MODÈLE DE LETTRE — CONTESTATION DU TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE

Accident du travail ou maladie professionnelle — saisine de la commission médicale de recours amiable (articles L. 142-4 et R. 142-8 du code de la sécurité sociale)

La décision qui fixe votre taux d'incapacité permanente se conteste devant la **commission médicale de recours amiable (CMRA)**, dans les **deux mois de sa notification**. Ce recours est obligatoire avant toute saisine du pôle social du tribunal judiciaire. Passé ce délai, le taux devient définitif pour vos prestations ; seule une aggravation de vos séquelles permettra ensuite d'en demander la révision.

Avant de l'envoyer, réunissez vos pièces médicales. La commission statue d'abord sur dossier : un certificat de votre médecin, ou l'avis d'un médecin conseil de victimes, qui décrit vos séquelles et leur retentissement sur votre métier pèse davantage qu'une simple protestation.

À envoyer en **recommandé avec avis de réception** à l'adresse de la commission indiquée sur la notification, avec copie de la décision contestée. Supprimez les mentions en italique.

[Votre Prénom et Nom]
[Votre Adresse complète]
[Votre Numéro de téléphone]
[Votre Adresse e-mail]

Commission médicale de recours amiable
[Adresse indiquée sur la notification de la caisse]

À [Ville], le [Date]
Lettre recommandée avec demande d'avis de réception

Objet : Contestation du taux d'incapacité permanente — recours préalable obligatoire
Références : N° de sécurité sociale : [Numéro] — [accident du travail du [Date] / maladie professionnelle reconnue le [Date]] — décision de la CPAM de [Ville] du [Date], reçue le [Date de réception]

Madame, Monsieur,

Par décision du [Date], reçue le [Date de réception], la caisse primaire d'assurance maladie de [Ville] a fixé à **[X] %** le taux de mon incapacité permanente consécutive à [l'accident du travail du [Date] / la maladie professionnelle [désignation]], mon état ayant été déclaré consolidé le [Date de consolidation]. Vous trouverez cette décision ci-jointe.

Je conteste ce taux, que j'estime insuffisant, et vous saisis du **recours préalable** prévu par les articles L. 142-4 et R. 142-8 du code de la sécurité sociale, dans le délai de deux mois suivant sa notification.

Ma contestation repose sur les motifs suivants :

1. **Séquelles sous-évaluées ou omises** : [décrivez-les précisément : raideur, douleurs à l'effort, perte de force, troubles de la sensibilité, du sommeil ou de la concentration…].
2. **Retentissement sur mon métier** : j'exerce la profession de [profession]. Mes séquelles m'empêchent désormais de [porter des charges, travailler en hauteur, tenir une cadence, conduire…]. L'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale impose de tenir compte de mes aptitudes et de ma qualification professionnelle, que la décision [ne mentionne pas / minore].
3. **Éléments médicaux contraires** : [le certificat du Docteur [Nom] du [Date] / le compte rendu d'imagerie du [Date] / l'avis du Docteur [Nom], médecin conseil de victimes], joint(s) à la présente, [retient un taux de [X] % / décrit des séquelles plus importantes que celles retenues].

À conserver si la caisse a retenu un taux de 0 %

La caisse a estimé que mes séquelles ne justifiaient aucun taux d'incapacité. Je conteste cette appréciation : les séquelles décrites dans le certificat médical final du [Date] persistent et réduisent ma capacité, comme en attestent les pièces jointes.

À conserver si votre consolidation date du 1er novembre 2026 ou après, et que la décision distingue une part professionnelle et une part fonctionnelle

Ma contestation porte sur [la part professionnelle / la part fonctionnelle / les deux parts] du taux qui m'a été notifié.

Dans tous les cas

Je vous demande en conséquence de fixer mon taux d'incapacité permanente à [taux demandé / un taux qui tienne compte de l'ensemble de mes séquelles et de leur retentissement professionnel].

Je vous remercie de me notifier le rapport médical et l'avis du praticien-conseil de la caisse, afin que je puisse présenter mes observations dans le délai de vingt jours prévu par l'article R. 142-8-3 du code de la sécurité sociale.

Je souhaite être examiné(e) par la commission et m'y faire accompagner du médecin de mon choix (article R. 142-8-4 du même code).

Je vous remercie de m'accuser réception de la présente.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Votre Signature]
[Votre Prénom et Nom]

Pièces jointes : copie de la décision contestée ; certificat médical final ; [certificats, comptes rendus, imagerie] ; [avis du médecin conseil de victimes] ; [fiche de poste, attestation de l'employeur, avis du médecin du travail].

Conseils d'utilisation

- **Deux mois, à compter de la réception.** Gardez l'enveloppe ou l'avis de réception de la décision : c'est la date de réception qui fait courir le délai.
- **Vingt jours pour vos observations.** Dès que vous recevez le rapport du praticien-conseil, transmettez-le à votre médecin : c'est le moment de répondre point par point.
- **Quatre mois sans réponse valent rejet.** Vous disposez alors de deux mois pour saisir le pôle social du tribunal judiciaire, comme après un rejet notifié par la commission.
- **Le taux ne plafonne pas tout.** Il commande vos prestations de sécurité sociale ; dans une action en faute inexcusable de l'employeur, le juge n'est pas tenu par lui (Cass. 2e civ., 3 septembre 2026, n° 23-22.988).
- **Si le cabinet vous assiste**, ajoutez la mention : « Je suis assisté(e) de Maître Joëlle Marteau-Péretié, avocate en dommage corporel. Tous courriers relatifs à ce recours devront également lui être adressés. »
- Ce modèle est fourni à titre d'information ; il ne remplace pas l'analyse de votre dossier.