

PETIT GUIDE PRATIQUE DES PRISES EN CHARGE POUR PREJUDICES SECONDAIRES A UNE VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B

VOUS AVEZ RECU UNE VACCINATION DANS UN CADRE OBLIGATOIRE DU FAIT DE VOTRE PROFESSION

1. SAVOIR RECLAMER UNE INDEMNISATION

Une vaccination vous a été imposée par votre employeur ou du fait de votre activité professionnelle dans un métier de la santé ou vous préparant à un métier sanitaire ([liste définie](#) par l'arrêté du 6 mars 2007). Il n'y a pas de notion de date butoir de dépôt des dossiers concernant les vaccinations obligatoires. Les dossiers sont recevables quelles que soit la date de vaccination. La loi « Kouchner » du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, a d'ailleurs élargi la responsabilité sans faute de l'Etat en cas de complication post-vaccinale aux professionnels vaccinés avant le 18 janvier 1991.

En cas d'effet indésirable apparu dans les suites d'une vaccination obligatoire, une indemnisation peut donc être demandée par la victime ou ses ayants droits à l'[ONIAM](#) (Office d'indemnisation des accidents médicaux) qui a en charge ces dossiers depuis le 1^{er} janvier 2006.

Le courrier doit être envoyé en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :
ONIAM –Vaccinations obligatoires – Tour Gallieni II - 36 Av du Général de Gaulle – 93175 BAGNOLET Cedex

Ce courrier doit justifier du caractère obligatoire de la vaccination (copie de la carte d'identité, profession, lieu d'exercice, certificat de travail...) et de la réalité des vaccinations (copie du certificat de santé ou certificat de vaccination établi par un médecin). La nature du dommage est décrite avec l'historique la plus précise possible des faits et des documents attestant de ces problèmes de santé (certificats médicaux attestant de consultations avec leur motif, résultats d'examens ou de radios, certificats d'arrêts de travail).

Si le dossier est jugé complet et recevable, le Directeur de l'ONIAM demande une expertise médicale à ses frais (sauf frais de déplacements). Il doit informer au moins deux semaines auparavant le demandeur du nom de l'expert et de ses titres. Le demandeur peut se faire assister pour cette expertise d'une personne de son choix. L'expert adresse son projet de rapport à la victime qui dispose alors d'un délai de deux semaines pour lui faire part de ses remarques. L'expert doit adresser son rapport définitif d'expertise dans les 3 mois qui suivent la date de nomination.

Suite au rapport de l'expert, le directeur de l'office rend sa décision.

En cas d'indemnisation, la victime doit communiquer par courrier recommandé son acceptation éventuelle de l'indemnisation proposée. Si celle-ci est acceptée, l'ONIAM a un délai d'un mois pour

régler celle-ci. Ensuite, à tout moment, si votre état de santé s'est aggravé, vous pouvez redéposer une procédure de réévaluation auprès de la commission de l'ONIAM.

L'absence de réponse durant un délai de 6 mois à compter de la date de réception du dossier complet vaut rejet de la demande. En cas de refus de l'ONIAM, ou de non acceptation par la victime du montant de l'indemnisation, celle-ci peut saisir le Tribunal administratif du lieu de résidence. L'assistance d'un avocat est alors obligatoire pour cette démarche.

2. FAIRE RECONNAITRE L'ACCIDENT DE TRAVAIL DU A CETTE VACCINATION

SI VOUS ETES AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE : IL FAUT DEMANDER LA RECONNAISSANCE DE L'ACCIDENT DE SERVICE PAR L'ADMINISTRATION

L'accident de service est un accident de travail survenu lorsqu'un agent de la fonction publique est en mission, même s'il est survenu à l'occasion d'un acte de la vie courante.

Pour qu'il y ait déclaration d'accident de service, il est nécessaire **d'alerter le médecin du travail** dont vous dépendez ainsi que **le chef d'établissement** par courrier recommandé.

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, elle peut, en tant que de besoin, **consulter un médecin expert agréé** pour l'aider à prendre sa décision. Elle prend ensuite **un arrêté administratif** qui fixe la prise en charge du fonctionnaire concernant l'intégralité de son traitement, les soins et les frais médicaux.

Pour les dossiers pour lesquels l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie ne fait pas de doute pour l'administration, la commission de réforme n'est plus consultée. Quelle que soit la durée de l'arrêt de travail, dès lors que l'employeur reconnaît l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident, celui-ci prend alors directement sa décision reconnaissant l'imputabilité. La commission de réforme peut toutefois demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

Lorsque l'employeur, après avoir consulté ou non un médecin expert agréé, ne reconnaît pas directement l'imputabilité, il doit saisir **la commission de réforme pour avis**, quelle que soit la durée de l'arrêt de travail. Si l'accident n'est pas reconnu imputable au service, l'agent sera placé en maladie ordinaire pour ses arrêts et devra rembourser ses frais médicaux dans le cadre habituel de sa couverture maladie.

En cas de refus de prise en compte d'une déclaration d'accident de service par l'administration et de transmission de la demande de reconnaissance en accident de service, vous devez **écrire directement à la Commission de Réforme de la DDASS**.

Le fonctionnaire victime d'un accident du travail a droit au maintien de son traitement par l'administration pendant toute la durée de son arrêt de travail. L'administration a l'obligation de le réintégrer ou de le reclasser à l'expiration de son arrêt de travail. Toutefois l'obligation de reclassement dans le cas où les séquelles ne permettent pas la reprise du poste est difficile et de plus en plus d'agents doivent accepter une mise à la retraite pour invalidité. Le fonctionnaire titulaire

devenu inapte physiquement, temporairement ou définitivement, à exercer les fonctions de son grade, peut être reclassé dans un autre corps après avis du comité médical. Il peut ainsi être détaché dans un autre corps de niveau équivalent.

Lorsque le fonctionnaire est dans l'incapacité définitive d'exercer ses fonctions et ne peut faire l'objet d'un reclassement, il peut être **radié des cadres à sa demande, et parfois d'office**. Il a droit dans ce cas à une **rente viagère d'invalidité, cumulable avec la retraite**, qui est elle-même liquidée sans condition d'âge ni de durée de service. Le code des pensions civiles et militaires de retraite (article L27 et L28) prévoit que les agents victimes d'un accident du travail percevront une rente viagère d'invalidité lorsque le fonctionnaire se trouve dans l'impossibilité définitive d'assurer ses fonctions. Cette rente est perçue au titre de l'indemnisation de l'atteinte que l'agent a subi dans son intégrité physique. Le Conseil d'Etat applique cette règle dite du forfait de la pension pour rejeter la demande tendant à l'attribution d'une indemnité réparant la totalité du préjudice notamment les éléments non corporels (souffrance physique et morale, perte de chance, troubles dans les conditions d'existence).

Pour contester le refus de la Commission de réforme de reconnaître l'accident de service, on peut s'adresser au **Tribunal administratif**, avec l'assistance d'un avocat. Les procédures suivantes sont le recours à la Cour d'appel administrative puis éventuellement le Conseil d'Etat.

SI VOUS TRAVAILLEZ DANS LE SECTEUR PRIVE : DEMANDEZ LA RECONNAISSANCE EN ACCIDENT DE TRAVAIL SI VOTRE EMPLOYEUR VOUS A IMPOSE LA VACCINATION

Le Code de la Sécurité sociale définit comme suit l'accident du travail : *« est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise »*.

Le salarié doit **déclarer lui-même par courrier recommandé à son employeur** sa maladie et sa demande de reconnaissance en accident du travail. Il joint à sa demande un certificat médical en double exemplaire du Médecin traitant (**certificat médical initial**, formulaire S6909) pour indiquer les problèmes de santé constatés, les soins nécessaires et la durée de l'arrêt de travail.

L'employeur déclare alors dans les 48 heures à la **CPAM** dont dépend la victime cet accident du travail possible sur un imprimé spécial (formulaire S6200).

Si votre employeur refuse d'emblée de transmettre votre demande de reconnaissance en accident de travail, vous devez [écrire directement à votre CPAM](#) en leur demandant d'examiner votre cas. Le travailleur dispose d'un délai de deux ans pour effectuer lui-même sa déclaration si son employeur ne l'a pas fait.

La CPAM procède à une enquête par le biais d'un **Médecin conseil** et se prononce sur le caractère professionnel ou non de l'accident dans un délai de 30 jours à compter de sa connaissance de la déclaration d'accident. Si la CPAM ne s'est pas manifestée à l'expiration de ce délai de 30 jours, son silence vaut reconnaissance du caractère professionnel de l'accident. Si un complément d'enquête est nécessaire, la CPAM dispose de deux mois supplémentaires pour se prononcer.

Le salarié peut contester la non reconnaissance de l'accident de travail. Si la décision de la Caisse est d'ordre administratif, il peut saisir la commission de recours amiable.

Le Médecin conseil de la Sécurité Sociale doit être inscrit au Conseil de l'Ordre du département où il exerce sous peine de nullité de ses décisions. Si son numéro d'ordre n'apparaît pas, il faut le demander auprès du Conseil de l'Ordre départemental.

La victime peut s'adresser en cas de contestation de la décision du Médecin Conseil Si votre demande est rejetée, vous pourrez ensuite engager une procédure auprès du Tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS). En dernier ressort, vous pourrez faire appel auprès de la cour d'appel et/ou vous pourvoir devant la Cour de cassation.

VOUS AVEZ RECU UNE VACCINATION RECOMMANDEE, MAIS NON OBLIGATOIRE

Deux cas de figure se présentent, selon la date de votre vaccination.

LA VACCINATION A ETE REALISEE AVANT LE 5 SEPTEMBRE 2001,

Aucune procédure amiable n'est prévue pour l'instant. Le seul recours est de déposer plainte au civil contre le laboratoire producteur du vaccin pour défaut de qualité du produit et/ou la responsabilité professionnelle du Médecin vaccinateur devant un Tribunal de grande Instance, avec l'appui d'un avocat.

LA VACCINATION A ETE REALISEE APRES LE 5 SEPTEMBRE 2001

Si vous estimez être victime d'un accident post-vaccinal, vous pouvez contacter [la CRCI](#) (commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux) de la région où vous avez été vacciné. Liste des adresses disponible sur le [site Internet des CRCI](#)

Le dossier peut être déclaré recevable lorsque la victime est déclarée inapte à l'activité professionnelle pratiquée avant la vaccination ou si celle-ci a entraîné des troubles particulièrement graves de la vie quotidienne. L'importance du préjudice doit représenter une IPP (Incapacité permanente partielle) supérieure à 24% ou une ITT (Incapacité de travail temporaire) au moins égale à 6 mois consécutifs ou bien 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.

La victime (ou un ayant droit si la victime est décédée) demande un dossier à compléter. Il faut mentionner l'historique détaillé de la pathologie sur papier libre avec les éléments faisant penser à un lien entre la vaccination et l'apparition des symptômes. Joindre un certificat de vaccination avec les dates ou une copie du carnet de santé ainsi qu'un certificat médical indiquant la nature et la gravité de l'affection et une attestation d'assuré social. Les documents permettant de juger de l'importance du préjudice sont aussi à fournir (arrêts de travail, frais médicaux non remboursés, frais

de transports, frais de garde ou d'assistance à domicile, frais d'aménagement d'un logement adapté ou d'un véhicule aménagé...) ainsi que les indemnisations fournies par les autres organismes que la CPAM (compagnies d'assurances, prise en charge de l'employeur...). Le dossier complet est envoyé en recommandé à la CRCI de la région.

Si le dossier est recevable, la commission demandera une expertise médicale gratuite pour la victime, hors frais de transports. Le rapport d'expertise est communiqué à la victime avant la réunion de la commission.

La commission est présidée par un magistrat et comporte 20 membres représentant le système de santé (usagers du système de santé, professionnels de santé, responsables d'établissements de santé, représentants des sociétés d'assurance). La CRCI rend un avis sur les circonstances, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur les responsabilités. La victime peut demander à être entendue ou à se faire représenter. La commission dispose en suite de 6 mois après dépôt du dossier complet pour rendre son avis.

Si la CRCI émet un avis favorable à la demande d'indemnisation, l'ONIAM fera dans les 4 mois suivants une proposition d'indemnisation. Si celle-ci est acceptée par la victime, le montant de l'indemnisation est réglé dans le mois qui suit l'acceptation de l'offre.

Si toute indemnisation est refusée ou jugée insuffisante par la victime, celle-ci peut saisir le Tribunal administratif.

VOUS DEVEZ AVOIR RECOURS A UN AVOCAT, MAIS VOUS N'AVEZ PAS DE RESSOURCES SUFFISANTES. UNE ASSISTANCE JURIDIQUE EST POSSIBLE
--

Peut-on porter plainte et se faire assister d'un avocat en cas de faibles revenus financiers ?

QU'EST QUE L'AIDE JURIDICTIONNELLE ?

Une aide juridictionnelle est possible pour les personnes à revenus insuffisants. L'État prend alors en charge la totalité ou une partie des frais de votre procédure ou transaction (honoraires d'avocat, rémunération d'huissier de justice, frais d'expertise...). La moyenne mensuelle de vos ressources perçues entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année précédant la demande doit être inférieure à un plafond de ressources fixé par décret et réévalué chaque année. Pour l'année 2010 par exemple, les revenus mensuels moyens de l'année 2009 ne devaient pas excéder 915 € pour une aide juridictionnelle totale et 1372 € pour une aide partielle. De plus, une majoration de ces plafonds de ressources sont réalisés en fonctions du nombre de personnes à charge.

L'examen des ressources porte sur la moyenne mensuelle des ressources de l'année 2009. Sont pris en compte les revenus du travail, les loyers, rentes, retraites et pensions alimentaires perçus par le demandeur ainsi que ceux de son conjoint et des personnes vivants au foyer. Les prestations familiales et certaines prestations sociales ne rentrent pas dans le calcul.

Vous ne pouvez pas bénéficier de cette aide si les frais liés à cette procédure ou transaction sont totalement couverts par un ou plusieurs contrats d'assurance de protection juridique. Dans ce cas, il convient de prendre contact avec votre assureur.

Pour plus de détails se rendre sur le portail du [Ministère de la Justice](#)

SINON PENSEZ A L'ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

Pour les personnes ne pouvant bénéficier de cette assistance, un recours est possible par le biais du contrat d'assurances multirisques habitation. [L'assurance protection juridique](#) fait l'objet d'un contrat distinct ou d'un chapitre distinct à l'intérieur du contrat. Elle consiste à prendre en charge les frais de procédure, les frais d'expertise ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autres ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi.

Si c'est le cas, un avocat du réseau de la compagnie d'assurances peut être désigné afin d'assurer la défense du dossier. Si le choix de la victime se porte sur un avocat indépendant, ses honoraires ne seront pris en charge que sur la base d'un plafond contractuel variable selon chaque compagnie. Il est donc fortement conseillé dans ce cas où les honoraires de l'avocat sont libres, de signer dès le début de la prise en charge une convention d'honoraires qui définira la différence éventuelle entre ceux-ci et le plafond financier de l'assurance qui dépend du contrat qui avait été signé.

Attention : en matière d'assurance, la prescription est de deux années par rapport aux faits qui ont généré le dommage subi (les dates des vaccinations pour le cas présent).

COMMENT FAIRE PRENDRE EN CHARGE FINANCIEREMENT VOS SOINS

L'A.L.D. C'EST QUOI ?

Si l'affection découlant de la vaccination est sévère et prolongée (plus de 6 mois) ou demandant des soins coûteux, sollicitez par l'intermédiaire du praticien qui vous soigne une **demande de prise en charge à 100 % au titre [d'Affection de Longue Durée \(ALD\)](#)**. Soit l'affection fait partie de la liste des 30 affections listées par la CPAM, soit elle peut être reconnue au titre d'affection « hors liste » car nécessitant des soins continus et prolongés plus de 6 mois.

C'est le Médecin Conseil de la C.P.A.M. qui décide, sur étude du dossier médical, des renseignements et documents fournis par votre médecin traitant, si l'ALD est justifiée ou non. Une rétroactivité de la prise en charge des soins peut être demandée si ceux-ci ont concerné l'ALD. Le protocole de soins de l'ALD est établi pour une durée déterminée, indiquée sur le protocole de soins par le médecin conseil de l'Assurance Maladie.

Les voies de recours sont identiques à celles de l'accident du travail s'il y a mauvaise volonté de la C.P.A.M. à vous accorder le bénéfice d'une ALD. Les médecins conseils de la CPAM doivent être inscrits au [Conseil de l'Ordre](#) du département où ils exercent. Dans le cas contraire, c'est une cause de nullité de la décision prise que vous pouvez attaquer pour acte émanant d'une autorité incompétente. Les voies de recours peuvent être soit « médicales » (expertises), soit « administratives » (Commission de Recours Amiable puis Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale). Les voies de recours sont indiquées dans le courrier adressé par votre caisse.

Le protocole de soins des ALD vous permet de bénéficier de la prise en charge à 100 % (sur la base des tarifs de la Sécurité sociale) pour les soins et les traitements en lien avec votre affection de longue durée exonérante. Les déplacements (véhicule personnel, taxi conventionné, véhicule sanitaire léger) pour examens, traitement rééducation sont également remboursables sur justificatifs.

QU'EST-CE QUE LA C.M.U. ?

Vous disposez de faibles ressources ou êtes en situation de précarité, vous pouvez bénéficier d'une protection complémentaire. [La C.M.U.](#) complémentaire (Couverture maladie universelle) est gratuite et vous permet d'être couvert à 100 %, sans avance de frais, pour la plus grande partie de vos dépenses de santé. Comme tous les autres assurés, vous devez respecter le parcours de soins coordonnés (déclaration d'un médecin traitant).

Tous les membres de votre foyer ont droit à la couverture maladie universelle (C.M.U.) complémentaire : vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un Pacte civil de solidarité (PACS) et les personnes à votre charge de moins de 25 ans. Trois conditions à respecter :

- vous habitez en France depuis plus de trois mois ;
- vous êtes en situation régulière ;
- le revenu mensuel de votre foyer ne dépasse pas un montant maximum.

LA CMU est renouvelable chaque année sous réserves de conditions de ressources. La CMU autorise une dispense d'avance de frais lors de vos consultations chez le médecin, à la pharmacie, pour vos médicaments sur prescription, au laboratoire... Les dépassements de tarifs (au-delà du ticket modérateur) pour vos lunettes, prothèses auditives et appareils dentaires, dans la limite d'un certain montant sont pris en charge;

Avant toute consultation, vérifiez que vous vous adressez plutôt à un médecin conventionné, appartenant au secteur 1 (tenu d'appliquer les tarifs en vigueur et ne faisant pas de dépassements d'honoraires) car ceux-ci acceptent plus facilement la CMU. Aucun médecin n'a le droit de refuser de vous soigner sous prétexte que vous bénéficiez de la CMU. Un médecin en secteur 2 (avec dépassements d'honoraires), ne peut cependant pas prétendre à un dépassement d'honoraires en cas de CMU et n'a pas non plus droit à vous demander un paiement de l'acte réalisé si votre attestation de CMU est à jour. En cas de refus de soins ou

d'exigence de dépassements d'honoraires, vous pouvez saisir le [Conseil de l'Ordre](#) des médecins et votre Caisse régionale de la CPAM pour signaler ces irrégularités.

A QUOI SERT LA M.D.P.H. ?

[La MDPH](#) (Maison Départementale des Personnes Handicapées), est un groupement d'intérêt public, dont le département assure la tutelle administrative et financière. Le département, l'Etat, les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des Caisses d'allocation familiales (CAF) sont membres de droit de ce groupement. Les coordonnées de la MDPH de chaque département sont disponibles dans les pages jaunes de l'annuaire. Les responsables de cet organismes ont pour rôle d'informer et d'accompagner dans les démarches les personnes atteintes d'un handicap quelconque. On vous conseillera sur les aides dont vous pourrez éventuellement bénéficier (attribution de la carte d'invalidité, carte européenne de stationnement, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation aux adultes handicapés, allocation tierce personne...)

Pour l'exercice de leurs missions, les MDPH peuvent s'appuyer sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS) ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des personnes handicapées avec lesquels elles passent convention.

LA F.N.A.T.H. MODE D'EMPLOI ?

Vous pouvez adhérer à [la F.N.A.T.H.](#) (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés) véritable association des accidentés de la vie. Il y a une ou [plusieurs antennes](#) dans chaque département.

Vous êtes sûr d'avoir la meilleure défense et un suivi attentif de votre dossier pour faire respecter vos droits, si vous ou l'un des vôtres est victime d'un accident de la vie. Vous contribuez également à définir les revendications de la fédération.

La fédération offre également des facilités à ses adhérents auprès de certaines sociétés d'assurance ou des banques, des sociétés de matériel médical ou de téléassistance

Si vous souhaitez avoir des informations complémentaires sur ces procédures, vous pouvez joindre le secrétariat de REVAHB (asso.revahb@orange.fr) ou l'une des personnes qui tiennent des permanences téléphoniques

(Coordonnées sur ce site sur la page « [contact réservé aux adhérents](#) »)