

LIVRE BLANC

31 idées reçues en matière d'accident du travail (AT) et de maladie professionnelle (MP)



Janvier 2022

Auteur : Sophie MONESTIER
Juriste spécialisée dans la gestion des AT/MP



www.editions-tissot.fr

Introduction

« Il n'est pas toujours nécessaire d'établir une déclaration d'accident du travail », « On ne peut pas parler de maladie professionnelle puisque cela est survenu hors travail », « Dès que l'employeur émet des réserves sur la déclaration d'accident du travail, la CPAM est tenue d'engager des investigations », etc.

En matière d'accident du travail (AT) et de maladie professionnelle (MP), les idées reçues sont nombreuses et la complexité de la législation sur les risques professionnels ne permet pas toujours aux entreprises de démêler le vrai du faux.

Ce livre blanc reprend les idées reçues les plus courantes en une trentaine d'affirmations et vous propose de tester vos connaissances pratiques en répondant par l'affirmative ou la négative à chacune de ces propositions.

Les points traités par ce dossier peuvent faire l'objet de modifications législatives, réglementaires et jurisprudentielles. N'hésitez pas à vous référer à la publication Tissot social entreprise ACTIV pour être à jour en permanence des évolutions du droit du travail sur : www.editions-tissot.fr

Sommaire

Retrouvez dans ce livre blanc toutes les **bonnes réponses** aux affirmations suivantes :

1. Un salarié quitte son domicile pour visiter une entreprise cliente distante de plus de 200 kilomètres. Il est victime d'un accident de la route. Il s'agit d'un accident de trajet.
2. L'employeur n'a pas à établir une déclaration d'accident du travail lorsque le salarié s'est seulement coupé le doigt et que sa blessure n'a nécessité que la pose d'un pansement.
3. Le fait, pour un salarié, de ne pas porter ses équipements de protection n'empêche pas la qualification d'accident du travail par la caisse primaire.
4. Si l'employeur n'établit pas de déclaration d'accident du travail ou l'établit au-delà du délai de 48 heures, la CPAM pourra lui demander de rembourser l'intégralité des frais exposés au titre de l'accident.
5. Lorsque la CPAM engage des investigations suite à la réception d'une déclaration d'accident du travail, elle commence par adresser un questionnaire à l'employeur et à la victime.
6. Dès lors qu'un employeur indique qu'il émet des réserves sur la déclaration d'accident du travail, la CPAM est tenue d'engager des investigations et de l'informer préalablement à sa décision.
7. Si un salarié souffre de problèmes de dos connus, l'employeur devra le préciser sur la déclaration d'accident du travail. Il s'agit de réserves motivées qui obligeront la caisse primaire à engager des investigations.
8. L'employeur peut émettre des réserves sur le caractère professionnel d'un accident pendant un délai de 30 jours.
9. On ne peut pas parler de maladie professionnelle puisque cela est survenu hors travail.
10. À réception d'une déclaration de maladie professionnelle, la CPAM engage systématiquement des investigations.
11. Lorsque le tableau de maladies professionnelles fixe une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie, cela veut dire qu'un salarié qui n'a pas exécuté lesdits travaux ne pourra jamais voir son affection prise en charge au titre de la législation professionnelle.

12. Le délai de prise en charge est le délai dont dispose la CPAM pour statuer sur la prise en charge d'une maladie professionnelle.
13. Lorsque la CPAM décide de saisir un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), elle dispose d'un délai supplémentaire de 120 jours francs pour prendre sa décision.
14. L'employeur peut demander l'inopposabilité de la décision de prise en charge d'une maladie professionnelle lorsque le double de la déclaration de maladie professionnelle ne lui a pas été transmis par la CPAM.
15. La CPAM peut décider d'accorder la prise en charge au titre d'un tableau de maladies professionnelles différent de celui visé par la déclaration de maladie professionnelle du salarié.
16. La CPAM n'a pas à justifier auprès de l'employeur de la prise en charge des arrêts de travail liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.
17. La CPAM n'est pas tenue d'adresser une copie du dossier accident du travail ou maladie professionnelle qu'elle a constitué lorsque l'employeur lui en fait la demande.
18. Si l'accident du travail a été causé par un tiers non identifié (par exemple, à la suite d'une agression), les frais pris en charge ne seront jamais reportés au compte de l'employeur.
19. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les frais médicaux, d'hospitalisation et de pharmacie ainsi que le montant des indemnités journalières pris en charge sont reportés à « l'euro l'euro » au compte de l'employeur.
20. Les frais pris en charge à la suite d'une rechute d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne sont jamais reportés au compte de l'employeur.
21. Le taux de cotisations accidents du travail est uniquement consultable en ligne pour les entreprises dont l'effectif est supérieur à 149 salariés.
22. Le taux de cotisations accident du travail d'une entreprise de 15 salariés n'est pas calculé en fonction du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles dont ont été victimes ses salariés.
23. Seule la contestation annuelle du taux de cotisations accidents du travail permet d'interrompre la prescription triennale que l'URSSAF peut opposer à la demande d'un employeur en remboursement d'un trop-perçu de cotisations.
24. C'est la date de déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle qui commande l'inscription au compte employeur. Par exemple, un sinistre déclaré en 2019 sera imputé au compte employeur 2019.

25. Lorsqu'un salarié intérimaire est victime d'un accident du travail, il figurera au compte employeur de l'entreprise utilisatrice uniquement en cas d'attribution d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 10 % ou de décès.
26. Le fait pour un employeur de contester la prise en charge d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aura pour conséquence, en cas d'accord, de faire perdre au salarié ses droits. Il sera alors indemnisé non plus au titre de la législation professionnelle mais au titre de l'assurance maladie.
27. Si le taux d'incapacité permanente partielle attribuée à la victime d'un accident du travail peut être ramené de 19 % à 11 %, l'employeur doit saisir la commission médicale de recours amiable car, en cas d'accord, il peut espérer réaliser une économie substantielle sur ses cotisations d'accident du travail.
28. Lorsqu'un taux d'incapacité permanente partielle de 10 % est attribué, à la suite d'un accident du travail, au salarié d'une entreprise ayant une activité de BTP, le coût moyen qui sera reporté au compte de l'employeur sera le même que si le salarié était décédé.
29. Une infection au SARS-CoV-2 peut être prise en charge au titre de la législation sur les risques professionnels.
30. Le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut demander une pension d'invalidité au titre des séquelles qu'il conserve.
31. En l'absence de notification de la décision de prise en charge d'un AT ou d'une MP par la CPAM, dans les délais impartis, il s'agit d'une décision implicite de rejet.

1. Un salarié quitte son domicile pour visiter une entreprise cliente distante de plus de 200 kilomètres. Il est victime d'un accident de la route. Il s'agit d'un accident de trajet.



Lorsqu'un salarié quitte son domicile pour rejoindre son lieu de travail habituel, l'accident qui survient sur ce parcours est qualifié d'accident de trajet.

En revanche, les salariés amenés à se déplacer pour le compte de leur employeur, par exemple pour visiter une entreprise cliente, sont considérés comme étant en mission dès lors qu'ils quittent leur domicile pour rejoindre le lieu de la mission (Cass. 2^e civ., 1^{er} juillet 2003, n° 01-13.433).

L'accident dont ils pourraient être victimes sur ce parcours sera alors qualifié d'accident du travail (« accident de mission »), peu importe que le trajet choisi ne soit pas le trajet normal, le plus rapide ou le plus court (Cass. 2^e civ., 9 mai 2018, n° 17-17.912). Les frais générés par cet accident seront donc reportés au compte de l'employeur, contrairement aux accidents de trajet qui sont mutualisés via la majoration « trajet ».

2. L'employeur n'a pas à établir une déclaration d'accident du travail lorsque le salarié s'est seulement coupé le doigt et que sa blessure n'a nécessité que la pose d'un pansement



Seules les entreprises disposant d'un registre des accidents bénins sont autorisées à ne pas établir de déclaration d'accident du travail lorsque la lésion est bénigne et n'a pas nécessité d'arrêt de travail ou de soins médicaux (CSS, art. L. 441-4).

Ce registre peut être ouvert, sans autorisation préalable de la CARSAT, sur simple déclaration de l'employeur attestant qu'il remplit les conditions suivantes : présence permanente de personnel de santé (médecin, infirmier, etc.), existence d'un poste de secours d'urgence et respect de l'obligation relative à la mise en place du CSE (entreprises d'au moins 11 salariés).

Le registre est la propriété de l'employeur qui doit le conserver pendant une durée de 5 ans pour chaque année civile.

Le support du registre est libre. Il doit toutefois présenter, « sans difficulté d'utilisation de compréhension et sans risque d'altération » les mentions suivantes : nom du salarié accidenté, date et lieu de l'accident, circonstances de l'accident, nature et localisation des lésions (accompagnées du visa de la personne ayant dispensé les soins), coordonnées des témoins et, le cas échéant, du tiers impliqué dans l'accident. Le salarié doit signer le registre.

Lorsqu'il tient un registre des accidents bénins, l'employeur doit en informer la CARSAT sans délai par tout moyen conférant date certaine (LRAR par

exemple). Le CSE doit également être informé. Le médecin du travail peut le consulter.

Le registre doit être mis à la disposition des agents de contrôle des organismes chargés de la gestion des AT/MP, des ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès des CARSAT et de l'inspection du travail.

Si ces derniers constatent un ou des manquements, ils en informeront l'employeur et ce dernier ne pourra plus utiliser le registre pour inscrire les accidents bénins. Il devra alors établir une déclaration d'accident du travail le temps que ces manquements n'aient pas été régularisés.

Les manquements qui peuvent être retenus sont les suivants :

- tenue incorrecte du registre ;
- non-respect des conditions d'octroi du registre ;
- refus de présentation du registre aux agents de contrôle des organismes chargés de la gestion des AT/MP, aux ingénieurs-conseils ou contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès de la CARSAT, aux agents de l'inspection du travail, à la victime de l'accident consigné au registre et au CSE.

L'entreprise doit consigner au registre des accidents bénins l'accident dans les 48 heures à partir du moment où elle en a eu connaissance. Si des complications ultérieures surviennent et nécessitent un arrêt de travail ou des soins médicaux, une déclaration d'accident du travail devra alors être établie.

Pour les entreprises n'ayant pas de registre des accidents bénins, la déclaration d'accident du travail devra être établie dans tous les cas.

À défaut, l'employeur s'expose à des sanctions : une amende de 750 euros (3000 euros en cas de récidive) et une pénalité financière fixée suivant la gravité des faits (jusqu'à 3428 euros pour 2022). La CPAM pourra aussi lui demander de rembourser l'ensemble des dépenses engagées.

3. Le fait, pour un salarié, de ne pas porter ses équipements de protection n'empêche pas la qualification d'accident du travail par la caisse primaire.



Bien que le salarié ait commis une faute en ne portant pas ses équipements de protection, cette circonstance ne conduira pas la CPAM à rejeter la qualification d'accident du travail dès lors que la preuve de la survenance de l'accident au temps et au lieu de travail est rapportée.

En revanche, il appartient à l'employeur de sanctionner ce type de comportement, surtout s'il se répète, en mettant en œuvre la procédure disciplinaire applicable (avertissement, mise à pied, etc.) et d'en aviser la CPAM.

Enfin, l'employeur qui ne s'assure pas que ses salariés sont bien munis de leur équipement de protection individuelle (EPI) commet une faute caractérisée (Cass. crim., 25 mars 2014, n° 13-83.002), laquelle pourra engager sa responsabilité pénale, par exemple en cas de décès accidentel du salarié (homicide involontaire).

Par ailleurs, le salarié peut introduire une action en dommages-intérêts contre son employeur si celui-ci ne lui a pas fourni d'équipement de sécurité (par exemple, des chaussures de sécurité). Dans ce cas, le salarié n'aura pas à établir lui en avoir fait la demande. En effet, c'est à l'employeur qu'il appartient de démontrer qu'il a pris les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé du salarié (Cass. soc., 4 novembre 2021, n° 20-15.418).

4. Si l'employeur n'établit pas de déclaration d'accident du travail ou l'établit au-delà du délai de 48 heures, la CPAM pourra lui demander de rembourser l'intégralité des frais exposés au titre de l'accident.



L'employeur est tenu de déclarer tout accident du travail, quelle que soit son opinion, dans les 48 heures à partir du moment où il en a eu connaissance (CSS, art. R. 441-3).

Si la CPAM estime la déclaration tardive, ou en l'absence de déclaration, elle pourra réclamer le remboursement de la totalité des prestations versées pour l'accident (CSS, art. L. 471-1).

Cette sanction aura pour conséquence de faire payer l'accident 2 fois à l'employeur : une 1^{re} fois par l'imputation au compte employeur et une 2^{de} fois lors de la demande de remboursement des prestations.

Il existe, toutefois, une exception à cette obligation de déclarer l'accident du travail dans les 48 heures : lorsque l'accident du travail résulte d'un acte de terrorisme. En effet, dans ce cas, la procédure de prise en charge est simplifiée : les délais de déclaration de l'accident par l'employeur (48 heures) et par le salarié (24 heures) ne s'appliquent pas. Le caractère professionnel de l'accident est reconnu par la CPAM sans qu'il y ait lieu de mener des investigations complémentaires et les frais consécutifs à l'accident ne sont pas imputés au compte de l'employeur (circulaire interministérielle n° DSS/SD2/2016/72, du 14 mars 2016, relative à la mise en œuvre des dispositions du chapitre IX du titre VI du livre 1^{er} du Code de la Sécurité sociale).

5. Lorsque la CPAM engage des investigations suite à la réception d'une déclaration d'accident du travail, elle commence par adresser un questionnaire à l'employeur et à la victime.



En principe, lorsque la CPAM engage des investigations à la suite de la réception d'une déclaration d'accident du travail (l'employeur a émis des réserves motivées ou elle l'estime nécessaire), elle adresse aux parties un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident. Ce questionnaire devra lui être retourné dans un délai de 20 jours francs à compter de sa date de réception (CSS, art. R. 441-8).

La CPAM peut également recourir à une enquête complémentaire : l'enquêteur (un agent assermenté) peut entendre toute personne nécessaire, réclamer la remise de tout document, accéder aux locaux de l'entreprise, exercer un droit de communication auprès des tiers (ex. : organismes bancaires, clients, fournisseurs, etc.).

Si l'employeur refuse de répondre à ses questions ou lui refuse l'accès aux locaux de l'entreprise, il s'expose à des sanctions financières et à ce que la décision soit prise sans tenir compte des éléments qu'il aurait pu produire.

En cas de décès de la victime, la caisse procède obligatoirement à une enquête, sans adresser de questionnaire préalable.

Lorsque la CPAM adresse un questionnaire à l'assuré sans en adresser un à l'employeur ou si l'agent enquêteur n'entend que la victime ou ses ayants droit, la décision de prise en charge pourra être déclarée inopposable à l'entreprise.

La CPAM peut toutefois mener son enquête selon des modalités distinctes entre l'employeur et le salarié. Par exemple, elle peut adresser un questionnaire à ce dernier et procéder à un entretien téléphonique auprès de l'employeur. Dès lors que cet entretien a permis de recueillir des éléments d'information complets et pertinents, la CPAM est considérée comme ayant loyalement respecté le principe du contradictoire (Cass. 2^e civ., 3 juin 2021 n° 19-25.571).

Dès lors qu'elle a engagé des investigations, la CPAM dispose d'un délai total de 90 jours francs à compter de la réception de la déclaration d'accident du travail et du certificat médical pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident. En l'absence de décision dans ce délai, le caractère professionnel de l'accident est implicitement reconnu (CSS, art. R. 441-18).

Par ailleurs, lorsque la décision de la CPAM de prolonger l'instruction ne résulte pas de la nécessité de l'envoi d'un questionnaire ou de la réalisation d'une enquête, elle est seulement tenue de vous informer, en temps utile, du report de sa décision et, une fois l'instruction achevée, de vous informer de la faculté de consulter le dossier (Cass. 2^e civ., 24 juin 2021, n° 19-25.433).

6. Dès lors qu'un employeur indique qu'il émet des réserves sur la déclaration d'accident du travail, la CPAM est tenue d'engager des investigations et de l'informer préalablement à sa décision.



Pour être retenues par la CPAM et déclencher une enquête (désormais par l'envoi, dans un premier temps, d'un questionnaire), les réserves de l'employeur doivent être motivées, c'est-à-dire argumentées, et porter sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (Cass. 2^e civ., 10 juillet 2008, n° 07-18.110).

Par exemple, est constitutive de réserves portant sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident la lettre de réserves indiquant qu'il n'y avait pas de témoin à l'accident, celui-ci étant survenu au cours d'un déplacement professionnel, et que la victime aurait ressenti une douleur en effectuant un déchargement. La CPAM est alors tenue de procéder à une instruction préalable avant de prendre sa décision (Cass. 2^e civ., 9 mars 2017, n° 16-11.768).

En revanche, le fait d'indiquer « *nous émettons des réserves* », sans plus de précisions, sur la déclaration d'accident du travail ne sera pas retenu par la CPAM.

Il est donc important d'apporter le plus grand soin à la rédaction de la lettre de réserves.

Le délai pour envoyer la déclaration étant très court (48 h), il est conseillé de prendre le temps de rédiger une lettre de réserves et de l'adresser à part. Il conviendra alors de résumer brièvement la nature des réserves sur la déclaration et de préciser qu'un courrier complémentaire suivra. Ce dernier devra impérativement être envoyé à la CPAM dans un délai de 10 jours francs à compter de la rédaction de la déclaration de l'accident du travail. À défaut, la CPAM sera fondée à ne pas en tenir compte.

Si la CPAM considère que les réserves ne sont pas motivées, elle ne sera pas tenue d'engager des investigations et d'informer l'employeur préalablement à sa décision. Elle n'aura donc pas obligation de mettre le dossier à sa disposition pour consultation et de lui permettre de formuler des observations.

Cependant, dès lors que les réserves ont été émises par l'employeur dans le délai imparti et qu'elles portent sur des circonstances de temps et de lieu ou sur une cause étrangère au travail (réserves motivées), la CPAM est tenue d'instruire le dossier préalablement à sa décision. En effet, au stade de la recevabilité des réserves, l'employeur n'a pas à apporter la preuve du bien-fondé de celles-ci (Cass. 2^e civ., 26 novembre 2020, n° 19-20.058).

Enfin, en l'absence de réserves motivées de l'employeur, la CPAM peut décider d'instruire le dossier si elle le juge nécessaire (CSS, art. R. 441-7). Elle y est tenue si le salarié est décédé (CSS, art. R. 441-8).

7. Si un salarié souffre de problèmes de dos connus, l'employeur devra le préciser sur la déclaration d'accident du travail. Il s'agit de réserves motivées qui obligeront la caisse primaire à engager des investigations.



Les réserves portant uniquement sur les antécédents médicaux du salarié ne sont jamais retenues par la CPAM.

En effet, ce type de réserves ne remet pas en cause la réalité de l'accident ou son caractère professionnel. La CPAM ne sera donc pas tenue d'engager des investigations et de tenir l'employeur informé préalablement à sa décision.

Rien n'interdit toutefois à un employeur de préciser sur la déclaration d'accident du travail que son salarié souffre de problèmes de dos connus. En effet, bien qu'il ne s'agisse pas de réserves motivées, cette indication peut conduire le service médical de la CPAM à s'interroger sur l'imputabilité des lésions à l'accident.

En revanche, lorsque les réserves portent à la fois sur les antécédents médicaux du salarié et sur des doutes quant à la matérialité du fait accidentel, elles peuvent être retenues. Par exemple, des réserves ainsi libellées : « *Nous vous informons que nous émettons les plus vives réserves pour le motif suivant... état pathologique antérieur...* » ou « *Compte tenu des faits précédemment évoqués, nous émettons les plus vives réserves sur la matérialité de l'accident* » (Cass. 2^e civ., 12 février 2015, n° 13-28.260) ou « *Nous émettons des réserves sur le caractère professionnel de cet accident pour les raisons suivantes : lors de la déclaration de notre intérimaire, M. X... nous a fait part de douleurs au dos antécédentes à ce prétendu fait accidentel. Pour l'ensemble de ces raisons, il apparaît que la matérialité du fait accidentel n'est pas établie, les lésions décrites par le salarié s'approchant davantage d'une maladie telle que celles indemnisables au titre des tableaux n° 97 et 98 prévus à l'article R. 461-3 du Code de la Sécurité sociale* » (Cass. 2^e civ., 17 décembre 2015, n° 14-28.312).

8. L'employeur peut émettre des réserves sur le caractère professionnel d'un accident pendant un délai de 30 jours.



Pour les déclarations d'accidents du travail établies à compter du 1^{er} décembre 2019, l'employeur dispose désormais d'un délai de 10 jours francs pour émettre des réserves motivées sur le caractère professionnel d'un accident (CSS, art. R. 441-6).

Ce délai court à compter de la date de rédaction de la déclaration de l'accident. Il s'agit de la date mentionnée par l'employeur sur le formulaire de la déclaration et non de la date d'envoi de celle-ci.

Ce courrier devra être adressé à la CPAM, par tout moyen conférant date certaine à sa réception (par exemple en lettre recommandée avec avis de réception).

La CPAM devra attendre l'expiration de ce délai avant de prendre sa décision.

En revanche, si le courrier de réserves est adressé à la CPAM après l'expiration du délai de 10 jours francs, elle serait en principe fondée à ne pas en tenir compte, notamment si elle a déjà pris sa décision sur le caractère professionnel de l'accident.

La Cour de cassation ne s'est pas encore prononcée sur cette question.

9. On ne peut pas parler de maladie professionnelle puisque cela est survenu hors travail.



À la différence de l'accident du travail qui suppose qu'un fait accidentel se soit produit à une date et une heure certaine pendant les heures et le temps de travail ou à l'occasion du travail, la maladie professionnelle est le résultat d'une exposition prolongée à un risque. Il n'est donc pas possible d'en déterminer avec certitude la date d'apparition.

En conséquence, le fait que la première constatation médicale d'une maladie professionnelle intervienne en dehors des heures et lieux de travail (par exemple, le week-end) n'empêche nullement sa prise en charge.

En revanche, chaque tableau de maladies professionnelles fixe un délai maximal à respecter entre la fin de l'exposition au risque et la 1^{re} constatation médicale de la maladie. Si ce délai de prise en charge est dépassé, la maladie pourra être considérée comme n'étant pas liée à l'exposition au risque et ne présentant pas un caractère professionnel.

10. À réception d'une déclaration de maladie professionnelle, la CPAM engage systématiquement des investigations.



Pour les déclarations de maladie professionnelle établies à compter du 1^{er} décembre 2019, la CPAM, lorsqu'elle reçoit la déclaration, le certificat médical et les éventuels examens médicaux prescrits par le tableau concerné, engage systématiquement des investigations.

Celles-ci débutent par l'envoi d'un questionnaire à l'employeur et au salarié, afin de connaître ses conditions de travail. Il devra être retourné dans les 30 jours francs suivant sa réception.

Les précédents employeurs ou médecins du travail de la victime peuvent également être interrogés.

La CPAM a la possibilité de recourir à une enquête complémentaire. C'est notamment le cas lorsque les réponses de l'employeur et de la victime aux questionnaires sont divergentes (maladie pouvant être rattachée à plusieurs tableaux de MP par exemple). Elle peut aussi missionner un agent enquêteur afin d'étudier le poste de travail du salarié (amplitude des gestes, poids des charges soulevées, etc.).

Si l'employeur refuse de répondre à l'enquêteur ou lui refuse l'accès à ses locaux, un procès-verbal de carence sera établi. L'entreprise s'expose alors à des sanctions financières et à ce que la décision soit prise sans tenir compte des éléments qu'elle aurait pu produire.

Au cours de cette enquête, la CPAM va rechercher si la maladie remplit les conditions du tableau de maladies professionnelles au titre duquel la reconnaissance est demandée, afin de déterminer si elle peut statuer sur son caractère professionnel ou si elle doit saisir le CRRMP.

11. Lorsque le tableau de maladies professionnelles fixe une liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie, cela veut dire qu'un salarié qui n'a pas exécuté lesdits travaux ne pourra jamais voir son affection prise en charge au titre de la législation professionnelle.



Dès lors qu'un tableau de maladies professionnelles fixe une liste limitative de travaux susceptibles de provoquer la maladie, le salarié doit, pour obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie, avoir accompli de manière habituelle les travaux indiqués dans le tableau.

Néanmoins, si la condition tenant à l'exécution des travaux fixés par la liste n'est pas remplie, le caractère professionnel de la maladie pourra être reconnu sur avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), composé de médecins, qui sera chargé d'établir que la maladie est directement causée par le travail habituel de la victime (CSS, art. L. 461-1).

12. Le délai de prise en charge est le délai dont dispose la CPAM pour statuer sur la prise en charge d'une maladie professionnelle.



Le délai de prise en charge est le délai maximum entre la fin de l'exposition au risque du salarié (par exemple, à l'occasion d'un changement de poste, de la prise de congés, etc.) et la 1^{re} constatation médicale de la maladie (CSS, art. L. 461-2).

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit établi. Elle est fixée par le médecin-conseil (CSS, art. D.461-1-1).

Chaque tableau de maladies professionnelles fixe un délai de prise en charge au-delà duquel la prise en charge n'est plus acceptée sans autre preuve. Il sera plus ou moins long suivant le type de maladie :

- 7 jours pour une tendinite (tableau n° 57 C : « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ») ;
- 35 ans pour une asbestose (tableau n° 30 A : « Affections consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante »).

Ce délai ne doit pas être confondu avec le délai d'instruction de la déclaration de maladie professionnelle qui est le délai dont dispose la CPAM pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie.

L'instruction du dossier débute à compter de la réception par la CPAM du dossier complet : déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial et le résultat des examens médicaux complémentaires prescrits, le cas échéant, par les tableaux de maladies professionnelles.

Si la CPAM sollicite du médecin traitant du salarié une précision d'ordre médical afin de compléter le dossier, le délai d'instruction ne commencera à courir qu'à compter de la réception du certificat médical portant cette précision (Cass. 2^e civ., 30 mars 2017, n° 16-13.277).

Dès que le dossier est complet, la CPAM dispose d'un délai de 120 jours francs pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie ou saisir le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CSS, art. R. 461-9).

13. Lorsque la CPAM décide de saisir un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), elle dispose d'un délai supplémentaire de 120 jours francs pour prendre sa décision.



Lorsque la CPAM décide de saisir le CRRMP, un nouveau délai de 120 jours francs lui est accordé à compter de cette saisine pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie (CSS, art. R. 461-10).

La saisine du CRRMP doit intervenir avant l'expiration du premier délai de 120 jours francs et la CPAM doit en informer l'employeur. Elle doit également lui préciser la date à laquelle le dossier sera transmis au comité. À défaut, la décision de prise en charge est inopposable (Cass. 2^e civ., 25 novembre 2021, n° 20-15.574).

Le CRRMP doit rechercher si un lien direct entre la maladie et le travail habituel de la victime est établi (ce lien devra être direct et essentiel en cas de maladie non désignée par un tableau mais donnant lieu à un taux d'incapacité d'au moins 25 % ou ayant entraîné le décès du salarié).

Le comité dispose de 110 jours francs pour rendre un avis motivé, qui s'impose à la CPAM.

Si la CPAM ne rend pas de décision à l'issue du délai de 120 jours francs suivant la saisine du CRRMP, le caractère professionnel de la maladie est implicitement reconnu.

14. L'employeur peut demander l'inopposabilité de la décision de prise en charge d'une maladie professionnelle lorsque le double de la déclaration de maladie professionnelle ne lui a pas été transmis par la CPAM.



Contrairement à la déclaration d'accident du travail qui est établie par l'employeur, la déclaration de maladie professionnelle est effectuée par le salarié auprès de la CPAM.

En conséquence, afin d'assurer l'information de l'employeur, la CPAM est tenue de lui adresser un double de la déclaration de maladie professionnelle par tout moyen conférant date certaine à sa réception : courrier recommandé avec accusé de réception, télécopie, e-mail, etc. (CSS, art. R. 461-9).

Peu importe que l'employeur ait eu connaissance de la déclaration de maladie professionnelle dans le cadre de l'enquête. La CPAM doit être en mesure de démontrer qu'elle lui a adressé le double de celle-ci et à quelle date il l'a réceptionné (Cass. 2^e civ., 21 octobre 2021, n° 20-11.740).

Si la CPAM omet de transmettre le double de la déclaration de maladie professionnelle à l'employeur, celui-ci pourra demander l'inopposabilité de la décision de prise en charge et le retrait des frais imputés de son compte employeur (Cass. 2^e civ., 20 décembre 2012, n° 11-26.621).

15. La CPAM peut décider d'accorder la prise en charge au titre d'un tableau de maladies professionnelles différent de celui visé par la déclaration de maladie professionnelle du salarié.



La CPAM n'est pas tenue par le tableau de maladies professionnelles visé par la déclaration de maladie professionnelle. Elle peut donc décider, lors de l'instruction du dossier, de prendre en charge la maladie sur la base d'un tableau différent (par exemple le tableau n° 98 « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes » au lieu du tableau n° 97 « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier »).

Toutefois, dans cette hypothèse, la CPAM doit tenir l'employeur informé de ce changement de qualification. À défaut, il pourra demander que la décision de prise en charge lui soit déclarée inopposable (Cass. 2^e civ., 17 septembre 2009, n° 08-18.703).

En revanche, une erreur matérielle affectant la décision de prise en charge de la maladie professionnelle notifiée à l'employeur (celle-ci indiquant une prise en charge au titre du tableau n° 30 bis « cancer bronchopulmonaire » au lieu du tableau n° 30 B « plaques pleurales ») n'entraîne pas l'inopposabilité de cette décision. En effet, elle ne modifie pas la nature de la décision elle-même, la maladie ayant été instruite et reconnue au titre du tableau n° 30 B (Cass. 2^e civ., 15 septembre 2016, n° 15-22.012).

De son côté, le salarié victime d'une maladie prise en charge au titre de l'un des tableaux peut, tant que la décision de la CPAM n'est pas devenue définitive, demander le changement de la qualification de la maladie au regard des tableaux dès lors qu'elle a un intérêt légitime au succès de cette prétention (Cass. 2^e civ., 21 juin 2018, n° 17-18.996).

Cette demande n'est pas considérée comme étant légitime lorsque, par exemple, le salarié dont la maladie a été prise en charge au titre du tableau 98 demande la prise en charge de son affection au titre du tableau n° 97. En effet, s'ils fixent de manière distincte la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer les maladies, les tableaux 97 et 98 se rapportent aux mêmes maladies et fixent le même délai de prise en charge.

16. La CPAM n'a pas à justifier auprès de l'employeur de la prise en charge des arrêts de travail liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.



Dès lors que la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est accordée par la CPAM, l'ensemble des arrêts de travail présentés par le salarié à ce titre pourra être pris en charge sans qu'aucune justification ou information soit communiquée à l'employeur.

En effet, la présomption d'imputabilité au travail des lésions apparues à la suite d'un accident du travail (ou d'une maladie professionnelle) s'étend durant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison complète ou jusqu'à la consolidation de l'état de santé de la victime (Cass. 2^e civ., 17 février 2011, n° 10-14.981). Lorsque la CPAM verse des indemnités journalières jusqu'à la date de la consolidation, la présomption s'applique jusqu'à cette date sans qu'elle ait à justifier de la continuité des symptômes (Cass. 2^e civ., 9 juillet 2020, n° 19-17.626).

L'employeur pourra néanmoins contester devant le pôle social du tribunal judiciaire l'imputabilité à l'accident initialement reconnu de tout ou partie des soins et arrêts de travail pris en charge ultérieurement par la CPAM (Cass. 2^e civ., 4 mai 2016, n° 15-16.895). La commission de recours amiable de la CPAM devra obligatoirement être saisie au préalable, bien qu'elle ne soit pas compétente pour se prononcer sur des questions d'ordre médical.

Face à une durée d'arrêt de travail jugée trop longue, l'employeur conserve également la possibilité de faire pratiquer une contre-visite médicale ou d'écrire au médecin-conseil de la CPAM.

17. La CPAM n'est pas tenue d'adresser une copie du dossier accident du travail ou maladie professionnelle qu'elle a constitué lorsque l'employeur lui en fait la demande.



La CPAM n'est jamais tenue de déférer à la demande de l'employeur de lui adresser une copie du dossier accident du travail ou de maladie professionnelle qu'elle a constitué, même si celui-ci lui en fait la demande expresse avant que ne soit arrêtée sa décision sur la reconnaissance du caractère professionnel (Cass. 2^e civ., 10 juillet 2014, n° 13-20.820).

En revanche, dès lors qu'elle a engagé des investigations, la CPAM est tenue d'informer l'employeur préalablement à sa décision.

Elle doit ainsi mettre le dossier constitué à sa disposition 70 jours francs au plus tard après le début de l'instruction de la déclaration de l'accident du travail (100 jours francs au plus tard s'il s'agit d'une maladie professionnelle).

L'employeur dispose alors de 10 jours francs pour consulter le dossier et formuler des observations qui y seront annexées. La CPAM doit l'informer des dates d'ouverture et de clôture de la période de consultation et de la période de formulation d'observations.

Cette information doit se faire par tout moyen conférant date certaine à sa réception et au plus tard 10 jours francs avant la période de consultation du dossier (CSS, art. R. 461-8 et CSS, art. R. 461-9).

Le délai de 10 jours francs court à compter de la réception par l'employeur de l'information communiquée par la CPAM, c'est-à-dire soit de la présentation du courrier par la poste, soit du retrait de celui-ci (Cass. 2^e civ., 12 mai 2021, n° 20-15.102).

La CPAM doit être en mesure de justifier de la date à laquelle cette lettre a été réceptionnée par l'employeur (Cass. 2^e civ., 24 janvier 2019, n° 18-11.349).

Si la CPAM ne respecte pas cette obligation d'information, l'employeur pourra demander l'inopposabilité de la décision de prise en charge.

La liste des pièces devant figurer au dossier présenté par la CPAM à l'employeur, dès lors qu'elle a mené une enquête, comprend l'ensemble des éléments listés à l'article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale :

- la déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- les divers certificats médicaux détenus par la caisse ;
- les constats faits par la caisse primaire ;
- les informations parvenues à la caisse par la victime ou ses représentants et par l'employeur ;
- les éléments communiqués par la caisse régionale (CARSAT) ou tout autre organisme.

L'avis du médecin-conseil, bien que non listé à l'article R. 441-14, doit figurer au dossier (Cass. 2^e civ., 21 juin 2012, n° 11-17.772). De même, le dossier doit comprendre les questionnaires complétés par l'employeur et le salarié ainsi que le rapport réalisé par l'inspecteur de la CPAM lors de l'enquête complémentaire. Ce rapport doit être signé mais jamais manuscrit, ni raturé.

En revanche, certains éléments n'ont pas à figurer au dossier présenté à l'employeur :

- l'information ou l'avis de l'inspection du travail (Cass. 2^e civ., 14 mars 2013, n° 11-24.237) ;
- les documents portant sur la fixation du taux d'incapacité permanente partielle (taux d'IPP) susceptible d'être attribué au salarié (Cass. 2^e civ., 21 septembre 2017, n° 16-26.842) ;
- la pièce caractérisant la 1^{re} constatation médicale d'une maladie professionnelle dont la date est antérieure à celle du certificat médical initial (Cass. 2^e civ., 9 mars 2017, n° 15-29.070) ;
- la teneur de l'examen médical prescrit par un tableau de maladies professionnelles (par exemple l'IRM mentionnée au tableau n° 57 A), qui constitue un élément du diagnostic, ne pouvant être examinée que dans le cadre d'une expertise (Cass. 2^e civ., 29 mai 2019, n° 18-14.811).

18. Si l'accident du travail a été causé par un tiers non identifié (par exemple, à la suite d'une agression), les frais pris en charge ne seront jamais reportés au compte de l'employeur.



Seul l'accident du travail résultant d'une agression par un tiers non identifié et perpétrée au moyen d'armes ou d'explosifs n'entraîne aucune imputation au compte de l'employeur (CSS, art. D. 242-6-7).

Au sens « d'armes », on entend également les armes par destination. Par exemple : une agression commise en donnant un coup avec un sac de randonnée contenant des bouteilles d'alcool (Cass. 2^e civ., 12 mai 2021, n° 20-12.827).

En conséquence, si l'agresseur non identifié n'a pas fait usage d'une arme ou d'explosifs, les frais pourront être imputés au compte de l'employeur.

Il est donc important de se ménager des moyens de preuve en se procurant la copie du dépôt de plainte de la victime ou le témoignage de personnes ayant assisté à l'agression, afin d'être en mesure de prouver à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail qu'une arme (ou des explosifs) a bien été utilisée.

En revanche, si l'accident du travail résulte d'un acte de terrorisme, les dépenses qui y sont liées ne seront pas imputées au compte de l'employeur. Ces dépenses seront couvertes par la majoration M3 (décret n° 2016-1 du 2 janvier 2016 – JORF n° 0002 du 3 janvier 2016 – texte n° 23).

Sont considérées comme étant victime d'un acte de terrorisme les personnes qui ont été soit blessées lors d'un acte de terrorisme, soit impliquées dans cet acte et dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) (circulaire interministérielle n° DSS/SD2/2016/72, du 14 mars 2016, relative à la mise en œuvre des dispositions du chapitre IX du titre VI du livre Ier du Code de la Sécurité sociale).

Dans cette hypothèse, l'employeur n'aura pas à démontrer qu'une arme ou des explosifs ont été utilisés.

19. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les frais médicaux, d'hospitalisation et de pharmacie ainsi que le montant des indemnités journalières pris en charge sont reportés à « l'euro l'euro* » au compte de l'employeur.

**Cette expression signifie qu'1 euro dépensé est 1 euro imputé (par exemple, si la CPAM dépense 1000 euros de frais, l'employeur verra imputer à son compte employeur 1000 euros).*

FAUX

Les dépenses liées à une incapacité temporaire (frais, indemnités journalières, etc.) ne sont pas reportées au compte employeur à « l'euro l'euro », c'est-à-dire en fonction des dépenses engagées par la CPAM, mais sont forfaitisées.

Le sinistre sera classé en fonction du nombre de jours d'arrêts de travail, selon 6 catégories d'incapacités temporaires (CSS, art. D. 242-6-6) :

- sans arrêt à 3 jours ;
- avec arrêt de 4 à 15 jours ;
- avec arrêt de 16 à 45 jours ;
- avec arrêt de 46 à 90 jours ;
- avec arrêt de 91 à 150 jours ;
- avec arrêt de plus de 150 jours.

Un coût moyen est rattaché à chacune des catégories. Il est déterminé chaque année par arrêté. Ainsi, pour le taux de cotisations accidents du travail 2022, les coûts moyens ont été fixés par l'arrêté du 24 décembre 2021 (Annexe 2).

Lorsque le salarié conserve des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et se voit attribuer un taux d'incapacité permanente, un coût moyen sera également reporté au compte de l'employeur, en fonction du taux d'incapacité attribué.

Il existe 4 catégories d'incapacité permanente : moins de 10 %, de 10 % à 19 %, de 20 % à 39 %, 40 % et plus ou décès de la victime.

20. Les frais pris en charge à la suite d'une rechute d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne sont jamais reportés au compte de l'employeur.

VRAI

Si le salarié présente une rechute au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la prise en charge de celle-ci n'entraînera aucune imputation au compte de l'employeur (CSS, art. D. 242-6-7).

En effet, seuls les jours d'arrêts de travail prescrits avant la guérison ou la consolidation de l'état de santé du salarié sont comptabilisés pour déterminer la catégorie d'incapacité temporaire et le coût moyen qui devra être reporté au compte employeur.

En conséquence, si le salarié présente une rechute après sa guérison ou la consolidation de son état de santé et qu'un nouvel arrêt de travail est prescrit, ces jours d'arrêts ne seront pas comptabilisés et ne donneront pas lieu à une nouvelle imputation au compte de l'employeur.

De même, lorsqu'un taux d'incapacité permanente est attribué au salarié à la suite d'une rechute, aucun coût moyen ne sera reporté à ce titre.

suite des idées reçues ↓

21. Le taux de cotisations accidents du travail est uniquement consultable en ligne pour les entreprises dont l'effectif est supérieur à 149 salariés.



FAUX

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les entreprises d'au moins 150 salariés ne reçoivent plus leur taux AT en version papier et, depuis le 1^{er} janvier 2021, c'est également le cas des entreprises dont l'effectif est d'au moins 10 salariés.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2022, toutes les entreprises, quel que soit leur effectif, reçoivent la notification de leur taux AT par voie électronique via le téléservice « Compte ATMP » (accessible sur net-entreprises.fr).

Par conséquent, elles doivent obligatoirement adhérer à ce téléservice.

À défaut, une pénalité leur est appliquée, celle-ci est égale à :

- 0,5 % du plafond mensuel de Sécurité sociale (17,14 euros pour 2022) par salarié des établissements non adhérents de l'entreprise, si l'effectif est inférieur à 20 salariés ;
- 1 % du PMSS (34,28 euros pour 2022) par salarié des établissements non adhérents de l'entreprise, si l'effectif est au moins égal à 20 et inférieur à 150 salariés ;
- 1,5 % du PMSS (51,42 euros pour 2022) par salarié des établissements non adhérents de l'entreprise, si l'effectif est au moins égal à 150 salariés ou plus.

22. Le taux de cotisations accident du travail d'une entreprise de 15 salariés n'est pas calculé en fonction du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles dont ont été victimes ses salariés.



VRAI

En effet, les entreprises dont l'effectif global est inférieur à 20 salariés sont soumises au taux collectif. Elles se voient ainsi appliquer un taux de cotisations accidents du travail fixé annuellement par arrêté ministériel et correspondant aux statistiques de la même branche d'activité. Pour l'année 2022, c'est l'arrêté du 24 décembre 2021 qui a fixé les tarifs des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles des activités professionnelles relevant du régime général de la Sécurité sociale.

Le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles dont ont été victimes leurs salariés n'est ainsi pas pris en compte pour déterminer le taux de cotisations accidents du travail qui leur est applicable.

À l'inverse, les entreprises dont l'effectif global est au moins égal à 150 salariés voient leur taux de cotisations accidents du travail intégralement calculé d'après le coût des sinistres survenus dans l'entreprise au cours des 3 dernières années.

23. Seule la contestation annuelle du taux de cotisations accidents du travail permet d'interrompre la prescription triennale que l'URSSAF peut opposer à la demande d'un employeur en remboursement d'un trop-perçu de cotisations.



Le taux de cotisations accidents du travail est déterminé annuellement et doit être contesté dans les 2 mois à compter de sa notification par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. Il revêt, passé ce délai, un caractère définitif (Cass. 2^e civ., 3 juin 2021, n° 20-10.788), sauf si une décision de justice ultérieure vient en modifier le calcul (Cass. 2^e civ., 24 juin 2021, n° 20-14.904).

Par conséquent, la prescription triennale de la demande de remboursement des cotisations indûment versées ne peut pas commencer à courir avant le jugement devenu irrévocable ayant déclaré la décision de prise en charge inopposable à l'employeur (Cass. 2^e civ., 12 février 2015, n° 13-25985).

De plus, lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une CARSAT en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés (CSS, art. L. 243-6-I).

Enfin, l'évènement qui constitue le point de départ du cours de la prescription triennale de la demande de remboursement est la décision administrative ou juridictionnelle faisant naître le droit à remboursement (lettre-circ. ACOSS n° 2015-0000025, du 15 juin 2015). À réception de cette décision, par exemple une décision de la commission de recours amiable de la CPAM lui déclarant la prise en charge d'un accident du travail inopposable, l'employeur dispose donc d'un délai de 3 ans pour demander à son organisme de recouvrement le remboursement de l'intégralité des cotisations AT/MP indues. Passé ce délai, la demande de remboursement est prescrite.

La demande de remboursement des cotisations AT/MP indûment versées doit être adressée à l'URSSAF dont l'employeur relève à la date de sa demande, peu importe la période à laquelle se rapporte le paiement indu (Cass. 2^e civ., 19 décembre 2019, n° 18-24.291).

24. C'est la date de déclaration de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle qui commande l'inscription au compte employeur. Par exemple, un sinistre déclaré en 2021 sera imputé au compte employeur 2021.



Le compte employeur de l'année N comprend en effet les accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés pendant l'année N et ayant donné lieu à des soins ou ayant entraîné un arrêt de travail. Ainsi, ne doivent figurer au compte employeur 2021 que les sinistres déclarés au cours de l'année 2021.

La seule exception concerne les accidents du travail ou les maladies professionnelles qui, quelle que soit leur date de déclaration, ont soit entraîné le décès de la victime, soit donné lieu à la notification d'un taux d'incapacité permanente au cours de l'année N. Par exemple, un salarié victime d'un accident du travail déclaré en 2020 mais à qui un taux d'incapacité permanente a été notifié en 2021 pourra être inscrit au compte employeur 2021.

Un sinistre pourra donc être inscrit à 2 comptes employeur maximum : le compte employeur de l'année de sa déclaration et le compte employeur de l'année du décès de la victime ou de l'attribution à celle-ci d'un taux d'incapacité.

Par exemple, un salarié victime d'une maladie professionnelle déclarée en 2020 et auquel la CPAM a attribué un taux d'incapacité de 20 % en 2021 figurera aux comptes employeur 2020 et 2021.

Bien évidemment, la déclaration du sinistre et l'attribution du taux d'incapacité peuvent intervenir la même année. Dans ce cas, un seul compte employeur sera impacté.

Enfin, lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle entraîne le décès de la victime, c'est l'année du décès qui commande l'inscription au compte AT/MP, et non l'année de la reconnaissance de son caractère professionnel par la CPAM. Par exemple, un décès survenu en octobre 2020, mais dont le caractère professionnel n'a été reconnu qu'en janvier 2021, devra être inscrit au compte employeur 2020, et non 2021 (Cass. 2^e civ., 21 octobre 2021, n° 20-10.600).

25. Lorsqu'un salarié intérimaire est victime d'un accident du travail, il figurera au compte employeur de l'entreprise utilisatrice uniquement en cas d'attribution d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 10 % ou de décès.



Si l'accident du travail ou la maladie professionnelle entraîne l'attribution d'une rente supérieure ou égale à 10 % ou le décès du salarié, il sera imputé au compte de l'entreprise utilisatrice 1/3 du coût moyen correspondant à la catégorie d'incapacité permanente.

Les 2/3 du coût moyen seront imputés au compte de l'entreprise de travail temporaire qui supportera également :

- l'intégralité du coût moyen correspondant à la catégorie d'incapacité temporaire (en fonction du nombre de jours d'arrêts de travail) ;
- l'intégralité du coût moyen lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %.

L'entreprise utilisatrice n'étant pas l'employeur juridique du salarié intérimaire, elle n'a pas qualité pour contester la décision de prise en charge de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle (Cass. 2^e civ., 15 mars 2018, n° 16-28.333) ou la décision attribuant à la victime un taux d'incapacité permanente (Cass. 2^e civ., 15 mars 2018, n° 16-19.043). Son action à ce titre est irrecevable. En effet, seule l'entreprise de travail temporaire, employeur juridique du salarié intérimaire, a qualité pour agir.

L'entreprise utilisatrice conserve néanmoins la faculté de contester la répartition de la charge financière entre elle-même et l'entreprise de travail temporaire.

26. Le fait pour un employeur de contester la prise en charge d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aura pour conséquence, en cas d'accord, de faire perdre au salarié ses droits. Il sera alors indemnisé non plus au titre de la législation professionnelle mais au titre de l'assurance maladie.



Il existe un principe d'indépendance entre les rapports CPAM employeur et CPAM salarié en vertu duquel la décision issue d'un recours initié par l'employeur n'a aucun effet sur la décision de reconnaissance prise à l'égard de l'assuré : il n'y a pas lieu de l'appeler en la cause dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise (circ. min. DSS/2C/2009/267, du 21 août 2009).

En conséquence, si l'employeur obtient l'inopposabilité de la décision de prise en charge de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et le retrait des frais de son compte employeur, le salarié victime du sinistre

conservera ses droits et continuera à être indemnisé au titre de la législation professionnelle.

À l'inverse, si un salarié conteste la décision de la CPAM refusant le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie et obtient gain de cause, la prise en charge qui pourra intervenir suite à ce recours ne sera pas opposable à l'employeur et les dépenses ne seront pas imputées à son compte.

27. Si le taux d'incapacité permanente partielle attribuée à la victime d'un accident du travail peut être ramené de 19 % à 11 %, l'employeur doit saisir la commission médicale de recours amiable car, en cas d'accord, il peut espérer réaliser une économie substantielle sur ses cotisations d'accident du travail.



FAUX

Pour les entreprises ayant une activité ne relevant pas du Bâtiment et des Travaux publics, l'attribution d'un taux d'incapacité permanente partielle au salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraîne l'imputation au compte employeur d'un coût moyen qui varie en fonction du taux d'incapacité accordé. On distingue 4 catégories d'incapacité permanente (CSS, art. D. 242-6-6) :

- incapacité permanente de moins de 10 % ;
- incapacité permanente de 10 % à 19 % ;
- incapacité permanente de 20 % à 39 % ;
- incapacité permanente de 40 % et plus ou décès de la victime.

En conséquence, un employeur n'a aucun intérêt financier à voir le taux d'incapacité permanente de son salarié ramené de 19 % à 11 % par la commission médicale de recours amiable puisqu'il n'en résulterait aucun changement de catégorie, le coût moyen imputé restant le même (par exemple, pour une entreprise de transports : 62 748 euros pour l'année 2022).

28. Lorsqu'un taux d'incapacité permanente partielle de 10 % est attribué, à la suite d'un accident du travail, au salarié d'une entreprise ayant une activité de BTP, le coût moyen qui sera reporté au compte de l'employeur sera le même que si le salarié était décédé.



VRAI

Par exception, pour les entreprises ayant une activité du Bâtiment et des Travaux publics, les catégories d'incapacité permanente de 10 % à 100 % et celles concernant les décès sont les suivantes (CSS, art. D. 242-6-6) :

- incapacité permanente ou décès pour les activités de gros œuvre ;
- incapacité permanente ou décès pour les activités de second œuvre ;
- incapacité permanente ou décès pour les activités de fonctions support et bureau.

Par conséquent, une entreprise ayant une activité de BTP gros œuvre verra le même coût moyen reporté à son compte employeur que son salarié ait bénéficié d'un taux d'incapacité permanente de 10 %, 22 %, 100 % ou qu'il soit décédé : 147 063 euros au titre de l'année 2022 (arrêté du 24 décembre 2021).

En revanche, pour les entreprises ayant une activité de BTP en Alsace-Moselle, les catégories d'incapacité permanente sont les mêmes que celles des entreprises hors BTP :

- incapacité permanente de moins de 10 % ;
- incapacité permanente de 10 % à 19 % ;
- incapacité permanente de 20 % à 39 % ;
- incapacité permanente de 40 % et plus ou décès de la victime.

Dans ce cas, le coût moyen reporté au compte de l'employeur sera différent : par exemple, pour un salarié bénéficiant d'un taux d'incapacité de 10 %, un coût moyen de 61 618 euros sera imputé au compte de l'employeur, contre 589 209 euros si le salarié est décédé (arrêté du 24 décembre 2021).

29. Une infection au SARS-CoV-2 peut être prise en charge au titre de la législation sur les risques professionnels.



Un tableau de maladies professionnelles n° 100 « Affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-CoV2 » a été créé afin de permettre la reconnaissance des pathologies liées à la Covid-19. Il est entré en vigueur le 16 septembre 2020.

La liste des travaux fixée par ce tableau est limitative et concerne essentiellement les activités liées aux soins. Les salariés estimant avoir contracté la Covid-19 dans le cadre de leur activité professionnelle pourront néanmoins faire appel au système de reconnaissance complémentaire pour être pris en charge au titre de la législation sur les risques professionnels.

En effet, pour les affections non désignées dans ce tableau et non contractées dans ses conditions, l'instruction de l'ensemble des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle liées à une contamination au SARS-CoV2 est confiée à un CRRMP unique.

Enfin, la charge financière des maladies professionnelles liées au SARS-CoV2 sera mutualisée et ne sera pas reportée au compte AT/MP des employeurs.

Par conséquent, seront inscrites au compte spécial, les dépenses afférentes à la maladie reconnue d'origine professionnelle en lien avec une infection par le SARS-CoV2, sur la base du tableau n° 100 ou sur avis motivé du CRRMP.

30. Le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut demander une pension d'invalidité au titre des séquelles qu'il conserve.



FAUX

Lorsqu'un salarié est victime d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP), c'est la législation relative aux risques professionnels qui s'applique. Si le salarié conserve des séquelles à la suite de l'AT ou de la MP, le médecin-conseil de la CPAM déterminera un taux d'incapacité permanente partielle (taux d'IPP) d'après un barème annexé au Code de la Sécurité sociale. Le salarié percevra alors une rente viagère (taux d'IPP supérieur ou égal à 10 %) ou une indemnité en capital qui est une somme forfaitaire (taux d'IPP inférieur à 10 %).

La pension d'invalidité ne concerne que les accidents ou les maladies **non professionnels**. Le salarié sera considéré comme invalide si, après un sinistre d'origine non professionnelle, sa capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins 2/3 (66 %). Pour déterminer la pension d'invalidité, le médecin-conseil de la CPAM classera la personne invalide dans l'une des 3 catégories suivantes :

- 1^{re} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession, est, en plus, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

31. En l'absence de notification de la décision de prise en charge d'un AT ou d'une MP par la CPAM, dans les délais impartis, il s'agit d'une décision implicite de rejet.



FAUX

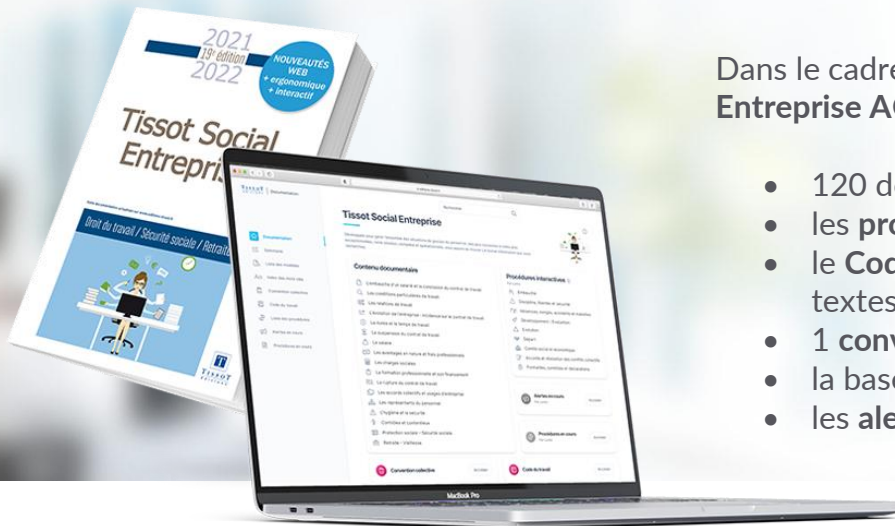
Le caractère professionnel de l'accident est implicitement reconnu en cas d'absence de notification de décision par la CPAM dans le délai de 30 jours francs ou de 90 jours francs à compter de la date de réception de la déclaration d'accident du travail et du certificat médical initial (CSS, art. R. 441-18).

De même, le caractère professionnel de la maladie est implicitement reconnu en cas d'absence de notification de décision par la CPAM dans le délai de 120 jours francs à compter de la réception de la déclaration de maladie professionnelle intégrant le certificat médical et, le cas échéant, des examens médicaux, ou dans le délai de 120 jours francs à compter de la saisine du CRRMP.

En cas de reconnaissance implicite, l'absence de notification de la décision de prise en charge à l'employeur, lui permet de contester celle-ci au-delà du délai impératif de 2 mois. Toutefois, sa contestation devra intervenir dans un délai maximum de 5 ans (Cass. 2^e civ., 18 février 2021 n° 19-25.887 et n° 19-25.886).

Tissot Social Entreprise ACTIV

La solution de droit du travail la plus complète du marché.



Dans le cadre de l'abonnement à **Tissot Social Entreprise ACTIV**, accédez à :

- 120 dossiers thématiques
- les **procédures** et documents interactifs Lumio
- le **Code du travail** et l'accès à plus de 6 000 textes officiels
- **1 convention collective**
- la base de **modèles**
- les **alertes** de mise à jour

Votre allié pour une gestion du personnel facilitée !



Accédez à la base complète de dossiers

Ayez une vision globale et approfondie

Plus de 120 dossiers classés par thèmes, pour maîtriser l'ensemble des informations à connaître sur un sujet concret.



Obtenez des réponses personnalisées

Laissez-vous guider

Les procédures interactives vous apportent une réponse personnalisée car chaque cas est unique, chaque situation différente.



Sécurisez vos décisions

Soyez sereins

Vous êtes sûr(e) de respecter la réglementation en vigueur grâce aux mises à jour permanentes de nos contenus.