

La gestion du risque accident du travail – maladie professionnelle – rechute – IPP - faute inexcusable

**Maître Pascal BABY
Avocat à la Cour
8, rue d'Alsace-Lorraine
31000 TOULOUSE**

26 mars 2013

Pourquoi faut-il optimiser la gestion du risque professionnel ?

- Pour améliorer la prévention des risques professionnels, dans le cadre de l'exécution de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur ;
- Pour réaliser des économies globales (exemple : rapport de l'Association internationale de la sécurité sociale) ;
- Pour réduire le taux de cotisations AT ;
- Pour réduire le risque managérial en cas de contentieux (exemple de la faute inexcusable).

Zoom rapide sur la tarification

- Pour une entreprise de plus de 150 salariés (taux individuel) appartenant au Comité technique national (CTN) des **industries de la métallurgie**, les coûts moyens en 2013 d'une incapacité temporaire (IT) et d'une incapacité permanente (IP) sont :

Pour les catégories d'incapacité temporaire (IT)

- Sans arrêt de travail ou arrêts de travail de moins de 4 jours : 218 €
- Arrêts de travail de 4 jours à 15 jours : 518 €
- Arrêts de travail de 16 jours à 45 jours : 1 732 €
- Arrêts de travail de 46 jours à 90 jours : 4 693 €
- Arrêts de travail de 91 jours à 150 jours : 9 249 €
- Arrêts de travail de plus de 150 jours : 31 189 €

Pour les catégories d'incapacité permanente (IP)

- IP de moins de 10 % : 1 978 €
- IP de 10 % à 19 % : 49 427 €
- IP de 20 % à 39 % : 96 445 €
- IP de 40 % et plus ou décès de la victime : 440 460 €

I - Apprécier le caractère professionnel
du sinistre

A - L'accident du travail

- L'accident du travail est, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à une personne travaillant pour un employeur à quelque titre et en quelque lieu que ce soit (article L 411-1 CSS).
- La notion d'accident du travail se caractérise par l'existence :
 - d'un fait accidentel ;
 - d'un lien entre le fait accidentel et le travail ;
 - et d'une lésion physique ou psychique.

Le fait accidentel

- Constitue un accident, un événement ou une série d'évènements survenus à **des dates certaines** par le fait ou à l'occasion du travail, dont il est résulté une **lésion corporelle**, quelle que soit la date d'apparition de celle-ci (Cass. soc., 2 avr. 2003, n°00-21.768) **ou des troubles psychiques** (Cass. 2^{ème} civ. 15 juin 2004, n°861).
- L'affection doit :
 - Avoir une date certaine ;
 - Résulter d'un événement ou d'une série d'évènements identifiables ;
 - Avoir entraîné une lésion corporelle ou psychique.

Caractéristiques de la lésion

- La lésion peut être :
 - externe (plaie, blessures apparentes...);
 - ou interne (hémorragie cérébrale, hernie, infarctus, ...);
 - ou résulter de troubles psychiques.
- Les juges du fond peuvent constater que si le salarié « *avait été atteint d'une dépression nerveuse soudaine* » à la suite d'un entretien avec son supérieur hiérarchique constituant un fait soudain, il « *avait été victime d'un accident du travail* » (Cass. 2^{ème} civ., 1^{er} juillet 2003, n° 02-30.576).
- **Une dépression réactionnelle n'est pas nécessairement qualifiée d'AT** : doit être débouté le salarié faisant état d'une telle lésion psychique, liée selon lui à des brimades et à du harcèlement moral, alors que l'intéressé n'apportait aucune preuve de la survenance d'un évènement soudain aux temps et lieu de travail, l'existence d'un certificat médical établi deux jours après les faits ne suffisant pas (Cass. 2^{ème} civ., 7 avril 2011, n° 09-17.208).

La cause de la lésion

- La lésion peut être prise en charge au titre de la législation sur les AT si elle constitue :
 - Soit, après la guérison ou la consolidation de l'état de santé, une aggravation spontanée des séquelles de l'accident, à condition qu'il n'existe pas de fait extérieur susceptible d'avoir causé la lésion : c'est une **rechute** ;
 - Soit, avant la guérison ou la consolidation de l'état de santé, la conséquence directe et exclusive de l'accident : dans ce cas, les **lésions nouvelles** constatées doivent être prises en charge au titre du sinistre initial en application de la présomption d'imputabilité (Cass. 2ème civ., 17 février 2011, n° 10-14,981).

Les CPAM continuent d'instruire les demandes de prise en charge de lésions nouvelles (demande par envoi d'un certificat médical de prolongation faisant état de lésions a priori incompatibles avec la ou les lésions initiales), comme s'il s'agissait d'une demande de rechute, alors « *qu'aucune disposition du code de la sécurité sociale n'imposait à la caisse le respect d'une quelconque procédure d'information de l'employeur dans le cas de nouvelles lésions* » (Cass. 2ème civ., 11 juin 2009, n° 08-12.471), ce qui rend opposable à l'employeur la prise en charge de ces lésions.

Le lien entre l'accident et le travail

- L'existence d'un lien entre l'accident et le travail suppose à la fois que :
 - le contrat de travail de la victime soit en cours ;
 - lors de l'accident, le salarié soit soumis à l'autorité de l'employeur et accomplisse un acte correspondant à son travail ;
 - l'accident se soit produit pendant le temps et au lieu du travail :
 - Le temps de travail s'entend comme le temps pendant lequel le salarié se trouve dans l'entreprise à l'occasion du travail (temps de pause, de déjeuner, de douche...);
 - Le lieu de travail recouvre l'ensemble des locaux de l'entreprise (atelier, bureau, chantier...), son enceinte et/ou ses dépendances (cantine, parking mis à disposition du personnel, voies de circulation à l'intérieur de l'entreprise, portail...).
 - **La suspension du contrat de travail n'exclut pas la qualification d'accident du travail.** Dans ce cas, la présomption d'imputabilité ne joue plus : l'assuré doit démontrer que le sinistre est intervenu par le fait ou à l'occasion du travail (tentative de suicide à son domicile, pendant un arrêt maladie pour syndrome dépressif - Cass. civ. 2^{ème}, 22 février 2007, n° 05-13.771).

La preuve de l'accident du travail

- Principe : l'article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale institue au profit de la victime une **présomption d'imputabilité**.
- **Elle ne dispense pas la victime (ou ses ayants droit) d'établir au préalable la preuve du fait accidentel, c'est-à-dire la matérialité de l'accident.**
- La preuve peut être rapportée par tous moyens, tels que des témoignages, ou encore des **présomptions graves, précises et concordantes**. Par exemple, la concomitance de la délivrance du certificat médical initial avec la date de l'accident, la concordance des indications entre le certificat médical initial et la déclaration d'accident du travail, l'absence de réserves par l'employeur (Cass. civ. 2^{ème}, 17 mars 2010, n° 09-65.484).
- Il s'agit d'une présomption simple susceptible en principe de la preuve contraire. En pratique, il appartient à la CPAM ou à l'employeur de démontrer que la lésion est totalement étrangère au travail, à savoir qu'elle relève d'un état pathologique antérieur ayant évolué pour son propre compte en dehors de toute relation avec le travail (Cass. civ. 2^{ème}, 18 mars 2010, n° 08-19.633, pour un refus d'AT suite à un infarctus mortel).
- Mais le juge n'est pas tenu d'ordonner une expertise médicale judiciaire (qui n'est pas une expertise médicale technique de l'article L 141-1 CSS - Cass. civ. 2^{ème}, 4 février 2010, n° 09-10.584).
- Car en vertu de son pouvoir souverain d'appréciation, le juge du contentieux général de la sécurité sociale peut considérer qu'une expertise médicale judiciaire serait inutile compte tenu de l'absence d'éléments d'ordre médical produits par l'employeur (Cass. civ. 2^{ème}, 5 juillet 2005, n° 03-30.641), ou de tous les éléments probants de nature à établir la preuve d'un état antérieur avéré ou l'absence de lien entre les arrêts de travail et la lésion initiale (Cass. civ. 2^{ème}, 18 novembre 2010, n° 09-16.673).

La présomption d'imputabilité

- Cette présomption couvre les lésions concomitantes à l'accident et celles apparues dans un temps voisin (Cass. soc., 8 juin 1995, n°2512).
- La présomption joue dans toutes ces conditions, par exemple même si le salarié, chauffeur routier, a eu un accident en raison de son état d'ébriété, lequel ne fait pas disparaître le lien de subordination: reconnaissance de l'AT (Cass. 2^{ème} civ., 17 février 2011, n° 09-70.802).
- Toutefois, la présomption cesse de s'appliquer lorsque les troubles interviennent pendant la suspension du contrat de travail (Cass. 2^{ème} civ. 22 février 2007, n° 05-13.771), ou postérieurement à la consolidation des blessures subies à la suite de l'accident (Cass. soc., 16 nov. 2000, n°99-11.027 ; Cass. 2^{ème} civ., 16 juin 2011, n° 10-16.433).

L'accident du travail doit être distingué

- **De l'accident de droit commun** : accident survenu à un salarié sans aucun lien avec le contrat de travail (indemnisation demandée au tiers devant le juge de droit commun, dans le cadre des réserves à l'immunité civile de l'employeur prévues à l'article L 451-1 CSS).
- **De l'accident de trajet** : accident survenu à un salarié dans le temps normal du trajet aller-retour entre le lieu de son travail et sa résidence principale ou le lieu où il prend habituellement ses repas (article L 411-2 CSS). Par extension, constitue un tel accident celui dont est victime la salariée qui repart tardivement après avoir dû faire une pause sur le parking de l'entreprise pour se reposer, la faute de conduite fatale ayant confirmé la fatigue causée par une journée de travail de 09h30 (Cass. 2^{ème} civ. 23 septembre 2010, n° 09-68.992).
- **De la maladie professionnelle** : l'AT suppose un fait générateur survenu à une date certaine, suivi d'une apparition de la lésion corporelle et/ou psychique. Tel n'est pas le cas par exemple de la salariée qui se plaint d'une douleur à la main, survenue à la suite d'une affection prolongée au froid (Cass. soc., 18 octobre 2005, n° 04-30.352).
- **De la rechute** : récurrence subite et naturelle de l'affection précédente (AT ou MP), sans intervention d'une cause extérieure, c'est-à-dire aggravation spontanée d'une lésion consolidée ou apparemment guérie en dehors de toute influence des conditions de travail (articles L 443-1 et L 443-2 CSS).

... mais pas de l'accident de mission

- Le salarié envoyé en mission par son employeur bénéficie de la législation sur les accidents du travail prévue à l'article L 411-1 CSS, «*peu important que l'accident survienne à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante* » (Cass. soc., 19 juill. 2001, n° 99-21.536 et, n° 99-20.603).
- La protection garantie au salarié en mission s'étend :
 - aux accidents survenus au cours du trajet d'un salarié qui rejoint son lieu de mission (Cass. 2^e civ., 1^{er} juillet 2003, n° 01-13.433), mais pas si l'accident survient à un moment où la victime revenait d'une visite étrangère à son activité professionnelle dans un département situé hors de son secteur commercial (Cass. 2^{ème} civ., 20 septembre 2005, n° 04-30.332) ;
 - à toute situation de déplacement, que le salarié se trouve en déplacement professionnel de façon ponctuelle ou qu'il soit, de par la nature de son activité itinérante, amené à se déplacer (Cass. 2^{ème} civ., 16 sept. 2003, n° 02-30.009).

B - La maladie professionnelle

- **Définition** : Affection pathologique résultant d'une série d'évènements à évolution lente, qui n'ont pas leur origine dans un fait précis et identifiable permettant de leur assigner une origine et une date certaines. **Il existe deux catégories de maladie professionnelle.**
- **1/ La maladie par présomption** : le caractère professionnel de la maladie est présumé, dès lors qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les deux autres conditions « administratives » mentionnées à ce tableau (articles L. 461-1 al 1 et 2, L 461-2 CSS).
- **2/ La maladie par expertise individuelle** : même si elle ne figure pas dans l'un des tableaux, ou si elle y figure mais qu'il manque une ou deux des conditions relatives au délai de prise en charge et à la liste indicative ou limitative des travaux, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle après avis du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP – articles L. 461-1 al 3 à 5 CSS).
- La maladie est considérée comme contractée au service du dernier employeur chez lequel la victime a été exposée au risque avant sa constatation médicale, sauf à cet employeur de rapporter la preuve contraire (Cass. civ. 2^{ème}, 22 novembre 2005, n° 04-11.447 ; Cass. civ. 2^{ème}, 21 octobre 2010, n° 09-67.494).

1 - La maladie relevant d'un tableau : une présomption de maladie professionnelle

- Il y a présomption de maladie professionnelle si les trois conditions cumulatives du tableau sont réunies,
- Pour faire tomber la présomption, il faut démontrer que l'une au moins des trois conditions n'est pas réunie :
1/ La maladie n'est pas caractérisée au sens du tableau : par exemple, au sens du tableau n° 6 relatif aux affections provoquées par les rayonnements ionisants, l'une des maladies désignées dans le tableau vise le « cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation » : est cassé l'arrêt de la Cour d'appel qui n'a pas recherché si le cancer du poumon présenté par la victime était un cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation, ce qui était contesté par l'employeur (Cass. 2^{ème} civ., 18 novembre 2010, n° 09-71.356).

2/ L'exposition au risque n'est pas démontrée par l'assuré ou par la CPAM.

3/ Le délai de prise en charge n'est pas respecté : variable en fonction des tableaux (de 3 jours à 50 ans), il détermine la période au cours de laquelle, après cessation de l'exposition au risque, la maladie doit se révéler et être médicalement constatée pour être indemnisée au titre des maladies professionnelles, peu important qu'un lien possible avec l'activité soit établi postérieurement (Cass. 2^{ème} civ., 7 octobre 2010, n° 09-15.950).

Cette constatation peut être faite sur tout support, et elle peut être ainsi antérieure au certificat médical initial d'arrêt de travail pour maladie professionnelle. La date de la première constatation médicale de la pathologie fait courir rétroactivement le droit aux prestations prévues par la législation professionnelle (Cass. 2^{ème} civ., 16 juin 2011, n° 10-17.786).

La preuve de la première constatation médicale de la maladie peut être établie a posteriori (Cass. 2^{ème} civ., 17 mars 2010, n° 09-12.460), même de façon approximative (Cass. 2^{ème} civ., 16 décembre 2010, n° 09-72.904).

Exemple de non-respect du délai de 40 ans : le salarié a travaillé dans une entreprise de 1954 à 1959, et sa maladie liée à l'inhalation de poussières d'amiante (tableau n° 30) n'a été constatée pour la première fois qu'en 2003, soit plus de 40 ans après la fin possible de l'exposition au risque dans cette entreprise (Cass. 2^{ème} civ., 12 mai 2011, n° 10-15.187).

2 - La maladie par expertise individuelle : une maladie professionnelle à prouver

Les conditions : articles L 461-1, alinéas 3 à 5 et D 461-26 et suivants du CSS.

- **Si la maladie est désignée dans un tableau**, mais qu'il manque l'une au moins des deux conditions administratives, il faut établir que la maladie « *est directement causée par le travail habituel de la victime* » (alinéa 3).
- **Si une maladie caractérisée n'est pas désignée dans un tableau**, il faut établir qu'elle « *est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime, et qu'elle entraîne* » son décès ou une IPP évaluée au moins à 25%. Le médecin-conseil doit apprécier le taux d'IPP prévisible à la date de la demande de reconnaissance, sans attendre que l'état de l'assuré soit stabilisé (Lettre CNAMTS du 12 avril 2012). Le taux de la pension d'invalidité est sans incidence sur la détermination du taux d'IPP (Cass. 2^{ème} civ., 21 juin 2012, n° 11-13.992).
- **La procédure** : dans ces deux cas, la CPAM transmet son dossier pour avis à un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). La CPAM doit respecter l'avis du CRRMP, mais pas le juge (Cass. 2^{ème} civ., 11 mars 2010, n° 09-10.482).

Le CRRMP : quelques questions de procédure

- L'assuré a fait une demande relevant d'un tableau, demande instruite d'abord comme telle par la CPAM, qui a constaté ensuite l'absence de l'une des trois conditions, et a transmis le dossier pour avis au CRRMP : en l'absence de demande **initiale** de l'assuré fondée sur l'alinéa 3 ou sur l'alinéa 4 de l'article L 461-1 CSS et en l'absence de preuve de l'exposition au risque, la CPAM ne doit pas transmettre le dossier au Comité. La prise en charge est en principe inopposable à l'employeur (CA Toulouse, 11 février 2011, n° 09/05518).
- Lorsque l'employeur est (nécessairement) informé par la Caisse de la transmission du dossier au Comité, il peut lui **demander la communication de l'avis motivé du médecin du travail, et du rapport établi par le médecin-conseil près la CPAM**, conformément aux modalités prescrites par l'article D.461-29 du CSS. Cette communication suppose que la Caisse sollicite et obtienne l'autorisation préalable de l'assuré. Sanction : en principe, l'inopposabilité de la prise en charge (Cass. civ. 2^{ème}, 10 décembre 2009, n° 08-20.593).
- **Lorsque la décision de refus ou de prise en charge a été prise par la Caisse après avis du CRRMP, il incombe au juge du fond, avant de statuer sur la contestation de l'assuré ou de l'employeur, de recueillir l'avis d'un autre Comité** (article R 142-24-2 CSS - Cass. civ 2^{ème}, 22 février 2005, n° 03-30.484 ; Cass. civ 2^{ème}, 18 février 2010, n° 08-20.718), y compris lorsque la contestation de la maladie est formée par l'employeur à l'occasion d'une action en reconnaissance de faute inexcusable (Cass. civ 2^{ème}, 17 mars 2011, n° 10-15.145).

D'autres questions de procédure

Le CRRMP rend régulièrement son avis, même s'il a refusé d'appeler et d'entendre l'employeur (Cass. civ 2^{ème}, 18 novembre 2010, n° 09-71.198).

- Il n'y a pas non plus d'inopposabilité de la maladie professionnelle si l'avis a été pris en l'absence de l'un de ses trois membres : il appartient seulement à la CPAM de reprendre la procédure devant le Comité dont l'avis a été annulé pour ce motif (Cass. civ 2^{ème}, 9 mars 2006, n° 04-30.408). Noter que depuis le 1^{er} octobre 2012, les CRRMP statuent en l'absence du médecin inspecteur du travail en raison d'un mouvement de grève.
- Car le juge peut seulement adresser à la CPAM les injonctions nécessaires. Il ne peut pas se substituer à la Caisse pour faire cette saisine (Cass. civ 2^{ème}, 25 juin 2009, n° 07-20.708 ; Cass. civ 2^{ème}, 18 février 2010, n° 09-12.274).
- Une fois qu'elle a reçu l'avis du CRRMP, la Caisse n'est pas tenue de l'adresser spontanément à l'employeur : il lui faut seulement envoyer la lettre de fin d'instruction informant l'employeur de la possibilité de consulter le dossier qui contient l'avis (Cass. civ 2^{ème}, 15 mars 2012, n° 10-27,695).

C- La rechute de l'accident du travail- maladie professionnelle

- La rechute s'entend de la récurrence subite et naturelle de l'affection précédente sans intervention d'une cause extérieure, c'est-à-dire de l'aggravation spontanée d'une lésion consolidée ou apparemment guérie en dehors de toute influence des conditions de travail (articles L 443-1 et L 443-2 CSS).
- Seuls les troubles nés d'une **aggravation**, même temporaire, des séquelles de l'accident, peuvent être considérés comme une rechute d'accident du travail, et non pas ceux qui ne constituent qu'une manifestation de ces séquelles.
- L'affection dont la victime demeure atteinte, doit être exclusive de l'accident du travail antérieur (Cass. soc., 19 décembre 2002, n° 00-22.482 ; Cass. civ. 2^{ème}, 20 juin 2007, n° 06-14.067).
- L'assuré ne peut pas invoquer le bénéfice de la présomption d'imputabilité dans le cadre d'une rechute : il doit prouver le lien direct et exclusif avec le sinistre initial (Cass. civ. 2^{ème}, 19 avril 2005, n° 03-15.803).
- La prise en charge d'une rechute obéit à des motifs purement médicaux (Cass. civ. 2^{ème}, 12 juillet 2007, n° 06-16.018), de sorte qu'il convient de se référer à l'avis du médecin conseil près la CPAM,
- **La prise en charge de la rechute d'un AT-MP n'impacte plus depuis 2010 le compte AT-MP de la société** (articles D 242-6-4 à D 242-6-7 du CSS).

II – Les procédures

- A – La procédure de déclaration d'accident du travail et de maladie professionnelle
- B – La procédure de la demande d'instruction par la Caisse

A – La procédure de déclaration d'accident du travail et de maladie professionnelle

1 – La déclaration d'accident du travail

Les délais

- **Pour le salarié** : Dans la journée et au plus tard dans les 24 heures (articles L 441-1 et R 441-2 du CSS).
- **Pour l'employeur** : Dans les 48 heures non compris les dimanches et jours fériés et par courrier recommandé (article R 441-3 du CSS), ou par voie dématérialisée via le site www.net-entreprises.fr, à compter du jour où l'employeur a eu connaissance de l'accident (Cass. 2^{ème} civ., 4 novembre 2003, n° 02-30.319).

Le représentant de l'entreprise ne peut pas refuser de faire cette formalité essentielle sous prétexte qu'il conteste l'accident (Cass., soc., 15 novembre 2001, n° 99-21.638).

- La CARSAT peut autoriser l'employeur à remplacer la déclaration des AT n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux (accidents bénins), par une inscription sur un registre ouvert à cet effet (articles L 441-4 et R 441-5 du CSS).
- Délivrance obligatoire par l'employeur à l'assuré d'une feuille d'AT permettant la prise en charge des frais (articles L 441-5, R 441-8 et R 441-9 du CSS).

Les sanctions pour déclaration tardive ou absence de déclaration

A l'égard de l'assuré : le risque de rejet de la demande avec la prescription ultime des deux ans, (car l'assuré peut adresser lui-même la déclaration à la CPAM dans ce délai – article R 441-11, al 2 CSS).

A l'égard de l'employeur, cinq sanctions peuvent se cumuler :

a) A l'initiative de la Caisse :

- La pénalité financière prononcée par le directeur de la CPAM (articles L.162-1-14 et R 147-2 et suivants du CSS) ;
- Le remboursement des prestations versées par la CPAM à l'assuré (article L 471-1 du CSS) : en fonction du comportement de l'employeur et de la gravité de l'infraction commise, le juge peut apprécier l'adéquation de la sanction (Cass. 2^{ème} civ., 8 avril 2010, n° 09-11.232).
- L'imputation au compte AT-MP des prestations versées, avec augmentation corrélative du taux de cotisations AT.

Les sanctions, suite

b) A l'initiative de l'assuré : le salarié victime de l'accident peut poursuivre l'employeur devant le Conseil de prud'hommes, pour obtenir réparation de son préjudice résultant du défaut de déclaration, et ce même si la salarié n'a pas déclaré lui-même l'accident (Cass. soc. 15 nov. 2001, n° 99-21.638 ; Cass. 2^{ème} civ., 18 janvier 2012, n° 10-15.665).

Le salarié invoque la perte de la chance d'avoir été indemnisé au titre de la législation sur les AT-MP, sans que l'indemnisation puisse être égale à l'avantage qu'aurait procuré cette chance si elle s'était réalisée, c'est-à-dire égale à la prise en charge de l'AT-MP (Cass. 2^{ème} civ., 12 septembre 2012, n° 11-15.524).

c) A l'initiative du Ministère public, et/ou de la Caisse et/ou de l'assuré : des sanctions pénales, soit une contravention de la 4^{ème} classe punie par une amende de 750 €.

La délivrance d'une feuille d'accident à l'assuré

- Dès qu'il est informé de l'accident, l'employeur est tenu de remettre au salarié victime d'un accident, une feuille d'accident nécessaire à son traitement et à son indemnisation, mentionnant la Caisse chargée du service des prestations (feuille comportant les trois volets de soins) (articles L 441-5 CSS et R 441-8 du CSS).
- La feuille est valable pendant toute la durée du traitement. Elle fait mention des soins accomplis et permet d'établir les notes d'honoraires des praticiens.

Les réserves par l'employeur : contenu

- L'employeur qui déclare un AT avec réserves doit les détailler. En pratique, à envoyer sur papier libre à la CPAM par télécopie et LRAR en même temps que la déclaration d'AT ou quelques jours après, sans utiliser alors la transmission par le site www.net-entreprises.fr
- Dès que la Caisse a notifié sa décision sur le caractère professionnel tant en AT qu'en MP, les réserves ne sont plus recevables, même si le délai initial d'instruction de 30 jours n'est pas encore expiré (Cass. civ. 2^e., 5 avril 2007, n° 06-10.017).
- Les réserves s'entendent de la contestation du caractère professionnel de l'accident par l'employeur. **Elle ne peuvent porter que sur les circonstances de temps et de lieu de celui-ci, ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail** (Cass. civ., 2^e., 17 février 2011, n°10-15.276).
- Elle ne peuvent pas porter sur l'état de santé du salarié (sauf en cas de rechute), ou sur le comportement imputé au salarié.

Les réserves motivées : exemples

- n'avoir pas été informé de l'accident par le salarié,
- ignorer le déroulement exact du sinistre allégué,
- souligner l'absence de témoin.

Et, seulement en complément de ces observations, s'interroger sur le mode dubitatif, sur le délai entre la première constatation médicale des lésions et la date supposée de l'accident, surtout si le salarié s'est fait d'abord délivrer un simple certificat d'arrêt de travail pour maladie, indice d'une fraude possible aux prestations que les Caisses ont pour objectif prioritaire de faire diminuer.

Il est toujours possible d'approfondir ensuite ces moyens de contestation au cours de l'enquête, devant la Commission de recours amiable, puis devant le TASS, et au besoin d'en soulever d'autres.

Attention : depuis le 6 janvier 2013, est sanctionné le fait pour l'employeur, de procéder à de fausses déclarations sur le lieu ou sur les circonstances d'un AT ou d'un accident de trajet, ayant pour objet ou pour effet de minorer le montant des cotisations dues (décret n° 2013-6 du 3 janvier 2013 – articles R 147-7 et L 162-1-14 CSS, nouvelles rédactions).

Les conséquences de l'absence de réserves motivées à l'égard de l'employeur

- La Caisse n'est pas tenue d'instruire le dossier dans le respect du contradictoire, tel que prévu par les articles R 441-10 s du CSS (Cass. 2^{ème} civ., 16 décembre 2003, n° 02-30.788) : elle prend d'emblée en charge l'AT, sans qu'il puisse lui être reproché un vice de procédure.
- L'absence de réserves n'empêche pas l'employeur de contester les conditions de fond de la prise en charge de l'AT.
- Aucune acceptation implicite du sinistre ne peut être retenue contre l'employeur, du moins pour ce seul motif (Cass. 2^{ème} civ., 8 janvier 2009, n°07-15.390), mais les juges peuvent considérer que l'absence de réserves participe du faisceau d'indices concluant à l'existence d'un AT (Cass. 2^{ème} civ., 25 juin 2009, n°08-17.155).

2 – La déclaration de maladie professionnelle

Les délais

- **C'est uniquement à l'assuré de faire la déclaration de maladie professionnelle auprès de la Caisse.**
- Les délais de prescription :
 - **Délai de droit commun : 2 ans, à compter :**
 - soit de la date de la cessation du travail due à la maladie (lorsque la victime a déjà été informée par certificat médical du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle) ;
 - soit de la date à laquelle la victime a été informée par certificat médical du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle (lorsque cette information est postérieure à la cessation du travail) ;
 - soit de la décision de reconnaissance de la maladie professionnelle (par la CPAM ou par le juge) ;
 - soit de la cessation du paiement des indemnités journalières (CSS, art. L. 431-2, L. 461-1 et L. 461-5 du CSS).
 - **Particularité de l'amiante :**
 - **Cas où la première constatation médicale est antérieure au 29 décembre 1998** : pas de délai de prescription applicable : La première constatation médicale de la maladie liée à l'inhalation de poussières d'amiante doit avoir eu lieu entre le 1^{er} janvier 1947 et le 29 décembre 1998.
 - **Cas où la première constatation médicale est postérieure au 29 décembre 1998** : prescription biennale.

La communication du certificat médical initial et de la DMP à l'employeur

- Dès le début de la phase d'instruction, la CPAM doit communiquer à l'employeur un double du certificat médical initial (Cass. soc., 19 décembre 2002, n° 01-20.383), dont la partie médicale n'est pas désensibilisée, à la différence de tous les volets employeur des certificats que l'assuré adressera à l'entreprise.
- L'objet de la transmission initiale et spontanée par la Caisse du certificat médical initial, est de permettre à l'employeur de mesurer l'importance et le sérieux de la maladie, et de répondre en toute connaissance de cause, au besoin avec l'assistance de tout médecin de son choix, à l'éventuel questionnaire.
- Pourtant, la jurisprudence n'exige plus semble-t-il (arrêt isolé) cette communication spontanée (Cass. 2^{ème} civ., 2 avril 2009, n° 07-21.422).

Pièces à joindre

- Alors qu'en vertu de l'article R 441-11 CSS, **la CPAM doit continuer d'adresser à l'entreprise le double de la déclaration de MP** (Cass. 2^{ème} civ., 3 septembre 2009, n° 08-15.840), à défaut de quoi la prise en charge de la maladie sera inopposable à l'employeur (Cass. 2^{ème} civ., 20 décembre 2012, n° 11-26,621).
- L'assuré, lui, joint à la déclaration à la CPAM :
 - l'attestation de salaire remise par l'employeur ;
 - les deux exemplaires du certificat médical établi par le médecin indiquant la nature de la maladie.

B – La procédure d'instruction d'un AT- MP par la Caisse

Quand doit-elle être réalisée ?

Article R 441-11- III du CSS :

- Si réserves motivées de l'employeur,
- Si la Caisse l'estime nécessaire,
- Si décès de la victime.

En vertu de l'article R. 441-11 du CSS, pour contraindre la Caisse à instruire la DAT, l'employeur doit lui adresser des réserves par LRAR, soit en même temps que le formulaire de déclaration, c'est l'hypothèse à privilégier, soit dans les jours qui suivent.

L'instruction du dossier est systématique en cas de demande de MP. Les réserves de l'employeur seront précisées à l'occasion de la rédaction du questionnaire et/ou de la visite de l'agent enquêteur.

Dans quels délais ?

- Point de départ du délai : la seconde des deux dates à laquelle la caisse a reçu d'une part la DAT/ DMP, et d'autre part le CMI (R 441-10 du CSS).
- Pour instruire la demande, la Caisse dispose de :
 - 30 jours pour un AT (+ 2 mois en cas de prolongation) ;
 - 3 mois pour une MP + 3 mois en cas de prolongation (quand un CRRMP est saisi, le délai imparti à ce comité s'impute sur les délai de 3 mois) (article R. 441-14 du CSS).
- Une décision implicite d'acceptation intervient si la Caisse n'a fait aucune diligence au bout de 30 jours pour un AT, ou au terme de 3 mois pour une MP (article R. 441-10 du CSS).
- Si le délai maximal arrive à expiration, la Caisse peut prendre une **décision conservatoire de refus**, en attendant l'élément complémentaire de l'instruction (avis du médecin-conseil ou du CRRMP, rapport d'enquête, ...), puis notifier une décision définitive y compris au-delà du délai maximum de 3 mois ou de 6 mois (Cass. 2^{ème} civ., 16 septembre 2010, n° 09-67.600).

Sous quelle forme ?

- L'instruction d'un AT-MP se réalise par le biais d'un questionnaire, et/ou d'une enquête menée par un agent assermenté de la Caisse auprès de l'assuré et de l'entreprise.
- Dans tous ces cas, l'instruction doit être contradictoire. La Caisse doit communiquer à la victime ou ses ayants droit et à l'employeur, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, au moins **10 jours francs** avant la prise de décision, l'information (et non pas spontanément les documents) sur les éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief, ainsi que sur la possibilité de consulter le dossier mentionné à l'article R.441-13 du CSS, et enfin la date à laquelle la CPAM envisage de prendre sa décision : c'est la **lettre de clôture de l'instruction**.
- Si aucune mesure d'instruction n'est nécessaire, il n'y a pas lieu de procéder à une information spécifique de l'employeur avant de lui notifier la décision finale.
- Les jours francs se définissent comme étant des jours entiers décomptés de 0h à 24h. Le jour de la notification ne comptant pas, le point de départ de ce délai se situe au lendemain du jour de la notification. Lorsque le délai expire un dimanche ou un jour férié, il est reporté de 24h.
- Il appartient à la Caisse de pouvoir prouver la date de réception. Ce peut être par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.
- Le délai de 10 jours francs au moins, ne concerne que les procédures d'instruction engagées après le 31 décembre 2009 (Cass. 2^{ème} civ., 24 janvier 2013, n° 11-26,994).

Quel intérêt pour l'entreprise d'aller consulter le dossier entre la lettre de clôture et la décision ?

- A défaut pour la Caisse de respecter son obligation à délai, la prise en charge doit être déclarée inopposable à l'entreprise (Cass. 2^{ème} civ., 9 juillet 2009, n°08-15.466).
- **Dans la majorité des cas, il reste déconseillé de faire la démarche de consultation auprès de la Caisse dès le stade de l'enquête** : quelle que soit la pertinence des observations de l'employeur, la CPAM ne modifiera en pratique jamais la décision à intervenir.
- Sauf cas exceptionnel (Cass. 2^{ème} civ., 2 octobre 2008, n°07-17.292), la consultation du dossier par l'employeur pendant le délai imparti aura pour effet de purger la procédure de la plupart de ses vices.
- La Caisse pourra ainsi se prévaloir du déplacement dans ses locaux d'un représentant de l'entreprise, pour lui opposer qu'il connaissait le contenu du dossier avant que la décision soit prise, et pour que le juge rejette alors ce moyen d'inopposabilité.
- Les entreprises qui ont fait la démarche, se voient aussi reprocher d'avoir omis de formuler des observations, au motif qu'elles n'avaient pas d'objections sérieuses à la demande de reconnaissance du sinistre.
- En cas de consultation (par exemple pour un AT d'ordre psychique), il est impératif d'adresser des observations à la Caisse avant la date prévue de la décision.

La procédure de clôture de l'instruction

- **Reconnaissance implicite :**

Aucune démarche de la Caisse notifiée au terme du délai de 30 jours (AT) ou de 3 mois (MP), éventuellement prolongé de deux mois (AT) ou trois mois (MP) maximum. **A distinguer de la prise en charge d'emblée de l'AT** (uniquement de l'AT) qui peut intervenir au bout de quelques jours et sans instruction.

- **Décision expresse si :**

- Réserves de l'employeur ;
- L'examen du dossier suscite des difficultés et appelle des investigations supplémentaires ;
- Des mesures d'instruction sont mises en œuvre (comme l'enquête), obligatoirement en cas de décès.

- **La décision prise :** la notification est adressée par LRAR à la partie à qui elle fait grief. (A l'autre, elle est envoyée par courrier simple). Elle doit comporter un certain nombre de mentions comme les délais et voies de recours devant la Commission de recours amiable (2 mois).

Le délai de contestation de la décision

- L'employeur a la faculté de contester dans un délai de **deux mois** les décisions de reconnaissance, obligatoirement devant la CRA.
- Si l'employeur exerce un recours, la décision issue de ce recours 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 en vertu du **principe de l'indépendance des relations entre parties**.
- **Le délai expiré, la décision de reconnaissance est définitive pour l'employeur ; il ne pourra donc pas contester cette décision au-delà de deux mois, même en cas de contestation, nécessairement ultérieure, de son taux de cotisations.**
- A l'inverse, cette décision de refus ne faisant pas grief à l'employeur, une notification lui est adressée en lettre simple avec mention des voies et délais de recours.
- Dans l'hypothèse d'un recours de l'assuré, il n'y a pas lieu pour la CPAM d'appeler en la cause l'employeur dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise conformément au principe de l'indépendance des relations entre parties. (Position prise dans une circulaire ministérielle du 21 août 2009 alors que le décret ne prévoit pas une telle exclusion, et confirmée dans une Lettre de la CNAMTS du 27 août 2009).
- **La prise en charge pouvant intervenir suite à ce recours ne sera donc pas opposable à l'employeur et les dépenses en relation avec ce sinistre, dont celles du taux d'IPP, ne seront pas imputables à son compte.**

Les conséquences d'une irrégularité de la procédure d'instruction

- En cas de contentieux, il appartient à la Caisse de justifier qu'elle a respecté le principe du contradictoire à l'égard de l'employeur avant de prendre sa décision de prise en charge de l'AT-MP de son assuré.
- Par exemple, le défaut de communication de l'avis de clôture de l'instruction à l'employeur (+ de 10 jours francs avant la décision) empêche l'employeur de pouvoir consulter avant la prise de décision l'ensemble des éléments du dossier constitué. La Caisse n'a pas respecté son obligation préalable d'information.
- **La décision de prise en charge de l'accident ou de la maladie est inopposable à l'employeur, mais depuis le 1^{er} janvier 2013, les conséquences de l'éventuelle faute inexcusable (majoration de rente d'IPP et indemnisation des préjudices), lui resteront dans ce cas opposables** sauf si l'action en reconnaissance de faute inexcusable a été engagée avant le 1^{er} janvier 2013 (article L 452-3-1 CSS).

Les spécificités de l'instruction d'une rechute

- **Article R 441-16 CSS** : les dispositions relatives à l'instruction d'un AT-MP des articles R 441-10 suivants « *sont applicables en ce qui concerne la contestation du caractère professionnel des rechutes* ». L'absence de particularité dans l'instruction de la rechute concerne la prolongation du délai d'instruction (2 mois si rechute d'un AT, ou 3 mois supplémentaire si rechute d'une MP), la lettre de fin d'instruction et la notification de la décision.
- **Trois particularités :**
 - A la différence d'un AT, mais comme en MP, il y a toujours instruction d'une rechute : ici, parce que le service Risques professionnels de la CPAM doit interroger le médecin-conseil sur l'imputabilité au sinistre initial de la rechute déclarée ;
 - Au début de la phase de l'instruction, la Caisse doit communiquer spontanément à l'employeur le double médical de la demande de reconnaissance de la rechute, c'est-à-dire le certificat médical de rechute, et pas seulement un courrier informant l'entreprise que l'assuré a fait une demande de rechute. A défaut, la prise en charge de la rechute est inopposable à l'employeur (Cass. 2^{ème} civ., 8 janvier 2009, n° 07-19.617) ;
 - **Sur la plan de la tarification, le suivi de la procédure d'une rechute ne nécessite plus pour l'entreprise un suivi aussi attentif que pour un AT-MP : la prise en charge de la rechute d'un AT-MP n'augmentera pas le taux de cotisations AT** (articles D 242-6-4 à D 242-6-7 du CSS).

Les conséquences d'un refus de prise en charge de l'AT-MP

- Notifié par lettre simple à l'employeur, le refus de prise en charge lui est définitivement acquis, mais pas dans les relations entre l'employeur et le salarié.
- La prise en charge pouvant intervenir suite au recours de l'assuré ne sera pas opposable à l'employeur et les dépenses ne seront pas imputables à son compte (circulaire ministérielle du 21 août 2009).
- Les Caisses n'appellent plus en cause les entreprises dans l'hypothèse d'un recours diligenté par l'assuré.
- Risque de cette ignorance pour l'entreprise : que l'AT-MP soit pris en charge par la Commission de recours amiable ou par le TASS, et que l'assuré se fonde sur cette prise en charge pour faire une demande de faute inexcusable, et/ou pour demander au CPH de tirer les conséquences de la rupture intervenue pendant son arrêt de travail requalifié en arrêt pour AT-MP, ou de tirer les conséquences de la requalification de son licenciement pour inaptitude d'origine professionnelle.
- **En cas de contentieux avec le salarié**, il peut être opportun de s'informer d'un éventuel recours de l'assuré auprès de la Commission de recours amiable, et d'intervenir volontairement devant le TASS dans le contentieux assuré-CPAM, pour conforter la position de refus de la Caisse.

III – Les conséquences indemnitaires de la prise en charge de l'AT-MP

A – La rémunération du salarié

Le maintien en tout ou partie de la rémunération

Le salarié va dans la majorité des cas bénéficier du maintien de tout ou partie de sa rémunération avec la perception :

- des indemnités journalières de sécurité sociale,
- des indemnités complémentaires à la charge de l'entreprise en vertu de l'accord de mensualisation ou de dispositions conventionnelles plus favorables.

L'indemnisation de l'AT-MP

- **Le droit aux indemnités journalières de sécurité sociale** du salarié victime d'un accident du travail, d'un accident du trajet ou d'une maladie professionnelle :
 - 60% du salaire journalier pendant les 28 premiers jours de l'arrêt de travail,
 - 80% du salaire journalier à compter du 29^{ème} jour d'arrêt de travail.

- **Le droit aux indemnités complémentaires** : le salarié perçoit dès le premier jour de son absence pour maladie professionnelle ou accident du travail (et à compter du septième jour d'absence pour un accident du trajet) une indemnisation égale à :
 - 90% de la rémunération brute qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler pendant les 30 premiers jours de son absence,
 - 80% de la rémunération brute qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler à compter du 31^{ème} jour.

Les spécificités de l'indemnisation d'un salarié en AT-MP

- L'indemnité journalière est versée à la victime d'un accident du travail **sans limitation de durée**, à savoir pendant toute la durée de l'incapacité de travail, jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès.
- Le début du versement commence à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident. Il n'y a pas de délai de carence (sauf accident de trajet : 7 jours).
- La journée de travail au cours de laquelle s'est produit l'accident est intégralement à la charge de l'employeur (article L 433-1 al. 1 du CSS).

La prise en charge des soins médicaux

- Les soins médicaux nécessaires au traitement de l'accident du travail sont pris en charge à 100%.
- Le salarié n'a pas à faire l'avance des frais médicaux, à condition de présenter aux professionnels de santé consultés (médecin, pharmacien..), la feuille d'accident du travail qui a été remise par l'employeur.
- En cas d'hospitalisation, le salarié n'a pas à payer le forfait journalier : là encore, les frais sont pris en charge à 100 %.

B - La contestation médico-juridique de la durée des arrêts de travail

Un critère : les 150 jours d'arrêt

- L'incapacité de travail d'un salarié (arrêt de travail) impacte un compte employeur non plus à l'euro près (pour les entreprises au taux individuel de 150 salariés et plus, mais en réalité pour celles de plus de 75 salariés), mais en fonction de forfaits moyens calculés par an et par catégorie d'entreprise (article D 242-6-6 du CSS).
- Pour les entreprises de la métallurgie, en 2013, un arrêt de travail de 90 jours figurera sur le compte AT-MP pour 4 693 €.
- Mais pour 9 249 € à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail, et pour **31 189 € à compter de 150 jours d'arrêt de travail.**
- Objectif de l'entreprise : éviter autant que faire se peut que l'arrêt de travail dépasse 5 mois (durée qui peut chevaucher deux années, par exemple 1 mois en décembre 2012 et 4 mois de janvier à avril 2013).

Un préalable conseillé : le contrôle patronal

- L'intérêt est d'organiser un contrôle patronal au tout début du 5^{ème} mois, afin que, en cas de contrôle négatif (impossibilité de contrôle ou contrôle concluant à l'absence de justification de l'arrêt de travail), le Service médical de la CPAM contrôle aussi le dossier et/ou l'assuré, et mette fin aux IJ (maladie ou AT-MP).
- Possibilité ouverte depuis un décret du 24 août 2010, peu important enfin que le salarié soit en sorties libres, (Cass. soc, 4 février 2009, n° 07-43.430).
- Autre intérêt : bénéficiaire d'un commencement de preuve dans la contestation de la durée des arrêts contre la CPAM.
- A l'inverse, l'employeur ne doit pas accepter de faire travailler le salarié en arrêt de travail : lorsqu'à la suite d'un contrôle de la CPAM, l'assuré a dû rembourser des IJ à la Caisse, le salarié peut obtenir la condamnation de son employeur par le Conseil de prud'hommes, à lui verser des dommages-intérêts égaux au montant des IJ remboursées (Cass. soc, 21 novembre 2012, n° 11-23,009).

La contestation de la durée des arrêts de travail auprès de la Caisse

- En pratique, les Caisses ne se réfèrent pas assez aux référentiels de prescriptions d'arrêts de travail : par exemple, une grippe saisonnière = 7 jours d'arrêt, une angine = 3 jours.
- Pour lutter contre l'abus d'arrêts de travail, l'employeur peut contester leur durée devant la Commission de recours amiable, puis devant le TASS, en se faisant assister par un médecin expert qui rédigera un avis médico-légal.
- **Objet : demander au TASS l'organisation d'une expertise médicale afin de déterminer si les arrêts de travail sont en relation directe, certaine et exclusive avec la lésion ou la pathologie d'origine, et dans la négative, en fixer la durée opposable à l'employeur dans ses rapports avec la Caisse.**
- L'assuré, lui, ne verra pas sa durée d'indemnisation réduite : application du principe de l'indépendance des rapports CPAM-assuré, CPAM-employeur et employeur-salarié.
- Intérêts de la contestation : réduire le coût des cotisations AT, d'autant que l'assuré commet une fraude susceptible d'être sanctionnée par une pénalité s'il se fait prescrire des arrêts de travail suite par exemple à une fausse déclaration (article R 147-6 du CSS).

C - L'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI)

Un avantage mesuré pour l'assuré

- Selon le décret du 9 mars 2010 applicable depuis le 1^{er} juillet 2010, le salarié déclaré inapte à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle (pas d'une maladie), peut prétendre à la **reprise du versement des indemnités journalières, au-delà de la date de consolidation**, pendant l'intervalle de temps qui sépare, d'une part la déclaration d'inaptitude définitive (2^{ème} avis du médecin du travail), et d'autre part le reclassement ou le licenciement du salarié, et ce, dans la limite du délai d'un mois au-delà duquel, à défaut de l'une ou de l'autre de ces solutions, l'employeur devra verser le salaire (articles D 433-2 suivants du CSS et D 4624-47 Code du travail).
- Cette **indemnité temporaire d'inaptitude** (ITI) est versée selon les mêmes échéances que l'indemnité journalière, et son montant journalier est égal à celui de l'indemnité journalière versée pendant l'arrêt de travail lié à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle précédant l'avis d'inaptitude.
- Dans la pratique, les assurés qui se font prescrire un arrêt de travail pour maladie pendant la période précitée d'un mois, se voient opposer un refus d'ITI, d'autres des refus inexplicables sauf par la volonté des médecins-conseil des Caisses de se comporter comme des gestionnaires de la Branche AT.

Un piège possible pour le salarié

- Depuis le 1^{er} juillet 2010, ce n'est plus le médecin du travail, mais exclusivement **le médecin-conseil de la CPAM**, qui est habilité à dire si l'inaptitude a pour **origine**, au moins partiellement un AT-MP.
- Aux termes d'une procédure d'échange d'informations et de formulaires entre le médecin du travail, le salarié, l'employeur et la CPAM, celle-ci décide ou non de verser une ITI au salarié, en fonction de l'avis de son médecin-conseil que la Caisse est tenue de suivre.
- L'employeur doit respecter la procédure d'inaptitude renforcée (demande d'avis aux délégués du personnel et indication au salarié des motifs s'opposant à son reclassement), en faisant **comme si** l'inaptitude avait pour origine un AT-MP. Peu importe que la décision de la Caisse sur la prise en charge de l'AT-MP ne soit pas connue au jour du licenciement, ou que la Caisse ait refusé cette prise en charge (Cass. soc., 29 juin 2011, n° 10-11.699) : l'AT-MP est susceptible d'être reconnu.

Notamment pour les conséquences indemnitaires de la rupture de son contrat de travail

- Dans la lettre de licenciement, il suffit que l'employeur subordonne à la décision définitive de la CPAM sur l'attribution de l'ITI, le paiement des indemnités de rupture majorées visées à l'article L 1226-14 du Code du travail, à savoir : d'une part, **l'indemnité spéciale de licenciement** (égale, sauf dispositions plus favorables de la convention collective, au double de l'indemnité légale de licenciement), et d'autre part, **l'indemnité égale à l'indemnité compensatrice de préavis**.
- **Si le salarié est en mesure de démontrer ensuite à l'employeur que la Caisse lui a alloué l'ITI, l'employeur sera à même de régulariser le solde de tout compte**, en versant l'indemnité spéciale de licenciement et l'indemnité égale à l'indemnité compensatrice de préavis.
- Encore faut-il que le salarié puisse apporter cette preuve : en attendant, il a perçu les indemnités propres à une inaptitude d'origine non professionnelle.

D - L'incapacité permanente partielle

Le taux d'IPP

Quand l'état de santé de la victime d'un AT-MP est consolidé avec séquelles indemnifiables, le médecin conseil de la CPAM détermine le taux de l'incapacité permanente partielle (IPP) de la victime, compte tenu d'un barème indicatif, d'après cinq critères :

- la nature de l'infirmité,
- l'état général,
- l'âge,
- les facultés physiques et mentales de la victime,
- ses aptitudes et sa qualification professionnelle (articles L 434-2, al1^{er} et R 434-2 du CSS).

L'assuré perçoit :

- une indemnité en capital forfaitaire si l'IPP est inférieure à 10 %,
- une rente si l'IPP est égale ou supérieure à 10 %, versée trimestriellement (ou chaque mois si IPP supérieure à 50 %).

La rente est calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. Elle est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie du taux ne dépassant pas 50 % (c'est le taux de rente utile), et augmenté de moitié pour la partie supérieure à 50 %.

Exemples d'indemnités en capital au 1^{er} avril 2012 : 405,04 € pour 1% d'IPP, 1 923,44 € pour 5 %, 4 049,23 € pour 9%.

L'intérêt de contester systématiquement le taux d'IPP égal ou supérieur à 10%

- Il est important et judicieux pour l'employeur de contester le taux d'IPP, qui peut avoir une incidence :
 - Sur le compte employeur : de 10 % à 19 % : 49 427 € ; de 20 % à 39 % : 96 445 € ; de 40 % et plus ou si décès de la victime : 440 460 €. Pas intéressant de contester un taux inférieur à 10 % (impact de 1 978 €) ;
 - dans l'hypothèse d'une reconnaissance de faute inexcusable : doublement du taux de rente à effet rétroactif au jour de la prise d'effet de la rente de base.
- La décision portant sur l'attribution du taux d'incapacité permanente est notifiée à l'employeur, avec mention des voies et délais de recours (article R. 434-32, al 3 CSS).
- L'employeur a la faculté de contester la décision de la Caisse, uniquement dans un délai de **deux mois**. Dans ce cas, la décision issue de ce recours n'a pas en principe d'effet sur le taux d'IPP alloué à la victime : il n'y a pas lieu de l'appeler en la cause dans ce contentieux.

La procédure devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité

- Recherche d'un médecin expert par l'employeur.
- Transmission du dossier : sans que puisse lui être opposée une violation du secret médical, le médecin-conseil transmet sous pli cacheté au secrétariat du Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) **l'entier rapport médical** d'évaluation du taux d'IPP.
- Le secrétariat le communique au médecin mandaté par l'employeur, au médecin consultant siégeant au TCI, et au médecin expert désigné par le Tribunal (articles L 143-10 et R 143-32 et R 143-33 du CSS).
- Dans le cadre d'une contestation portée devant le TCI, l'employeur peut invoquer l'inopposabilité de la fixation du taux d'IPP, s'il n'a pas pu avoir, via son médecin expert, communication de **tout** le rapport médical d'IPP ainsi que les « *documents médicaux concernant l'affaire* » (Cass. 2^{ème} civ., 20 mai 2010, n° 09-66.819).
- Le respect du secret médical ne peut pas « *exonérer les parties à la procédure du respect des principes d'un procès équitable* » (Cass. 2^{ème} civ., 19 février 2009, n°08-11.888).
- La communication de « *l'ensemble des éléments médicaux du dossier* » doit intervenir avant l'ouverture des débats devant le TCI, sans pouvoir être régularisée en cause d'appel (Cass. 2^{ème} civ., 1^{er} juin 2011, n° 10-18.625).

IV - La faute inexcusable

A – La notion de faute inexcusable

La définition

- En vertu du contrat de travail, l'employeur est tenu envers le salarié à une **obligation de sécurité de résultat**. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable lorsque l'employeur avait, ou aurait dû avoir, conscience du danger auquel le salarié était exposé, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver (arrêts « amiante » du 28 février 2002).
- La faute inexcusable résulte :
 - de l'absence de toute prévision raisonnable du risque par l'employeur (exemple de l'absence d'un dispositif de sécurité sur une machine dangereuse ou pas) ;
 - ou de l'imprudence ou de la négligence qui a conduit à l'absence des mesures de sécurité élémentaires ;
 - ou de la tolérance de certaines pratiques en violation avec les consignes de sécurité.

Les demandeurs à l'action

- La faute inexcusable entraîne une indemnisation complémentaire, mais pas intégrale, de l'indemnisation forfaitaire de l'AT-MP, **pour les victimes directes du sinistre.**
- **Ou en cas de décès, pour certains de leurs ayants droit** : ascendants et descendants directs, conjoint, pacsé et concubin, mais pas les frères et sœurs, oncle et tante, parents par alliance.
- Attention : la victime d'un accident de trajet (Cass. 2^e civ., 8 juillet 2010, n° 09-16.180) ou d'une rechute (Cass. 2^e civ., 7 mai 2009, n° 08-15.303), n'est pas recevable à invoquer la faute inexcusable de l'employeur, mais seulement à se prévaloir du droit de la responsabilité civile devant le juge de droit commun.
- En revanche, la victime d'un accident du travail survenu à l'occasion de la conduite d'un véhicule sur une voie ouverte à la circulation, peut engager la faute inexcusable de l'employeur au lieu de demander application de la loi du 5 juillet 1985 (Cass. 2^e civ., 12 juillet 2012, n° 11-20,123).

L'exigence de la seule faute de l'employeur qui soit nécessaire, et non pas déterminante du sinistre

- Il est nécessaire que soit établi un lien de causalité entre la faute de l'employeur et l'accident ou la maladie professionnelle du salarié. Pour autant, la recevabilité de la demande de faute inexcusable n'est pas subordonnée à la prise en charge préalable par la Caisse, de l'accident en tant qu'accident du travail (Cass. 2^{ème} civ, 8 octobre 2009, n° 08-17.141).
- Il est indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident survenu au salarié : il faut mais il suffit, qu'elle en soit une **cause nécessaire** pour que la responsabilité de l'employeur soit engagée, alors même que d'autres fautes auraient concouru au dommage, notamment la faute de la victime (Cass. soc., 31 oct. 2002, n° 00-18.359).
- La faute, quelle qu'elle soit, de la victime n'exonère pas l'employeur de sa responsabilité (Cass, ass, plén., 24 juin 2005, n° 03-30.038 ; Cass. 2^{ème} civ, 12 mai 2011, n° 10-17.605).
- **La faute inexcusable de la victime** s'entend de la faute volontaire d'une exceptionnelle gravité exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience. Elle a seulement pour effet de limiter la majoration de rente (Cass, ass, plén., 24 juin 2005, n° 03-30.038). En pratique, elle n'est que très rarement retenue.

B – Comment réagir en défense ?

- 1 – Déclarer le sinistre à son assureur
- 2 – Vérifier la prescription
- 3 – Contester la preuve adverse

1 – Déclarer le sinistre à l'assureur :
obligations à respecter et pièges à éviter

L'importance de l'assurance faute inexcusable

C'est une option, à souscrire impérativement, du contrat de responsabilité civile de l'entreprise.

Exemple : AT entraînant une IPP de 75 %, d'un assuré salarié d'un établissement de plus de 200 salariés (taux réel). Capital représentatif de rente fixé à 493.446,72 €.

Après reconnaissance de la faute inexcusable, capital représentatif de la majoration maximale de rente = 63.779,67 €.

Demandes en dommages et intérêts devant le TASS : risque total de + de 250.000 €.

Dommages et intérêts alloués par le Conseil de prud'hommes, au titre du préjudice spécifique de la perte d'emploi causée par la faute inexcusable reconnue par le TASS : 16.342 € (correspondant à 6 mois de salaire).

Conseils

- Examiner au plus près les conditions générales et particulières du contrat d'assurance RC ;
- Au besoin, en renégocier les conditions défavorables (liste limitative, franchise trop élevée, prime exponentielle) ;
- **Déclarer au plus vite le sinistre selon les termes du contrat** : par sinistre, on entend la saisine du TASS en reconnaissance de faute inexcusable, et au plus tôt la saisine amiable de la Caisse, mais en aucun cas la date de l'AT-MP ou de sa prise en charge ;
- Refuser à l'assureur de prendre d'autorité la direction du procès : l'article L 127-3 du Code des assurances prévoit **le libre choix de l'avocat**. Compte tenu du défaut de garantie de certains postes de préjudices, l'entreprise ne doit pas être dépossédée du dossier par son assureur et elle doit garder la maîtrise de celui-ci ;
- Communiquer à l'assureur ou à son courtier l'ensemble des pièces demandées ;
- Ne jamais transiger, même partiellement, avec le demandeur et la Caisse, sans l'accord préalable et express de l'assureur, qui pourra sinon opposer son absence totale de garantie (article L 124-2 du Code des assurances).

L'extension de l'indemnisation des victimes de faute inexcusable est-elle garantie par l'assureur ?

- **La responsabilité du sinistre ne pèse pas sur la personne physique ayant qualité d'organe représentatif de l'entreprise**, malgré le libellé de l'article L. 452-4 al 2 du CSS. L'employeur assuré s'entend de la personne morale, comme devant le Conseil de prud'hommes (Cass. soc., 31 mars 2003, n° 01-20.091, n° 00-22.269 et n° 01-20.882).
- La plupart des compagnies d'assurance ont fait savoir à leurs assurés qu'elles ne prendraient pas en charge la couverture des préjudices non listés à l'article L 452-3 du CSS (voir supra C – conséquences de la reconnaissance), car le contrat responsabilité civile qui inclut la garantie faute inexcusable, précise le plus souvent qu'il se limite à la majoration de rente et aux quatre préjudices listés.
- Cette information par l'assureur fait courir le délai de prescription biennale, au-delà duquel l'entreprise sera irrecevable à contester ce refus, et/ou à engager la responsabilité de l'assureur pour exécution déloyale du contrat (article L 114-1 du Code des assurances).

2 – Vérifier les prescriptions

La prescription biennale

- L'action en reconnaissance d'une faute inexcusable est soumise à la prescription biennale des articles L 431-2 et L 452-1 du CSS (Cass. 2^{ème} civ, 8 novembre 2007, n° 06-19.618).
- En vertu des mêmes textes, le délai de prescription de deux ans de l'action court à compter de la date de la reconnaissance par la Caisse du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident, et au plus tard à compter de la fin du versement des indemnités journalières (Cass. 2^{ème} civ, 3 avril 2003, n° 01-20.872 ; Cass. 2^{ème} civ, 14 mars 2007, n° 05-21.304), et non pas à compter de la consolidation (Cass. 2^{ème} civ, 12 juillet 2012, n° 11-17,442), à condition que les IJ soient en relation avec l'AT, et non pas avec des arrêts maladie postérieurs (Cass. 2^{ème} civ, 9 juillet 2009, n° 08-15.481).
- Ni la circonstance qu'après une reprise temporaire d'activité, la victime s'est de nouveau trouvée en arrêt de travail indemnisé au titre de la MP, ni son décès ultérieur, ne peut suspendre ou interrompre la prescription biennale qui a commencé à courir à compter de la reconnaissance du caractère professionnel de l'affection (Cass. 2^{ème} civ, 29 juin 2004, n° 03-10.789).
- De même, le certificat médical de rechute et la consolidation de celle-ci ne font pas courir un nouveau délai de prescription biennale (Cass. 2^{ème} civ, 29 juin 2004, n° 03-10.789 ; Cass. 2^{ème} civ, 21 janvier 2010, n° 09-10.944).
- L'assuré doit d'abord saisir la Commission de conciliation de la CPAM (et non pas la Commission de recours amiable) pour entendre organiser une réunion de conciliation avec l'employeur et la Caisse, Cette absence de saisine n'est pas une cause d'irrecevabilité de l'action portée directement devant le TASS (Cass., soc, 25 juillet 1984, n° 82-13.848).

Causes d'interruption et de suspension de la prescription

- **Causes d'interruption de la prescription :**

- La saisine de la CPAM par le représentant légal de la victime (Cass. 2^{ème} civ., 3 mars 2011, n° 09-70.419) ou par la victime (Cass. 2^{ème} civ. 10 décembre 2009, n° 08-21.969) ;
- La conciliation (Cass. soc., 17 juin 1993, n° 91-10.762) ;
- L'action pénale engagée contre l'employeur sur la base de la faute inexcusable (art L 431-2 du CSS ; Cass. 2^{ème} civ. 10 juin 2003, n°02-30.318) ;
- **Un nouveau délai de deux ans pour saisir le TASS**, court à compter du jour où l'assuré (ou son ayant droit en cas de décès de la victime) a eu connaissance du procès-verbal de non-conciliation ou de carence dressé par le représentant de la CPAM (Cass. 2^{ème} civ. 10 décembre 2009, n° 08-21.969) ;
- L'ayant droit de la victime a saisi la CPAM d'une demande de conciliation aux fins de reconnaissance de faute inexcusable, moins de deux ans après le jugement du Tribunal correctionnel (Cass. 2^{ème} civ. 8 octobre 2009, n° 08-17.141) ou du Tribunal administratif incompétent (Cass. 2^{ème} civ., 21 janvier 2010, n° 09-10.944), car bien qu'ayant une cause distincte, chacune de ces deux actions tendait à un seul et même but.

- **Causes de suspension de la prescription :**

- L'enfant mineur de la victime décédée, pendant toute sa minorité (article 2252 du Code civil), même lorsque la mère de l'enfant, en sa qualité d'administratrice légale de sa fille mineure, a engagé une action : celle-ci n'est prescrite qu'à l'égard de la mère (conjoint survivant de la victime) et non pas à l'égard de ses enfants mineurs (Cass. 2^{ème} civ., 25 juin 2009, n° 08-17.546 ; Cass. 2^{ème} civ., 28 avril 2011, n° 10-30.658).

3 – Contester la preuve adverse

Preuve de la faute inexcusable

- **Principe** : la faute inexcusable ne se présume pas. La preuve incombe à la victime ou à ses ayants droit en qualité de demandeurs (Cass. 2^{ème} civ., 8 juillet 2004, n° 02-30.984).
- **Conséquences** : en vertu de l'article 1315 du Code civil, la victime doit prouver que l'employeur devait avoir conscience du danger auquel elle était exposée, **et** qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Sans élément de cette double preuve, le salarié doit être débouté de son action (Cass. 2^{ème} civ, 22 mars 2005, n° 03-20.044 ; Cass. 2^{ème} civ, 31 mai 2006, n° 04-30.430).
- **Preuve de la faute assez facilement admise par les juges** : par exemple, avoir exposé une salariée au risque de manutention de charges, peu important la faiblesse de leur poids, relevant du tableau n°57 des MP, pour non-respect de l'article R. 231-66 (R 4541-1 s) du Code du travail, qui vise « ***l'ensemble des manutentions manuelles comportant tout risque pour les travailleurs en raison des caractéristiques de la charge ou des conditions ergonomiques défavorables*** » (Cass. 2^{ème} civ., 18 novembre 2010, n° 09-17.275).
- Preuve qui sera très certainement améliorée avec le dispositif sur la pénibilité au travail (fiche individuelle de prévention des expositions à délivrer depuis le 1^{er} février 2012 - article D 4121-6 du Code du travail - accord ou plan d'action,...).

Présomptions de faute inexcusable

- Il existe une **présomption simple** de faute inexcusable en matière de contrat à durée déterminée et de contrat de travail temporaire, ainsi que pour les stagiaires, si la formation renforcée à la sécurité n'a pas été effectuée **et** que le poste présentait des risques particuliers pour la santé et la sécurité (article L 4154-2 du Code du travail).
- La faute inexcusable est de droit (**présomption irréfragable**) lorsqu'un AT-MP survient après exercice du droit d'alerte, par la victime ou un membre du CHSCT, c'est-à-dire lorsque l'employeur n'a pas remédié à un risque qui lui avait été signalé et que ce risque s'est réalisé (article L 4131-4 du Code du travail).

Exemples d'absence de faute inexcusable

- Lorsque l'employeur a respecté la réglementation alors applicable sur la surveillance médicale du salarié, a suivi les avis du médecin du travail, et qu'il ne pouvait pas se rendre compte d'une éventuelle erreur de celui-ci, alors que le salarié est décédé des suites de sa maladie (Cass. 2^{ème} civ, 14 décembre 2004, n° 03-30.208 ; Cass. 2^{ème} civ, 23 septembre 2010, n° 09-15.814).
- Si, pour décider que le salarié a été exposé à l'amiante, il n'est pas en effet utile de constater que l'exposition a été permanente et continue, encore faut-il démontrer qu'elle a été **habituelle** (Cass. 2^{ème} civ, 9 décembre 2010, n° 09-71.626).
- Le salarié était expérimenté, il avait reçu une formation à la sécurité, l'outil avec lequel il s'est blessé était dépourvu de toute technicité particulière, et **le document unique d'évaluation des risques avait été révisé quelques semaines avant les faits** (Cass. 2^{ème} civ, 30 juin 2011, n° 10-21.635).

Les circonstances indéterminées de l'accident

- La faute inexcusable ne doit pas être reconnue quand par exemple :
 - l'accident n'avait eu aucun témoin direct et les circonstances de la chute de la victime n'avaient pu être déterminées : Cass. 2^{ème} civ., 14 septembre 2004, n° 03-15280 ;
 - le salarié a été victime d'un accident en faisant une manœuvre en marche arrière, laquelle faisait l'objet de recommandations pour les éviter, mais l'absence de « *relation de causalité entre les manquements susceptibles d'être imputés à l'employeur et la survenance de l'accident, dont les circonstances demeurent indéterminées, caractérisent le fait que **la société ne pouvait avoir conscience du danger** auquel était exposé le salarié de sorte qu'aucune faute inexcusable ne pouvait être retenue à son encontre* » : Cass. 2^{ème} civ., 20 mars 2008, n° 07-12417 ;
 - la déclaration d'accident du travail mentionne l'existence d'une personne, qui n'a pas été « *témoin direct de l'accident* », de sorte que malgré la prise en charge de l'accident par la Caisse au titre de la législation sur les accidents du travail, il « *n'existait pas de présomptions graves, précises et concordantes permettant d'obtenir une certitude, ou, à tout le moins, d'établir la réunion d'éléments objectifs venus corroborer les déclarations de* » l'assuré se déclarant victime de l'accident, et la Cour d'appel « *a, sans méconnaître les termes du litige, pu juger qu'en l'absence d'accident du travail établi, l'action en reconnaissance de la faute inexcusable devenait sans objet* » : Cass. 2^{ème} civ., 18 novembre 2010, n° 09-17276.

C – Les conséquences de la reconnaissance de la faute inexcusable

1 - Les conséquences indemnitaires

L'appréciation des différents préjudices : elle dépend des éléments de preuve produits par la victime, et de l'étendue de la mission ordonnée à l'expert.

1 - Majoration maximale de la rente ou de l'indemnité en capital : acquise systématiquement à la victime (Cass. soc., 6 févr. 2003, n° 01-20.004), elle prend effet rétroactivement au premier jour de versement de la rente de base (si IPP supérieure à 9%), ou bien elle est doublée en cas de versement initial d'une indemnité en capital (si IPP inférieure à 10%) – Article L 452-2 du CSS.

2 - Les quatre préjudices indemnissables listés à article L 452-3 du CSS :

1/ Le préjudice causé par les souffrances physiques et morales endurées ;

2/ Le préjudice esthétique ;

3/ Le préjudice d'agrément (s'entend uniquement de l'impossibilité de continuer à pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisir : Cass. 2^{ème} civ., 28 février 2013, n° 11-21,015) ;

4/ Le préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle.

Précisions sur les conséquences indemnitaires

1. En cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime percevant une rente, ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente peuvent demander à l'employeur **réparation de leur préjudice moral, et du préjudice de succession** (préjudices soufferts par la victime directe avant son décès - Cass. 2^{ème} civ., 4 décembre 2008, n° 07-17.601).
2. **Réparation de l'aggravation du préjudice**, dès lors qu'il n'a pas déjà été statué sur la réparation de ce préjudice complémentaire qui n'était pas inclus dans la demande initiale (Cass. 2^{ème} civ., 28 avril 2011, n° 10-10.212 ; Cass. 2^{ème} civ., 29 mars 2012, n° 11-10.235).
3. **Pas d'indemnisation de la petite-fille née après le décès du grand-père**, dont la maladie professionnelle était survenue avant la naissance de l'enfant, en raison de l'absence de lien de causalité entre le décès de la victime et le préjudice allégué au nom de l'enfant (Cass. 2^{ème} civ., 4 novembre 2010, n° 09-68.903).
4. **Pas de droit propre à agir de la FNATH (association des accidentés de la vie) et à demander une indemnisation**, seuls la victime d'un AT-MP ou ses ayants droit pouvant d'une part agir en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, et d'autre part solliciter une réparation (Cass. 2^{ème} civ., 13 janvier 2011, n° 09-17.496).

2 – L'extension de l'indemnisation par le Conseil constitutionnel

- Dans une décision QPC n° 2010-8 du 18 juin 2010, le Conseil constitutionnel a d'abord admis la constitutionnalité du régime d'indemnisation forfaitaire des AT-MP.
- Par une réserve d'interprétation qui s'impose à toutes les autorités judiciaires et administratives, le Conseil a jugé que pour ne pas subir une atteinte disproportionnée à leurs droits par rapport aux victimes de droit commun, les victimes d'une faute inexcusable reconnue peuvent demander à l'employeur la « ***réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le Livre IV du code de la sécurité sociale*** », devant le **TASS**, seul compétent pour apprécier souverainement ces préjudices, en pratique après avoir ordonné une expertise.

Les effets de la décision du Conseil constitutionnel

- **Le Conseil constitutionnel n'a pas décidé que la victime d'une faute inexcusable serait recevable à solliciter l'indemnisation de l'intégralité des postes de préjudices**, dont la victime de droit commun peut demander, elle, la réparation devant les juridictions civiles, conformément à la « nomenclature Dintilhac ».
- Cette dernière distingue **vingt préjudices possibles** au titre de l'indemnisation du préjudice corporel des victimes directes, auxquels il faut ajouter quatre préjudices indemnifiables pour les victimes indirectes en cas de survie de la victime ; sans compter cinq préjudices possibles à l'indemnisation desquels peuvent prétendre les victimes indirectes en cas de décès de leur auteur.
- Ainsi, avant la décision du Conseil constitutionnel, la victime d'une faute inexcusable ne pouvait pas réclamer par exemple l'indemnisation des dépenses d'aménagement de son logement et/ou de son véhicule, ni celle de l'assistance par tierce personne avant consolidation.
- Désormais, en cas de faute inexcusable de l'employeur et indépendamment de la majoration de rente servie à la victime d'un AT-MP, celle-ci peut demander à l'employeur, devant la juridiction de sécurité sociale, la réparation des chefs de préjudice énumérés par le l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, et l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale, en l'espèce les frais d'aménagement du logement et de véhicule adapté (Cass. 2^{ème} civ., 30 juin 2011, n° 10-19.475).

Les dernières précisions de la Cour de cassation

- Dans cinq arrêts du 4 avril 2012, la Cour a précisé qu'en dehors des chefs de préjudices énumérés à l'article L 452-3 du CSS, la victime ne peut pas demander réparation des postes déjà indemnisés, même de façon limitative, par le Livre IV du CSS sur les risques professionnels (tels que les frais médicaux, les frais de transport, ou le déficit fonctionnel permanent (DFP) déjà réparé par la rente d'IPP et sa majoration).
- Est réparable le préjudice sexuel, distinct du préjudice d'agrément (Cass. 2^{ème} civ., 28 juin 2012, n° 11-16,120).
- Les souffrances physiques ne sont plus réparables que pour la période antérieure à la consolidation, sinon elles sont déjà indemnisées par le DFP, c'est-à-dire par la rente d'IPP (Cass. 2^{ème} civ., 28 février 2013, n° 11-21,015).
- La victime, atteinte d'une IPP de 80 %, n'est pas indemnisable au titre de l'assistance par tierce personne pour la période postérieure à la consolidation (Cass. 2^{ème} civ., 20 décembre 2012, n° 11-21,518).

Récapitulatif des postes de préjudices réparables et non réparables

1 - Postes de préjudices non couverts dans le Livre IV du CSS, et indemnisables au titre de la faute inexcusable, en complément des quatre préjudices de l'article L 452-3 du CSS (souffrances physiques et morales avant consolidation, préjudices esthétique et d'agrément, perte ou diminution des possibilités de promotion professionnelle) :

- frais divers temporaires (assistance par tierce personne avant consolidation, frais de garde des enfants, soins ménagers, etc)
- frais de logement adapté
- frais de véhicule adapté
- déficit fonctionnel temporaire (c'est, pour la période avant consolidation, l'incapacité fonctionnelle subie par la victime dans sa sphère personnelle, et la perte de qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante)
- préjudice sexuel
- préjudices permanents exceptionnels liés au handicap.

2 - Postes de préjudices déjà couverts dans le Livre IV du CSS et non indemnisables au titre de la faute inexcusable :

- dépenses de santé actuelles et futures : articles L 431-1-1° et L 432-1 à L 432-4, L 432-5 ;
- pertes de gains professionnels, actuels et futurs : articles L 433-1, L 434-1, L 434-2 et L 452-2 ;
- incidence professionnelle : article L 434-2 ;
- assistance d'une tierce personne après consolidation : article L 434-2 ;
- déficit fonctionnel permanent : articles L 431-1 et L 434-1 et suivants (c'est pour la période postérieure à la consolidation, l'atteinte aux fonctions physiologiques, les souffrances physiques et morales, et la perte générale de la qualité de vie).

3 - L'avance par la CPAM des indemnités à la victime

- L'organisme de sécurité sociale doit verser directement la réparation des préjudices à la victime, et en récupérer ensuite le montant auprès de l'employeur (article L. 452-3, alinéa 2 du CSS).
- Dans sa décision du 18 juin 2010, le Conseil constitutionnel n'a pas précisé si la CPAM est tenue à l'obligation à paiement de l'indemnisation de tous les préjudices, ou seulement des quatre préjudices listés de l'article L 452-3 du CSS.
- La Cour de cassation a décidé que la Caisse doit faire aussi l'avance des indemnités réparant les préjudices non énumérés par l'article L 452-3 du CSS (Cass. 2^{ème} civ., 4 avril 2012, n° 11-12.299 & 11-14.311).
- Intérêt pour la victime : la CPAM joue le rôle d'assureur social, exactement comme l'AGS-CGEA devant le Conseil de prud'hommes en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'employeur.

4 – Les rapports de l'employeur avec la CPAM et avec la CARSAT

La limitation de l'inopposabilité des conséquences de la faute inexcusable

- Si l'employeur a contesté avec succès, (impérativement dans le délai de deux mois), l'opposabilité de l'AT-MP, la CARSAT devra ôter les prestations versées par la CPAM (dont la rente d'IPP) en relation avec le sinistre du ou des comptes AT-MP, et réduire le ou les taux de cotisations annuels AT-MP.
- Avant le 1^{er} janvier 2013, en conséquence de l'inopposabilité de l'AT-MP pour cause de non-respect de la procédure d'instruction du sinistre, l'employeur pouvait demander que lui soient déclarées également inopposables les conséquences de la faute inexcusable reconnue à l'origine de l'AT (Cass. 2^{ème} civ, 9 décembre 2010, n° 09-17.401), ou de la MP (Cass. 2^{ème} civ, 3 février 2011, n° 09-16.996).
- Pour toutes les actions engagées depuis le 1^{er} janvier 2013, le nouvel article L 452-3-1 du CSS empêche l'employeur d'échapper **pour ce motif de procédure** aux effets du jugement reconnaissant la faute inexcusable.
- Seule solution pour l'entreprise : concentrer sa contestation sur les conditions de prise en charge de l'AT-MP : en l'absence d'accident du travail établi, l'action en reconnaissance de la faute inexcusable devient sans objet (Cass. civ.2^{ème}, 18 novembre 2010, n° 09-17.276).
- Et subsidiairement, argumenter sur la limitation des postes de préjudices indemnifiables et sur le quantum de leur indemnisation.

Le remboursement de la majoration de rente à la CPAM

- Avant le 1^{er} avril 2013, en conséquence de la majoration de rente allouée à la victime par la CPAM, celle-ci demandait à l'employeur, **soit une cotisation complémentaire** dont le taux et la durée étaient fixés par la CARSAT sur proposition de la CPAM en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale. La cotisation ne pouvait pas être perçue plus de 20 ans et son taux ne pouvait excéder ni 50% de la cotisation normale de l'employeur, ni 3% des salaires servant de base à cette cotisation (article R 452-1 du CSS).
- **Soit la CPAM proposait à l'employeur qu'il lui rembourse directement sous forme de capital**, la somme représentative de la majoration maximale de rente (ou le double de l'indemnité en capital).
- **Depuis le 1^{er} avril 2013, l'employeur n'a plus le choix** : il doit rembourser la CPAM sous forme d'un capital représentatif de la majoration de rente (article L 452-2, nouvelle rédaction issue de la LFSS pour 2013 du 17 décembre 2012).

Les effets d'une affectation de l'AT-MP au compte spécial

- Le compte spécial de la Branche AT-MP finance, à la place exclusive de l'entreprise dans laquelle l'assuré a eu l'AT-MP, l'ensemble des prestations versées par la Caisse en relation avec le sinistre initial.
- Par exemple, lorsque la victime a été exposée au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie (articles D 242-6-5 et D 242-6-7 du CSS ; arrêté du 16 octobre 1995).
- Lorsque la faute inexcusable de l'employeur a été reconnue, et que la procédure d'instruction de l'AT-MP n'était pas irrégulière, la CPAM conserve le droit de recouvrer contre l'employeur, les montants de la majoration de rente et des indemnités dont elle a fait l'avance à la victime (Cass. soc., 14 décembre 2004, n° 03-30.247), car l'AT-MP est opposable à l'employeur (Cass. 2^{ème} civ., 2 avril 2009, n° 08-15.101).
- La majoration de rente et les indemnités complémentaires en conséquence de la faute inexcusable, ne sont pas imputées au compte spécial de la branche AT-MP, car c'est en vertu des textes précités que l'AT-MP est inscrit au compte spécial.

5 – Une indemnisation complémentaire ... devant le Conseil de prud'hommes

- Lorsqu'un salarié a été licencié en raison d'une inaptitude consécutive à un AT-MP qui a été jugée par le TASS imputable à une faute inexcusable de l'employeur, il a droit également, devant le Conseil de prud'hommes, à une indemnité réparant **la perte de son emploi** due à cette faute inexcusable de l'employeur (Cass. soc., 17 mai 2006, n°04-47.455 ; Cass. soc., 14 avril 2010, n° 09-40.357).
- Même après la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010, la Cour de cassation continue d'admettre que le juge prud'homal peut réparer un préjudice causé par la violation de l'obligation de sécurité, qui est pourtant plus largement indemnisé par le TASS dans le cadre d'une action en reconnaissance d'une faute inexcusable (Cass. soc., 26 janvier 2011, n° 09-41.342).
- Pour la Cour d'appel de Toulouse, le salarié a droit **à la fois** à l'indemnisation de la nullité de son licenciement pour inaptitude, et à celle de la perte de son emploi consécutive à l'inaptitude causée par la faute inexcusable constatée par le TASS (CA Toulouse, 20 septembre 2012, n° 10/06653).