



incapacité permanente

Par lutin

Bonjour,

Je rencontre un litige avec un organisme de la branche bâtiment sur une rente liée à un accident du travail.

Voici les faits principaux :

Accident du travail en avril 2007.

Consolidation et notification d'une incapacité permanente à 30?% par la CPAM en mai 2010.

J'étais ouvrier du bâtiment, et mon entreprise cotisait à la couverture obligatoire instituée par l'avenant n°45 de la convention collective du BTP à partir du 1er janvier 2010.

Je note que j'ai été licencié un an après cette notification pour inaptitude.

Depuis la consolidation, la CPAM verse ma rente d'incapacité sans difficultés.

L'organisme responsable refuse toutefois de verser la rente liée à cette incapacité, sous prétexte que le fait générateur remonterait à la date de l'accident initial en 2007, et non à celle de la consolidation en 2010.

J'ai toujours fourni tous les justificatifs, notamment la notification CPAM, les preuves d'affiliation et de cotisation.

J'ai agi de bonne foi tout au long : remboursement d'un trop-perçu, démarches répétées par écrit, mail et téléphone, avec un dernier échange confirmé en novembre 2023.

À aucun moment ce refus n'a été justifié par une quelconque notion de délai ou prescription.

Ma question est :

Selon vous, la réglementation du BTP, y compris l'avenant n°45, reconnaît-elle bien la date de notification de la consolidation par la CPAM (après le 1er janvier 2010) comme fait générateur du droit à indemnisation??

Quelles références juridiques ou arguments puis-je avancer pour faire valoir ce droit et obtenir le versement, puisque tous les éléments ont été produits et que la CPAM indemnise bien à ce titre??

Merci d'avance pour votre aide

Par Xav84

Bonjour,

Au regard des éléments que Vous décrivez ? accident du travail en 2007, notification d'un taux d'incapacité permanente de 30?% par la CPAM en mai 2010, affiliation de votre entreprise à la couverture conventionnelle obligatoire du BTP à compter du 1er janvier 2010 ? Vous remplissez les conditions conventionnelles d'ouverture du droit à rente complémentaire.

La question centrale est celle du fait générateur de ce droit : est-ce la date de l'accident (2007, donc antérieure à l'entrée en vigueur du dispositif) ou celle de la reconnaissance de l'incapacité (2010)??

Le texte applicable est l'avenant n°45 du 17 décembre 2009 à l'accord du 31 juillet 1968, étendu par arrêté du 17 octobre 2011 (JO du 25 novembre 2011). Il s'applique à toutes les entreprises du bâtiment à compter du 1er janvier 2010.

Son article 21.3 dispose sans équivoque :

« Le point de départ de la rente est la date d'effet de la rente d'invalidité ou d'incapacité permanente versée par la sécurité sociale au titre de la catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente ouvrant droit à l'indemnisation de BTP-Prévoyance. »

Autrement dit, c'est la date d'effet de la rente versée par la CPAM, donc la notification du taux d'IPP en mai 2010, qui constitue le fait générateur du droit à rente complémentaire, et non la date de survenance de l'accident.

Votre situation est donc parfaitement conforme aux conditions d'ouverture du droit :

Vous avez bien fait l'objet d'une notification d'incapacité postérieure au 1er janvier 2010,

Votre entreprise était affiliée à cette date,

Et la rente de la CPAM est bien en cours de versement.

En conséquence, le refus de l'organisme gestionnaire fondé sur la date de l'accident est infondé, car contraire au texte conventionnel applicable.

Je Vous recommande de :

Demander à l'organisme gestionnaire un réexamen de votre dossier, en produisant :

- la notification de la CPAM (mai 2010),
- tout justificatif de votre situation dans l'entreprise à cette date,
- et en reproduisant littéralement l'article 21.3 précité.

[barre]Si cette démarche reste sans effet, vous avez le droit de former un recours :

[/barre]

- d'abord amiable auprès de la commission paritaire compétente de la branche,

puis, si nécessaire, contentieux devant le tribunal judiciaire (pôle social).

[barre]Dans tous les cas, adressez vos courriers en recommandé avec accusé de réception, afin de faire courir les délais et prouver votre diligence.

[/barre]

Je me permets de Vous poser quelques questions complémentaires :

Avez-vous déjà envoyé une mise en demeure par courrier recommandé et obtenu une réponse écrite de l'organisme??

Avez-vous été informé de la possibilité de recours amiable (commission de recours)??

Avez-vous tenté un recours contentieux ou avez-vous saisi un avocat ou une organisation syndicale??

En fonction de vos réponses, je peux Vous proposer un modèle de courrier précis ou une assistance plus ciblée dans la suite de vos démarches.

Par kang74

Bonjour

En toute logique, votre accident du travail a été déclaré comme tel à la première prévoyance, qui, peut-être, vous complétez déjà au titre de l'AT : le droit était donc ouvert en 2007, qu'importe que l'entreprise ait changé de prévoyance en 2010, vous auriez du contacter celle ci pour faire compléter la rente à ce moment là .

L'attribution d'une rente invalidité constitue une prestation différée lorsque le fait générateur de l'incapacité est survenu au cours de la période de validité du contrat conclu avec le premier assureur

Il est de jurisprudence constante que le fait générateur d'une rente AT/MP c'est l'arrêt de travail qui l'a précédé, le fait que la rente prévoyance AT complète la rente AT/MP quand elle est versée ne change rien au principe de toute assurance : donc oui cette rente devait être versée à ce moment là, par la prévoyance qui couvrait le contrat de travail pour l'AT et ses suites.

Ce pourquoi il est clairement énoncé dans l'article 7-2 ce principe :

[url=https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000045304291?idConteneur=KALICONT000005635845&

7.2 - Fait générateur

Est définie comme date du fait générateur :

? la date de l'arrêt de travail au sens de la Sécurité sociale pour les garanties d'indemnités journalières et de rente d'invalidité,

? la date de notification par la Sécurité sociale du classement

en invalidité 3 e catégorie (ou d'octroi de la majoration pour tierce personne de l'incapacité permanente), pour le verse-

ment du capital défini à l'article 17.5 ;

? la date du décès pour les garanties de capital décès et de rente d'éducation ;

? la date la plus élevée entre la date de décès de l'ETAM

et la date de notification du classement en invalidité par

la Sécurité sociale, pour la garantie de rente de conjoint invalide ;

? la date de naissance ou d'adoption pour le Forfait

Parentalité/Accouchement ;

? la date d'hospitalisation pour la prestation hospitalisation chirurgicale

Enfin, le délai de prescription de toute action contre une assurance est de deux ans : par de là saisir la justice c'est la promesse d'aller jusqu'en cour de cassation pour payer les frais de justice de la partie adverse et pour rien .

Par Xav84

Bonjour Kang74,

Merci pour votre retour. Il est possible que Vous fassiez erreur sur l'article applicable au fait générateur. L'article 5.2 du règlement traite de plusieurs garanties, mais pas explicitement de la rente d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail. Or, l'article 21.3, issu de l'avenant n°45 du 17 décembre 2009 (étendu), précise que le point de départ de cette rente est la date d'effet de la rente versée par la sécurité sociale. Ce texte est disponible ici :

https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000022822649

En revanche, vous avez certainement raison sur la prescription, fixée à deux ans (ou cinq ans dans certains cas) à compter du fait générateur, sans que l'inertie de l'organisme ne suspende ce délai.

Bien à vous.

Par kang74

Je ne fais pas erreur, la rente invalidité est bien celle qui complète une rente d'incapacité permanente dans le cadre légal de la Ccn .

J ai lu le texte, ces modifications.dans son entièreté.

Mieux vaut commencer par les premiers articles qui délimitent clairement le champ d' application des garanties... Et leurs limites.

Ce pourquoi l article 5-2 ou 7 ne fait pas de distinction et reprend donc le cadre général du fait générateur défini par jurisprudence.

En cas de réalisation du risque, le niveau de la garantie servie est fonction des dispositions du présent accord, applicables à la date du fait générateur.

Vous confondez avec le point de départ du paiement de cette rente , qui ne parle pas du fait générateur et qui logiquement est payée en complément de la rente CPAM qui doit être justifiée .

Mais par la prévoyance qui était en cours le premier jour du premier arrêt de travail lié à cet AT puisque c'est elle qui a ouvert le sinistre à cette date .

Donc l organisme de 2007 .

Par Xav84

Merci pour votre retour, très argumenté. Vous avez raison de rappeler que les textes sont complexes, parfois ambigus, et qu'ils s'imbriquent mal entre dispositions générales et garanties spécifiques. Je ne prétends pas détenir une vérité

définitive, et je reste tout à fait ouvert à l'échange ? d'autant plus que le régime BTP est loin d'être un modèle de clarté.

Cela dit, en l'occurrence, l'article 21.3 de l'avenant n°45 (17 décembre 2009) me semble aller un peu plus loin que le simple point de départ du paiement. Il précise que la date d'effet de la rente CPAM constitue la condition qui ouvre droit à l'indemnisation par BTP-Prévoyance. Il ne parle pas d'un droit déjà né qui serait simplement mis en paiement, mais bien d'un droit conditionné à cette reconnaissance.

Je comprends votre référence à l'article 5.2 et à la logique d'un sinistre ouvert au moment de l'arrêt initial. Mais cet article ne mentionne pas, sauf erreur de ma part, les garanties incapacité permanente AT/MP ? alors que l'article 21 les encadre précisément. C'est ce découpage qui me pousse à penser que pour cette garantie spécifique, le fait générateur est bien la notification du taux par la CPAM, et non l'accident en lui-même.

Mais je reconnais volontiers que ce débat est légitime, et peut-être même que les juridictions ne sont pas toutes constantes sur ce point. Votre analyse sur la prescription, en revanche, me paraît très juste.

Au plaisir de poursuivre cet échange si vous le souhaitez.

Par lutin

Bonjour Xav84,

Merci beaucoup pour votre analyse précise et vos conseils sur la réglementation applicable, notamment sur l'avenant n°45 et l'article 21.3 que j'avais déjà découvert et donné, sans succès, à la complémentaire à l'époque.

J'ai effectivement suivi toutes les étapes recommandées, adressé des courriers, fourni les notifications CPAM et toutes les preuves d'affiliation/cotisation demandées, et j'ai toujours agi en toute bonne foi, allant même jusqu'à rembourser un trop perçu. Pourtant, malgré ces démarches menées dès 2010, le gestionnaire a systématiquement rejeté ma demande en se retranchant sur la date de l'accident, et jamais sur la prescription ou un autre motif, ce que je ne comprends pas au regard des textes.

Au-delà de la contestation juridique, ce refus répété m'a causé un préjudice moral important : déjà très fragilisé par les suites de l'accident et un licenciement pour inaptitude, j'attendais un accompagnement et des conseils pour défendre mes droits ? j'ai eu l'inverse, une perte de confiance et un sentiment d'abandon qui m'ont profondément affecté psychologiquement. Je suis et je reste un assuré fidèle, ma complémentaire santé court toujours pour moi et mon épouse, mais j'ai ressenti une vraie trahison dans l'absence d'écoute et d'accompagnement durant cette période de grande vulnérabilité.

Aujourd'hui, alors que j'essaie de retrouver confiance, on me dit que mon dossier est prescrit, alors que si j'avais simplement obtenu une réponse claire et loyale en 2010, nous n'en serions pas là. Pour moi, il ne s'agit donc pas simplement de rente ou d'argent, mais d'une question de reconnaissance et de respect de la parole donnée dans les textes ? et du soutien qu'un organisme est censé apporter à ses cotisants.

Je vous remercie d'avoir rappelé que j'étais bien dans mon droit selon l'avenant 45, et j'espère que ce type de démarche ? un recours administratif ou l'intervention d'un médiateur ? permettra au moins d'obtenir une reconnaissance de la situation, y compris sur le préjudice moral causé par le défaut d'accompagnement.

Merci encore pour votre écoute, vos pistes et cette possibilité de mettre des mots clairs sur ce que je vis, au-delà des aspects purement techniques.

Bien cordialement.

Par kang74

Mais cet article ne mentionne pas, sauf erreur de ma part, les garanties incapacité permanente AT/MP ? alors que l'article 21 les encadre précisément.

Article 14

En vigueur étendu
Risques couverts

Sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions d'ouverture des droits, les ouvriers ou leurs ayants droit au titre du régime de prévoyance bénéficient des avantages suivants :

? en cas de décès de l'ouvrier :

?? versement d'un capital en cas de décès ;

?? versement d'une rente au conjoint survivant ;

?? versement d'une rente d'éducation aux enfants de l'ouvrier,

? en cas de maladie ou accident de l'ouvrier :

?? versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail ;

?? versement d'une rente en cas d'invalidité ;

?? versement d'une prestation hospitalisation chirurgicale,

? en cas de naissance :

?? versement d'un forfait parentalité/accouchement.

En outre, le présent accord conduit à verser aux ouvriers, remplissant les conditions spécifiques à cette prestation, une indemnité de fin de carrière lors de leur cessation d'activité.

Toutes les prestations définies aux articles 15 à 22 relèvent de la base du régime de prévoyance obligatoire, à l'exception de celles spécifiquement mentionnées dans ces articles comme relevant de la surbase.

Et si .

Car ce que la prévoyance appelle rente invalidité (article 19) assure autant le risque invalidité que le risque incapacité , donc la partie que j'ai mis en gras , c'est bien le risque assuré pour le risque accident du travail et le point de départ qui détermine la date qui fait foi par rapport à l'assurance du risque .

Les jurisprudences sont constantes , et j'en suis bien désolé pour les malades : pension d'invalidité et rente d'incapacité sont des prestations différés qui découlent de l'arrêt de travail qui les a généré.

Je rajouterai pour le postant et surtout d'autres qui ne seraient pas bloqués par la prescription (prescription qui court souvent dans une période où le salarié peut encore travailler et donc n'a pas besoin de ce complément) qu'il suffit d'une mise en demeure sans réponse pour saisir le médiateur (c'est une assurance ...) pour ensuite prendre un avocat et saisir le tribunal judiciaire dans la foulée (mais pas le pôle social ...)

Mais dans le cas comme le votre Lutin, vous pouvez aller voir un avocat pour vous en assurer, c'est la prévoyance de 2007 et ses risques couverts qui aurait fallu mettre en demeure .

Par lutin

Suite aux échanges intervenus et aux refus répétés de prise en charge de ma rente complémentaire consécutive à un accident du travail survenu en avril 2007, dont la consolidation a été notifiée par la CPAM en mai 2010 avec un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) de 30%, je tiens à réaffirmer les éléments suivants en droit et en faits:

1. Fonction effective de cette rente complémentaire

La rente complémentaire du régime de prévoyance BTP, instaurée notamment par l'avenant n°45 de la convention collective du 31 juillet 1968 (étendu par arrêté du 17 octobre 2011), a pour unique objet de compenser la perte de ressources d'un ouvrier victime d'une incapacité permanente > 26%, jusqu'à la liquidation de ses droits à la retraite.

Elle n'est ni viagère, ni automatique, mais constitue une prestation indemnitaire temporaire, en complément de la rente versée par la Sécurité sociale, pour couvrir le manque à gagner pendant la période d'activité (ou d'inactivité consécutive à l'accident).

2. Condition expresse de déclaration par l'employeur

Cette rente n'est versée que si, et seulement si, l'employeur effectue une déclaration spécifique à l'organisme gestionnaire (BTP-Prévoyance) via le formulaire de déclaration de consolidation avec IPP, au moment de la notification de la CPAM.

Il ne s'agit pas d'un simple enregistrement automatique par croisement de fichiers.

Si l'employeur ne transmet pas ce formulaire à l'organisme, aucun droit ne peut être déclenché, quelle que soit la situation médicale ou sociale du salarié.

Par conséquent, lorsqu'un employeur omet ou néglige volontairement cette formalité obligatoire, le salarié est privé de ses droits, sans pouvoir matériel d'action directe sur la reconnaissance de la prestation. Ce dysfonctionnement constitue un préjudice considérable, notamment lorsqu'il est aggravé par un retour à l'inaptitude et un licenciement subséquent.