

Allocation Temporaire d'Invalidité - ATI

Dr Jacques Weber, 02/02/2012

Allocation Temporaire d'Invalidité - ATI

- **Définitions**
- **Notion de consolidation**
- **Notion d'aggravation**
- **Rédaction du rapport**

Définition de l'ATI

- Allocation Temporaire d'Invalidité.
- L'ATI est une prestation attribuée à un fonctionnaire qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, présente des infirmités permanentes lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions.

Il ne s'agit donc :

Ni d'une Guérison avec retour à l'état antérieur

Ni d'une Guérison avec possibilité de rechute

Mais bien d'une :

CONSOLIDATION avec SEQUELLES donnant lieu à une indemnisation ATI et nécessitant un Dossier Médical et Administratif

L'allocation temporaire d'invalidité a été créée en 1959 pour la "couverture" accident de travail des agents de l'État.

En 1961, cet avantage a été étendu facultativement aux agents des collectivités locales pour lesquels il est devenu obligatoire en 1969.

L'ATIACL, régie par le [décret n°2005-442 du 02 mai 2005](#)

(abrogeant le décret 63-1346 du 24 décembre 1963 modifié) est une prestation attribuée à un fonctionnaire territorial ou hospitalier qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, présente des infirmités permanentes lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions.

Elle vise essentiellement à indemniser l'invalidité résiduelle de l'accident de service ou de la maladie professionnelle et non la diminution de rémunération consécutive à la réduction de capacité de travail.

En effet, l'agent qui en bénéficie continue à percevoir son traitement d'activité.

NB : Il ne faut pas confondre l'ATI avec l'allocation d'invalidité temporaire (AIT) servie par le régime général de Sécurité Sociale à tout agent local au titre d'une invalidité non imputable au service.

Abréviations (à ne pas confondre)

- **ATI** = Allocation Temporaire d'Invalidité
 - Qui correspond à l'existence d'une:
- **IPP** = Invalidité Permanente Partielle
- **ITT** = Incapacité Temporaire Totale
ou Incapacité Temporaire de Travail
 - Qui correspond en général à l'Arret de travail

Interaction de l'ensemble des acteurs

Agent

Transmission :

- Certificat médical initial
- Déclaration d'accident
- Certificat médical final de consolidation
- Demande d'ATI (si séquelles)
- Avant la séance de la CDR :
 - Consultation de son dossier et possibilité de faire des observations
- Réception de la décision de la CDC : possibilité de recours si désaccord.

Employeur

Saisie de la CDR pour avis sur l'imputabilité au service

Si avis de la CDR favorable :

Versement des émoluments et prise en charge des frais médicaux

si demande d'ATI :

Choix d'un médecin agréé à fins d'examen => Rédaction d'un rapport

Saisie de la CDR pour avis (accord, complément, contre expertise...)

Réception du Procès-verbal original de la CDR

Transmission du dossier complet à la Caisse des dépôts

Interaction de l'ensemble des acteurs

(suite)

Commission de réforme

Avis sur l'imputabilité au service

Avis sur séquelles et taux d'IPP

Avis sur taux et nature des séquelles

Procès-verbal de séance

CNRACL

Étudie les droits

- Prend une décision d'octroi ou de rejet d'ATI
- Paiement de l'ATI si octroi
- Instruction du dossier si recours gracieux

L'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux personnels garantis n'étant pas systématique, l'agent doit en faire la demande de façon expresse. Pour introduire valablement cette demande, **un délai doit être respecté** sous peine de forclusion.

L'agent doit donc normalement établir cette demande par écrit auprès de sa collectivité (qui doit en accuser réception) dans le délai d'un an qui court :

- à compter de la date de reprise des fonctions si cette reprise a eu lieu après consolidation des infirmités ;
- à compter de la date de consolidation de ses séquelles dès lors que la consolidation est postérieure à la reprise des fonctions.

Dans certains cas, le délai court à partir de la date de la constatation officielle de la consolidation.

Ce délai d'un an est impératif. La forclusion fait perdre définitivement à l'agent tout droit à une allocation temporaire d'invalidité pour les séquelles de son accident.

Notion de consolidation

- **Premier notion de consolidation:** loi du 5 Juillet 1985 (loi Badinter)
- **Utilisation fréquente** en pratique médico-légale courante, d'évaluation du dommage
- **Définition** (Médecine du travail):

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

- **Pour la plupart des blessures, la définition de la consolidation ne soulève pas de difficulté.**
- **La date de consolidation correspond à la date de stabilisation des lésions, et suppose par ailleurs, pour les lésions les plus bénignes, que le travail ait été repris, et que tout traitement soit achevé.**
- **Cependant, la consolidation doit être repoussée :**

Si un traitement est prescrit : En effet, il est habituel que l'on en attende une amélioration, et il ne serait donc pas raisonnable de procéder à la consolidation qui suppose que l'état ne puisse plus se modifier.

De même si la reprise du travail est intervenue, mais qu'une *modification notoire est possible*, il ne faudra pas consolider « à la reprise du travail »

- **C'est l'état fonctionnel qui doit être considéré comme stabilisé, c'est-à-dire que le taux de l'incapacité permanente, notamment, doit pouvoir être fixé et *il ne doit plus être attendu d'amélioration.***

Si une amélioration est attendue, que ce soit du fait d'une évolution spontanée ou d'un traitement, **la consolidation doit être retardée.**

Par contre lorsqu'une aggravation est redoutée, ceci n'est pas un obstacle à la consolidation, sous réserve que cette aggravation ne soit pas attendue à très bref délai. En effet, le blessé pourra engager une action en aggravation, pour obtenir la réparation d'un préjudice nouveau, distinct de celui qui a déjà été indemnisé.

EN CONCLUSION :

On peut envisager une définition, par l'usage, de la consolidation :

La consolidation c'est "le moment où l'ensemble des chefs de préjudice peut être fixé..."

MAIS N'OUBLIEZ PAS :

La date de consolidation peut être :

AVANT la reprise du travail, (rare mais justifié par des soins de conservation empêchant la reprise ou tout autre motif y compris une prise de congés....)

AU MOMENT, de la reprise du travail (fréquent mais non obligatoire)

APRES la reprise du travail (pour « coller » à la réalité médicale)

Notion d'aggravation

- Pour que l'aggravation puisse être prise en compte et
- évaluée, pour au final être indemnisée, il convient que
- le **lien de causalité** soit établi
- Ceci est une démarche médicale habituelle comportant:
- **Un diagnostic positif** (reconnaissance d'une affection)
- **Un diagnostic différentiel** (élimination d'autres possibilités)
- **Un diagnostic étiologique** (reconnaissance des causes de l'affection identifiée)

Par exemple : aggravation de l'état d'une épaule chez un blessé médullaire

De nombreuses causes peuvent intervenir et de façon caricaturale on peut résumer la situation en disant:

D'une part que la pathologie dégénérative de l'épaule n'est pas l'apanage du blessé médullaire, et qu'elle se rencontre chez des patients qui n'ont pas ce type de pathologie

D'autre part que la surcharge fonctionnelle de l'épaule liée notamment à l'usage du fauteuil roulant, aux transferts et aux posturages, génère une augmentation de fréquence importante de ce type de pathologie.

Ce sera au médecin de voir quel est le rôle causal de cette surcharge fonctionnelle de l'épaule dans la survenue de la pathologie présentée.

NOTEZ BIEN

qu'une aggravation sera une affection non prévisible lors de l'expertise initiale et devra être d'ampleur suffisante pour justifier une révision

Toute décision de la Caisse des dépôts et consignations prise dans le cadre de l'ATIACL peut faire l'objet d'un **recours par l'agent**.

Plusieurs hypothèses peuvent alors se présenter :

- **L'agent apporte des éléments nouveaux qui justifient un réexamen du dossier. A l'issue du réexamen du dossier,**
 - **soit l'ATIACL révisé sa position,**
 - **soit la position initiale est maintenue ; le rejet est donc confirmé.**
- **L'agent demande une révision de ses droits, sans apporter aucun élément nouveau : La position initiale est maintenue soit :**
 - **par une décision explicite du rejet (confirmation du rejet par écrit),**
 - **par une décision implicite du rejet, (le silence gardé par l'administration pendant 4 mois vaut en effet rejet).**
- **A la suite d'un recours gracieux qui n'a pas abouti, l'agent a de nouveau 2 mois pour intenter un recours contentieux. Pour que ce dernier soit recevable, le recours gracieux doit alors avoir été établi dans les 2 mois suivant la décision initiale de la Caisse des dépôts contestée.**

Révisions

- Nouvel Accident
- Quinquennale
- Sur demande
- Radiation des cadres
- Suite à erreur

Révision nouvel accident

- Lorsqu'un agent, déjà bénéficiaire d'une allocation temporaire d'invalidité, dépose une nouvelle demande au titre d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie professionnelle, la procédure est identique à celle qui a déjà été décrite . Cette demande entraîne automatiquement la *révision du taux des infirmités déjà indemnisées par une allocation*, au jour de la consolidation du dernier accident ou de la nouvelle maladie professionnelle.
- A l'issue de cette nouvelle procédure, la Caisse des dépôts et consignations envoie à l'agent un nouveau certificat d'attribution ou une décision de rejet.
- Il convient de rappeler que dans le cas où le nouvel accident ou la nouvelle maladie professionnelle n'entraîne pas d'IPP, la collectivité ne doit pas adresser de dossier à la Caisse des dépôts et consignations.

Révision quinquennale

- L'allocation est qualifiée de temporaire car elle est accordée pour une durée de cinq ans et fait l'objet, à l'expiration de cette période, d'une révision obligatoire qui est diligentée par la Caisse des dépôts et consignations. La Caisse des dépôts et consignations, quatre mois avant l'échéance quinquennale, demande à la collectivité d'engager une procédure médicale.
- L'agent en est également avisé.

Après une révision quinquennale, l'agent peut demander une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité mais **au plus tôt cinq ans** après la révision précédente.

Révision sur demande

- Les demandes de révision sont recevables jusqu'à la date de radiation des cadres.
- La collectivité qui reçoit la demande de révision doit engager une procédure identique à celle de la révision quinquennale.
- La Caisse des dépôts et consignations procède à la régularisation de la situation de l'agent, la nouvelle allocation étant attribuée à compter de la date du dépôt de la demande de révision et de nouveau "sans limitation de durée".

Révision à la radiation des cadres

- **A la date de radiation des cadres, le taux d'IPP est fixé définitivement. L'allocation temporaire d'invalidité ne peut plus faire l'objet de quelque révision que ce soit, même si une aggravation intervient postérieurement à cette date.**
- **La collectivité doit envoyer, le plus rapidement possible au service de l'ATIACL, un arrêté ou décision précisant le motif et la date d'effet de la radiation des cadres.**
- **Deux cas sont à envisager :**

- **1 - Invalidité résultant d'une aggravation des séquelles ouvrant droit à une allocation temporaire d'invalidité**

- [Décret 442 du 02/05/2005](#)
[Art. 12](#)

- L'allocation est annulée et remplacée, à compter de la radiation des cadres, par la **rente d'invalidité** prévue par l'article 37 du décret 1306 du 26/12/2003 et servie par la CNRACL.

-

- **2 - Radiation pour tout autre motif**

- [Décret 442 du 02/05/2005](#)
[Art. 11](#)

- Le législateur a prévu une révision obligatoire du taux d'IPP avant la radiation des cadres MAIS :

- si cette révision a eu lieu sous forme de révision quinquennale, le taux déterminé est alors fixé définitivement.

- si cette révision n'a pas eu lieu (allocation temporaire d'invalidité concédée depuis moins de cinq ans), l'agent doit être soumis à un examen médical évaluant le taux d'IPP à la date de radiation des cadres :

Enfin L'allocation temporaire d'invalidité est soumise en matière de contentieux aux règles applicables à la CNRACL. Conformément à la réglementation de cette institution, la situation d'un agent peut être revue sur sa demande ou à l'initiative de la Caisse des dépôts et consignations :

- à tout moment en cas d'erreur matérielle ;
- dans un délai d'un an à compter de la notification de la décision de concession initiale, en cas d'erreur de droit.

Rédaction du Rapport d'Allocation Temporaire d'Invalidité - ATI

- **Premier accident ou maladie professionnelle**
- **Révision nouvel accident**
- **Révision quinquennale**
- **Révision radiation des cadres**
- **Révision sur demande de l'agent**

Accidents successifs

Dans le cas d'un nouvel accident il faut réévaluer les taux d'invalidité permanente partielle de chacune des séquelles à la date de consolidation du dernier accident.

Dans le cas d'accidents successifs, réévaluer, à chaque nouvelle date de consolidation, les taux des accidents antérieurs et des maladies professionnelles antérieures.

Révisions

Décrire les séquelles et évaluer les taux d'invalidité permanente partielle à la date de révision quinquennale ou de radiation de cadres, conformément aux indications énoncées ci-dessus.

Maladies professionnelles

Maladie d'origine professionnelle visée à l'article L461.2 du code de la sécurité sociale :

Si le malade remplit toutes les conditions professionnelles, administratives et médicales inscrites à l'un des tableaux prévu à l'article R461-3 du code de la sécurité sociale (livre IV).

Dans ce cas, la maladie est présumée d'origine professionnelle.

Préciser le numéro du tableau et le libellé de la maladie professionnelle telle qu'elle est désignée dans le tableau.

Si la maladie est inscrite dans un des tableaux visés ci-dessus, ***mais au moins une des conditions administratives et (ou) professionnelles ne sont pas remplies*** :

- préciser le numéro du tableau et le libellé de la maladie professionnelle ;
- la maladie doit être directement causée par le travail habituel de l'agent : ***Établir ce lien***

La maladie peut être reconnue d'origine professionnelle même si elle n'est pas répertoriée dans un des tableaux de la sécurité sociale.

Dans ce cas, la maladie doit être essentiellement et directement causée par le travail habituel de l'agent :

Établir ce lien.

En matière d'allocation temporaire d'invalidité, il est indispensable de se référer :

Pour la détermination du taux d'invalidité permanente partielle : au **barème indicatif d'invalidité annexé au Code des Pensions civiles et militaires de retraite** pour un accident de service ou une maladie professionnelle (Décret 2001-99 du 31 janvier 2001, J.O. du 4 février 2001).

Pour la reconnaissance des maladies professionnelles : au Code de la Sécurité Sociale (Tableaux visés à l'article R.461-3, Livre IV).

L'invalidité, pour un fonctionnaire, correspond à un déficit fonctionnel, il ne devra, cependant, jamais être tenu compte, pour établir le taux d'invalidité applicable, de l'influence de certains facteurs, tels que l'âge du fonctionnaire, la nature de son emploi, la durée de ses services, etc...

Les Raisons d'une bonne rédaction des rapports

Motifs des Contre-visites médicales

Bilan 2005

Le service ATIACL est certifié ISO 9001 version 2000.

Un suivi des motifs de contre-visites est mis en place depuis octobre 2001.

Les contre-visites sont ordonnées à

57 % au regard d'un **écart insuffisamment argumenté** entre taux d'IPP proposé et barème d'invalidité en vigueur,

12% au regard de **rapports médicaux contradictoires**

12% **absence d'avis sur le lien** séquelles - évènement.

11% **éléments de la CDR différent des éléments du Rapport Médical**

1% **Rapport Médical succinct**

1% **État Antérieur**

1% **Consolidation**

5% **Autre**

MISSION du MEDECIN :

Établir le lien direct et certain entre le fait accidentel et les séquelles.

Décrire et chiffrer séparément chacune des séquelles de chaque accident.

Fixer le taux d'invalidité permanente partielle à la date de consolidation de l'ensemble des séquelles.

Rapporter les États préexistants à l'évènement reconnu imputable

Un état préexistant n'est pas forcément invalidant par rapport à l'affection pour laquelle l'agent formule une demande d'indemnisation.

Aussi, avant de caractériser un état préexistant et de le retenir sans le calcul du taux, il convient d'indiquer s'il existe un rapport d'aggravation entre les séquelles présentées et l'affection antérieure et de préciser la nature du lien d'aggravation.

En conséquence, il convient de se poser les questions suivantes :

Les séquelles directement imputables sont-elles indépendantes de l'affection antérieure ?

Si tel n'est pas le cas :

Ces infirmités atteignent-elles le même membre ou le même organe et altèrent-elles la même fonction (ce qui correspond à un *lien fonctionnel d'aggravation*) ?

Si oui : préciser le taux intrinsèque d'aggravation et le taux initial de l'état antérieur ;

En l'absence de lien fonctionnel d'aggravation, existe-t-il une *relation médicale d'aggravation* ?

- Si tel est le cas, cette aggravation est-elle médicalement séparable de l'affection initiale ?
- Si oui : préciser le taux intrinsèque d'aggravation et le taux initial de l'état antérieur ;
- Si non : chiffrer le taux global d'invalidité et estimer le taux initial de l'infirmité préexistante.

Le calcul du taux d'invalidité permanente partielle opéré par les services de l'ATIACL sera fonction des réponses apportées aux questions ayant trait aux états pathologiques préexistants (page8).

MODELE DE RAPPORT

I Je soussigné(e), Docteur :
généraliste, spécialiste en _____, agréé(e), expert près des tribunaux (1).

Certifie avoir examiné le :

• M., Mme, Mlle (1) :

Et avoir procédé aux constatations suivantes, conformément au barème indicatif d'invalidité.

II Commémoratifs de chaque accident ou maladie d'origine professionnelle (Examen des pièces fournies) :

III Doléances :

IV États préexistants non imputables au service, présentant un lien médical ou fonctionnel avec la ou les séquelles du ou des accidents ou maladies en cause.
Descriptif (compléter également la page 8) :

V Examens et constatations médicales pour chaque accident ou maladie d'origine professionnelle en indiquant le numéro du tableau.
Descriptif des séquelles avec libellés conformes au barème en vigueur :

VI Discussion :

Établir le lien entre l'événement et les séquelles.

VII CONCLUSIONS

VIII Évaluation et caractère invalidant des états préexistants décrits en page 4.

Je soussigné(e), Docteur:
généraliste, spécialiste en

agréé(e), expert près des

tribunaux 1).

Certifie avoir examiné le :

♦ M., Mme, Mlle (1) :

Et avoir procédé aux constatations suivantes, conformément au barème indicatif d'invalidité (voir notice ci-jointe).

I Commémoratifs de chaque accident ou maladie d'origine professionnelle (Examen des pièces fournies) :

(1) Rayer les mentions inutiles

Doléances :

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their grievances or complaints.

Etats préexistants non imputables au service, présentant un lien médical ou fonctionnel avec la ou les séquelles du ou des accidents ou maladies en cause.

Descriptif (compléter également la page 8) :

Examens et constatations médicales pour chaque accident ou maladie d'origine professionnelle en indiquant le numéro du tableau.

Descriptif des séquelles avec libellés conformes au barème en vigueur :

Discussion :

Etablir le lien entre l'événement et les séquelles.

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the lower two-thirds of the page. It is intended for the user to write their discussion on the link between an event and its consequences.

CONCLUSIONS

Aptitude à l'exercice de ses fonctions actuelles :

<input type="checkbox"/>	OUI
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----

Dans l'hypothèse d'une inaptitude, l'agent peut-il reprendre sur un poste aménagé ?

<input type="checkbox"/>	OUI
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----

L'agent présente-t-il, à la date de consolidation une pathologie indépendante des séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ?

<input type="checkbox"/>	OUI
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----

Dans l'affirmative, l'agent aurait-il pu reprendre l'exercice de ses fonctions s'il n'avait présenté que les seules séquelles de l'accident ou de la maladie d'origine professionnelle ?

<input type="checkbox"/>	OUI
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----

Dans le cas de séquelles multiples en rapport avec l'accident ou la maladie d'origine professionnelle, veuillez préciser s'il s'agit de :

De séquelles distinctes simultanées

<input type="checkbox"/>	OUI
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----

D'une lésion unique à l'origine de troubles multiples

<input type="checkbox"/>	OUI
--------------------------	-----

<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----

Date de l'accident ou MP	SiMP numéro du tableau	Libellé des séquelles	Lien		Taux d'IPP de l'infirmité préexistante (2)	Taux d'IPP imputable accident ou MP	Taux d'IPP global, si état antérieur non médicalement séparable	Date de consolidation (3)
			Avec l'infirmité préexistante (1) et (2)	Direct et certain avec l'accident ou MP (1)				

(1): Répondre par « OUI » ou par « NON »

(2): Pour chaque infirmité présentant un état préexistant, il convient de compléter la page 8

(3): Rappel : dans le cas d'accidents successifs, réévaluer le taux des accidents antérieurs à la date de consolidation du dernier accident

A....., Le.....

Signature et cachet du médecin « obligatoire »

Evaluation et caractère invalidant des états préexistants décrits en page 4.

1. Les séquelles directement imputables sont-elles indépendantes de l'affection antérieure

	OUI
--	-----

Ne pas remplir les parties 2 et 3

	NON
--	-----

Remplir la partie 2 ou 3

2. Les infirmités atteignent le même membre ou le même organe et altèrent la même fonction ? existe un lien fonctionnel d'aggravation.

• Préciser le taux intrinsèque d'aggravation :
et

	%
--	---

• Le taux initial de l'état antérieur :

	%
--	---

3. En l'absence de lien fonctionnel d'aggravation, il existe une relation médicale d'aggravation :
* Celle-ci est-elle médicalement séparable de l'affection initiale ?

Si « Oui » :

Préciser le taux intrinsèque d'aggravation :

et

Le taux initial de l'état antérieur :

	%
--	---

	%
--	---

Si « Non » :

Chiffrer le taux global d'invalidité :

et

Estimer le taux initial de l'infirmité préexistante :

	%
--	---

	%
--	---

Nota:

◆ Le taux intrinsèque ou le taux global est à chiffrer à la date de consolidation. Le taux initial de l'infirmité préexistante est à évaluer à la veille de l'accident de service ou de la constatation de la maladie d'origine professionnelle.

Pour la révision quinquennale, les taux sont à fixer à la date de la révision.

Signature et cachet du médecin « obligatoires »
--

EVALUATION DES INCAPACITES

- Trois cas pratiques

EVALUATION DES INCAPACITES

Cas pratique 1

L'agent a été victime d'un accident de service.

Cet accident a provoqué 3 infirmités consolidées :

Rotule genou gauche : 6%

Cheville gauche : 3%

Cheville droite : 1%

L'agent qui a repris ses fonctions demande une allocation temporaire d'invalidité.

CALCUL DU TAUX D'IPP A RETENIR :

Cas pratique 2

L'agent a été victime d'un accident imputable de service.

Le médecin, rhumatologue, précise les séquelles actuelles : immobilisation douloureuse de la région lombaire révélant un antérieur latent et méconnu. Il propose un taux d'IPP de 10% et mentionne un état préexistant qu'il évalue à 3%.

CALCUL DU TAUX D'IPP

Le médecin précise, dans un complément médical, que cet état préexistant est caractérisé par un spondylolisthésis de L5 sur S1 d'origine congénitale, qu'il y a une relation médicale d'aggravation, l'aggravation n'étant pas médicalement séparable.

Quel taux d'IPP à retenir pour l'ATI:

Cas pratique 3

Agent titularisé en avril 1974.

Apparition d'une coxarthrose bilatérale : 1987, avec prothèse totale de hanche droite.

Accident de trajet le 21 juin 1994 → remplacement de la prothèse droite.

Evaluation de l'IPP pour le droit d'allocation temporaire d'invalidité.

Séquelles de l'accident : 20%, liées au remplacement de la prothèse droite.

Etat antérieur : 10%

Taux global d'IPP : 30%.

Consolidé, l'agent reprend ses fonctions.

CALCUL : taux d'IPP à retenir par l'ATIACL ?

En 2002, l'agent demande une retraite pour invalidité avec rente d'invalidité, les séquelles imputables étant aggravées.

**Evaluation de l'IPP à retenir pour déterminer le droit à rente d'invalidité.
Rapport AF3 fait pour la CNRACL.**

Le médecin indique qu'une prothèse totale de hanche gauche a été mise en place en 1999, l'évolution arthrosique ayant été accélérée du fait des sollicitations imposées par la prothèse droite mal supportée.

Le médecin précise que l'agent souffre d'une décompensation arthrosique lombaire basse du fait de la boiterie et du trouble statique du bassin, responsable de lombalgies avec radiculite droite, imputable au bénéfice du doute de l'accident de 1994.

Il fixe un taux de 15% pour les lombalgies dont 5% d'état antérieur.

L'inaptitude est liée aux séquelles de l'accident du service. Les deux prothèses ont donné un mauvais résultat fonctionnel, notamment musculaire.

Il chiffre un état antérieur pour la hanche gauche à 10%. AS aggravant l'état antérieur : 20%.

CALCUL : taux d'IPP à retenir pour la CNRACAL pour l'attribution de la rente ?

CNRACL : Calcul du taux global d'invalidité

Evaluation et caractère invalidant des états préexistants décrits :

Les affections à l'origine de l'inaptitude sont-elles indépendantes l'affection antérieure à la date de titularisation ?

<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON

Oui, pas d'état préexistant pris en compte pour le calcul du taux CE. Mme Gaudet 30-0384req.43199 CAA Lyon Mme Cuidicelli 13-06-89

Si NON :

Existe-t-U un rapport d'aggravation entre les séquelles présentées et l'affection antérieure ?

Barème indicatif d'invalidité annexé au CPCMR D68-756 du 13-08-68 mis à jour D2001-99 du 31-01-01- chapitre préliminaire II-B-I"

<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON

Les infirmités atteignent-elles le même membre ou le même organe et altèrent-elles la même fonction (lien fonctionnel d'aggravation) ?

<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON

Les 2 infirmités atteignent le même membre ou organe et altèrent la même fonction CE 29-01-92 Desmyter acontrario

Lésion préexistante altère déjà la fonction. Ex. : une fracture du tibia droit aggrave de 30% une entorse de la cheville droite de 10%. Taux: $90 \times 30 = 27\%$ CE09-06-72 Barrault CE21-12-79 Robin

Si OUI :

Préciser le taux intrinsèque d'aggravation et le taux initial de l'état antérieur

<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	%

(signature du médecin) fonctionnel d'aggravation, existe-t-il une relation médicale d'aggravation ?

<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON

Cette aggravation est-elle médicalement séparable de l'affection initiale ?

<input type="checkbox"/>	OUI
<input type="checkbox"/>	NON

Les 2 infirmités contribuent à la même manifestation invalidante ou apparition d'une nouvelle infirmité à l'occasion d'un nouvel accident imputable (ex. un traumatisme lombaire vient aggraver à hauteur de 30% une arthrose préexistante de 10% taux = 30%). CAA Lyon 13-06-89 Cuidicelli

Si oui :

Préciser le taux intrinsèque d'aggravation et le taux initial de l'état antérieur

<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	%

Si non :

Chiffrer le taux global d'invalidité
Estimer le taux initial de l'infirmité préexistante

<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	%

*Seul le taux global d'IPP s'avère mesurable (40%), l'état préexistant étant estimé a posteriori (10%).
 $Tx = A/V = 30/90 = 33,33\%$
CAA Lyon 13-06-89 Guidicelli CE 20-07-90
Resve req 67-280*

Signature du médecin

Nota : Le taux intrinsèque ou le taux global est à chiffrer à la date du dernier jour valable pour la retraite Le taux initial de l'infirmité préexistante est à évaluer à la date d'entrée dans le régime (stage ou titularisation)

EVALUATION ET CARACTERE INVALIDANT DES ETATS PREEXISTANTS DECRITS PAGE 4

1 – Les séquelles directement imputables sont-elles indépendantes de l'affection antérieure ?

OUI (ne pas remplir les parties 2 et 3) *EA indifférent*
NON (remplir la partie 2 ou 3)

2 – Les infirmités atteignent le même membre ou le même organe et altèrent la même fonction. Il existe un lien fonctionnel d'aggravation.

Préciser le taux intrinsèque d'aggravation → = X % aggravation
Et
Le taux initial de l'état antérieur → $\rightarrow 100 - EA = Y$
Calcul = X % de Y

3 – En l'absence de lien fonctionnel d'aggravation, il existe une relation médicale d'aggravation. Celle-ci est –elle médicalement séparable de l'affection initiale ?

Si OUI, SEPARABLE

Préciser le taux intrinsèque d'aggravation
Et
Le taux initial de l'état antérieur
Calcul = 10% de 97 soit 9,7%

NON SEPARABLE → TAUX GLOBAL

Si NON,
Chiffrer le taux global d'invalidité
Estimer le taux initial de l'infirmité préexistante
Calcul : 10 – 3 = 7%

Nota : Le taux intrinsèque ou le taux global est à chiffrer à la date de consolidation.

Le taux initial de l'infirmité préexistante est à évaluer à la veille de l'accident de service ou de la constatation de la maladie professionnelle.