité sociale agricole est seul compétent pour évaluer l'état d'invalidité de l'agriculteur. Cette exclusivité est discutable car elle repose sur l'appréciation médicale d'une seule personne. Ensuite, la mise en invalidité d'un assuré doit se faire au regard de son état de santé général mis en rapport avec ses possibilités de travail et de gain. En outre, elle se mesure également au regard de l'âge, de la formation professionnelle et des facultés physiques et mentales de la personne à se recycler dans un emploi adapté à son nouvel état. *In fine*, des données socio-économiques sont à prendre en compte dans l'évaluation de l'invalidité. Il est alors légitime de se poser la question de l'aptitude du médecin-conseil à mesurer ces données au moment du classement de la victime. La formation du professionnel de santé est essentiellement médicale et non socio-économique. Comment pourrait-il appréhender avec justesse tous les éléments nécessaires à la mise en invalidité de l'agriculteur accidenté ou à son classement dans une catégorie déterminée ? À l'inverse de la procédure d'octroi de la rente des accidents du travail, il n'existe pas de commission des rentes pour garantir la procédure de décision. À la différence de l'attribution de l'allocation d'adulte handicapé, il n'y a pas de décision pluridisciplinaire afin d'apprécier la situation de l'intéressé.

Au final, la mise en invalidité est bien une décision unique et discrétionnaire du médecin-conseil de l'organisme de protection sociale⁶⁵². Elle s'impose à la caisse de MSA. Le processus de mise en invalidité est critiquable à l'égard du rôle prépondérant et exclusif du

⁶⁵² Cependant, la décision prise par le médecin-conseil concernant l'état d'invalidité est susceptible de recours devant le tribunal du contentieux de l'incapacité.

médecin-conseil des caisses de mutualité sociale agricole. Celle-ci mérite d'être repensée afin de garantir les droits de l'assuré et donner une vision de justesse dans le processus décisionnel.

En effet, ce rôle exclusif du médecin de la caisse de MSA est en apparence injuste pour l'assuré, chez qui peut naître un sentiment d'impuissance et de soumission face à une décision considérée comme aléatoire, arbitraire et non concertée. En fait, l'intéressé peut penser qu'il ne peut que se résigner car il serait dépourvu d'arguments pour la contester. Les caisses de MSA elles-mêmes, d'ailleurs, sont tributaires de l'avis médical formulé par le médecin-conseil.

2) Les caisses de MSA liées par les avis médicaux du médecin-conseil

La décision du médecin-conseil s'impose à l'organisme de protection. Le professionnel de santé n'est pas tenu de prendre en considération les avis médicaux du médecin traitant ou des analyses faites par le service médical. Il reste souverain dans sa prise de décision. Il tire son autorité de l'ordonnance du 21 août 1967⁶⁵³ qui a créé le contrôle médical au sein des caisses de protection sociale. Ensuite, l'ordonnance du 24 avril 1996⁶⁵⁴ a renforcé les pouvoirs du médecin-conseil. Les dispositions relatives à l'existence du contrôle médical sont formalisées dans les articles L. 315-1 à L.315-2-1 et R.315-1 à 315-13 du Code de la sécurité sociale. En outre, ce service est national⁶⁵⁵, obligatoire, confié au médecin-conseil des caisses de protection sociale et donc des MSA. L'article L.315-2 formalise la disposition évoquée ci-dessus, puisqu'il dispose que « *les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis par l'article L.315-1⁶⁵⁶ s'imposent à l'organisme de prise en charge* ». Enfin, l'article R.341-9 du Code de la sécurité sociale édicte que l'organisme de protection sociale statue sur la demande de pension d'invalidité « *après avis du contrôle médical* ». Il en découle que sans cet avis qui s'impose à la caisse, le service administratif ne pourra pas statuer. Toutefois, si son autorité va de pair avec la mission qui lui est confiée⁶⁵⁷, elle n'est pas en conformité avec l'ensemble du même article qui définit la notion d'invalidité. Le

⁶⁵³ Ordonnance n°67-706 du 21 août 1967.

⁶⁵⁴ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996.

⁶⁵⁵ Article R.315-2 du Code de la sécurité sociale.

⁶⁵⁶ Cet article impose que « *le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordres médicaux qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations sociales de l'assurance maladie, maternité et invalidité* ».

⁶⁵⁷ Article R732-3, qui rappelle l'article L.341-3 du Code de la sécurité sociale. L'article a été créé par le décret 2005-368, 2005-04-19, art. 1, annexe JORF, 22 avril 2005, et le décret n°2005-368 du 19 avril 2005, art. 1 (V), JORF, 22 avril 2005.

médecin n'émet qu'une décision médicale sans prendre en compte les autres éléments composant l'état d'invalidité. À ce titre, son unique avis, qui lie la caisse, est contestable.

Les avis rendus par le médecin-conseil commandent donc la mise en invalidité de l'assuré. Sa décision est pourvue d'un enjeu considérable car elle permet à la caisse de statuer sur le droit à la pension d'invalidité. Ce dernier ne se limite pas uniquement au versement d'une prestation mais se ramifie en plusieurs autres prérogatives. L'avis du contrôle médical est donc obligatoire pour la caisse car il la lie. Dans une décision du 7 mai 2015, la Cour de cassation rappelle une nouvelle fois ce principe⁶⁵⁸. La deuxième chambre civile de la Haute Cour n'avait pas eu l'occasion de se prononcer sur la portée de l'avis émis par le contrôle médical des caisses depuis quelques années, justifiant la publication de son arrêt de rejet au Bulletin. Déjà, par un arrêt inédit du 31 mai 2006, elle s'était prononcée sur l'aspect médical de ces avis⁶⁵⁹. Il ressort de cette décision qu'un acte provenant du contrôle médical qui ne revêt pas un caractère médical ne peut pas s'imposer à la caisse. En outre, l'avis doit respecter une forme déterminante afin de lier l'organisme de protection sociale. Il en découle qu'une lettre du médecin-conseil adressée au médecin traitant ne possède pas le formalisme nécessaire pour commander la caisse de MSA⁶⁶⁰. En l'espèce, la CPAM de l'Isère avait refusé de servir une pension d'invalidité à un assuré qui demandait cette prestation alors que le contrôle médical n'avait pas donné son avis sur son état de santé. C'était un assuré suisse qui était venu travailler en France, et bien avant sa requête, la caisse helvète lui avait accordé sa pension. Le service administratif français lui avait refusé ce droit sous prétexte que le médecin-conseil de la CPAM n'avait pas émis d'avis médical. Il s'est ensuivi une longue procédure qui s'est terminée par un pourvoi en cassation. La 2^e chambre civile retient que seule la portée de l'avis émis par le contrôle médical de la caisse est débattue dans l'affaire. La question de droit qu'il lui appartient de trancher par motif substitué est de savoir si la caisse possède la liberté d'apprécier l'état d'invalidité d'un assuré alors que le médecin-conseil ne l'a pas reconnu. Elle répond par la négative, en appliquant littéralement les articles R.341-9 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale.

Sa position confirme donc, sans doute possible, l'autorité des avis du médecin des caisses qui lient ces dernières. Elle se fait l'écho des trois conditions d'ouverture du droit à la pension d'invalidité. La première est médicale et les deux autres sont administratives. La condition

⁶⁵⁸ Civ. 2^e., 7 mai 2015, n°14-14.231, F-P+B, *M.D.S.G. c/CPAM de l'Isère* : JurisData n°2015-010129 et commentaire par M. MICHALLETZ, *La Semaine Juridique - Social*, n°40, 29 septembre 2015, 1351.

⁶⁵⁹ Civ. 2^e., 31 mai 2006, n°04-30.551.

⁶⁶⁰ Civ. 2^e., 10 juillet 2014, n°13-18 : 564 : JurisData n°2014-016102.

médicale appartient au contrôle médical par l'intermédiaire de son médecin-conseil⁶⁶¹. Ce dernier a une compétence générale pour apprécier si l'état de santé de l'assuré nécessite une mise en invalidité et la catégorie de ce classement. En ce sens, l'article L.315-1 du Code de la sécurité sociale dispose que « *le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité* ».

Les conditions administratives se vérifient, premièrement, dans la durée minimale d'immatriculation pour les salariés agricoles. Deuxièmement, il est nécessaire que pendant une période de référence, l'assuré ait cotisé un minimum, soit par rapport au SMIC (salaire minimum de croissance), soit par rapport à un nombre d'heures de travail salarié ou assimilé⁶⁶².

La juxtaposition des conditions d'attributions démontre, d'une part, l'indépendance du contrôle médical et des services administratifs et, d'autre part, la nécessaire articulation⁶⁶³ de leur décision afin que le droit soit servi à l'assuré. Le médecin-conseil émet des avis fondant sa décision d'attribution ou non de la pension d'invalidité, s'imposant à la caisse. Le service administratif, quant à lui, contrôle les conditions d'ouverture du droit du point de vue administratif afin de notifier sa décision à l'intéressé. C'est pourquoi, lorsque le contrôle médical ne reconnaît pas l'état d'invalidité, le service administratif ne peut pas se prononcer favorablement sur l'octroi d'une pension⁶⁶⁴.

Face à cette exclusivité du médecin-conseil de la caisse, il semble qu'on puisse dégager une solution pour que la décision soit plus collégiale.

3) Une solution à l'exclusivité du médecin-conseil dans le processus décisionnel

Le professionnel médical a autorité au travers des articles évoqués. Il est légitime dans la mesure où des données médicales sont soumises à un professionnel de santé, seul compétent pour statuer sur un état de santé. Il est moins normal que sa compétence soit exclusive car l'état d'invalidité s'apprécie également au regard « *des aptitudes et de la formation professionnelle* ». Or, afin d'apprécier le volet non médical de l'invalidité, le médecin-conseil

⁶⁶¹ Article R.341-9 du Code de la sécurité sociale.

⁶⁶² Art. R313-5 du Code de la sécurité sociale.

⁶⁶³ L'article L. 315-2 du Code de la sécurité sociale organise leur domaine.

⁶⁶⁴ Civ. 2^e., 7 mai 2015, n°14-14.231, *op. cit.*

devrait être associé à un travailleur social qui effectuerait l'étude sociale de l'assuré. Les questions à aborder porteraient sur le niveau scolaire ou de formation, et sur la capacité à obtenir un nouvel emploi.

Dès lors, le droit de la sécurité sociale et celui du travail sont imbriqués. Il est impossible d'évoquer l'évaluation de l'invalidité sans aborder le droit du travail. L'enjeu de l'octroi de la pension consisterait à se demander si la victime pourrait acquérir des formations pour se recycler et travailler. Par exemple, pour un ouvrier des vignes, qui a des séquelles liées à un accident et qui ne pourra plus exécuter un travail physique, il convient de se demander s'il a les aptitudes nécessaires pour se diriger vers un emploi plus sédentaire. Cette option résulterait de son niveau de formation et de sa capacité à se former. Il est à remarquer que dans le domaine agricole, il y a souvent des étrangers, maîtrisant mal le français écrit ; donc, il serait pratiquement impossible de les orienter vers un travail de bureau, par exemple. Toutefois, parmi les agriculteurs non salariés, des exploitants font de l'enseignement et il s'avérerait plus aisé de les reclasser dans un travail moins physique et plus sédentaire. Ces questionnements et ces analyses devraient être délégués à une tierce personne qui travaillerait en étroite collaboration avec le médecin-conseil. L'aspect arbitraire de la décision pourrait être ainsi écarté. Nous avons déjà évoqué, plus haut, cet aspect ressenti par les assurés. En effet, si les modalités de prise de décision par l'unique médecin laissent croire que ce dernier est le seul décisionnaire et lui confèrent une apparence d'arbitraire, il est nécessaire de remédier à cela. À cette fin, il conviendra de se rapprocher de la décision d'attribution d'une rente d'accident du travail par la commission des rentes. Une organisation analogue pourrait être instituée afin d'associer plusieurs participants à la prise de décision du médecin-conseil sur la mise en invalidité. Seraient ainsi associés un travailleur social, le médecin-conseil, le médecin traitant, voire les représentants des associations de victimes, à l'instar des commissions de la MDPH. La situation de la victime pourrait donc être évoquée et discutée par plusieurs intervenants.

Certes, actuellement, l'exclusivité du médecin de la caisse est encadrée. L'accidenté peut déposer un recours gracieux ou contentieux afin de réfuter le droit attribué ou refusé. Cependant, la contestation est parfois longue, coûteuse et pénible. Souvent, l'assuré n'a pas la connaissance requise pour se défendre seul et quand il le fait, nous avons déjà souligné la pénurie d'avocats spécialisés en droit de la sécurité sociale. Domaine technique et peu enseigné, les prestations sociales laissent peu de possibilités pour l'assuré d'arguer des

éléments attendus devant les caisses de MSA ou devant les tribunaux. En outre, la procédure de contestation peut paraître complexe pour la victime qui l'accepte avec un sentiment de résignation et d'impuissance. C'est pourquoi, il est préférable d'éviter tout litige relatif à la décision du médecin-conseil et de penser à un organe paritaire de mise en invalidité.

Les enjeux de cette reconnaissance et de la fixation de son taux sont multiples. Non seulement l'invalidé va être en droit de percevoir une prestation afin de compenser sa perte de gain, mais les prérogatives découlant de son état viennent se greffer à ce droit. C'est pourquoi, l'absence d'un barème en matière d'invalidité est pointée du doigt afin d'encadrer les décisions des professionnels de santé. Ce manquement accentue le côté aléatoire de la mise en invalidité de l'agriculteur victime d'un accident. Sa mise en place reste toutefois contestable.

B. La discutabile absence de barème en invalidité

Un bon nombre de médecins-conseils, de magistrats, d'auteurs⁶⁶⁵, de rapports⁶⁶⁶ pointent l'absence de barème en matière d'invalidité. Ce défaut fragilise la situation de l'agriculteur, crée une incertitude juridique dans l'obtention du droit et une disparité entre les assurés sociaux au sein d'une même caisse de MSA ou d'une MSA à une autre, et même entre les différents régimes de protection sociale. L'instauration d'aides à la décision mises à la disposition des médecins-conseils serait une bonne alternative à ce manquement (1). Or, cela ne résoudrait pas la problématique de ce manque de référence mais pourrait, au contraire, restreindre le droit à l'invalidité des assurés sociaux et donc des agriculteurs victimes d'accidents non professionnels (2).

1) L'absence d'un barème de référence en matière d'invalidité

À l'instar de l'incapacité permanente, les pratiques de l'évaluation de l'invalidité créent des controverses. La définition de l'invalidité donne un fondement hybride des critères d'évaluation visant à déterminer la capacité de travail ou de gain restant à la victime. Elle nécessite de se baser sur des éléments médicaux *lato sensu*⁶⁶⁷ tels que l'état général de la personne, ses facultés physiques et mentales, et résiduellement, l'âge. Les critères socioprofessionnels, comme la formation professionnelle et les aptitudes à exercer un nouveau métier, sont pris en compte. L'absence d'un barème officiel est à déplorer. Ce

⁶⁶⁵ M. DEL SOL, *op. cit.*

⁶⁶⁶ IGAS, rapport, tome I, *op. cit.*

⁶⁶⁷ M. DEL SOL, « La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente », *op. cit.*, p. 123.

dernier légitimerait les décisions des médecins-conseils en matière d'invalidité et sécuriserait juridiquement leurs positions.

Ces professionnels de santé des caisses de protection sociale, et en l'occurrence de MSA, sont invités à combiner plusieurs paramètres afin de se prononcer sur l'état d'invalidité et d'attribuer un taux d'invalidité à la victime. Ils lient « *les principaux paramètres qui sont l'état de santé dont l'altération est souvent multifactorielle, l'âge et la capacité de la personne à se former*⁶⁶⁸ ». L'absence d'un référentiel commun de détermination de l'état d'invalidité est propice à une appréciation éparse et différente d'un médecin-conseil à l'autre. La situation de la victime est évaluée de manière subjective, pour ne pas dire discrétionnaire et aléatoire, à première vue. À plusieurs reprises, et notamment dans un rapport de 2010, la Cour des comptes a eu l'occasion de mettre en avant la présence d'une « *très grande hétérogénéité des appréciations* » des médecins-conseils des caisses de protection sociale et donc de MSA. L'absence de barème de référence génère, entre autres, une rupture d'égalité entre les assurés sociaux selon leur région d'habitation⁶⁶⁹.

Toujours dans un rapport de 2010, la Cour des comptes fait le constat que l'invalidité et les possibilités de retour à l'emploi ne sont pas prises en compte, si bien qu'elle parle « *d'une ambiguïté non tranchée* » en évoquant l'absence de lien fait entre l'invalidité et l'emploi. Ce lien n'existe que de manière détournée, quand il s'agit d'aborder les problèmes de reconversion de la victime, à travers son âge et sa formation. Selon une étude effectuée par l'OCDE⁶⁷⁰, la problématique viendrait de la modalité de détermination des droits. Leur détermination se ferait d'après la référence à un modèle médical qui ferait obstacle à « *une évaluation fiable et valable de la compétitivité d'une personne sur le marché du travail*⁶⁷¹ ». La Cour des comptes établit un triste bilan : celui du manque de compétence des médecins-conseils pour constater l'état d'invalidité d'une personne et l'évaluer. Ainsi, elle met en exergue un manque de formation et d'outils mis à la disposition des médecins-conseils qui sont confrontés « *à la tâche complexe de l'évaluation de la manière dont les diverses maladies ou incapacités réduisent la compétitivité sur le marché du travail*⁶⁷² ».

⁶⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁶⁹ Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, 2010, p. 415 et s ; IGAS, « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », *op. cit.*

⁶⁷⁰ OCDE, « Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles - Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE », 2010.

⁶⁷¹ *Ibid.* Également : M. DEL SOL, *op. cit.*, p. 125.

⁶⁷² Cour des comptes, rapport de 2010, *op. cit.* ; M. DEL SOL, *ibid.*

Dans un rapport de 2012, l'IGAS ne manque pas de venir à l'appui du rapport de la Cour des comptes de 2010, en pointant du doigt les faiblesses de la législation et des pratiques en matière d'invalidité. Ainsi, l'institut constate que « *si l'altération grave de la santé peut être évaluée par des barèmes médicaux, ses conséquences en termes d'employabilité nécessitent des barèmes ou des processus d'examen particuliers... et une expertise en matière d'emploi*⁶⁷³ ».

La situation du médecin-conseil est différente de celle du médecin du travail. Le premier n'est pas outillé et ne possède pas la compétence nécessaire pour appréhender les « *exigences psychologiques et métiers exercés par les victimes*⁶⁷⁴ ». Ce constat nous amène à dire que les médecins-conseils ne peuvent pas apprécier de manière juste l'incidence professionnelle de l'invalidité.

Face à ces conclusions, ces professionnels de santé doivent se prononcer en matière d'invalidité quand cela est nécessaire. Dès, lors une question concrète se pose. Quelles sont leurs aides à la décision, et s'il n'en existe pas, comment font-ils pour statuer sur le dossier d'un agriculteur victime d'un accident, dont l'état est stabilisé ou qui a conservé des lésions définitives réduisant sa capacité de travail ?

L'absence d'une grille de barème de référence reprenant un panel de préjudices démunie les médecins-conseils dans leur processus décisionnel. Toutefois, l'existence d'un barème de référence semble être une solution inappropriée à l'aide à la décision.

2) L'existence inappropriée d'un barème de référence en matière d'invalidité

Le constat est simple : depuis 1945⁶⁷⁵, l'absence de barème de base gouverne l'évaluation de l'invalidité des assurés sociaux, aussi bien en matière d'appréciation de l'état de santé que de l'employabilité. Elle est un principe en matière d'estimation. Ce manquement n'est pas une lacune du législateur mais une volonté éclairée, car l'existence d'un barème serait un principe inapproprié à la notion même d'invalidité. Cette carence n'interdit pas aux médecins des caisses de créer des références et de rattacher telle maladie à tel barème. Certains se réfèrent aux données des AT-MP, par exemple, pour obtenir des aides à la décision, d'autres au

⁶⁷³ Rapport IGAS, *op. cit.* ; M. DEL SOL, *ibid.*

⁶⁷⁴ M. DEL SOL, *ibid.*

⁶⁷⁵ De 1933 à 1945, le régime de l'invalidité a pris comme référence le barème de l'époque, le militaire de 1919 et une liste d'affections graves présumant une incapacité totale de travail et qui était fixée par arrêté.

barème Mélenec⁶⁷⁶ ou encore à celui de l'évaluation de la Société médicale de médecine⁶⁷⁷, ou à celui de la *New York Heart Association*. La caisse de MSA du Languedoc, par exemple, se sert du barème AT, tandis que la MSA Alpes-Vaucluse applique la définition de l'invalidité en ne se rattachant à aucun barème.

Appliquer le barème déjà existant pour les accidents du travail pourrait paraître une solution tout à fait appropriée. Ainsi, elle semble donner un certain confort d'action aux médecins des caisses de MSA ; or, bien au contraire, cette pratique est dangereuse. Comme nous l'avons déjà évoqué, les finalités de la législation sur les accidents professionnels et l'invalidité sont systémiques et différentes. La première vise à mesurer un déficit fonctionnel à la suite d'un accident professionnel, la seconde met en parallèle l'état de santé et la perte de capacité de gain et de salaire. En l'occurrence, se servir de la première législation pour déterminer un état d'invalidité ou pour classer l'individu dans une catégorie déterminée serait une démarche fautive et inappropriée.

En conséquence, les aides à la décision des médecins-conseils n'existent pas. D'après le docteur Jean-Marc HARLIN, médecin au sein du contrôle médical de la MSA Alpes-Vaucluse, les lignes de direction sont données par un questionnaire adressé au médecin traitant de la victime, l'invitant à répondre à des questions clés que le professionnel décideur doit se poser en analysant la situation professionnelle, l'âge, le niveau de formation et les données socioculturelles de l'agriculteur.

En effet, pour les agriculteurs affiliés au sein de cette caisse de MSA, le médecin traitant reçoit un questionnaire auquel il doit répondre. À la fin, il doit donner son avis sur les capacités de travail de l'intéressé. À réception du document, les médecins-conseils complètent des grilles informatiques, organe par organe.

Ensuite, le professionnel de la caisse de MSA va statuer selon son ressenti, en se posant intérieurement deux questions essentielles :

- Prendrais-je cette personne chez moi pour travailler ?
- Sa condition va-t-elle lui permettre de se reconverter ?

Le docteur Harlin précise que toute décision de mise en invalidité se fait sur convocation de l'assuré, sauf cas particulier ne nécessitant pas de déranger l'individu. Par exemple, un

⁶⁷⁶ Barème international des invalidités post-traumatiques.

⁶⁷⁷ IGAS, rapport, tome I, *op. cit.*, p. 35.

agriculteur qui a subi un accident le rendant paraplégique n'a pas besoin d'être vu.

Il s'ensuit que la décision du médecin-conseil est une décision intrinsèque, qui se prononce selon le bon sens du praticien. Dès lors, le positionnement du médecin n'a pas de réelle assise juridique. Toutefois, Monsieur Harlin rappelle qu'une lettre adressée à toutes les caisses invite les MSA à organiser des réunions d'harmonisation ou de concertation. La demande nationale implique que les médecins présentent leurs dossiers entre confrères afin de se fixer.

La décision de mise en invalidité ou non détermine toute la vie d'un individu, et en cas de refus ou de mauvais classement, elle constitue une approche très sérieuse du rôle du médecin-conseil. Cependant, ces professionnels de santé se servent de l'invalidité quand ils estiment qu'il n'y a pas d'autre solution pour l'agriculteur que celle de l'emploi.

Dès lors, l'examen des médecins s'effectue à partir de l'état global de l'individu. Par exemple, un bûcheron droitier qui se coupe deux doigts de la main droite, qui ne sait pas bien parler le français, ni le lire, sera plus facilement classé en invalidité de catégorie 2 car son avenir professionnel sera limité. Même s'il souhaitait recevoir une formation de chauffeur routier, il lui serait impossible d'y prétendre car il ne saurait pas lire le français. En revanche, un enseignant dans un établissement agricole qui se coupe deux doigts de la main droite, alors qu'il est lui-même droitier, ne sera probablement pas mis en invalidité car il pourra toujours travailler et continuer à exercer son métier.

Le médecin-conseil va apprécier et déterminer l'état général de l'agriculteur accidenté pour se positionner, mais aussi tenir compte d'un accident du travail antérieur, afin d'appréhender sa décision.

Il ressort de ces analyses qu'un barème en matière d'invalidité est difficilement applicable et envisageable. Certes, il est toujours possible de mesurer une incapacité, mais comment lui attribuer une teneur quantifiable avec l'âge, la formation, les données socio-économiques de l'agriculteur ? Actuellement, les médecins-conseils de bon nombre de MSA se décident selon leur propre perception, au sein de réunions médicales de consensus. Ce procédé est celui qui respecte le mieux la définition de l'invalidité.

Au final, l'absence de barème par le législateur de 1945 ne représente aucun obstacle dans la détermination et l'évaluation de l'invalidité. Certes, sa mise en place pourrait apaiser la conscience des médecins qui statuent, des magistrats qui viendront se prononcer lors d'un

litige, des agriculteurs qui auront plus de lisibilité sur le processus décisionnel ; mais elle semble inappropriée, à moins que ne soient revus la définition de l'invalidité et ses fondements. De toute façon, le médecin-conseil motive toujours ses décisions, ce qui apporte une garantie de leurs droits aux agriculteurs.

Une autre idée pourrait être émise afin d'encadrer les décisions des médecins. Un plafond minimum lié à chaque pathologie pourrait être déterminé, mais cela aurait deux inconvénients essentiels. Le premier réside dans la notion de plafond minimal. En effet, s'il existe un plancher situé en bas, il en existera également un vers le haut. Cela ne serait pas à l'avantage de l'agriculteur victime d'un accident. Le second problème implique que le médecin ne pourra pas apprécier la situation personnelle de l'assuré. L'indemnisation ne sera donc pas optimisée.

La meilleure des solutions ne serait donc pas la mise en place d'un barème en invalidité, mais le développement de réunions de consensus et d'harmonisation au sein des caisses. Celles-ci devraient prendre la forme d'une commission pluridisciplinaire, à l'instar de celle de la MDPH, ou d'une commission des rentes accident du travail à laquelle serait associée une concertation entre le médecin-conseil et un travailleur social diligenté à cet effet avant le placement de toute mise en invalidité, comme évoqué ci-dessus.

Il en résulte également que les décisions des médecins-conseils seraient efficaces si ces derniers étaient formés sur la psychologie des métiers et l'impact de l'état d'invalidité sur la vie quotidienne et professionnelle des personnes.

En outre, il conviendrait de continuer à interroger les médecins traitants, bien qu'il soit impossible de tenir compte en totalité de leur avis, celui-ci ne pouvant qu'être partiel ou partial pour les raisons déjà exposées.

Au final, dans le processus de mise en invalidité, le médecin-conseil joue un rôle primordial mais discutable, d'autant plus qu'il n'existe pas de barème pour cadrer ses décisions. En outre, les modalités de mise en invalidité sont litigieuses et restent perfectibles, comme nous l'avons évoqué. Cependant, les dispositions de l'attribution de la pension d'invalidité couvrent l'aspect administratif du droit à servir. Ces dernières sont à appliquer strictement et ne sont pas susceptibles d'interprétation.

3) Les conditions d'attribution de la pension d'invalidité, non susceptibles d'interprétation

Les conditions d'attribution de la pension d'invalidité sont administratives en plus d'être médicales, et sont déterminées par les articles 341-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. L'obtention de cette prestation suppose soit une interruption de travail suivie d'une invalidité, soit une constatation d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, et ce, indépendamment des conséquences d'un accident de travail qui sont réparées sur le fondement d'une législation propre. Ces dispositions sont strictes et non susceptibles d'interprétation, comme l'indique une décision de la Cour de cassation en date du 24 janvier 2013⁶⁷⁸. En l'espèce, il s'agissait de déterminer le moment d'appréciation des conditions d'ouverture d'un droit à la pension d'invalidité. Dans l'affaire pendante devant cette instance, l'assuré avait d'abord été indemnisé pendant six mois sur la base d'un arrêt de travail pour accident du travail dont les causes étaient graves. Une fois consolidé de ses blessures, il a développé une pathologie étrangère au précédent arrêt de travail et a bénéficié d'indemnités journalières. Cependant, il ne pouvait pas ouvrir ses droits à une pension d'invalidité car l'arrêt maladie était précédé d'un arrêt en accident du travail ; dans cette situation, il ne remplissait pas les conditions d'ouverture en montant de cotisations ou en nombre d'heures travaillées. Afin de faire valoir ses droits à la pension d'invalidité et contrer la décision de la caisse, l'assuré a contesté la date à laquelle il fallait se placer pour apprécier les conditions d'ouverture. Il a argumenté que la date à prendre en compte pour le calcul de ces dernières était celle du premier arrêt de travail pour accident de travail et non celle du second pour maladie. Or, son raisonnement va à l'encontre de l'article L.341-1 du Code de la sécurité sociale qui dispose clairement qu'il convient de prendre la date d'interruption de travail qui a engendré l'invalidité. *In fine*, les conditions d'attribution de la pension d'invalidité sont d'application stricte par les services administratifs des caisses. De ce fait, il en ressort que l'article L.341-1 du Code de la sécurité sociale ne doit pas être interprété à la convenance de l'agriculteur ou de la mutualité sociale agricole.

En conséquence, l'état de santé de l'agriculteur qui va justifier son invalidité va avoir des effets sur sa situation future. L'interface de l'invalidité avec les programmes sociaux dédiés à l'emploi mérite réflexion afin de comprendre la situation de l'agriculteur qui a perdu sa capacité de travail et de gain.

⁶⁷⁸ Civ. 2^e., 24 janvier 2013, n°11-26-246, F-P+B, *M.E.R C/CPAM de l'Aude* : JurisData n°2013-000693 et commentaire par D. ASQUINAZI-BAILLEUX : *La Semaine Juridique - Social*, n°17, 23 avril 2013, 1187.

Section 2. L'articulation de l'invalidité avec les dispositifs dédiés à la santé et à l'emploi

Une fois que l'agriculteur est reconnu invalide, se pose la question de savoir s'il pourra se maintenir dans son emploi, au travers de la notion d'inaptitude au travail (Paragraphe 1), et comment il pourra conjuguer son invalidité avec les autres programmes sociaux dédiés à l'emploi (Paragraphe 2). Ces données sont essentielles afin de garantir une sécurité financière à l'agriculteur.

Paragraphe 1. L'inaptitude au travail de l'agriculteur

L'inaptitude est une notion du droit du travail qui ne peut être méconnue par le droit de la sécurité sociale. Ces deux concepts sont mis en œuvre par deux médecins différents : l'invalidité par le médecin-conseil des caisses de MSA, et l'inaptitude par le médecin du travail⁶⁷⁹ en vertu du Code du travail et de leur application jurisprudentielle⁶⁸⁰. Le contentieux relatif à l'invalidité appartient actuellement au tribunal du contentieux de l'incapacité, tandis que celui de l'inaptitude au poste de travail est un contentieux administratif qui vise essentiellement à contester l'avis d'inaptitude. En outre, ces deux notions, qui se réfèrent à des domaines juridiques différents⁶⁸¹, ne peuvent pas s'ignorer car, inévitablement, l'invalidité va avoir des répercussions sur l'inaptitude au travail de l'agriculteur.

Ce principe mérite d'être étudié car à travers lui, l'agriculteur salarié peut perdre son emploi si l'invalidité entraîne une inaptitude. Cette dernière peut permettre le licenciement du salarié (A) à la condition que le formalisme entourant la visite de reprise soit respecté (B).

A. L'interférence de l'invalidité avec le contrat de travail

L'agriculteur invalide, lorsqu'il n'est pas salarié, ne sera pas concerné par son maintien dans l'emploi puisqu'il n'a pas de contrat de travail et qu'il est seul juge des aménagements à apporter à son métier. Le non-salarié, s'il perçoit une pension d'invalidité pour inaptitude partielle, pourra se maintenir dans son emploi s'il arrive à aménager son poste de travail à cet effet. La déclaration d'inaptitude n'aura donc pas d'effet sur lui, car la finalité première est le

⁶⁷⁹ Cette prérogative résulte des articles L.1226-2, L.1226-10 et R.4624-31 du Code du travail. Selon ces deux premiers articles du Code du travail, la suspension du contrat de travail consécutive à une maladie, un accident d'origine professionnelle ou non, donne au médecin du travail le droit de déclarer l'individu, et donc l'agriculteur salarié victime d'un accident, inapte ou non.

⁶⁸⁰ Soc., 16 septembre 2009, n°08-42-212.

⁶⁸¹ M. CARON, P.-Y. VERKINDT, « Inaptitude, invalidité, handicap : l'image du "manque" en droit social », RDSS, n°5, septembre-octobre 2011, p. 863.

licenciement. En tant qu'employeur, ce montage juridique ne lui servirait à rien ; ainsi, la mise en inaptitude n'est pas cohérente pour une personne qui ne possède pas de contrat de travail.

En revanche, le salarié agricole qui possède un contrat de travail pourra se questionner sur son maintien à son poste de travail. En effet, l'invalidité et l'inaptitude sont deux dispositifs juridiques différents (1) que l'agriculteur accidenté ne peut méconnaître. En outre, ces deux notions relèvent de régimes distincts (2) qui vont influencer sur le devenir professionnel de l'agriculteur victime d'un accident.

1) L'invalidité et l'inaptitude, deux montages juridiques différents

Comme il a déjà été précisé, l'invalidité est une notion du droit de la sécurité sociale, cependant, elle va influencer directement sur le contrat de travail puisque ce dernier sera suspendu tant que la visite de reprise n'aura pas eu lieu. La jurisprudence a établi que la visite de reprise est une « *formalité substantielle en l'absence de laquelle la suspension perdure*⁶⁸² ». Quelque temps plus tard, les hauts magistrats ont réitéré leur position dans un arrêt en date du 6 avril 1999⁶⁸³, en affirmant que « *seul l'examen pratiqué par le médecin du travail, lors de la reprise de travail en application des alinéas 1 à 3 de l'article R.241-51 (ancien) du Code du travail, met fin à la période de suspension du contrat de travail* ». Ainsi, la mise en invalidité ne conditionne pas la fin de suspension du contrat de travail. À cet effet, l'invalidité doit se coordonner avec la notion d'inaptitude.

Il ressort de la différence entre ces deux notions que l'une est constatée par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole, comme il a été évoqué, alors que l'inaptitude est déclarée par le médecin du travail. Leurs conséquences juridiques sont donc différentes pour l'agriculteur salarié victime d'un accident, alors que le non-salarié n'est pas touché par cette notion du droit du travail.

L'agriculteur qui a été déclaré invalide va s'interroger, malgré son placement en invalidité, sur la reprise possible de son travail. Si tel est le cas, quelles seraient les solutions législatives imposées à l'employeur afin que celui-ci continue à travailler au sein de son entreprise ou exploitation ? En outre, si la visite de reprise le déclare inapte à son poste de travail, que va-t-il devenir ?

⁶⁸² J. PÉLISSIER, A. LYON-CAEN, A. JEAMMAUD, E. DOCKÈS, *Les grands arrêts du droit du travail*, 4^e édition, 74-77, L'état de santé du salarié, p. 361.

⁶⁸³ Soc., 6 avril 1999, n°96-45.056.

2) *L'invalidité et l'inaptitude, deux types de conséquences juridiques différentes*

Le médecin-conseil qui va placer l'agriculteur en invalidité avec une catégorie déterminée n'évaluera pas l'aptitude du salarié à reprendre son poste. L'invalidité et l'inaptitude se confondent souvent dans l'esprit populaire, or, juridiquement, elles ne sont pas synonymes.

Ainsi, comme nous l'avons précisé, l'invalidité ne suspend pas le contrat de travail, à l'inverse de la visite de reprise. La mise en invalidité deviendrait une simple assurance sociale conditionnant le versement d'une pension indemnisant la perte de revenus à la suite d'un accident, en l'occurrence⁶⁸⁴, d'une incapacité à exercer une activité professionnelle, totale ou partielle, alors que l'inaptitude au poste de travail peut conditionner le licenciement du salarié agricole. Mais, avant d'aboutir à cette solution ultime, la législation prévoit une obligation de reclasser l'agriculteur inapte.

Cette obligation de reclassement du salarié inapte consiste, pour Madame Bernadette LARDY-PÉLISSIER⁶⁸⁵, à affecter le salarié à une nouvelle activité. Elle autorise le maintien de l'agriculteur salarié en activité « *alors même que des modifications amenant à reconsidérer l'emploi qu'il occupait jusqu'alors, par rapport à ses aptitudes physiques et/ou professionnelles*⁶⁸⁶ », sont à prendre en compte. Selon Monsieur Franck Héas, l'employeur est débiteur de cette obligation de reclassement⁶⁸⁷ et doit mettre en œuvre toutes les solutions possibles et alternatives au licenciement afin de détourner la rupture du contrat de travail⁶⁸⁸. Il ressort de ces constatations que l'agriculteur salarié invalide est pourvu d'un contrat de travail protégé par la législation.

D'une part, l'employeur agricole ne peut pas s'appuyer sur l'invalidité de son subordonné pour le licencier. Par exemple, dans un arrêt en date du 9 juillet 2008⁶⁸⁹, la chambre sociale de la Haute Cour a eu l'occasion de rappeler que « *le classement d'un salarié en invalidité de deuxième catégorie (...) est sans incidence sur l'obligation de reclassement du salarié inapte qui incombe à l'employeur par application des dispositions du Code du travail* ». Il ressort de

⁶⁸⁴ J.-P. CHAUCHARD, *Droit de la sécurité sociale*, 5^e édition, p. 388-389.

⁶⁸⁵ B. LARDY-PÉLISSIER, « L'obligation de reclassement », *Recueil Dalloz*, 1998, p. 399.

⁶⁸⁶ *Ibid.*

⁶⁸⁷ Cette obligation de reclassement est imposée par l'article L.1226-2 en cas d'inaptitude d'origine non professionnelle et par l'article L.1226-10 du même code en cas d'inaptitude d'origine professionnelle. Il en ressort que lorsque le salarié est déclaré inapte, l'employeur a l'obligation de lui proposer un emploi à la mesure de ses capacités. Le salarié agricole est donc concerné par ces dispositions du Code du travail.

⁶⁸⁸ F. HEAS, « Les obligations de reclassement en droit du travail », *Droit social*, n°5, mai 1999, p. 504-505.

⁶⁸⁹ Soc., 9 juillet 2008, n°07-41.318.

cette position jurisprudentielle que l'employeur ne peut pas se targuer de la décision d'un tribunal du contentieux de l'incapacité⁶⁹⁰ ou d'une caisse de MSA pour s'exonérer de son obligation de reclassement.

D'autre part, la Cour de cassation apprécie sévèrement l'impossibilité de reclassement qui aurait conduit au licenciement du salarié. Son jugement est tout aussi strict envers le comportement de l'employeur agricole qu'envers le refus du salarié des propositions de classement. *In fine*, l'employeur doit rechercher activement des solutions de reclassement, même si cela implique une mise en relation avec le médecin du travail afin d'obtenir les précisions nécessaires⁶⁹¹. Ensuite, la chambre sociale exige que les solutions de travail proposées soient sérieuses et effectives. Cette charge de la preuve est renversée car elle pèse sur l'employeur⁶⁹² et facilite les moyens de défense de l'agriculteur invalide et inapte.

Par ailleurs, le refus du salarié des propositions de reclassement ne suffit pas à dégager l'employeur de son obligation. L'agriculteur salarié peut décliner l'offre en prétextant qu'elle n'est pas conforme à l'avis d'inaptitude du médecin du travail. Dans ce cas, l'employeur a l'obligation de se rapprocher de ce dernier afin d'obtenir des informations complémentaires pour affiner sa décision⁶⁹³. Ensuite, si l'agriculteur renouvelle son refus, cela ne laisse pas à supposer que l'employeur a accompli sérieusement sa mission de reclassement⁶⁹⁴.

En définitive, l'invalidité n'implique pas l'inaptitude automatique au poste de travail, qui justifierait un licenciement. Pour que celui-ci soit valide et non sanctionné pour une absence de cause réelle et sérieuse, il convient de respecter le formalisme de la visite de reprise. Cette dernière constitue la clé de voûte de la régularité du licenciement pour inaptitude.

B. Le formalisme protecteur résultant de la visite de reprise

Le Code du travail et le Code de la sécurité sociale prévoient qu'à la fin d'un arrêt de travail supérieur à 21 jours et consécutif à un accident non professionnel⁶⁹⁵, le travailleur doit bénéficier d'une visite médicale de reprise diligentée par le médecin du travail. Selon la

⁶⁹⁰ M. PIERCHON, « Invalidité, inaptitude ou l'autonomie du juge du contentieux de l'incapacité », JCP, *La Semaine Juridique*, édition sociale n°6, 1973, 6 février 2007, p. 15.

⁶⁹¹ Soc., 1^{er} février 2012, n°10-27.067.

⁶⁹² Soc., 20 septembre 2006, n°05-526 ; et Soc., 1^{er} février 2012, n°11-10.837.

⁶⁹³ Soc., 6 février 2008, n°06-44-413, confirmé par Soc., 25 janvier 2012, n°10-36.137.

⁶⁹⁴ Soc., 14 décembre 2011, n°10-24.049 ; et Soc., 25 janvier 2012, n°10-19-966.

⁶⁹⁵ Art. R241-51 recod. R.4624-22 du Code du travail. Il prévoit également que bénéficient d'une visite de reprise par le médecin du travail : les personnes absentes pendant plus de 21 jours pour maladie, après un congé maternité, pour cause de maladie professionnelle, suite à un arrêt de travail d'au moins huit jours en accident du travail ou encore pour cause de répétitions d'absences pour motif de santé.

jurisprudence de la Haute Cour, « *l'inaptitude ne peut être déclarée après un seul examen médical que si la situation de danger de l'avis du médecin du travail ou si cet avis indique, outre la référence à l'article R.241-51-1 du Code du travail, qu'une seule visite sera effectuée*⁶⁹⁶ ».

Il découle des textes que la visite de reprise doit répondre à des conditions légales (1) afin que ses conséquences (2) ne soient pas désavantageuses pour le travailleur.

1) Les conditions légales de la visite de reprise

Le médecin du travail possède à lui seul la compétence pour effectuer la visite de reprise. Il ressort de ce principe que ni le médecin du travail, ni le médecin de la caisse de protection sociale ne peuvent décider ou non d'une aptitude ou inaptitude à un poste de travail. *In fine*, leur décision n'a aucune portée juridique en ce qui concerne la reprise de travail du salarié. Il en découle qu'il existe des conditions légales de la reprise et que la visite ne peut même pas être requise à l'initiative de l'assuré, à l'inverse de la demande d'invalidité.

Cette consultation possède plusieurs objectifs non négligeables pour le travailleur. Elle permet de constater l'aptitude médicale de l'agriculteur à reprendre son précédent travail, de statuer sur les besoins d'une adaptation des conditions de travail ou d'une réadaptation. Cet examen a lieu le premier jour de la reprise du travail et au plus tard dans un délai de huit jours⁶⁹⁷.

Cette rencontre avec le médecin du travail revêt une grande importance car à son issue, peut être déclarée l'inaptitude de la personne. Cette inaptitude⁶⁹⁸ au poste de travail est une décision qui doit se prendre avec un grand sérieux car elle impacte l'avenir du travailleur au sein de son entreprise. Le législateur l'a entourée d'un certain formalisme protecteur. Sa constatation ne peut être faite qu'après une étude du poste et des conditions de travail dans l'entreprise. Deux examens médicaux de l'intéressé, espacés de deux semaines, s'imposent au médecin du travail et à l'employeur. Ce dernier peut engager sa responsabilité et réparer tout préjudice subi par son salarié, s'il a omis de saisir la médecine du travail dans les quinze jours après le premier examen déclarant l'inaptitude, en vue du second examen prévu par le Code du travail⁶⁹⁹.

⁶⁹⁶ Soc., 19 oct. 2005, 2 esp. : RJS 2006, n°37 ; et Soc., 1^{er} déc. 2005 : RJS 2006, n°197.

⁶⁹⁷ Art. R.241-59 recod. 4624-16 du Code du travail.

⁶⁹⁸ Art. R.241-51-1 recod. R4624-31.

⁶⁹⁹ Soc., 12 mars 2008 : RJS 2008, n°535.

Toutefois, il existe une dérogation à ce principe. Le médecin du travail peut conclure à l'inaptitude du travailleur à l'issue d'un seul examen lorsque le maintien au poste de travail constitue un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers⁷⁰⁰.

En outre, la victime pourra prendre l'initiative de cette consultation unique, mais elle doit le faire valoir au titre d'une visite de reprise, sinon, elle ne pourra pas être prise en considération. Tel était le cas d'un salarié qui avait pris l'initiative d'une visite de reprise de son propre chef. Ce dernier ne s'était pas rendu à son travail afin que son employeur organise sa visite de reprise mais chez le médecin du travail sans prévenir celui-ci. Dès lors, la cour d'appel avait jugé que l'examen médical n'était pas conforme aux articles du droit du travail y afférents. Un tel examen ne pouvait pas être qualifié de visite de reprise⁷⁰¹. L'initiative du salarié ne pouvait suffire puisqu'il manquait le formalisme qui nécessitait de faire valoir cette visite en visite de reprise. Dans le cas d'espèce, la personne avait omis de se rendre aux convocations ultérieures de ce même médecin du travail qui avait été saisi par l'employeur. Force est de constater que la visite de reprise à l'initiative du salarié comporte des conditions pour être qualifiée en tant que telle. La condition de prise en compte de l'initiative de l'assuré est une donnée formaliste dont il résulte des conséquences protectrices.

Le principe est que l'employeur détient une obligation de sécurité envers ses salariés en matière de protection de la santé et de sécurité au travail. Cette dernière a été élaborée par une jurisprudence constructive de la Cour de cassation⁷⁰². L'employeur doit assurer l'effectivité⁷⁰³ de cette obligation de résultat. De ce constat, il découle que l'initiative de la visite de reprise peut être du fait du chef d'entreprise afin que l'inaptitude soit constatée ou non. Mais elle *« peut aussi être sollicitée par le salarié soit auprès de l'employeur, soit auprès de la médecine du travail en avertissant l'employeur de cette demande »*. La demande de la victime doit être suivie impérativement d'une information à son dirigeant. Ceci a déjà été affirmé par une ancienne décision de la Haute Cour⁷⁰⁴. Depuis longtemps, la Cour de cassation a affirmé qu'une telle démarche *« constitue la visite médicale de reprise telle que prévue aux alinéas 1 à 3 de l'article R.241-51 du Code du travail, et la visite médicale sollicitée par le salarié mais dont l'employeur a été averti, dans le cadre de laquelle le médecin du travail s'est prononcé*

⁷⁰⁰ C. du travail, art. 241-51-1 recod. 4624-31.

⁷⁰¹ Soc., 4 févr. 2009, n°07-44-948, FS P et B, *Counvil c/SA Cegelec Sud-Est* : JurisData n°2009-046869 et commentaire de P. POCHET, « Visite médicale à l'initiative du salarié non qualifié en visite de reprise », *La Semaine Juridique - Entreprise et Affaires*, n°19, 7 mai 2009, 1491.

⁷⁰² Soc., 28 février 2002 : RJS 2002, n°618.

⁷⁰³ Soc., 28 février 2006 : RJS 2006, n°555.

⁷⁰⁴ Soc., 12 nov. 1997 : RJS 1997, n°1997, n°1359.

*sur l'aptitude du salarié*⁷⁰⁵ ». Cet examen constituerait la première des consultations de reprise avant le prononcé sur l'aptitude du salarié. L'information à l'employeur permettrait de requalifier cette visite en visite de reprise en cas de litige. Un formalisme doit être respecté d'après la position de la Cour de cassation. Dans la décision précitée, peu importe que l'employeur ait été informé avant ou de manière concomitante à la visite. Quoi qu'il en soit, la visite de reprise implique des conséquences protectrices pour le salarié.

2) Les conséquences protectrices de la visite de reprise

La visite de reprise se déroulant au moment de la reprise de l'activité, ou le jour où le travail aurait dû avoir lieu, peut être qualifiée ou non de visite de reprise de travail. De cette détermination dépendent le constat d'inaptitude et la validité d'un licenciement.

Une fois la visite de reprise effectuée, l'employeur dispose d'un délai d'un mois pour trouver des possibilités de reclassement au sein de son entreprise ou groupement⁷⁰⁶. Ces options doivent convenir à l'agriculteur déclaré inapte à reprendre le poste qu'il occupait auparavant, par la médecine du travail⁷⁰⁷. L'emploi proposé doit répondre à certaines caractéristiques imposées par le Code du travail ; l'article L.1226-2 de ce même Code dispose qu'il doit être « *aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail* ».

L'impossibilité de reclasser le salarié inapte crée une incidence sur le contrat de travail car elle autorise l'employeur à procéder à son licenciement dans le mois qui suit la date de la consultation médicale de reprise. Le défaut de reclassement ou de licenciement du salarié dans ce délai imparti oblige l'employeur à lui verser « *le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par la médecine du travail*⁷⁰⁸ ».

Le délai d'un mois imparti à l'employeur aux fins de reclassement de son salarié inapte court à partir du jour du second examen médical. Il débute le jour de l'examen unique si la situation de « danger immédiat » est régulièrement constatée. La régularité implique que la médecine

⁷⁰⁵ Soc., 10 mars 1998 : Bull. civ. 1998, V, n°133 ; RJS 1998 n°447.

⁷⁰⁶ V. not. Soc., 19 mai 1998 : RJS 1998, n°846.

⁷⁰⁷ C. trav., art. L.122 24 4 devenu L. 1226-2 s.

⁷⁰⁸ C. trav., art. L. 1226-4.

du travail ait mentionné l'article R.241-51-1 du Code du travail et la nécessité d'une seule visite au motif d'un danger immédiat de maintenir le salarié à son poste⁷⁰⁹. Ce manque de régularité ne ferait pas courir le délai d'un mois.

Il en résulte pour l'employeur que lorsque les conditions de la visite de reprise ne sont pas réunies, il ne peut être déclaré fautif d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse si le salarié ne se présente pas à son travail, alors qu'il pense être en inaptitude. L'employeur peut le licencier pour faute. Ce licenciement ne pourra pas être considéré sans cause réelle et sérieuse car l'employeur n'aura commis aucune faute, à l'inverse du salarié. C'est ce qu'a décidé la Cour de cassation dans un arrêt du 4 février 2009⁷¹⁰. Dans ce cas d'espèce, un salarié avait été déclaré inapte à tout poste de travail dans l'entreprise et ne s'était pas présenté à son poste de travail. Ce qui lui était reproché, ce n'était pas la non-reprise de l'emploi à la suite de sa déclaration d'inaptitude, mais l'absence d'élément légal caractérisant la visite comme une visite de reprise alors qu'elle était effectuée à l'initiative du salarié, sans que l'employeur n'en soit averti. Le manque de motif de non-reprise du travail, à la fin de l'arrêt de travail, constitue une absence illégitime qui caractérise donc une faute du salarié. *In fine*, ce dernier ne pourra pas invoquer un licenciement sans cause réelle et sérieuse de la part de son employeur. Tels sont les risques liés à l'absence de caractérisation d'une visite en visite de reprise. Le salarié qui n'aura pas repris son emploi pourra être licencié de manière légitime par son employeur.

Enfin, lorsque le médecin du travail constate de manière irrégulière une inaptitude du salarié à tout emploi au sein de son entreprise, l'inspection du travail annulera cet avis d'inaptitude au motif qu'il aurait été « *pris à l'issue d'une procédure irrégulière par un médecin qui ne pouvait légalement y procéder*⁷¹¹ ». *A contrario*, un licenciement qui aurait été fait alors qu'il existerait une inaptitude reconnue du salarié ne serait « *pas nul mais privé de cause*⁷¹² ».

En définitive, pour qu'un avis d'inaptitude produise tous ses effets envers le salarié alors que celui-ci a pris l'initiative d'une visite, il conviendra que celle-ci soit qualifiée de visite de reprise et qu'en sus, le salarié ait averti son employeur de cette dernière. En outre, l'avis d'inaptitude doit comporter des mentions obligatoires, comme il a été vu précédemment, afin de donner toute régularité à cet acte. Dans le cas contraire, l'inspection du travail annulerait la

⁷⁰⁹ Soc., 21 mai 2008 : RJS 2008, n°884.

⁷¹⁰ Précité, commentaire par P. POCHET.

⁷¹¹ Arrêt précité.

⁷¹² Soc., 26 nov. 2008 : RJS 2009, n°168.

décision, ce qui aurait pour conséquence de mettre le salarié en difficulté envers son employeur en cas de non-reprise de son emploi. Il risquerait alors d'être licencié pour faute et ne pourrait pas plaider un licenciement sans cause réelle et sérieuse, d'après une jurisprudence bien établie de la Cour de cassation⁷¹³.

L'inaptitude au travail est une procédure formaliste car protectrice. Elle crée une confusion dans l'esprit des travailleurs qui assimilent l'invalidité à l'inaptitude au travail. Les employeurs profitent régulièrement du classement en invalidité pour licencier le salarié. Or, ces concepts juridiques sont différents. Afin de pallier cet amalgame et éviter les conflits juridiques mettant en jeu ces agriculteurs invalides fragilisés par leur situation, il serait nécessaire de prévoir une étroite collaboration entre le médecin-conseil des caisses de MSA et le médecin du travail. Une démarche innovatrice serait d'obliger le professionnel médical de l'organisme de protection sociale d'informer rapidement de sa décision de mise en invalidité le médecin du travail afin que celui-ci statue dans le meilleur délai sur l'avis d'inaptitude du salarié. Cette procédure aurait pour finalité d'assainir la situation de l'agriculteur invalide.

Pour la victime, il s'agit ensuite de voir comment combiner son invalidité avec les autres programmes sociaux dédiés à l'emploi.

Paragraphe 2. L'invalidité et les autres programmes sociaux dédiés à l'emploi

Une fois l'invalidité prononcée, que devient la victime ? Reste-t-elle en marge de la société ? Est-elle associée aux programmes sociaux existants dédiés à l'emploi ? Ainsi, la question principale est de situer la victime par rapport à l'emploi, car c'est cet élément qui va lui permettre de percevoir des revenus et de ne pas se retrouver dans le besoin. Les relations entre l'assurance chômage et l'assuré invalide, ou entre les caisses de sécurité sociale et l'assuré au chômage, font naître des litiges sur le cumul des deux prestations, qui peuvent être dommageables pour l'agriculteur invalide et demandeur d'emploi (A). Mais, certains programmes comme ceux concernant l'allocation adulte handicapé ou la mise en retraite peuvent constituer une solution financière à son invalidité (B).

⁷¹³ Soc., 12 nov. 1997, n° 94-40.912 ; et Soc., 9 février 2017: pourvoi n°07-44.498.

A. Les litiges du cumul entre les indemnités de chômage et la pension d'invalidité

Ces litiges peuvent provenir soit de Pôle emploi (1), soit des caisses de MSA (2). Toutefois, la notion de reprise d'activité est le seul critère qui pourrait être pris en compte dans les cumuls (3).

1) Les limites de cumul imposées par Pôle emploi

Quand la victime se retrouve sans emploi alors qu'elle est classée en invalidité de catégorie 2, elle est censée pouvoir travailler pour compléter sa pension d'invalidité qui ne couvre que 50% de la perte de ses gains ou revenus. Quand elle est privée de travail, elle s'inscrit à Pôle emploi afin que les services de cette administration l'aident à en trouver un, et ensuite pour qu'elle puisse percevoir des indemnités de chômage afin de compléter la perte de ses gains dans l'attente d'un nouvel emploi. De nombreux litiges sont nés de cette situation car l'articulation entre pension d'invalidité et chômage se fait difficilement par ce service d'aide à la recherche de travail. Fort de ce constat, Monsieur Nicolas ABOUT⁷¹⁴ attire l'attention du ministre délégué à l'emploi par une question orale⁷¹⁵. Il rappelle que le fait qu'une personne perçoive une pension d'invalidité de catégorie 2 servie par les organismes de sécurité sociale n'implique pas nécessairement qu'elle soit inapte au travail, tel que prévu à l'article L.5421-1 du Code du travail. Cette position confirme celle prise par la Cour de cassation dans un arrêt du 22 février 2005. Dans ce cas d'espèce, l'UNEDIC refusait systématiquement l'indemnisation chômage d'une personne en invalidité de catégorie 2. La question posée au ministre chargé de l'emploi était de savoir s'il entendait valider la décision de la Haute Cour puis ce qu'il comptait faire afin de remédier à cette problématique.

Il convient de rappeler qu'une personne invalide perçoit une pension modeste qui correspond à 50% de son ancien salaire moyen calculé sur les dix dernières années, et qu'il lui est nécessaire de travailler afin d'atteindre un revenu lui permettant de vivre décemment. Ceci est d'autant plus vrai « que le statut des caisses » autorise le cumul d'un travail et de la pension, à la condition que le montant du salaire cumulé avec la pension ne dépasse pas le salaire initial. Ce dernier correspond à la rémunération que percevait la victime avant la survenance de son invalidité, réévaluée en rapport avec l'évolution du coût de la vie. La question de Monsieur ABOUT était de solliciter du ministre son intervention auprès des ASSEDIC afin que la loi

⁷¹⁴ Yvelines-UC-UDF.

⁷¹⁵ Question orale n°122S de M. Nicolas ABOUT, publiée dans le JO du Sénat du 18/01/2007, p. 102.

soit appliquée aux personnes invalides sans que ces dernières ne soient dans l'obligation de saisir la justice, alors qu'elles sont déjà fragilisées par leur état de santé et leur situation financière.

Le délégué aux relations avec le Parlement rappelle que l'invalidité et l'inaptitude sont deux notions différentes. La première permet à son bénéficiaire de s'inscrire à Pôle emploi comme demandeur d'emploi et de percevoir des indemnités de chômage. Dans le calcul de ce dernier revenu de remplacement, il convient de déduire le montant de la pension d'invalidité des allocations chômage⁷¹⁶. Cette condition est tempérée par l'article L.5421-1 du Code du travail qui dispose que pour être demandeur d'emploi, il faut être apte au travail. Il en ressort qu'un travailleur reconnu inapte à tout type d'emploi ne peut pas être considéré comme demandeur d'emploi et s'inscrire auprès des services de Pôle emploi, étant dans l'impossibilité d'exercer un quelconque travail.

La Cour de cassation a eu l'occasion de se prononcer à plusieurs reprises sur les possibles cumuls entre la pension d'invalidité et les indemnités de l'assurance chômage. Les administrations des demandeurs d'emploi confondent de manière récurrente l'invalidité et l'inaptitude. Cette confusion alimente les litiges devant les tribunaux. Ainsi, elle a pu clarifier la situation en affirmant qu'un titulaire d'une pension d'invalidité de seconde catégorie n'est pas automatiquement inapte au travail au sens de l'article L.5421-1 du Code du travail⁷¹⁷ si aucune décision en ce sens n'a été prise par le médecin du travail.

Les caisses de MSA fixent également, à l'instar de Pôle emploi, des limites de cumul entre les pensions d'invalidité et les allocations de chômage.

2) Les limites du cumul posées par les caisses de sécurité sociale

Dans plusieurs arrêts, la Cour de cassation est venue rappeler les conditions de cumul de la pension d'invalidité avec les indemnités de chômage. En ce sens, nous pouvons citer une décision de la Cour de cassation du 14 février 2007⁷¹⁸. Les hauts magistrats s'appuient sur le fondement de l'article L.341-12 du Code de la sécurité sociale pour accorder une possible réduction de la pension d'invalidité au seul cas de reprise du travail. Dès lors, l'invalidité et le chômage sont deux situations qui font naître des droits différents qui doivent s'articuler entre

⁷¹⁶ Dispositions de l'allocation chômage du 18 janvier 2006. Les règles de cumul sont fixées par les partenaires sociaux qui gèrent l'assurance chômage et qui ont la compétence pour en déterminer les dispositions.

⁷¹⁷ Par exemple : Soc., 22 février 2005 : JurisData n°2005-027109 ; Bull. civ., 2005, V, n°60.

⁷¹⁸ Civ. 2^e., 14 février 2007, n°06-10-410, FS-P+B : JurisData n°2007-037350 et commentaire par T. TAURAN, *La Semaine Juridique - Social*, n°19, 9 mai 2007, 1352.

eux dans l'intérêt des personnes intéressées. Ces liens sont souvent difficiles et nourrissent de nombreux conflits juridiques. Dans l'arrêt en question et dans la majeure partie des décisions dont le litige porte sur la pension d'invalidité et les indemnités de chômage, la question est de savoir si ces deux droits peuvent se cumuler, et si tel est le cas, quelles en sont les limites.

En l'espèce, il s'agissait d'un litige avec une caisse. Cette dernière avait pris la décision de minorer la pension d'invalidité servie à un travailleur. Le motif était que le montant de ces deux prestations dépasserait, pendant deux trimestres consécutifs, le salaire de comparaison tel que prévu par l'article R. 341-15 du Code de la sécurité sociale. La Cour de cassation va poser deux principes dans sa décision : l'affirmation d'un possible cumul entre pension d'invalidité et indemnités de chômage, et la possible réduction de la pension d'invalidité à la seule condition de reprise du travail⁷¹⁹.

En définitive, la Cour de cassation valide la décision de la cour d'appel. Comme le fait remarquer Monsieur Thierry Tauran⁷²⁰, la décision est parfaitement fondée juridiquement, mais le possible cumul entre l'invalidité et le chômage peut ne pas inciter les travailleurs à reprendre un emploi. Toutefois, il est nécessaire de donner le temps aux victimes de retrouver un emploi adapté à leur nouvel état de santé et de ne pas les laisser dans la précarité. Pôle emploi veille à ce que les inscrits lui rendent des comptes sur leur recherche d'emploi, sous peine de sanction.

Par contre, il ne faut pas assimiler les allocations de chômage perçues à la reprise d'un emploi.

3) La perception des indemnités de chômage non assimilable à une reprise d'emploi

Afin de se soustraire aux articles L. 341-12 et R.341-15 du Code de la sécurité sociale, la caisse de protection sociale a fait preuve d'un raisonnement ingénieux qui aurait pu être suivi par les hauts magistrats. L'organisme est parti du principe qu'une pension d'invalidité peut faire l'objet d'une minoration si le cumul de « *cette prestation avec les salaires et gains de l'assuré en reprise de travail dépasse le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité*⁷²¹ ». La caisse a essayé de démontrer que la recherche d'un emploi par une personne involontairement privée d'emploi et apte au travail

⁷¹⁹ D'ailleurs, l'article L. 341-12 du Code de la sécurité sociale pose le principe que la réduction de la pension d'invalidité est conditionnée par la reprise du travail.

⁷²⁰ Commentaire par T. TAURAN, *La Semaine Juridique - Social*, op. cit.

⁷²¹ *Ibid.*

était une situation assimilable à une reprise de travail. *A fortiori*, les indemnités de chômage devaient être prises en compte au même titre que les salaires et gains provenant d'une reprise de travail. La caisse ne souhaitait pas la suppression de la pension mais sa diminution, au motif qu'il y aurait une reprise d'activité et que la situation de demandeur d'emploi percevant des indemnités de remplacement serait assimilable à cette dernière. La Cour de cassation n'a pas suivi ce raisonnement mais a affirmé que dans la mesure où le demandeur d'emploi n'avait pas repris un travail, il pouvait cumuler les deux prestations.

Il en découle que l'absence de reprise de travail est le seul critère de cumul possible à prendre en compte pour apprécier les règles de non-cumul entre les prestations et l'activité.

La minoration ou la suspension de la pension d'invalidité est prévue à l'article 314-12 du Code de la sécurité sociale. Les dispositions de cet article prévoient, d'une part, une reprise d'activité et, d'autre part, un salaire ou un gain soumis à certaines conditions édictées par le pouvoir réglementaire. Ces dernières sont fixées par l'article R.341-15 de ce même code. Le texte en question pose le principe que la pension d'invalidité peut être suspendue totalement ou partiellement dès lors que le pensionné cumule sa pension avec un salaire ou un gain dont le total dépasse, pendant deux trimestres consécutifs, le salaire moyen de la dernière année civile qui précède l'arrêt de travail générant l'invalidité. Ce texte pose simplement les règles de cumul entre deux prestations : celle de la sécurité sociale et celle de Pôle emploi. Cependant, les textes qui fixent les conditions du cumul et leur calcul renvoient à un seuil de référence bien difficile à déterminer. Celui-ci demande une gymnastique intellectuelle complexe pour la personne qui cherche à faire valoir ses droits, à se défendre ou même à comprendre la teneur du texte qui lui est opposé.

Comme le dit très justement Monsieur Tauran dans le commentaire de la décision de la Cour de cassation⁷²², la complexité ne réside pas seulement dans la notion de reprise de travail mais également dans la détermination du salaire de référence. Le calcul de ce dernier permettra de vérifier si les plafonds de ressources sont respectés afin de conserver ou de suspendre totalement ou partiellement la pension d'invalidité.

Le juge va devoir articuler les deux prestations auxquelles l'assuré a droit. Pour cela, il va juxtaposer le Code du travail et le Code de la sécurité sociale. Comme le rappelle Monsieur Tauran, l'arrêt de 2007 pointe « *une législation qui fait de la reprise d'activité un motif de*

⁷²² *Ibid.*

*suppression de réduction de prestations sociales*⁷²³ ». Il reprend la formule de la Cour de cassation, à savoir que « *la possibilité de réduction de la pension d'invalidité au seul cas de reprise du travail*⁷²⁴ » ne peut pas être un moteur à la reprise d'activité, car cela inciterait les personnes qui perçoivent une invalidité et qui sont au chômage à retrouver un emploi. La perte des prestations sociales serait un frein à la réinsertion professionnelle. Cependant, la problématique ne se pose pas que pour les pensionnés invalides mais pour la plupart des personnes qui perçoivent des prestations sociales. L'inaptitude et l'invalidité sont des notions qui ne dépendent pas de la même branche du droit. Elles sont censées être autonomes l'une vis-à-vis de l'autre, cependant, elles se juxtaposent et s'imbriquent. Les droits des personnes dépendent, au final, des deux notions.

Être inapte, invalide ou même les deux, l'enjeu est de taille, car cela détermine la vie économique et professionnelle de l'assuré. Cependant, ces deux situations sont peu claires dans l'esprit de la victime et des tiers tels que les employeurs ou les administrations chargées de trouver un travail à l'invalide. La victime peut perdre son travail ou encore le bénéficier d'un droit au chômage et l'aide pour retrouver un emploi. Il est donc important que les textes et dispositions soient clairs et transparents afin que les personnes concernées soient le moins lésées possible. À cette fin, nous préconisons que l'état d'inaptitude et d'invalidité soit décidé simultanément, dans un laps de temps restreint, afin que les tiers en soient informés rapidement.

Les mesures applicables au cumul entre la rente d'accident du travail et la pension d'invalidité sont tout aussi complexes et vont susciter également de nombreux litiges. Une règle s'impose à cette juxtaposition de droit : l'état de santé ne doit pas être indemnisé à la fois par la législation des accidents du travail et celle de l'invalidité. Une différenciation de la pathologie existe et doit être déterminée afin d'exclure la possibilité d'un tel empiètement⁷²⁵. La règle est simple en théorie mais révèle des difficultés d'appréciation quant à l'état de santé de la victime. Ainsi, lorsque l'état de santé de l'agriculteur s'aggrave postérieurement à l'attribution d'une rente d'accident du travail, et que son aggravation ne peut être en lien avec la législation sur les accidents professionnels, alors l'assuré peut demander l'octroi d'une pension d'invalidité à la condition que le degré de son incapacité soit égal au moins à deux

⁷²³ *Ibid.*

⁷²⁴ *Ibid.*

⁷²⁵ Question écrite au ministère des Affaires sociales, n°4655 : JOAN Q, 21 octobre 2014, p. 8774.

tiers⁷²⁶. Toutefois, des conditions de montant sont à respecter puisque celui de la rente AT, additionné à celui de l'invalidité, ne doit pas dépasser le salaire auquel peut prétendre un travailleur valide de la même catégorie⁷²⁷⁷²⁸.

Dans une affaire du 4 mai 2016, la Cour de cassation rappelle les règles de cumul de ces deux prestations. En l'occurrence, le débat portait sur la détermination du salaire de référence qui devait servir de base de comparaison afin de plafonner le cumul. La victime percevait la pension d'invalidité et la rente d'accident du travail jusqu'à ce que son état s'aggrave et qu'un nouveau calcul s'impose car son taux d'incapacité partielle atteignait les 90%. Au moment du recalcul, la prestation d'invalidité est suspendue et un indu est réclamé à l'assuré. Celui-ci forme un recours et les juges du fond voient leur décision censurée par la Cour de cassation. Le mode de calcul du salaire de référence est pointé du doigt. La caisse de protection sociale s'était basée sur la rémunération revalorisée des six derniers mois d'activité de l'adhérent. Or, sa méthode est contraire à l'article L.371-4 du Code de la sécurité sociale qui précise que le plafond de cumul entre ces deux prestations se fixe par référence au « *salaires perçus par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle* ».

La problématique qui touche à l'imprécision du salaire de comparaison a fait l'objet d'une demande de transmission d'une question prioritaire de constitutionnalité. La Haute Cour n'a pas jugé utile de transmettre cette dernière devant le Conseil constitutionnel. Elle a décidé que « *le texte critiqué, en ce qu'il s'applique à tous les régimes généraux placés dans la même situation, et en ce qu'il permet de déterminer le plafond du cumul à partir d'une référence salariale objective, ne porte pas atteinte au principe de clarté, d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi et par voie de conséquence au principe constitutionnel d'égalité devant la loi*⁷²⁹ ». Si la question n'a pas été transmise au Conseil constitutionnel, il n'en demeure pas moins que la détermination d'un salaire de référence reste incertaine.

La notion de *salaires perçus par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle* est un référentiel imprécis et flou, laissant une grande part de subjectivité à la caisse de protection sociale. Ainsi, d'un assuré à l'autre ou encore d'une caisse à l'autre, la décision peut être différente pour un même cas de figure. En outre, les juges qui doivent trancher les litiges entre

⁷²⁶ Art. R. 371-1, al. 2 du Code de la sécurité sociale.

⁷²⁷ D. ASQUINAZI-BAILLEUX, « Cumul d'une rente d'accident du travail et d'une pension d'invalidité », *La Semaine Juridique - Social*, n°23, 14 juin 2016, 1211, commentaire de la décision : Civ. 2^e, 4 mai 2016, n°15-17.350, F-15.530, F-P+B, *M.N c/ CPAM de l'Allier* : JurisData n°2016-008352.

⁷²⁸ *Ibid.*

⁷²⁹ Civ. 2^e, 14 février 2013, n°12.22.405 et QPC : JurisData n°2013-002236.

les assurés et les caisses n'ont pas de fondement pour se positionner, créant ainsi une inégalité entre les personnes en invalidité et en accident du travail.

La notion de salaire perçu par un travailleur de la même catégorie professionnelle est le reflet de l'article L.341-1 du Code de la sécurité sociale qui fixe les conditions d'obtention de la pension d'invalidité. Ce même article précise que c'est « *la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession (que l'assuré) exerçait avant la date de l'interruption de travail* ». En définitive, l'article L.371-4 du Code de la sécurité sociale est plus imprécis car il ne s'attache pas à la région de la victime pour déterminer le salaire de référence.

Devant tant d'incertitudes, dans une décision du 5 décembre 1991, la Cour de cassation a jugé qu'il était possible de se référer aux salaires conventionnels fixés par catégorie professionnelle⁷³⁰. Toutefois, la règle n'est pas plus claire car « *la notion de catégorie professionnelle au-delà de la distinction entre ouvriers, employés, agents de maîtrise et cadres, est peu explicitée*⁷³¹ ».

Il convient également d'analyser comment s'articulent la pension d'invalidité et les prestations de retraite ainsi que l'AAH.

B. L'articulation de l'invalidité avec l'AAH et la retraite

In fine, l'agriculteur victime d'un accident ne sera épaulé que résiduellement par la protection sociale pour sa perte de revenu et la réparation optimale de son préjudice. Les assurances prévoyance seront d'un grand secours, à l'instar des régimes spéciaux qui s'articuleront autour de la notion d'invalidité pour indemniser le dommage de l'agriculteur ayant subi un accident. En termes de protection sociale et non de protection assurantielle, l'allocation d'adulte handicapé (1) et la retraite (2) sont deux droits qui s'articulent autour de la pension d'invalidité et qui tournent autour de l'emploi. Ils méritent réflexion car ils peuvent secourir l'agriculteur qui n'aura plus de ressources suffisantes par le biais de l'invalidité, et qui n'aura pas la possibilité d'avoir une activité professionnelle.

⁷³⁰ Soc., 5 décembre 1991, n°89-15.724.

⁷³¹ D. ASQUINAZI-BAILLEUX, « Cumul d'une rente d'accident du travail et d'une pension d'invalidité », *op. cit.*

1) L'interface avec l'allocation d'adulte handicapé

La pension d'invalidité de l'agriculteur est en général dérisoire, et à elle seule, elle ne lui permettra pas de vivre décemment. C'est pourquoi, l'intéressé se tourne vers un autre programme de compensation du handicap afin d'améliorer sa situation financière et son accès à l'emploi.

L'allocation d'adulte handicapé (AAH) est une prestation non contributive qui permet d'assurer un minimum de ressources. Elle est liée à un critère d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressource. Cet avantage fait l'objet d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées⁷³² (CDAPH). Elle peut venir en complément d'autres droits et ressources de l'agriculteur en situation de handicap. Ainsi posé, le droit à l'AAH pour l'agriculteur invalide coule de source. La question qui pourrait alors se poser est de savoir si le pensionné ne peut pas prétendre obligatoirement à l'AAH ; et si tel est le cas, pourquoi ne pas confondre ces deux législations ?

À l'instar de l'invalidité, l'AAH tourne autour de l'appréciation de l'état de santé et de l'emploi. Ainsi, pour percevoir cette allocation, l'agriculteur doit avoir un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80%. Dans le cas contraire, ce pourcentage doit être compris entre 50 et 79 et avoir une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi, critères reconnus par la CDAPH. La première condition implique des difficultés importantes rencontrées par l'individu en termes d'accès à l'emploi. Ces entraves conséquentes ne doivent pas pouvoir être compensées par des aménagements de poste de travail. La seconde exigence de durabilité est formalisée lorsqu'un temps prévisible d'un an après le dépôt de la demande d'allocation d'adulte handicapé ne permet pas l'amélioration de l'état de santé.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées statue sur le taux de handicap en fonction d'un guide-barème. Celui-ci répertorie huit groupes de pathologies. Il permettra l'estimation des déficiences et incapacités des personnes et donc des agriculteurs.

⁷³² La CDAPH se compose de 23 membres, nommés conjointement, par arrêté, par le préfet et le président du conseil général, pour une durée de quatre ans. En vertu de l'article R241-24 du CASF, elle comprend :

- 4 représentants du département,
- 4 représentants de l'État et de l'Agence régionale de santé,
- 2 représentants de l'assurance maladie et des prestations familiales,
- 2 représentants des organisations syndicales (employeurs et salariés),
- 1 représentant des associations de parents d'élèves,
- 7 membres des associations de personnes handicapées et de leurs familles,
- 1 membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées,
- 2 représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées.

La pension d'invalidité et l'allocation d'adulte handicapé relèvent de deux logiques bien différentes. Ainsi, l'appréciation de la première prestation est uniquement médicale et vise à compenser une situation de perte de gain par rapport au passé. Le second avantage se projette dans l'avenir et évalue la capacité de l'individu à occuper un emploi. La question pour l'agriculteur serait de savoir s'il va pouvoir travailler et non pas de mesurer ses pertes de gains par rapport à son incapacité. Dans la pratique, l'agriculteur qui a été déclaré invalide par le médecin-conseil peut se voir reconnaître un taux d'incapacité par la MDPH mais sans le bénéfice d'une allocation d'adulte handicapé, car il pourra accéder à l'emploi. Peu importe si sa situation lui demande un aménagement de poste ou s'il gagne moins d'argent que par le passé.

Dès lors, le seul critère du bénéfice de la pension d'invalidité ne suffit pas à octroyer l'allocation d'adulte handicapé à l'agriculteur victime d'un accident. Il ressort que l'avantage servi par l'organisme de protection sociale ne détermine pas la décision de la MDPH.

Les objectifs poursuivis par ces contributions sont différents et ne permettent pas leur fusion au sein d'une prestation unique, gérée par un seul organisme. En ce sens, la protection sociale de l'agriculteur victime d'un accident ne pourra pas s'améliorer en confondant les deux domaines. Il lui appartiendra de faire sa demande d'allocation d'adulte handicapé en parallèle à sa pension d'invalidité. En cas de refus de l'obtention de l'AAH par la Maison départementale des personnes handicapées, l'agriculteur aura la possibilité de demander une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Cependant, cette dernière est occultée par les exploitants agricoles car elle est récupérable sur la succession. Ces derniers préfèrent garder leurs biens fonciers afin de les transmettre à leurs héritiers et vivre avec une petite pension. La précarité des agriculteurs invalides est actuellement préoccupante car un grand nombre d'entre eux ne cotisent pas à un système de prévoyance. Celui-ci pourrait leur permettre de compléter leur pension.

Enfin, l'agriculteur en invalidité est confronté, comme toute personne, à la question de sa retraite.

2) L'interface avec la retraite

Lorsque l'agriculteur invalide avance en âge, il se pose la question légitime de sa retraite. Les préoccupations techniques interpellent l'adhérent : restera-t-il en invalidité toute sa vie ? Perdra-t-il son droit à la retraite ? La percevra-t-il à taux plein ? Aura-t-il le droit de continuer

à travailler alors qu'il est invalide et en âge légal d'être retraité ? Tous ces questionnements sont à éclaircir à partir de la notion d'activité.

Actuellement, l'âge légal de départ à la retraite à taux plein⁷³³ est fixé à 62 ans. Le législateur prévoit que toute personne invalide, l'agriculteur y compris, verra sa pension remplacée par une retraite dès que cet âge sera atteint. Sa nouvelle prestation sera servie sans être minorée.

Dans le premier cas, l'agriculteur n'exercera plus d'activité professionnelle du fait de son âge ; dans la seconde hypothèse, son inactivité serait le fait de son état de santé. La capacité à travailler est la clé de voûte de ces prestations sociales. Elles ne s'occultent pas l'une l'autre mais s'articulent afin de protéger l'agriculteur inactif. Ainsi, si la personne invalide est en activité au-delà de 62 ans, elle pourra choisir de ne pas être retraitée. Elle continuera à percevoir sa pension en parallèle à son salaire, dans le respect des cumuls déjà abordés. En effet, le décret publié au Journal officiel le 11 mai 2017⁷³⁴ repousse dans le temps la perception de l'avantage invalidité pour certains pensionnés. Dès lors, l'agriculteur qui n'exerce pas une activité professionnelle mais qui est demandeur d'emploi depuis au moins six mois avant son 62^e anniversaire est également concerné par ce nouveau recul. En réalité, les enjeux sont principalement financiers. Le travailleur pensionné additionnera son salaire et son avantage ou ses indemnités de Pôle emploi et son « privilège » de la MSA, selon le cas, dans les limites autorisées. Force est de constater que l'agriculteur invalide n'aura pas ce statut définitivement. Il pourra être retraité, comme tout individu, ou reculer son âge de départ dans les conditions évoquées. Dans le pire des cas, sa pension d'invalidité s'effacera devant la pension vieillesse à taux plein, à 62 ans.

L'articulation entre ces deux avantages est bien pensée. Elle est techniquement juste et justifiée. L'agriculteur ne subit pas la législation mais il a la possibilité de choisir entre invalidité et retraite dans certaines conditions. Il devient alors le maître de son avenir. En ce sens, la jonction de ces deux législations est difficilement perfectible.

⁷³³ Décret n°2016-667 du 24 mai 2016 relatif au calcul des droits à la pension d'invalidité dans le cadre de la coordination inter-régimes. Publication au JO le 26 mai 2016.

⁷³⁴ Décret n°2017-998 du 10 mai 2017 relatif à la conversion en pension vieillesse de la pension d'invalidité des assurés en recherche d'emploi à l'âge légal de départ à la retraite. Publication au JORF n°110 du 11 mai 2017. Ainsi, à compter du 1^{er} septembre 2017, les individus invalides et demandeurs d'emploi pourront, sous certaines conditions, percevoir pendant six mois de plus leur pension d'invalidité avant d'être placés en retraite. Cela implique qu'ils pourront garder leurs indemnités de chômage dans certaines limites. Cette nouvelle disposition n'est pas négligeable financièrement.

CONCLUSION DE LA PARTIE II

L'agriculteur victime d'un accident non professionnel ne bénéficie pas de la même protection sociale que la victime d'un accident du travail. En apparence, le premier peut se sentir lésé par rapport au second. Le taux de prise en charge des indemnités journalières est moins avantageux pour l'un que pour l'autre. En outre, l'accidenté du travail possède une feuille « accident du travail » qui le dispense de faire l'avance de ses soins ; ces derniers sont pris en charge en totalité par le régime de base, sous certaines conditions.

En réalité, le constat n'est pas si simple. Certes, le régime de base, dont celui des MSA, est lacunaire pour les accidentés de droit commun, et il vaut mieux être en accident du travail qu'en arrêt maladie pour accident non professionnel afin de bénéficier d'une protection sociale optimale. Cependant, l'obligation pour les employeurs de souscrire une complémentaire santé pour leurs salariés, l'orientation des prises en charge des soins vers un tiers payant généralisé pour tous les assurés, le bénéfice de la CMU-C et de l'ACS, la démocratisation de l'assurance complémentaire en dehors de tout dispositif lié à l'emploi salarié et l'adhésion à des contrats de prévoyance tendent à limiter les inégalités entre les victimes d'accidents du travail et celles d'accidents de droit commun.

De plus, l'indemnisation de l'incapacité de travail dans le cadre d'un accident du travail est moins avantageuse que celle effectuée dans le cadre d'un accident de droit commun. De notre étude, il ressort qu'une rente d'accident du travail est généralement moins élevée qu'une pension d'invalidité. Cette divergence résulte de la différence de leur fondement. La première dédommage le déficit fonctionnel par rapport à l'emploi, la seconde compense une perte de capacité de travail ou de gain pour l'avenir. La comparaison de la meilleure indemnisation entre les deux catégories de victimes donne une réponse relative et non tranchée.

En réalité, ce qui va limiter les inégalités et les iniquités entre les victimes, c'est la présence des contrats complémentaires et de prévoyance ; ils devront garantir, *a minima*, un maintien de salaire sans délai de carence, un remboursement au moins à 100% du tarif de base de la sécurité sociale, et un complément de salaire décent. Le régime de base ne pourra assurer à lui seul de telles garanties aux victimes d'accidents, au risque de se mettre en péril ; c'est pour cela qu'une assurance obligatoire à prélever sur les revenus des salariés et le chiffre d'affaires des non-salariés agricoles serait à étudier.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents comporte des enjeux économiques, financiers, humains et sociétaux. Cependant, notre étude a démontré de nombreux dysfonctionnements dans son application ; les inégalités et iniquités sont multiples et fragilisent l'agriculteur victime d'accidents.

Les solutions que nous proposons entraîneraient une meilleure indemnisation des victimes. La création d'une cotisation obligatoire à prélever sur les revenus des salariés ou sur les revenus des non-professionnels serait une véritable alternative à toute atteinte corporelle. L'assuré ne verra plus ses blessures comme une fatalité à laquelle il devra se résigner, mais il sera soulagé de savoir qu'il pourra obtenir une réparation de ses chefs de préjudices par l'organisme de sécurité sociale. Cette solution peut paraître utopique ; la réparation intégrale du préjudice corporel de la personne semble être une « mission impossible » et coûteuse tant pour l'organisme de sécurité sociale, et donc de MSA, que pour les agriculteurs non salariés. Pourtant, tout est une question de volonté et d'investissement politique.

La crainte de déséquilibrer les comptes de la sécurité sociale ou de mettre les agriculteurs en faillite est un vrai problème : la réparation intégrale de l'accident serait financée par une cotisation obligatoire et par la récupération des sommes versées aux victimes par les caisses de MSA. Ainsi, ces dernières pourront se voir subroger dans les droits des accidentés. Aussi, l'existence des régimes spéciaux de responsabilité, tels que la loi Badinter, la loi sur les produits défectueux, les accidents médicaux, ainsi que la mise en jeu de la responsabilité civile sont un moyen pour les organismes de protection sociale de récupérer les sommes avancées aux victimes d'accidents.

Premièrement, cette protection intégrale passerait nécessairement par la création d'un statut autonome des atteintes corporelles au sein des organismes de sécurité sociale. Il n'y aurait plus une législation sur les accidents du travail et une législation sur la maladie qui indemniserait les accidents de droit commun. Il conviendrait de prévoir une branche de la sécurité sociale qui réparerait intégralement les atteintes corporelles et accidentelles.

Deuxièmement, les prises en charge des indemnisations accidentelles ne pourront se faire qu'au sein d'un régime unique de sécurité sociale afin de faire disparaître les difficultés liées aux mutations entre les caisses de sécurité sociale. Une marche en ce sens semble être programmée.

Lors du conseil d'administration de la CCMSA du 22 février 2018, Monsieur François-Emmanuel Blanc a été désigné comme successeur de Michel Brault aux fonctions de directeur général de la Caisse centrale de la MSA. La prise de ses fonctions est fixée au 1^{er} octobre 2018. Cette nomination a son importance au regard du passé professionnel de Monsieur Blanc. Depuis 2015, il est directeur général du groupe AHNAC (cliniques sanitaires et établissements médico-sociaux). Mais auparavant, il a été directeur général de l'Agence régionale de santé Poitou-Charentes, directeur général de la CPAM des Bouches-du-Rhône, et directeur général de la CPAM du Puy-de-Dôme. Il est également diplômé de l'En3s.

Sa formation et son expérience professionnelle démontrent une parfaite connaissance de la protection sociale. Ses fonctions d'ancien directeur de CPAM vont peut-être l'amener à réfléchir sur la possible fusion entre les caisses de MSA et les CPAM afin de former un seul grand régime au service des assurés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁷³⁵ concrétise la volonté du gouvernement d'adosser le régime social des indépendants à celui du régime général d'ici 2020. Cette réforme marque un pas vers l'unité des régimes. Quand il a été question de supprimer le RSI du fait de ses nombreux dysfonctionnements, les caisses de mutualité agricole ont pensé qu'elles allaient récupérer la gestion de ses assurés. La baisse de la population agricole protégée laissait penser au risque de possible disparition du régime. Les MSA spéculaient que les pouvoirs publics allaient leur confier cette mission de service public afin de garantir leur survie et pour qu'elles fassent le poids face au régime général, laissant supposer que le gouvernement voudrait aller vers l'existence de deux grands régimes en France : la CPAM et la MSA. D'autant plus que la disparition du GAMEX et la récupération de la gestion de sa population par la MSA laissaient un bon espoir à cette dernière. Or, il en a été décidé autrement : le RSI sera rattaché à la CPAM avec une volonté d'alignement des prestations⁷³⁶. De plus, la loi du 6 mars 2018⁷³⁷ a modifié les modalités de gestion des étudiants et a supprimé le régime étudiant de sécurité sociale. L'article de la loi précitée prévoit qu'à compter du 1^{er} septembre 2018, les jeunes qui entament leurs études resteront rattachés au régime de leurs parents. Cependant, les assurés déjà rattachés à une caisse

⁷³⁵ V. PLFSS pour 2018, étude d'impact, art. 7, « Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs ».

⁷³⁶ A. TURC : « Suppression du RSI : quel sort pour la protection sociale des travailleurs indépendants ? », *La Semaine Juridique - Social*, n°3, 23 janvier 2018, n°1021.

⁷³⁷ Loi n°218-166 du 6 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants, JORF n°0057 du 9 mars 2018, texte n°1.

étudiante restent affiliés à celle-ci pour l'année 2018-2019, et ensuite, ils seront transférés et relèveront du régime général.

Face à ces choix, les caisses de mutualité sociale agricole sont en droit de se questionner sur leur sort. Vont-elles exister encore longtemps, ou bien ce choix témoigne-t-il de leur mort annoncée ? Allons-nous vers un régime unique de sécurité sociale ? Si tel est le cas, il serait erroné d'aligner les régimes existants sur un régime vicié, qui est celui de la CPAM, pour ensuite fondre les autres régimes en son sein. La seule alternative serait de revoir les dysfonctionnements actuels afin de les corriger pour édifier ensuite un régime unique de sécurité sociale dans lequel la protection sociale de l'agriculteur et de l'assuré victimes d'accidents serait optimisée. La création d'une cotisation obligatoire dédiée à la réparation intégrale serait à étudier par les pouvoirs publics.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES GÉNÉRAUX, MANUELS, TRAITÉS CONTEMPORAINS ET DICTIONNAIRES

L. DE COCK, N. DENISOT, P. GHRENASSIA, R. JEANNIN,

- « *Les citations pour gagner des points au bac* », sous la direction de B. FALAIZE, éd. Groupe Express, 27 mars 2014, 224 p.

BOILET G.E.,

- « *La doctrine sociale de Napoléon III* », Paris, éd. Tequi, 1969.

BOURGEOIS L.,

- « *Solidarité* », Paris, A. Colin, 1896, notice BnF n°FRBNF330146250.

CLÉMENT P.,

- « *Lettres, instructions et mémoires de Colber* », tome III, publiés d'après les ordres de l'Empereur, Paris, Imprimerie générale, 1864.

CORNU G. (dir.),

- « *Vocabulaire juridique* », Paris, PUF, 1987, p. 43.

M. DEL SOL,

- « La notion de risque en droit des assurances et en droit de la sécurité sociale », *in Études offertes à Hubert Groutel*, « Responsabilité civile et assurances », LexisNexis, 2006, coll. Litec.

DE POUVOURVILLE G.,

- « L'assurance maladie en France, Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ? », p. 19-24, tiré des *Annales des mines-réalités industrielles*, ESKA, nov. 2011, 84 p. URL : www.cairn.info/revue-realites-industrielles1-2011-4-page-19.htm.

DURAND P.,

- « *La politique contemporaine de sécurité sociale* », Paris, Bibliothèque Dalloz, 2005.

ETIEVENT M.,

- « *Ambroise CROIZAT ou l'invention sociale* », Ed. GAP, 1^{er} oct. 1999, 184 pages.

GUISLIN A., GUILLAUME P.,

- « *De la charité médiévale à la sécurité sociale* », Paris, Les Éditions ouvrières, 1992.

HALEVY D.,

- « *Histoire sur l'accélération de l'histoire, suivi de l'histoire, va-t-elle plus vite ? La conquête des forces de la nature. Leibniz et l'Europe* », broché, Paris, Ed. Fallois, 2001

JOXE P.,

- « *Soif de Justice, Au secours des juridictions sociales* », Paris, Fayard, 2014.

LE GALL Y.,

- « La préparation de la loi 1898 », in *L'histoire des accidents du travail*, n°10 et n°11, 1^{er} et 2^e semestres 1981, 243 p. et 127 p.

MARSHALL D.,

- « *Les juridictions du XXI^e siècle* », Paris, La Documentation française, 2013.

PÉLISSIER J., LYON-CAEN A., JEAMMAUD A., DOCKÈS E.,

- « *Les grands arrêts du droit du travail* », 4^e édition, 74-77, L'état de santé du salarié.

SICARD G.,

- « L'établissement des assurances sociales en France par les lois de 1928 et 1930 », in *Mémoire de l'Académie des sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse*, volume 159, XVII^e siècle, tome VIII, 1997.

www.dictionnaire-juridique.com.

II. OUVRAGES SPÉCIAUX, THÈSES, MÉMOIRES, MONOGRAPHIES ET RAPPORTS

ANDREU L., THOMASSIN N.,

- *Cours de droit des obligations*, Gualino, Lextenso, 1^{re} édition, 2016-2017.

Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale/Comité d'histoire de la sécurité sociale,

- « *La sécurité sociale - son histoire à travers les textes* », tome IV, *La Mutualité Sociale Agricole (1919-1981)*, Paris, 1991.

BACHELET M. (prés.),

- Rapport du groupe consultatif, mis en place par le BIT avec la collaboration de l'OMS, Genève, OIT, 2011.

BERTIN N.,

- « *L'amélioration constante de l'indemnisation du préjudice corporel* », mémoire de master 1, droit des assurances et de la responsabilité, faculté de droit, Niort, 2006-2007.

CAHUZAC B. et J.,

- Rapport au Premier ministre sur les adaptations à apporter à la fiscalité et au mode de calcul des cotisations sociales agricoles, 28 mars 2000.

CCMSA,

- « Essentiel Santé », support juridique.

CHAUCHARD J.-P.,

- « *Droit de la sécurité sociale* », 5^e édition.

CCMSA,

- « Santé-Sécurité au Travail », www.msa.fr.

Cour des comptes,

- « La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles », rapport, février 2002.

- « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », rapport, juillet 2002.

- « Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie », communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de l'Assemblée nationale, article LO.132-3-1 du Code des juridictions financières, juillet 2012.

DENIMAL M.,

- *La réparation intégrale du préjudice corporel : réalité et perspectives*, thèse, sous la direction de Jean-Jacques TAISNE, soutenue le 13 décembre 2016, Lille 2.

DUFFY K.,

- Rapport final, Programme HDSE du Conseil de l'Europe, « Opportunité et risque : les tendances de l'exclusion sociale en Europe », 1998.

Eurostat,

- « L'Europe en chiffres », l'annuaire d'Eurostat, Luxembourg, Eurostat éd., 2009.

FOURCADE S., COMBOT N., REYMOND V., MILOUA T., PECAUT-RIVOLIER L.,

- « Appui à l'organisation du transfert du contentieux des TASS, TCI et CDAS vers les nouveaux pôles sociaux des TGI », rapport n°2015-126R/IGSJ, n°12-16, février 2016.,

GARNOTEL J.,

- « *L'archipel des organisations agricoles, avatar du passé ou modèle alternatif?* », éd. France Agricole.

GEERTS A.,

- « *L'évaluation de l'invalidité en sécurité sociale dans la communauté européenne* », Bruxelles, Vander, 3^e édition.

GIBAUD B.,

- « *De la mutualité à la sécurité sociale : conflits et convergences* », préface de P. LAROQUE, postface de M.R. EBERIOUX, Les Éditions ouvrières, Les Éditions de l'Atelier, 1986, 264 p.

GUYOT-CHENAVON C.,

- « *L'entraide en droit privé* », thèse de droit, Bordeaux IV, sous la direction de J. AUSER, 2003, n° 4.

HOLZMANN R., JOERGENSEN S.,

- « Gestion du risque social : cadre théorique de la protection sociale », Banque mondiale, document de travail n°6.

IGAS,

- Rapport n°RM2012-059P, tome I, « L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmation des concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque », établi par les docteurs Pierre ABALLEA et Étienne MARIE (membres de l'Inspection générale des affaires sociales), mai 2012.

JEAN D.,

- « *Des sociétés de secours mutuels à l'assurance en Midi-Pyrénées de 1848 à 1914* », thèse de droit, Toulouse 1, sous la direction de D. CABANIS, 2002, 470 p.

JUSKIEWENSKI G.,

- Débats, Assemblée nationale, 23 novembre 1966

KESSLER F.,

- « *Droit de la protection sociale* », Paris, Dalloz 2014, p. 89.

LAMBERT-FAIVRE Y, PORCHY-SIMON S.,

- « *Droit du dommage corporel* », Paris, Dalloz, 2015, 8^e édition.

LAROQUE M.,

- « La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles », rapport du comité de pilotage de la réforme des accidents du travail, mars 2004.

LE CALONNEC J,

- « *Solidarité et responsabilité en droit de l'entraide entre agriculteurs* », Paris, Economica, 1990,

LECLERC P.,

- *La sécurité sociale, son histoire à travers les textes*, tome II, 1870-1945.

MASSE R.,

- « Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles », rapport, juin 2001.

Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale,

- Rapport sur la réforme de la sécurité sociale, Bruxelles, 1951.

MORLET L.,

- « *L'influence de l'assurance accidents corporels sur le droit privé de l'indemnisation* », sous la direction du professeur Hubert GROUTEL, thèse de droit privé, Université du Maine, Faculté de droit et des sciences économiques du Mans, 15 décembre 2003.

MOURIAUX R.,

- « *L'année sociale : les dates, les faits, les dossiers, les 35 heures, les minima sociaux, le mouvement des chômeurs* », Les éditions de l'Atelier, 1999.

OCDE,

- « Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles », 2010.

PALERMO K.,

- « *Vers un régime unique du risque lié au travail* », thèse, faculté de Lille, sous la direction de Pierre-André LECOCQ, 2008.

PETIT F.,

- « *Droit de la protection sociale* », Gualino, Coll. Master Pro, 2009, 2ème éd. 2014

PLFSS pour 2018,

- Etude d'impact, art. 7, « Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs ».

SALEILLES R.,

- « *Les accidents du travail et la responsabilité civile : essai d'une théorie objective de la responsabilité délictuelle* », Ed. Arthur ROUSSEAU, 1897.

- « Le risque professionnel dans le Code civil », Séance du 14 février 1898 de la Société d'économie sociale, la Réforme sociale, 1998.

SAYEN I.,

- « *Le contentieux de la protection sociale* », Saint-Étienne, Presses Universitaires, 2005.

Sénat,

- « Assurons l'avenir de l'assurance », Rapport d'information, www.senat.fr.
- « Des réformes contestées ou qui se font attendre », Rapports législatifs, www.senat.fr
- Loi de finances pour 2002, tome III, annexes 41 : « Prestations sociales agricoles ».
- « La protection sociale agricole : quel avenir ? », rapport d'information, par J.-M. JULHARD, au nom de la commission des affaires sociales, 9 mai 2007, www.senat.fr.
- « Propositions de loi visant à supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires », www.senat.fr.

SOMAVIA J,

- Directeur général du Bureau international du travail (BIT), « La sécurité en chiffres », 2003.

TAURAN T. – DAP L.,

- « *Accidents du travail et maladie professionnelles* », éd. du Puits fleuri, Coll. Le conseiller juridique, 2004

TAURAN T.,

- « *Les régimes spéciaux de sécurité sociale* », Puf, Coll. « *Que sais-je* », 2000, 122 p.
- « *Droit de la sécurité sociale* », Presses universitaires de Grenoble Coll. *Le droit en plus*, 2000, 220 p

TOUCAS-TRUYEN P,

- « *Société de secours mutuel* », éd. Alternatives Économiques Poches, n°22, janvier 2006

TRÉDEZ M.,

- Rapport faisant suite à la décision de la Cour de cassation, Ass. plén., arrêt n°528 du 24 juin 2005, n°03-30-038.

VINEY G.,

- « *Remarques sur la distinction entre la faute intentionnelle* », Paris, Dalloz, 1975.

III. ARTICLES, CHRONIQUES, MÉLANGES

Agriculture.gouv.fr,

- presumption-de-salariat-des-entrepreneurs-de-travaux-forestiers.
- les-établissements-de-l'enseignement-agricole, 03/09/2012, Alim'agri, site du ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt.

ASQUINAZI-BAILLEUX D.,

- « Cumul d'une rente d'accident du travail et d'une pension d'invalidité », *La Semaine Juridique - Social*, n°23, 14 juin 2016, 1211, commentaire de la décision : Civ. 2^e, 4 mai 2016, n°15-17.350, F-15.530, F-P+B, *M.N c/ CPAM de l'Allier* : JurisData n°2016-008352.

AZEMA L.,

- « Histoire de la Mutualité Sociale Agricole de la Haute-Garonne », 2010, en collaboration avec le Comité régional d'histoire de la sécurité sociale Midi-Pyrénées, Histoirecump.fr.

BABY P., COURSIER Ph.,

- « Risques professionnels : de la nécessité de réformer à nouveau la procédure d'instruction des déclarations », *La Semaine Juridique - Social*, n°16-17, 20 avril 2010, 1158.

BORGETTO M.,

- « Les juridictions sociales en question(s) », dossier « Contentieux de la protection sociale », *Regards, Protection sociale*, Revue biannuelle publiée par l'École nationale supérieure de la sécurité sociale, n°47, mars 2015, p. 27.

BOULLIOUX A.,

- « La réforme des contentieux sociaux par la loi de modernisation de la justice du 21^e siècle », *La Semaine Juridique - Social*, n°10, 14 mars 2017, 1077.

CARON M., VERKINDT P.-Y.,

- « Inaptitude, invalidité, handicap : l'image du "manque" en droit social », *RDSS*, n°5, septembre-octobre 2011.

CASSON P., actualisé par D. KRAJESKI,

- « Entraide en agriculture », JurisClasseur, fascicule unique du 17 juin 2014, dernière mise à jour.

CCMSA,

- « La situation économique et sociale du monde agricole est préoccupante », *Revue Quart Monde*, n°177. « Espace rural : des distances à combler », *Revue Quart Monde*, 2001.

CHANTRY C.,

- « Comment lutter vraiment contre les accidents domestiques », Leparisien.fr, 13 septembre 2004.

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels,

- Dossier de presse, 24 février 2000, <http://www.travail.gouv.fr>.

CORMERY P., président de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,

- Communiqué de presse du 16 février 2016.

COUTURIER I.,

- « L'entraide, spécificité juridique en agriculture », *Acte et communications*, n°18, 2001.

DELALANDE N.,

- « Le solidarisme de Léon BOURGEOIS, un socialisme libéral ? », *La Vie des idées*, 30 janvier 2008 (ISSN 2105-3050).

DEL SOL M.,

- « La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente », *Revue Regard*, En3S, juin 2017.

DUPEYROUX J.-J.,

- « Un deal en béton », *Droit social*, juillet-août 1998.

Europe 1,

- « Taubira met fin à la taxe justice », 23 juillet 2013.

EVERAERT-DUMONT D.,

- « Santé et sécurité au travail - Hygiène et sécurité - Principes généraux », JurisClasseur, fasc. 20-10, dernière mise à jour : 14 janvier 2016.

FGA-CFDT,

- « MSA : sans contester l'obligation d'une bonne gestion, la FGA-CFDT considère que la réduction des effectifs de la MSA a atteint ses limites », publié le 19/10/2015 par D. LONGERON et communiqué de presse n°35-2015, fga.cfdt.fr.

GILSON M.,

- « Une minorité en action : la charité protestante en France, XIX-XX^e siècles », *Mouvement soc.*, 2011/1, n°234, p. 63.

GROUTEL H.,

- « Le complément du dispositif par le droit social », *Droit social*, juillet-août 1998.

GUIOMARD F.,

- « Quelles réformes pour la justice sociale ? 1^{re} partie : les juridictions », *Rev. Droit du travail*, 2014, p. 129 ; et 2^e partie : « Les procédures », *Rev. Droit du travail*, 2014, p. 200.

HEAS F.,

- « Les obligations de reclassement en droit du travail », *Droit social*, n°5, mai 1999.

HELLERINGER G., KITERI G.,

- « Le rayonnement des droits de l'homme et des droits fondamentaux en droit privé », *Revue internationale de droit comparé*, vol. 66, n°2, 2014, Études de droit contemporain, contribution française au 19^e congrès international de droit comparé, Vienne, 20-26 juillet 2014, 2014.

HORDERN F.,

- « Le droit des accidents du travail au XIX^e siècle ».

HOUDRE C., PONCEAU J., ZERGAT BONNIN M.,

- « Les niveaux de vie en 2011 », *INSEE Premières*, n°1464, 13 septembre 2013.

HUET M.,

- « Réforme du contentieux de la sécurité sociale : ce qui change au 1^{er} janvier 2019 », www.huet-avocat.fr, publié le 13/04/2018, mis à jour le 14/04/2018.

info.expoptotection.com,

- « Les travaux agricoles, une activité à risques ».

JOËL M.-E., LECLERC F.,

- « Le bénévolat », *La revue française des affaires sociales*, La Documentation française.

JurisClasseur Alsace-Moselle,

- « Les accidents du travail. Régime spécial des accidents en agriculture », fasc. 654, 16 déc. 2008.

KNETSCH J.,

- « Le traitement préférentiel du dommage corporel », commentaire de l'avant-projet, *La Semaine Juridique*, Édition générale, supplément au n°30-35, 25 juillet 2016.

LACHAISE V.G.,

- « Le droit de retrait des salariés de leur poste de travail », JCP E 1991, I, 88.

LARDY-PÉLISSIER B.,

- « L'obligation de reclassement », *Recueil Dalloz*, 1998.

LAROQUE R.,

- « Contentieux et juridiction sociale », Études et documents du Conseil d'État, repris dans la revue *Droit social*, mai 1954.

LE CALONNEC J.,

- *Revue de droit rural*, 1978.

Le figaro.fr,

- « Franchises : plusieurs malades en grève des soins », par S. LAURENT, mis en ligne le 18 janvier 2008.

Le Monde,

- « L'augmentation du suicide exprime la détresse du monde paysan », 26 octobre 2002.

LEPRAND M.,

- « 8% des effectifs de la MSA menacés par la nouvelle convention », 18 mars 2016, force-ouvriere.fr.

Lesillon.info, 2016/03/02, l'hebdomadaire agricole et rural des pays de l'Adour,

- « La MSA lance son cinquième plan de prévention des accidents du travail-actualité ».

MICHARD C.-E.,

- « Les accidents, fléaux méconnus en agriculture. De la solidarité facultative à la solidarité obligatoire : pour une histoire sociale du monde agricole », <http://ruralia.revues.org/966>.

MIÈVRE J.,

- « Le solidarisme de Léon Bourgeois », *Cahiers de la Méditerranée*, n°63, 2001.

MILLET S.,

- « Les enjeux de la disparition du CHSCT dans les entreprises : focus sur la place de la santé au travail au sein du futur CSE », 21 déc. 2017 : Preventica.com.

Ministère de l'Économie et des Finances,

- Lettre « Trésor-éco », n°200, juin 2017.

MSA,

- « Les accidents du travail agricole », statistiques de la MSA sur les accidents du travail agricole pour la période de 2014 à 2016. Statistiques.msa.fr.

Msa-cotesnormandes.fr,

- « Exploitants agricoles, tout savoir sur l'Atexa ».

MULLER F.,

- « Accidents professionnels, secret médical et principe du contradictoire », *La Semaine Juridique - Social*, n°43, 21 octobre 2008, 1546.

Mutuelles.com,

- « Définition de l'ATEXA-Assurance Accident du Travail des Exploitants Agricoles ».

ORLIAC M.,

- « L'entraide agricole », *Jour. Not.*, 1988, art. 59384, n°9.

Paysan Nantais, 23 janvier 1960, 2 avril 1960.

PELLET R.,

- « L'entreprise et la fin du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Droit social*, avril 2006.

PETIT F.,

- « Le suicide au travail : De la faute intentionnelle du salarié à la faute inexcusable de l'employeur », *Les Petites Affiches*, 3 juillet 2009, n° 132, p. 4-9.

- « La pénibilité au travail, un nouveau risque professionnel ? », *Droit social*, mars 2011, p. 262-268.

- « L'accompagnement financier de la perte d'autonomie des personnes âgées », in *Actes du colloque organisé à l'université Paris V*, « La prise en charge de la dépendance à l'horizon de la loi d'adaptation de la société au vieillissement », *Journal de Droit de la santé et de l'assurance maladie*, n° 4-2014, p. 15-19.

- « La mosaïque des financements de la protection sociale », intervention au colloque organisé le 16 janvier 2015 par la Société française de finances publiques, ministère de l'Économie et des Finances, « Finances publiques : quelle place pour demain ? », GFP, n°1-2016, p. 62-67.

PIERCHON M.,

- « Invalidité, inaptitude ou l'autonomie du juge du contentieux de l'incapacité », JCP, *La Semaine Juridique*, édition sociale n°6, 1973, 6 février 2007.

PLESSIS A.,

- « L'histoire », n° 21, juin 1997.

ROYEZ M.,

- « Propositions d'évolution de la réparation », *Droit social*, septembre-octobre 1990.

SAINT-JOURS Y.,

- « La perspective d'un ordre juridictionnel social : utopie ou prémonition ? », *Droit ouvrier*, n°533, 1993.

SPLILMANN G.,

- « Le socialisme de Napoléon III », *Revue du Souvenir Napoléonien*, 1978.

TAURAN T.,

- « La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles en agriculture », *Revue de droit rural*, n°351, mars 2007, étude 16.

- « Les services de santé au travail en agriculture », *Revue de droit rural*, n°383, mai 2010, étude 11.

- « Affiliation à la mutualité sociale agricole », *Revue de droit rural*, n°378, déc. 2009

- « Accidents du travail et maladies professionnelles en agriculture », *JurisClasseur*, fasc. 50, dernière mise à jour : 3 avril 2017.

-« Assurance invalidité : les régimes de sécurité sociale, l'invalidité et le juge », *RDSS*, n°6, novembre-décembre 2008.

TURC A.,

- « Suppression du RSI : quel sort pour la protection sociale des travailleurs indépendants ? », *La Semaine Juridique - Social*, n°3, 23 janvier 2018, n°1021.

VENNEL M.A.,

- « L'indemnisation des dommages corporels par l'État : les résultats d'une expérience d'indemnisation automatique en Nouvelle-Zélande », *RIDC*, 1976.

VERKINDT P.Y.,

- « Santé au travail, l'ère de la maturité », *JSL* 2008, n°239, p. 23

VERSCHUEREN H.,

- « Le droit des pensions d'invalidité et de vieillesse dans le règlement n°883/2004 », *RDSS*, n°1, janvier-février 2010.

YEATMAN J.,

- « L'assurance en Afrique : une émergence difficile », *Risques, Les Cahiers de l'assurance*. [https : www.ffsa.fr](https://www.ffsa.fr).

ZACHARIE C.,

- JurisClasseur Protection sociale Traité, fasc. 650-40 : « Régime des salariés agricoles », 20 sept. 2010.

- JurisClasseur Protection sociale Traité, fasc. 650-30 : « Protection sociale agricole - Assurance maladie-maternité des exploitants agricoles ».

- Fasc. 650-50, « Accidents du travail et maladies professionnelles », JurisClasseur Protection sociale Traité, 1^{er} juin 2011, dernière mise à jour le 1^{er} octobre 2012.

IV. JURISPRUDENCE, ARRÊTS, NOTES SOUS ARRÊTS

- CA

CA Versailles, 11 mai 2011, n°10-00954.

CA Rennes, 7^e ch., 24 nov. 1999, JurisData n°199-110136.

- CE

CE, 12 nov. 1990 : AJDA 1991, p. 484, note X. PRETOT.

CE, 11 juillet 1990, n°85416 : JurisData n°1990-643415 ; JCP E 1991, 2123, note GONDARD ; RJS 1990, n°767.

- CEDH

CEDH, 27 août 1997, n°74/1996/693/885, *M.S. c/Suède*.

- Cour de cassation

Cour de cassation, 17 mars 2011, n°10-16099.

Cour de cassation, 1^{er} juillet 2010, n° 09-15815.

Cour de cassation : Ass. plén., arrêt n°528 du 24 juin 2005, n°03-30-038.

Cour de cassation, 28 févr. 2002, n°00-10-051, n°99-17.201, n°99-21-17-555, n°99-17-221

Cour de cassation : Ass. plén. 22 déc. 2000, *Dr. soc.* 2001, p. 282, concl. P. LYON-CAEN.

Cour de cassation : Ass. plén., 3 juillet 1987, pourvoi n°86-14917, publié au Bulletin AP, n°3.

Cour de cassation, 8 janvier 1976, n°75-10-036, Bull. civ. 1976, V, n°7 ; *Revue de droit rural*, 1976, obs. J. LE CALONNEC.

Cour de cassation : Ass. plén., 29 févr. 1968, n°65-11.030 et 65-11.032.

Cour de cassation, chambres réunies, 15 juill. 1941, II, n°1705, J. MIHURA ; *Gaz. Palais*, 1942, 2, 254, D., 1941, p. 117, note A. ROUAST.

- **Chambre civile**

Civ. 2^e, 7 mai 2015, n°14-14.231, F-P+B, *M.D.S.G. c/CPAM de l'Isère* : JurisData n°2015-010129 et commentaire par M. MICHALLETZ, *La Semaine Juridique - Social*, n°40, 29 septembre 2015, 1351.

Civ. 2^e, 22 janvier 2015, pourvoi n°13-28.368, Bull. civ. 2015, II, n°253.

Civ. 2^e, 10 juillet 2014, n°13-18 : 564 : JurisData n°2014-016102.

Civ. 2^e, 14 février 2013, n°12.22.405 et QPC : JurisData n°2013-002236.

Civ. 2^e, 24 janvier 2013, n°11-26-246, F-P+B, *M.E.R C/CPAM de l'Aude* : JurisData n°2013-000693 et commentaire par D. ASQUINAZI-BAILLEUX : *La Semaine Juridique - Social*, n°17, 23 avril 2013, 1187.

Civ. 2^e, 3 novembre 2011, n°10-24-244.

Civ. 2^e, 17 févr. 2011, n°10-15-276.

Civ. 2^e, 8 avril 2010, n°09-11-232.

Civ. 2^e, 10 décembre 2009, n°08-18-316 : JurisData 2009-050661 ; JCP S 2010, 1033, note T. TAURAN.

Civ. 2^e, 28 mai 2009.

Civ. 2^e, 8 janv. 2009, n°07-15.390 : Bull. civ. 2009, II, n°4.

Civ. 2^e, 10 juillet 2008, n°07-15.670 : Bull. civ. 2008, II, n°184 ; JCP S 2008, 1572, note T. TAURAN.

Civ. 2^e, 5 avril 2007, n°06-11-978.

Civ. 2^e, 5 avril 2007, n°06-10.017 : JurisData n°2007-038355 ; JCP S 2007, 1526, note D. Asquinazi-Bailleux ; RJS 2007, n°783.

Civ. 2^e, 14 mars 2007, n°05-21.090.

Civ. 2^e, 22 février 2007, n°05-13771, Bull., n°54.

Civ. 2^e, 14 février 2007, n°06-10-410, FS-P+B : JurisData n°2007-037350 et commentaire par T. TAURAN, *La Semaine Juridique - Social*, n°19, 9 mai 2007, 1352.

Civ. 2^e, 17 janv. 2007, n° 05-20.815 : JurisData n° 2007-036986.

Civ. 2^e, 31 mai 2006, n°04-30.551.

Civ. 2^e, 22 mars 2005, n°03-20.044.

Civ. 2^e, 25 mai 2004, n° 02-31.160 : JurisData n° 2004-024045.

Civ. 2^e, 16 mars 2004, n°02-30-334 : Bull. civ. 2004, II, n°124, JurisData n°2004-022842.

Civ. 2^e, 4 nov. 2003, n°02-30.319 : JurisData n°2003-020800 ; Bull. civ. 2003, II, n°332.

Civ. 2^e, 19 juin 2003, pourvoi n°00-22302.

Civ. 2^e, 10 juin 2003, n°01-20-452.

Civ. 1^{re}, 10 juillet 2002, Bull. civ. 2002, I, n° 190.

Civ., 15 nov. 2001, n°99-21-638.

Civ. 3^e, 5 février 1992, n°90-12-072, *Revue de droit rural*, 1992.

Civ. 2^e, 10 juin 1959, Bull. civ. 1959, II, n° 430.

Civ. 2^e, 28 octobre 1954, JCP 1955, II, 8765.

Civ., 21 novembre 1911, *Cie Générale Transatlantique c/Zbidi Hamida ben Mahmoud*, DP, 1913, 1.

- **Chambre sociale**

Soc., 9 février 2017, pourvoi n°07-44.498.

Soc., 25 novembre 2015, RG n°14-25444.

Soc., 25 novembre 2015, n°14-24-444.

Soc., 1^{er} février 2012, n°10-27.067.

Soc., 1^{er} février 2012, n°11-10.837.

Soc., 25 janvier 2012, n°10-19-966.

Soc., 14 décembre 2011, n°10-24.049.

Soc., 11 octobre 2011, n°09-68.272 : JurisData n°2011-02293 ; RTD 2012, p. 44, obs. M. VERICEL.

Soc., 30 novembre 2010, n°08-70-390.

Soc., 16 septembre 2009, n°08-42-212.

Soc., 2 avril 2009, n°08/3073, Légifrance.

Soc., 4 févr. 2009, n°07-44-948, FS P et B, *Counvil c/SA Cegelec Sud-Est* : JurisData n°2009-046869 et commentaire de P. POCHET, « Visite médicale à l'initiative du salarié non qualifié en visite de reprise », *La Semaine Juridique - Entreprise et Affaires*, n°19, 7 mai 2009, 1491.

Soc., 21 janvier 2009, n°07-41.935 : JurisData n°2009-043964 ; JCP S 2009, 1184.

Soc., 26 nov. 2008, RJS 2009, n°168.

Soc., 28 mai 2008, n°07-2008, 1506, note A. BARÈGE et B. BOSSU.

Soc., 21 mai 2008, RJS 2008, n°884.

Soc., 12 mars 2008, RJS 2008, n°535.

Soc., 6 février 2008, n°06-44-413, confirmé par Soc., 25 janvier 2012, n°10-36.137.

Soc., 9 janvier 2008, n°06-46-043.

Soc., 5 déc. 2007, n°06-43.980.

Soc., 19 sept. 2007, n°06-41.238, commentaire par P.-Y. VERKINDT : « Le salarié protégé victime d'un accident du travail bénéficie d'une double protection contre le licenciement », *La Semaine Juridique - Social*, n°50, 11 déc. 2007.

Soc., 20 septembre 2006, n°05-526.

Soc., 7 juin 2006, n° 04-44.878.

Soc., 28 février 2006 : RJS 2006, n°555.

Soc., 22 février 2005 : JurisData n°2005-027109 ; Bull. civ., 2005, V, n°60.

Soc., 1^{er} déc. 2005, RJS 2006, n°197.

Soc., 19 oct. 2005, 2 esp., RJS 2006, n°37.

Soc., 29 juin 2005, n°03-44.412 : Bull. civ. 2005, V, n°219 ; *Dr. soc.* 2005, p. 971, obs. J. SAVATIER.

Soc., 9 déc. 2003, n°02-47.579 : JurisData n°2003-021403.

Soc., 23 avril 2003 : *Dr. soc.* 2003, p. 807, note J. Savatier.

Soc., 2 avril 2003, n°00-21768, Bull., n°132, p.130, cas d'apparition d'une sclérose en plaques après une vaccination contre l'hépatite B.

Soc., 22 mai 2002 : Bull. civ. 2002, V, n°176 ; JCP G 2002, II, 10132, note D. CORRIGNAN-CARSIN ; JurisData n°2002-014462.

Soc., 11 avril 2002, n°00-16-535, Bull. civ., n°127.

Soc., 28 févr. 2002 : JCP E 2002, p. 643, note G. STREBELLE.

Soc., 28 février 2002, *Deschler contre Textar France R. Vatinet. Droit social* n°5, mai 2002. En marge des affaires de l'amiante, l'obligation de sécurité du salarié.

Soc., 28 février 2002, Bulletin civil n°81, JCP G 20021110053, conclusions Benmakhlouf ; Gazette du Palais, 5-7 mai 2002, jurisprudence, p. 599, conclusions Benmakhlouf ; *Droit social*, 2002.

Soc., 28 février 2002 : RJS 2002, n°618.

Soc., 10 janvier 2002, n°00-15.703.

Soc., 20 décembre 2001, Bull. civ. n°397.

Soc., 15 nov. 2001, n°99-21.638 : JurisData n°2001-011625 ; Bull.civ. 2001, V, n° 349.

Soc., 15 novembre 2001, n°99-21-638, CA Paris, 21 janvier 2009.

Soc., 30 nov. 2000, n° 99-10.085 : JurisData n° 2000-007260 ; Bull. civ. 2000, V, n° 158.

Soc., 9 mai 2000, Bull. civ. 2000, V, n°175.

Soc., 5 nov. 1999, n° 97-12.782, JurisData n°1999-003965.

Soc., 5 nov. 1999, JurisData n°1999-003965, *Revue de droit rural*, 2002, p. 358.

Soc., 9 mars 1999, n°96-41.734.

Soc., 4 févr. 1999, n°97-13-167.

Soc., 2 déc. 1999, n°97-22242, publié au Bulletin, 1999, V, n°468, p. 348.

Soc., 17 déc. 1998, *MADACI c/CPAM de Vienne*, *Dr. soc.* 1999, p. 158, note H. LEFFRAN,

Soc., 19 mai 1998 : RJS 1998, n°846.

Soc., 10 mars 1998 : Bull. civ. 1998, V, n°133 ; RJS 1998 n°447.

Soc., 12 nov. 1997, n° 94-40.912.

Soc., 12 nov. 1997 : RJS 1997, n°1997, n°1359.

Soc., 5 juin 1997, n° 95-20.728 : JurisData n° 1997-003070 ; TPS 1997, comm. 252.

Soc., 13 nov. 1996, JCP 1997, éd. E, II, 011, note J. Barthelemy; RJS 1996, n°1320.

Soc., 15 juin 1995, n°92-16.853.

Soc., 6 avril 1995, Bull. civ. n°313.

Soc., 13 octobre 1994, n°92-12-229.

Soc., 7 avril 1994, n°90-41-130.

Soc., 17 mars 1994, n° 91-12.862.

Soc., 12 mai 1993, n°89-40-6005.

Soc., 5 décembre 1991, n°89-15.724.

Soc., 14 nov. 1991, Bull. civ. 1991, V, n°492.

Soc., 13 mars 1991, n°87-43-793.

Soc., 25 janvier 1990, JurisData n°1990-700283, Bull. civ. 1990, V, n°33, 2^e arrêt.

Soc., 25 janvier 1990, n°85-15-512, Bull. civ. 1990, V, n°33, 1^{er} arrêt.

Soc., 25 janvier 1990, n°25-15.512, Bull. civ. 1990, V, n°33, 1^{er} arrêt.

Soc., 28 juin 1989, n° 86-18.907, publié au Bulletin, 1989, V, n°487.

Soc., 28 juin 1989, n° 87-13-448 : JurisData n°1989-702901 ; Bull. civ. 1989, V, n°484, RJS 1989, n°631.

Soc., 4 févr. 1987, JurisData n°1987-702037.

Soc., 4 déc. 1985, n°84-14.458.

Soc., 12 octobre 1983, Bull. civ. n°489.

Soc., 16 mars 1983, JurisData n°1983-700967, Bull. civ. 1983, V, n°162.

Soc., 31 mars 1981 : JurisData n°189-701195.

Soc., 27 févr. 1980, n°79-10-485, Bull. civ. 1980, V, n°69.

Soc., 4 oct. 1979, n°78-13.802, Bull. civ. 1979, n°1979, V, n°697.

Soc., 25 avril 1979, n°77-14-415.

Soc., 28 juin 1978, n°77-12.037.

Soc., 30 nov. 1977, n°76-13.468.

Soc., 5 mars 1977, n°76-10.967.

Soc., 27 janv. 1977, n°76-10-440.

Soc., 18 nov. 1976 : JurisData n° 1976-000596 ; Bull. civ. 1976, V, n° 596.

Soc., 10 nov. 1976, n°75-15-130.

Soc., 17 octobre 1974, n°73-14-767.

Soc., 3 mai 1974, n°73-12-789, Bull. civ. 1974, V, n°271.

Soc., 28 mars 1973, n°71-12-443, Bull. civ. 1973, V, n°117.

Soc., 10 nov. 1971, n°70-14-370.

Soc., 2 nov. 1971, n°70-91-624.

Soc., 22 avril 1971, n°69-14-646, Bull. civ. 1971, V, n°295, JCP G 1971, IV, 135.

Soc., 10 juin 1970, n° 69-10.337 : Bull. civ. 1970, V, n° 392.

Soc., 3 juin 1970, n°69-11-824.

Soc., 6 mai 1970, n°69-10-358.

Soc., 5 mai 1970, n°69-12-015.

Soc., 17 mars 1970, Bull. civ. n°205.

Soc., 7 juin 1968, n°67-10-628, Bull. civ. 1968, V, n°274.

Soc., 9 février 1968, n° 67-10-314, Bull. civ. 1968, V, n°93.

Soc., 12 mai 1966, Bull. IV, n°457.

Soc. 5 juillet 1965, n°64-12-648, Bull. civ. 1965, IV, n°538.

Soc., 12 mai 1964, Bull. civ. 1964, IV, n°415.

Soc., 17 janvier 1962, Bull. civ. n°73.

Soc., 5 octobre 1961, Bull. civ. n° 834.

Soc., 19 juillet 1960, Bull. civ. 1960, IV, n°789.

Soc., 29 oct. 1959 : JCP 1959, II,11370.

Soc., 18 juillet 1957.

Soc., 20 avril 1956, Bull. civ. 1956, IV, n°368.

Soc., 18 nov. 1954, Bull. civ. 1954, IV, n°729.

Soc., 8 mai 1952, Bull. civ. 1952, IV, n°386.

V. CONFÉRENCES, COLLOQUES

RYDER G,

- Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail 2015, discours, « Construire une culture de la prévention en matière de sécurité et santé au travail », 28 avril 2015, paru le 30 avril 2015 : www.ilo.org.

Colloque :

- « Vers un ordre juridictionnel social », *Dr. ouvrier*, n° 796, 2014.

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

accident · 7, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 78, 80, 82, 85, 87, 89, 90, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 127, 132, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 172, 173, 174, 175, 176, 182, 183, 184, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 209, 211, 212, 215, 219, 226, 227, 228, 230, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 246, 247, 249, 250, 252, 253, 258, 259, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 279, 280, 281, 283, 285, 286, 294, 299, 303, 317

accident du trajet · 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 105, 144, 317

accident du travail · 14, 15, 22, 25, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 75, 78, 80, 82, 85, 87, 90, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 132, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 157, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 172, 173, 174, 176, 182, 196, 209, 211, 215, 246, 249, 250, 258, 263, 264, 265, 269, 279, 280, 281, 285, 294, 299, 303, 317

agriculteur · 7, 9, 14, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 42, 43, 46, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 76, 77, 78, 80, 81, 85, 92, 105, 106, 107, 114, 116, 132, 133, 135, 140, 143, 145, 147, 155, 157, 160, 161, 164, 165, 167, 182, 183, 186, 187, 188, 190, 192, 195, 199, 201, 218, 219, 227, 228, 230, 232, 235, 237, 238, 239, 241, 242, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 252, 253, 254, 259, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 274, 279, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 317

agriculteur non salarié · 28, 30, 31, 68, 92, 182, 199, 244

agriculteur salarié · 28, 39, 165, 182, 239, 266, 267, 268, 269

assurance · 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 38, 51, 67, 68, 69, 70, 73, 79, 133, 134, 135, 144, 167, 169, 171, 172, 176, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 195, 200, 202, 204, 219, 223, 230, 231, 235, 238, 239, 240, 242, 243, 244, 246, 248, 249, 251, 253, 257, 268, 274, 276, 282, 285, 289, 292, 293, 299, 317

assurance obligatoire · 20, 21, 51, 67, 171, 172, 204, 253, 285, 317

B

barème · 22, 152, 153, 154, 156, 228, 229, 232, 233, 234, 250, 253, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 282

C

calcul · 22, 24, 31, 126, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 197, 198, 200, 201, 206, 207, 208, 211, 212, 216, 232, 243, 244, 245, 250, 265, 276, 278, 280, 284, 290

contentieux de la sécurité sociale · 59, 173, 174, 175, 296

D

déclaration d'accident · 108, 109, 111, 113, 114, 117, 118, 119, 124, 131

déclaration d'accident du travail · 108, 109, 111, 113, 114, 117, 118, 119, 124, 131

devoir d'information · 122

droit de retrait · 99, 102, 103, 104, 105, 296

E

élève de l'enseignement agricole · 43, 51

entraide · 9, 42, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 292, 295, 298

entraide entre agriculteurs · 78, 79, 292

F

faute inexcusable · 36, 37, 38, 39, 40, 41, 99, 121, 160, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 317
forestier · 16, 43, 47, 48, 49, 50

G

gratuité · 71, 75, 132, 136, 138, 139, 176

I

imputabilité · 33, 34, 35, 36, 37, 39, 171, 228
inaptitude · 94, 145, 156, 157, 158, 159, 163, 236, 237, 241, 242, 243, 244, 245, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 276, 279, 298
incapacité · 14, 18, 21, 30, 68, 106, 107, 121, 123, 143, 144, 145, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 163, 166, 169, 171, 172, 174, 236, 237, 239, 240, 242, 245, 247, 250, 252, 254, 259, 261, 263, 266, 268, 269, 279, 280, 282, 283, 285, 298
indemnités journalières · 21, 22, 24, 30, 31, 70, 107, 111, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 151, 157, 158, 172, 182, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 239, 250, 253, 265, 285, 291, 317
instruction · 107, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 193, 194, 294
invalidité · 8, 17, 18, 22, 28, 128, 129, 154, 156, 173, 207, 209, 214, 215, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 291, 292, 293, 294, 295, 299, 317

L

lieu de l'accident · 121

M

métayer · 42, 43, 53, 149

N

non-déclaration · 109, 110, 111, 118

O

obligation de résultat · 41, 99, 100, 164, 165, 271

P

présomption · 15, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 47, 48, 49, 50, 78
prévention · 22, 24, 25, 26, 27, 32, 35, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 109, 112, 113, 114, 115, 124, 128, 130, 165, 170, 295, 297, 308
protection · 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 53, 55, 58, 59, 67, 68, 71, 73, 77, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 102, 103, 110, 111, 113, 114, 115, 117, 122, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 139, 142, 143, 145, 153, 154, 158, 161, 162, 164, 166, 167, 169, 172, 173, 174, 176, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 192, 194, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 210, 213, 214, 215, 218, 219, 223, 225, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 239, 242, 243, 248, 253, 254, 255, 256, 259, 260, 270, 271, 274, 277, 280, 281, 283, 285, 286, 287, 288, 292, 293, 294, 299, 303, 317
protection maladie · 185
protection maladie universelle · 185

R

réadaptation · 107, 140, 142, 207, 209, 270
réciprocité · 74, 75, 76, 77, 79
reclassement · 107, 140, 142, 268, 269, 272, 296, 297
reconnaissance · 11, 12, 27, 31, 33, 34, 37, 46, 66, 103, 105, 106, 116, 119, 120, 121, 123, 153, 156, 160, 162, 163, 165, 166, 167, 172, 182, 230, 238, 239, 241, 250, 252, 259
rééducation · 107, 136, 140, 141, 142, 207, 209, 226
réparation · 27, 28, 31, 36, 37, 39, 78, 106, 107, 110, 132, 133, 135, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 151, 152, 153, 160, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 182, 183, 184, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 238, 242, 252, 253, 281, 286, 288, 291, 292, 298, 317
réparation en espèces · 107, 143
réparation en nature · 132

réparation intégrale · 106, 133, 144, 166, 168,
169, 170, 171, 172, 182, 184, 219, 221, 222, 227,
228, 229, 233, 238, 242, 253, 286, 288, 291, 292,
317

réserves · 117, 119, 120, 121

résidence principale · 59, 60, 61, 62

résidence secondaire · 60, 61, 62

risque · 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 22, 26, 27,
30, 36, 38, 41, 54, 59, 67, 68, 69, 70, 73, 79, 81,
84, 87, 88, 92, 94, 98, 101, 103, 104, 109, 114,
133, 140, 156, 161, 164, 165, 171, 172, 173, 176,

189, 195, 198, 199, 201, 217, 221, 239, 240, 242,
243, 246, 247, 248, 260, 285, 287, 289, 291, 292,
293

T

tierce personne · 30, 73, 160, 161, 170, 235, 241,
244, 245, 258

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION	7
PARTIE I.....	30
LE RISQUE ACCIDENT LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : LE RAYONNEMENT HYPOTHÉTIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE DE L'AGRICULTEUR.....	30
TITRE I	32
LES GRANDS PRINCIPES DE LA COUVERTURE DES ACCIDENTS PROFESSIONNELS ET LEUR APPLICATION EN AGRICULTURE.....	32
CHAPITRE I.....	33
LA DÉTERMINATION DE LA PRISE EN CHARGE DU SALARIÉ AGRICOLE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL.....	33
Section 1. Les principes régissant la prise en charge.....	33
Paragraphe 1. Le fondement de la reconnaissance	33
A. Les fondements possibles de la reconnaissance	33
B. Le fondement adopté : l'imputabilité	34
Paragraphe 2. Les conséquences de la reconnaissance.....	37
A. Les caractères de la reconnaissance.....	37
1) Le caractère automatique	37
2) Le caractère forfaitaire.....	38
B. Les dérogations à ces conséquences : la faute inexcusable de l'employeur	39
Section 2. L'identification de la qualité de salarié agricole	42
Paragraphe 1. Le salarié agricole, un lien de subordination à prouver	43
Paragraphe 2. Le forestier, une présomption de salariat.....	47
Paragraphe 3. L'élève de l'enseignement agricole, un salariat en partie justifié.....	51
Paragraphe 4. Le métayer, un salariat agricole imposé	53
Section 3. La détermination de l'accident du travail agricole	54
Paragraphe 1. La plasticité de la notion d'accident du travail	55
A. Le caractère soudain.....	55
B. L'existence d'une lésion.....	57
C. Le caractère professionnel.....	58
Paragraphe 2. Les accidents du trajet, une protection large du risque lié à l'activité	59
A. Les lieux concernés par le trajet	60
1) Le lieu de travail	60
2) La résidence principale	60
3) La résidence secondaire	61
4) Les lieux pour « raisons familiales ».....	62
5) Le lieu des repas.....	62
B. La détermination du trajet	63
C. Le trajet de travail normal	64
1) Le salarié en avance	64
2) Le salarié en retard.....	64

3) Le lien entre le trajet et le travail.....	65
4) L'interruption du trajet, le détour.....	65
CHAPITRE II.....	67
LA PRISE EN CHARGE DU NON-SALARIÉ AGRICOLE À LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL.....	67
Section 1. Une prise en charge assurantielle : de l'AAEXA à l'ATEXA.....	67
Section 2. L'entraide, une protection sociale contre les accidents du travail adaptée au monde agricole.....	71
Paragraphe 1. Le contrat d'entraide : la nécessité d'être agriculteur.....	72
Paragraphe 2. La gratuité du contrat d'entraide.....	75
Paragraphe 3. La réciprocité dans le contrat d'entraide.....	76
Paragraphe 4. Le régime juridique de l'entraide agricole, un régime dérogatoire au droit commun.....	78
CHAPITRE III.....	81
LA PRÉVENTION : UNE PROTECTION SOCIALE EN AMONT.....	81
Section 1. Une politique de prévention en rémission.....	81
Paragraphe 1. Les incitations à la prévention sur le plan international.....	82
Paragraphe 2. Le contenu de la politique de prévention européenne.....	83
Paragraphe 3. La politique nationale de prévention appliquée aux agriculteurs.....	85
Section 2. Une prévention sous forme de mosaïque.....	87
Paragraphe 1. Les impulsions de la prévention données par la Caisse centrale de MSA.....	88
Paragraphe 2. La prévention au travers des services des caisses de MSA.....	88
Paragraphe 3. Les institutions spécialisées dans le domaine de la prévention.....	89
Paragraphe 4. Les carences des acteurs de proximité.....	91
Paragraphe 5. Les lacunes actuelles des CHSCT.....	95
Paragraphe 6. La prévention par les parties du contrat de travail.....	99
A. La prévention des risques professionnels par l'employeur.....	99
1) L'obligation de résultat : grandeur et décadence.....	100
2) La prévention des risques par l'employeur : le règlement intérieur.....	101
B. La prévention des risques par le salarié : le droit de retrait.....	103
TITRE II.....	106
LA RÉPARATION.....	106
CHAPITRE I.....	107
LA RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE.....	107
Section 1. Une procédure protectrice pour les travailleurs.....	107
Paragraphe 1. Une instruction formaliste.....	107
A. Les délais et l'obligation de déclaration de l'accident.....	107
B. Les risques encourus par l'employeur en cas de non-déclaration.....	110
C. Les accidents du travail bénins.....	112
Paragraphe 2. Une procédure d'instruction compliquée et longue.....	116
A. Les éléments réformant la phase d'instruction.....	117
1) Le point de départ du délai d'instruction.....	117
2) Les possibilités de réserves formulées par l'employeur.....	119
B. Une instruction contradictoire.....	121
1) Les supports juridiques du principe du contradictoire.....	122

a) Un principe découlant de la CEDH	122
b) L'article 16 du Code de procédure civile.....	123
c) Le devoir d'information des parties incombant aux caisses de MSA	123
2) Le calcul du délai et la fréquence d'envoi de la lettre de consultation du dossier.....	125
a) Le fondement juridique.....	127
b) Le réalisme de son application.....	130
Section 2. La réparation en nature : une gratuité des soins remise en cause	132
Paragraphe 1. Les franchises d'un euro.....	133
Paragraphe 2. Les franchises médicales	135
Paragraphe 3. La participation aux frais de certains actes.....	138
Paragraphe 4. Le tiers payant généralisé ou la course vers la gratuité des soins	139
Section 3. La rééducation, la réadaptation professionnelle et le reclassement des victimes ...	140
Section 4. Les indemnités journalières, une réparation en espèces inégale	143
Paragraphe 1. La réparation de l'incapacité temporaire de travail pour les non-salariés agricoles	144
Paragraphe 2. La réparation de l'incapacité temporaire de travail pour les catégories d'agriculteurs autres que les non-salariés.....	145
CHAPITRE II	152
LA RÉPARATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE DE TRAVAIL.....	152
Section 1. La réparation de l'unique préjudice professionnel.....	153
Paragraphe 1. La procédure de reconnaissance, phase clé de la détermination de la rente	153
Paragraphe 2. Le calcul obscur de l'incapacité partielle permanente	156
A. La rente en capital	156
B. La rente viagère de la victime.....	157
1) La rente des non-salariés agricoles.....	157
2) La rente des salariés agricoles.....	159
Section 2. Les alternatives à la réparation forfaitaire	160
Paragraphe 1. Le recours à une tierce personne	160
Paragraphe 2. Les rentes d'ayants droit, une protection avérée.....	161
A. La rente d'orphelin	162
B. La rente des ascendants	162
C. La difficile application du calcul des rentes d'ayants droit	163
Paragraphe 3. La reconnaissance de faute inexcusable de l'employeur, une amélioration du principe de l'indemnisation forfaitaire	163
Paragraphe 4. Les solutions proposées	168
CHAPITRE III.....	173
LE CONTENTIEUX COMPLEXE DE LA PROTECTION SOCIALE	173
Section 1. Une complexité d'organisation du contentieux social	173
Section 2. Le difficile accès au juge	175
Section 3. Le discutabile fonctionnement des juridictions.....	178
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....	182
PARTIE II	183
LE RISQUE ACCIDENT NON LIÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : UNE PROTECTION SOCIALE ÉCORNÉE DE L'AGRICULTEUR	183

TITRE I	184
LA RÉPARATION DE L'ACCIDENT NON PROFESSIONNEL	184
CHAPITRE I.....	185
L'INDEMNISATION EN NATURE DU PRÉJUDICE.....	185
Section 1. La protection universelle maladie	185
Section 2. L'assurance complémentaire obligatoire en faveur des salariés agricoles.....	188
CHAPITRE II	195
L'INDEMNISATION EN ESPÈCES DU PRÉJUDICE, UNE COUVERTURE INÉGALITAIRE	195
Section 1. La complexité de la détermination des indemnités journalières au sein du régime agricole	196
Paragraphe 1. Une législation dépourvue de clarté	197
A. Les modalités différentes de prise en charge des accidentés agricoles	197
B. Des règles à géométrie variable au sein des autres régimes d'assurance maladie	200
Paragraphe 2. Les compléments de garantie hétéroclites des indemnités journalières	202
A. L'hégémonie de la couverture complémentaire.....	203
B. Des dispositifs majoritairement conventionnels	204
Section 2. La complexité de la gestion des indemnités journalières, préjudiciable aux victimes	205
Paragraphe 1. La mise en œuvre délicate de la réglementation	206
A. La complexité du calcul des indemnités journalières	206
B. Une gestion longue fragilisant la victime	212
Paragraphe 2. La volonté inaboutie d'optimiser le traitement des indemnités journalières.....	212
A. Une gestion incluant spécialisation et mutualisation préjudiciable à l'assuré	213
B. Un mouvement de dématérialisation inabouti	214
TITRE II.....	220
L'ÉMERGENCE D'UN STATUT AUTONOME DU DOMMAGE CORPOREL.....	220
CHAPITRE I.....	222
LA RÉCURRENTÉ CONTROVERSE DES SOURCES DU DOMMAGE CORPOREL.....	222
Section 1. La discussion sur les sources de la réparation du dommage corporel	223
Paragraphe 1. La conception classique fondée sur la responsabilité civile.....	223
A. La réparation du préjudice sur le fondement contractuel.....	224
B. Le dépassement consacré	224
Paragraphe 2. La pertinence de la mise en œuvre du dommage corporel.....	225
A. La certitude de la typologie des préjudices.....	225
1) La nécessité d'une typologie des préjudices	225
2) La nomenclature Dintilhac consacrée par l'avant-projet.....	226
3) La diversité des préjudices	226
B. La pertinence dans la mise en œuvre du dommage	227
1) Les incertitudes d'évaluation des préjudices.....	227
2) Les difficultés de la réparation.....	228
C. Le rôle de l'expertise.....	229
Section 2. Le droit de regard des caisses de MSA sur l'indemnisation de la victime	229
Paragraphe 1. La réforme du recours subrogatoire des tiers payeurs, une amélioration du sort de la victime.....	229
Paragraphe 2. La demande d'adoption d'un barème de capitalisation unique.....	232

CHAPITRE II	237
LES CONSÉQUENCES DE L'INVALIDITÉ POUR L'AGRICULTEUR VICTIME D'UN ACCIDENT NON PROFESSIONNEL	237
Section 1. Les imperfections de la prise en charge de l'invalidité, obstacle à une indemnisation intégrale par les caisses de MSA	238
Paragraphe 1. Les fondements limitatifs de l'invalidité	238
A. Les principes stricts de l'invalidité	238
1) L'invalidité : une assurance sociale	239
2) L'invalidité : une assurance sociale contributive	242
3) L'invalidité : une prise en charge personnelle.....	246
B. La finalité limitée de l'évaluation.....	247
1) Le revenu de remplacement, finalité première de l'invalidité.....	247
2) L'objet restrictif de l'assurance invalidité.....	250
Paragraphe 2. Les modalités contestables d'attributions de la pension d'invalidité.....	253
A. L'exclusivité du médecin-conseil dans la détermination de l'état d'invalidité.....	254
1) La constatation de l'invalidité : le monopole critiquable du médecin-conseil	254
2) Les caisses de MSA liées par les avis médicaux du médecin-conseil	255
3) Une solution à l'exclusivité du médecin-conseil dans le processus décisionnel	257
B. La discutable absence de barème en invalidité	259
1) L'absence d'un barème de référence en matière d'invalidité	259
2) L'existence inappropriée d'un barème de référence en matière d'invalidité.....	261
3) Les conditions d'attribution de la pension d'invalidité, non susceptibles d'interprétation.....	265
Section 2. L'articulation de l'invalidité avec les dispositifs dédiés à la santé et à l'emploi.....	266
Paragraphe 1. L'incapacité au travail de l'agriculteur	266
A. L'interférence de l'invalidité avec le contrat de travail	266
1) L'invalidité et l'incapacité, deux montages juridiques différents.....	267
2) L'invalidité et l'incapacité, deux types de conséquences juridiques différentes	268
B. Le formalisme protecteur résultant de la visite de reprise	269
1) Les conditions légales de la visite de reprise.....	270
2) Les conséquences protectrices de la visite de reprise.....	272
Paragraphe 2. L'invalidité et les autres programmes sociaux dédiés à l'emploi	274
A. Les litiges du cumul entre les indemnités de chômage et la pension d'invalidité.....	275
1) Les limites de cumul imposées par Pôle emploi	275
2) Les limites du cumul posées par les caisses de sécurité sociale	276
3) La perception des indemnités de chômage non assimilable à une reprise d'emploi.....	277
B. L'articulation de l'invalidité avec l'AAH et la retraite.....	281
1) L'interface avec l'allocation d'adulte handicapé	282
2) L'interface avec la retraite	283
CONCLUSION DE LA PARTIE II	285
CONCLUSION GÉNÉRALE	286
BIBLIOGRAPHIE	289
INDEX ALPHABÉTIQUE	313
TABLE DES MATIÈRES	316
RÉSUMÉ	Erreur ! Le signet n'est pas défini.
SUMMARY	322

RÉSUMÉ

Titre : La protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents

Résumé : L'étude de la protection sociale de l'agriculteur victime d'accidents fait le constat d'inégalités manifestes entre les victimes elles-mêmes et entre le régime des accidents du travail et celui du droit commun. Ces inégalités sont inhérentes à la qualité d'agriculteur ; qu'il soit salarié ou non, ce dernier ne bénéficie pas des mêmes droits. En outre, l'agriculteur blessé dans le cadre de son activité professionnelle n'aura qu'une réparation forfaitaire. Cette dernière tend à compenser la perte de revenu et l'incidence professionnelle de l'accident. L'indemnisation des préjudices personnels est exclue, sauf dans l'hypothèse d'une faute inexcusable de l'employeur. Quant aux victimes d'accidents de droit commun, leur protection sociale n'est optimisée que si elles possèdent une complémentaire prévoyance qui va parfaire les remboursements en espèces et en nature du régime agricole. En dehors de la prise en charge du régime légal de base, la réparation des accidents de droit commun tend à être intégrale. Afin que toutes les victimes d'accidents soient traitées de manière égale par le droit et qu'une réparation de tous leurs préjudices puisse être réalisée, nous préconisons des solutions pour tenter de faire disparaître les inégalités entre les agriculteurs victimes d'accidents.

Mots clés : Protection sociale - agriculteurs - salariés agricoles - non-salariés agricoles - accident du travail - accident du trajet - réparation forfaitaire - faute inexcusable - revenu de remplacement - rente accident du travail - inégalités des victimes - accident de droit commun - indemnités journalières - invalidité - indemnisation - assurance obligatoire accident - prélèvement sur revenus - prélèvement sur salaires - généralisation réparation intégrale.

SUMMARY

Title : The social welfare of the farmer victim of accidents

Summary : The study of the social welfare of the farmer victim of accidents reveals the existence of disparities between the victims themselves and between the industrial accidents and the common law. These disparities are inherent to farmer's quality; whether he is employed or not, the latter does not benefit from the same rights. In addition, the injured farmer in the course of his professional activity will have only a fixed compensation. The latter tends to compensate the loss of income and the professional incidence of the accident. Compensation for personal injury is excluded except in the hypothesis of unforgivable misconduct of the employer. As for the victims of accidents of common law, their social welfare is only optimized if they possess a top up insurance plan that will complete repayments in cash and in kind of the agricultural system. Except the coverage of the basic legal system, the compensation of accidents of common law tends to be complete. In order to ensure that all accident victims are treated with equal manner by law and that compensation for all their injuries can be achieved, we recommend solutions so that the disparities between the farmers victims of accidents can disappear.

Keywords : Social protection - farmers - agricultural employees - non agricultural employees - accident at work - road accident - unforgivable fault - income benefit - work accident pension - disparities of victims - common-law accident - daily allowances - incapacity - compensation - compulsory insurance accident - income deduction - wage deduction - generalisation full compensation.