

1786

## 1786 - Information de l'employeur par la victime

La victime d'un accident du travail doit en informer son employeur **dans la journée** ou au plus tard **dans les 24 heures**, sauf cas de force majeure, motif légitime ou impossibilité absolue (CSS, art. L. 441-1 ; CSS, art. R. 441-2).

Si la déclaration n'est pas faite de vive voix à l'employeur ou à son préposé, sur les lieux mêmes de l'accident, elle doit être adressée par tout moyen conférant date certaine à sa réception (CSS, art. R. 441-2).

Tous les salariés et assimilés sont soumis à cette obligation, même ceux qui habituellement travaillent seuls tels que les voyageurs, représentants, placiers (VRP) ou les gérants non-salariés des succursales de maisons d'alimentation de détail.

Le travailleur temporaire, outre l'information due à son employeur, doit déclarer son accident dans les mêmes conditions à l'utilisateur ou à son préposé (CSS, art. L. 412-4 ; CSS, art. R. 412-1 ; CSS, art. R. 412-2).

L'envoi de cette déclaration ne dispense pas cependant l'assuré, dans le cas où il doit cesser son travail ou prolonger son arrêt de travail, de respecter les délais fixés par les [articles L. 321-2 et R. 321-2 du Code de la sécurité sociale](#) pour l'envoi des certificats médicaux (Cass. soc., 10 juill. 1997, n° 95-12.098).

En principe, le non-respect du délai imposé à la victime pour avertir son employeur n'est pas sanctionné. Ainsi, les juges ont-ils pu retenir que la victime qui n'avertirait pas son employeur mais se bornerait dans un délai de deux ans à aviser la caisse primaire ne pourrait, pour ce seul motif, être déchu de ses droits (Cass. soc., 7 janv. 1955, n° 3504, Bull. civ. IV, p. 14 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 27 janv. 2004, n° 02-30.423).

Toutefois, la tardiveté de la déclaration du salarié combinée à d'autres circonstances, telles que les conclusions défavorables d'un médecin expert peut permettre d'écarter le bénéfice de la présomption d'imputabilité de l'accident du travail et donc la prise en charge au titre de la garantie des risques professionnels (Cass. soc., 2 févr. 1995, n° 92-20.061).

## 1787 - Déclaration de l'accident par l'employeur

### a) Caractère obligatoire

L'employeur (ou l'un de ses préposés) doit déclarer à la caisse primaire d'affiliation de la victime, tout accident dont il a eu connaissance **dans les 48 heures** (non compris les dimanches et jours fériés) par tout moyen conférant date certaine à sa réception (CSS, art. R. 441-3).

Le jour de la semaine non ouvré dans l'entreprise peut être assimilé à un dimanche ou à un jour férié (Circ. SDAM n° 855-79, 15 mai 1979 ; Lettre min. AT n° 8301, 25 avr. 1979, Bull. jur. UCANSS E1 n° 25-79).

Cette déclaration doit être faite à la caisse dont relève la victime, c'est-à-dire la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve la *résidence habituelle de la victime* ou celle où est situé le lieu de travail pour certaines catégories d'assurés (élèves de l'enseignement secondaire ou supérieur notamment). Toutefois, les employeurs dont les salariés résident dans des circonscriptions limitrophes relevant de caisses différentes peuvent envoyer les déclarations à la caisse du lieu de travail qui les ventile sur les caisses de résidence concernées (Circ. CNAMTS 15 avr. 1981, Bull. jur. UCANSS 81-19). Des règles spéciales ont de plus été prévues pour les travailleurs ambulants et *les salariés travaillant à l'étranger* (Arr. min. 21 janv. 1981, JO 23 janv.).

Le fait que l'employeur ait remis à la victime une feuille d'accident portant désignation de la caisse primaire compétente ne l'affranchit pas de l'obligation de déclaration.

Selon la Cour de cassation, il n'est pas nécessaire pour que la déclaration soit obligatoire que l'accident ait occasionné un arrêt de travail.

L'employeur doit déclarer à la caisse primaire d'assurance maladie tout accident du travail dont il a connaissance, même s'il a la conviction que les causes de celui-ci sont étrangères à l'activité professionnelle (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 sept. 2012, n°s 11-15.374 et 11-19.371 ; Cass. soc., 15 nov. 2001, n° 99-21.638). Il a néanmoins la possibilité d'assortir la déclaration à la caisse de réserves (voir **b**) ci-dessous).

Il doit effectuer une déclaration quelles que soient les circonstances de l'accident et sans avoir à tenir compte de la gravité des lésions subies : l'erreur que l'employeur a pu commettre quant à l'appréciation de la gravité des lésions ne saurait justifier le retard apporté à la déclaration de l'accident ([Cass. soc., 4 juin 1970, n° 69-12.322](#), Bull. civ. V, p. 314). De même, l'erreur de diagnostic commise par un médecin sur la nature des lésions consécutives à un accident ne dispense pas l'employeur de la déclaration ([Cass. soc., 7 avr. 1994, n° 92-10.324](#), Bull. civ. V, p. 96).

Il existe une présomption d'imputabilité professionnelle de "« toute lésion corporelle survenue au temps et au lieu de travail, sauf preuve que l'accident avait une cause entièrement étrangère au travail »" et l'employeur devait "« quelle que soit son opinion sur les causes de l'accident, en faire la déclaration (...) peu important que (la victime) n'ait pas fait usage dans le délai légal de la faculté qui lui était offerte d'effectuer elle-même la déclaration à la caisse »" ([Cass. soc., 15 nov. 2001, n° 99-21.638](#), Bull. civ. V, n° 349).

Le chef d'entreprise est tenu de déclarer les accidents de trajet dans les mêmes conditions que les accidents de travail proprement dits, même s'il n'a aucune possibilité de vérifier la matérialité de l'accident allégué. Il lui appartient alors d'assortir sa déclaration de réserves s'il les estime justifiées (voir b) ; Lettre min., 11 mars 1968, Bull. jur. UCANSS 68-33).

Enfin, le défaut de déclaration dans le délai de 48 heures n'expose pas l'employeur à la sanction prévue à l'[article L. 471-1, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale](#) (voir n°1791), dès lors qu'il ne résulte pas des éléments de preuve versés aux débats que l'employeur ait été informé que l'accident se soit produit dans des circonstances de nature à le faire considérer comme un accident de caractère professionnel ([Cass. soc., 14 oct. 1993, n° 91-20.398](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 janv. 2008, n° 06-21.556](#)).

## b) Réserves de l'employeur

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, l'employeur a réglementairement l'obligation de **motiver les réserves** qu'il formule lors de la déclaration de l'accident du travail ([CSS, art. R. 441-6](#)). Auparavant, cette exigence de motivation des réserves de l'employeur n'avait qu'un fondement jurisprudentiel ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 févr. 2011, n° 10-15.276](#), à propos d'un accident déclaré en l'an 2000).

Une jurisprudence constante, encore rappelée récemment par la Cour de cassation, définit la notion de « *réserves motivées* » comme correspondant à la contestation du caractère professionnel de l'accident et à ce titre, elles ne peuvent porter que sur les circonstances de temps et de lieu ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail ([Cass.2<sup>e</sup> civ., 11 oct. 2018, n° 17-26.990](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 28 mai 2020, n° 19-12.957](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 mars 2021, n° 20-10.411](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 25 nov. 2021, n° 20-14.253](#)). Un contentieux important, et très aléatoire, entoure l'appréciation factuelle de cette notion de « réserves motivées » (not. CA Paris, 5 mars 2021, n° 18-02.168 ; CA Pau, 11 mars 2021, n° 18-01.112 ; CA Versailles, 11 mars 2021, n° 19-03.336 ; CA Amiens, 19 avr. 2021, n° 19-03.475 ; CA Paris, 14 mai 2021, n° 17-12.647 ; CA Versailles, 2 sept. 2021, n° 20-02.478 ; CA Poitiers, 21 oct. 2021, n° 19-02.623 ; CA Paris, 26 nov. 2021, n° 18-05.839 ; CA Paris, 17 déc. 2021, n° 18-11.194)

Sans aucun doute convient-il de préciser que les réserves ne peuvent être caractérisées par la seule invocation de l'existence d'un état pathologique existant ([Cass.2<sup>e</sup> civ., 10 oct. 2013, n° 12-25.782](#)).

Il arrive toutefois que des réserves se référant à l'état médical de la victime soient prises en compte par le juge à partir du moment où elles contribuent à porter des doutes quant à la matérialité de l'accident ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 févr. 2015, n° 13-28.260](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 déc. 2015, n° 14-28.312](#)).

Pour les accidents du travail déclarés depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, l'employeur dispose d'un délai de **dix jours francs** à compter de la déclaration pour émettre ses réserves ([CSS, art. R.441-6](#)). Il court à compter de la date de la rédaction de la déclaration d'accident du travail mentionnée sur le formulaire de déclaration et non pas de la date d'envoi de cette dernière (Circ. CNAM n° 28/2019, 9 août 2019).

À ce stade de la procédure, l'employeur n'a pour seule obligation que d'émettre des réserves motivées, sans avoir à apporter la preuve de faits de nature à démontrer que l'accident n'a pu se produire au temps et au lieu du travail ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 26 nov. 2020, n° 19-20.058](#)).

En présence de réserves motivées de l'employeur, la caisse dispose d'un **délai de trente jours francs** à compter de la date à laquelle elle a eu réception de la déclaration d'accident et du certificat médical initial pour engager des investigations ([CSS, art. R.441-7](#)).

À défaut d'ouverture d'une instruction préalable, la décision de prise en charge de la caisse est inopposable à l'employeur ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 avr. 2019, n° 18-11.778](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 25 janv. 2018, n° 17-11.272](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 oct. 2015, n° 14-23.477](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 23 janv. 2014, n° 12-35.003](#)).

Dès lors qu'elle procède à une enquête en vertu de sa propre initiative ou pour faire suite à des réserves, la caisse est tenue de contacter l'employeur pour recueillir ses observations, que ce soit de vive voix ou par questionnaire. En cas de non-respect de cette démarche, il y a également inopposabilité de la décision de prise en charge en vertu du principe du contradictoire ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 mars 2016, n° 15-16.669](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 6 juill. 2017, n° 16-18.774](#)). En revanche, la caisse n'a pas à envoyer un questionnaire à l'employeur à partir du moment où elle a choisi un autre moyen lui permettant de respecter le principe du contradictoire (en l'espèce, l'entretien téléphonique) ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 juin 2021, n° 19-25.571](#)).

Le fait que l'employeur ait émis des réserves sur le lien de causalité entre l'accident du travail et les lésions déclarées par le salarié

n'oblige pas la caisse à recueillir l'avis d'un médecin-conseil, car aucun texte ne l'impose dans ce cas (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 déc. 2010, n° 09-16.994).

L'absence de réserve de l'employeur dispense la caisse de l'obligation d'information de l'ancien [article R. 441-11 du Code de la sécurité sociale](#), dès lors qu'aucune instruction n'a été diligentée préalablement à la prise en charge (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 14 oct. 2003, n° 01-21.035 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 janv. 2015, n° 14-10.362), et même si l'employeur lui a demandé, simultanément à la transmission de la déclaration, la communication de tout élément médical ou administratif susceptible de lui faire grief (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 juill. 2014, n° 13-20.820).

### c) Charge de la preuve

C'est à l'employeur qu'incombe de rapporter la preuve qu'il a fait la déclaration dans le délai prescrit par tout moyen conférant date certaine à sa réception (CSS, art. R. 441-2 ; Cass. soc., 25 avr. 1979, n° 77-14.415).

L'employeur ne saurait arguer de sa bonne foi pour échapper aux sanctions d'un défaut de déclaration dans les délais impartis.

Le fait même que la caisse ait dénié à un traumatisme le caractère d'accident du travail et que ce caractère n'ait été admis qu'au terme d'une procédure contentieuse, ne saurait davantage valoir comme circonstance justificative (Cass. soc., 26 oct. 1967, n° 66-12.121, Bull. jur. UCANSS 68-25).

Seul un cas de force majeure pourrait être retenu comme fait justificatif de la carence de l'employeur (Cass. soc., 26 janv. 1972, n° 70-13.569, Bull. jur. UCANSS 72-33). Cependant, lorsque l'employeur est lui-même victime d'un accident du travail, il ne peut opposer la force majeure pour échapper à ses responsabilités, lorsqu'il a à sa disposition des services compétents pour établir des déclarations et que ceux-ci ont été informés de l'accident (Cass. soc., 14 févr. 1980, n° 79-10.234).

### d) Point de départ du délai de 48 heures

Le délai de 48 heures commence au moment où l'employeur ou l'un de ses préposés a connaissance de l'accident, non compris les dimanches et jours fériés (CSS, art. R. 441-3).

Lorsqu'il se produit sur le lieu de travail, l'accident est réputé connu au sens de l'[article L. 441-1 du Code de la sécurité sociale](#) (voir n°1791), dès lors qu'il est survenu en présence d'un préposé sous la direction duquel était exécuté le travail. C'est à l'employeur qui voudrait dégager sa responsabilité pour non-observation du délai de quarante-huit heures, qu'il appartiendra d'établir qu'en fait ni lui directement ni l'un de ses préposés n'a été averti. Il n'est pas nécessaire que le préposé averti soit celui qui a une habilitation particulière pour représenter l'employeur (Cass. soc., 17 juill. 1961, n° 60-12.866, Bull. civ. IV, p. 263).

Lorsque l'accident est survenu à la sortie du travail le jour où l'entreprise fermait ses portes pour ses congés annuels et que l'employeur en a eu seulement connaissance à l'issue de cette période, date à laquelle il a fait la déclaration à la caisse, le défaut de déclaration dans le délai de 48 heures n'expose pas l'employeur à la sanction prévue à l'[article L. 471-1, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale](#) (Cass. soc., 8 févr. 2001, n° 99-18.423).

De même, une entreprise ne peut se voir exposée à la sanction prévue par l'[article L. 471-1 du Code de la sécurité sociale](#) (voir n°1791) lorsque des circonstances exceptionnelles constitutives d'un cas de force majeure ne permettaient pas à l'employeur de déclarer l'accident du travail dans le délai prévu à l'[article R. 441-3 du Code de la sécurité sociale](#) (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 juin 2003, n° 01-20.452).

Pour les accidents dont sont victimes, hors des locaux de l'établissement, les personnes appartenant aux catégories assimilées (par exemple des travailleurs à domicile, des VRP ou des gérants non-salariés de coopératives), le délai imparti à l'employeur ne commence à courir que du jour où il a été informé de l'accident (CSS, art. R. 441-3).

Si le salarié accidenté travaille à domicile pour plusieurs employeurs, la déclaration doit être effectuée par l'employeur pour le compte duquel il travaillait à son domicile au moment de l'accident (Circ. n° 88 SS, 9 juin 1952).

### e) Imprimés à utiliser

#### 1. Déclaration d'accident

L'employeur doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime, au moyen d'un imprimé-type (DAT). Un arrêté ministériel fixe le modèle du formulaire de déclaration d'accident du travail ou d'accident de trajet, sous le numéro Cerfa 14463\*03, avec une notice enregistrée sous le numéro 50261#04 (Arr. min., 26 sept. 2017, NOR : SSAS1727645A, JO 21 oct.). Ce formulaire peut être obtenu auprès des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale. Il est également disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr), [service-public.fr](http://service-public.fr) et [net-entreprises.fr](http://net-entreprises.fr). Les trois premiers volets sont adressés à la caisse primaire, qui en fait parvenir un à l'inspecteur du travail et un à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), l'employeur gardant le quatrième.

La jurisprudence a précisé que la déclaration n'étant soumise à aucune forme impérative, le fait de ne pas utiliser l'imprimé réglementaire ne dispense pas la caisse de son obligation d'examiner la demande de prise en charge dans le délai de trente jours (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 juill. 2007, n° 06-17.453).

De même, la formulation d'une demande de prise en charge sur un autre support que l'imprimé réglementaire suffit pour faire courir le délai d'instruction (*Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 juill. 2007, n° 06-17.453*). En effet, suivant une jurisprudence constante de la Cour de cassation, la déclaration d'accident du travail n'est soumise à aucune forme réglementaire qui en conditionnerait la validité (*Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 juin 2011, n° 10-20.252*).

Pour les formalités en ligne, [net-entreprises.fr](http://net-entreprises.fr)

## 2. Attestation de salaire

Lorsque l'accident entraîne un arrêt de travail, l'employeur doit adresser à la caisse, sur imprimé, une attestation indiquant la période de travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les paies à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité journalière (*CSS, art. R. 441-4*).

L'employeur doit également préciser si le salaire est maintenu en totalité. Dans ce cas, le chef d'entreprise est subrogé de plein droit à la victime dans ses droits aux indemnités journalières (*CSS, art. R. 433-12*). La victime doit autoriser l'employeur à percevoir les indemnités journalières.

Lorsque l'accident entraîne immédiatement l'arrêt de travail, l'employeur adresse l'attestation de salaire en même temps que la déclaration d'accident, les rubriques « employeur » et « victime » devant être rigoureusement identiques. Si l'arrêt de travail est postérieur, l'attestation est adressée dès qu'il intervient.

## 3. Remise d'une feuille d'accident au salarié

L'employeur est tenu de délivrer à la victime une feuille d'accident nécessaire à l'indemnisation (*CSS, art. L. 442-5*). Ce document doit désigner la caisse primaire chargée du service des prestations et ne doit pas mentionner le nom et l'adresse d'un praticien, d'un pharmacien, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque (*CSS, art. R. 441-11*).

L'employeur qui refuse de délivrer à la victime une feuille d'accident s'expose au prononcé de pénalités financières (*CSS, art. L. 141-17*) ou à une action en répétition de l'indu correspondant à la totalité des dépenses engagées à l'occasion de l'accident par la caisse (*CSS, art. L. 471-1*).

Dans tous les cas, la remise de la feuille n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'indemnisation au titre des accidents du travail (*CSS, art. L. 432-2 ; CSS, art. L. 441-5 ; CSS, art. R. 441-11*).

La feuille d'accident est valable pour la durée du traitement consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle. Elle comprend trois volets : le volet n° 1 destiné à l'assuré, les volets n°s 2 et 3 destinés respectivement au médecin et au pharmacien ou à l'établissement hospitalier qui les remplissent, y inscrivent leurs notes d'honoraires et les adressent directement à la caisse pour règlement (*CSS, art. R. 441-12*).

À la fin du traitement, ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime l'adresse à la caisse, qui lui délivre, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident (*CSS, art. R. 441-11*).

### f) Contrôle des déclarations de l'employeur

Le contrôle de l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles par les employeurs est assuré par des agents des caisses agréés et assermentés dans les conditions prévues à l'article L. 114-10 du Code de la sécurité sociale, voir n°1127.

Ces agents procèdent à toutes vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis en vue de faire bénéficier les victimes et leurs ayants droit des prestations servies au titre de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Ils peuvent à cette fin se faire présenter par l'employeur tout document, et avoir accès aux locaux de l'entreprise (*CSS, art. R. 114-17*).

Sur la sanction des fausses déclarations, voir n°1791.

Partie 1 Régime généralTitre 4 Prestations du régime généralDivision 3 Risque professionnelChapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travailSection 1 Déclaration et constatation médicale

## 1788 - Déclaration de l'accident par la victime

### a) Carence de l'employeur

Si l'employeur ne satisfait pas à ses obligations de déclaration de l'accident à la caisse (voir n°1787), la victime doit déclarer elle-même, pour sauvegarder ses droits, l'accident à la caisse primaire dont elle dépend.

La loi accorde à la victime un délai de **deux ans** qui correspond au délai de prescription des accidents du travail (*CSS, art. L. 441-2 ; Cass. soc., 19 févr. 1986, n° 84-14.970*).

Une déclaration tardive, mais se situant dans la limite des deux ans, reconnue par la loi, ne saurait être sanctionnée par la perte de la présomption d'imputabilité ([Cass. soc., 2 mars 1983, n° 81-10.381](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 27 janv. 2004, n° 02-30.423](#)).

Sur le **point de départ du délai de deux ans en cas de contamination par le VIH**, voir n°1798.

La caisse est tenue d'envoyer un double de la déclaration de la victime à son employeur par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception ([CSS, art. R. 441-6](#)).

L'obligation d'information pesant sur la caisse en vertu de l'[article R. 441-11 du Code de la sécurité sociale](#) (devenu [CSS, art. R. 411-8](#)) ne concerne, outre la victime et ses ayants droit, que la personne physique ou morale qui a la qualité juridique d'employeur, de sorte qu'une société utilisatrice, dépourvue de cette qualité, ne peut se prévaloir de l'inobservation de cette obligation à son égard ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mai 2011, n° 10-17.648](#)).

Dans la mesure où la déclaration d'un accident du travail par le salarié n'est soumise à aucune formalité, la seule mention « *accident du travail-trajet* » portée par l'assuré sur un questionnaire adressé par la caisse vaut déclaration d'accident du travail ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 juill. 2008, n° 07-14.392](#)).

Encore faut-il cependant que le document adressé à la CPAM relate outre les lésions, leur imputabilité au travail ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 déc. 2008, n° 07-17.696](#)).

La caisse doit adresser à l'employeur le double de la déclaration d'AT-MP de la victime, même si ce document figure au dossier qui est mis à sa disposition, dans le cadre de la procédure d'instruction ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 sept. 2009, n° 08-15.840](#)). Voir n°<sup>s</sup>1793 et s.

Est inopposable à l'employeur, la décision de prise en charge d'un accident du travail ou d'une rechute par une caisse, si celle-ci n'en a pas adressé copie à l'employeur, contrairement à son devoir d'information ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 21 sept. 2004, n° 03-30.277](#)).

## **b) Réserves de l'employeur**

Pour les accidents déclarés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, lorsque la déclaration de l'accident du travail émane de la victime ou de ses représentants, un double de cette déclaration est envoyé par la caisse à l'employeur à qui la décision est susceptible de faire grief par tout moyen conférant date certaine à sa réception. L'employeur dispose alors d'un délai de dix jours francs à compter de la date à laquelle il a reçu ce double pour émettre auprès de la caisse, par tout moyen conférant date certaine à leur réception, des réserves motivées ([CSS, art. R. 441-6](#)).

## **c) Déclaration de la rechute ou d'une nouvelle lésion**

La rechute consiste en toute modification dans l'état de la victime qui, après consolidation ou guérison apparente, amène la victime à interrompre à nouveau son activité professionnelle ([CSS, art. L. 443-1](#)).

Seuls sont pris en charge au titre de rechute d'accident du travail, les troubles nés d'une aggravation, même temporaire, des séquelles de l'accident du travail, et non ceux qui ne constituent qu'une manifestation de ces séquelles ([Cass. soc., 12 nov. 1998, n° 97-40.140](#), [Bull. civ. V, n° 491](#)).

Les nouvelles lésions doivent apparaître postérieurement à la consolidation de l'état de santé du salarié victime pour pouvoir être qualifiées de rechute ; si elles apparaissent avant cette date de consolidation, ces nouvelles lésions doivent être rattachées à l'accident de travail initial du salarié victime ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 juin 2011, n° 10-21.835](#)). En effet, la présomption d'imputabilité au travail des lésions apparues à la suite d'un accident du travail s'étend pendant toute la durée d'incapacité de travail précédant soit la guérison complète, soit la consolidation de l'état de la victime. Il appartient à l'employeur qui entend contester l'imputation au travail des nouvelles lésions, et donc la prise en charge de leur traitement, d'apporter la preuve contraire ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 1<sup>er</sup> juin 2011, n° 10-15.837](#)). L'employeur ne peut reprocher à une caisse de ne pas démontrer l'imputation au travail des nouvelles lésions apparues avant la consolidation ou la guérison du salarié victime pour lesquelles des prestations ont été versées au salarié au titre des risques professionnels, car ces nouvelles lésions et prestations sont couvertes par la présomption d'imputabilité au travail ; c'est donc à l'employeur qu'il incombe de rapporter la preuve contraire.

La déclaration de la rechute doit être faite directement à la caisse par la victime ([CSS, art. R. 443-4](#)). Cette décision doit être accompagnée d'un certificat médical descriptif des lésions nouvelles ou aggravées en rapport avec l'accident initial. Comme la prise en charge de la rechute obéit à des motifs purement médicaux, le délai d'instruction dans le cadre duquel la caisse doit se prononcer ne peut débuter qu'à la réception du certificat médical qui atteste d'une modification de l'état de santé de la victime ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 sept. 2010, n° 09-15.674](#)).

Il est à noter que la rechute ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité, la victime doit dès lors apporter la preuve du lien entre l'accident du travail initial et sa nouvelle situation physique ([Cass. soc., 16 nov. 2000, n° 99-11.027](#)).

Le médecin-conseil de l'assurance maladie n'accepte la rechute que s'il a en sa possession, ou que la victime ou ses ayants-droit lui apportent, les éléments de preuve de nature à établir un lien irréfutable entre la rechute et l'accident reconnu. A défaut de preuve médicale du lien, la rechute est rejetée ([Circ. CNAM no CIR-14/2018, 12 juill. 2018](#)).

S'il l'estime nécessaire ou en cas de réserves motivées, le médecin-conseil adresse un questionnaire médical à la victime ou ses représentants et il y joint, le cas échéant, les réserves motivées formulées par l'employeur. Le questionnaire est retourné dans un

délaï de vingt jours francs à compter de sa date de réception (CSS, art. R.441-16).

Le salarié ne peut se prévaloir de la décision implicite de prise en charge de son accident du travail initial pour obtenir la prise en charge, au titre des risques professionnels, de soins prescrits postérieurement à la consolidation de son état de santé, sur laquelle la caisse doit se prononcer explicitement (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 juin 2011, n<sup>o</sup> 10-16.433). Autrement dit, la prise en charge, au titre des risques professionnels, de soins prescrits postérieurement à la date de consolidation de l'état de santé du salarié victime, suppose une décision favorable et explicite de sa caisse d'affiliation ou la caractérisation d'une rechute.

Par exception, l'article L. 443-1 du Code de la sécurité sociale instaure une présomption simple d'imputabilité du décès au profit de certaines personnes ayant été bénéficiaires pendant un certain temps de la majoration pour assistance d'une tierce personne.

La caisse primaire doit adresser à l'employeur qui a déclaré l'accident, dont la rechute est la conséquence, un double de la demande de reconnaissance de cette rechute établie par la victime par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception (CSS, art. R. 441-6). L'employeur peut alors émettre des réserves motivées dans un délai de dix jours francs, voir n<sup>o</sup>1774).

L'obligation d'information pesant sur la caisse ne concerne, outre la victime et ses ayant droits, que la personne physique ou morale qui a la qualité juridique d'employeur, de sorte qu'une société utilisatrice, dépourvue de cette qualité, ne peut se prévaloir de l'inobservation de cette obligation à son égard (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mai 2011, n<sup>o</sup> 10-17.648).

Est inopposable au chef d'entreprise, la décision d'une caisse de prendre en charge les rechutes d'un salarié en cas de non-respect de cette obligation préalable d'information (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 27 janv. 2004, n<sup>o</sup> 02-30.423 ; confirmé par Cass. 2<sup>e</sup> civ., 21 déc. 2006, n<sup>o</sup> 05-20.349).

De même, la décision d'une caisse de prendre en charge une rechute ne saurait produire d'effet à l'encontre de l'employeur, dès lors qu'à l'origine, la décision de prise en charge de la maladie professionnelle concernée avait été déclarée inopposable à l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 20 janv. 2012, n<sup>o</sup> 10-28.570).

De plus, le simple fait d'aviser l'employeur de la rechute sans lui communiquer le double de la demande de reconnaissance de cette rechute, ne libère pas la caisse de l'obligation préalable d'information qui est à sa charge (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 21 déc. 2006, n<sup>o</sup> 05-20.349).

#### **d) Communication au médecin du travail**

La caisse primaire d'assurance maladie doit adresser au médecin du travail un double de la déclaration de l'accident (ou de la maladie) lorsqu'elle est établie par la victime (CSS, art. R. 441-6).

Partie 1 Régime généralTitre 4 Prestations du régime généralDivision 3 Risque professionnelChapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travailSection 1 Déclaration et constatation médicale

## **1789 - Déclarations particulières**

### **a) Accident survenu à un travailleur temporaire**

L'employeur doit porter à la connaissance de l'entreprise de travail temporaire les accidents de travail survenant aux salariés intérimaires mis à sa disposition (CSS, art. L. 412-4).

Le recours ouvert à la caisse de sécurité sociale, en cas de non-déclaration, peut être exercé contre l'utilisateur dans le cas où celui-ci n'a pas déclaré les accidents dont il a eu connaissance à l'entreprise de travail temporaire (CSS, art. L. 412-5).

Ces règles s'appliquent également :

- aux groupements d'employeurs et aux entreprises membres de ces derniers qui sont utilisatrices des salariés liés à ces derniers par un contrat de travail ;
- aux associations intermédiaires (CSS, art. L. 412-9).

### **b) Accident survenu à un demandeur d'emploi**

En cas d'accident survenu à un demandeur d'emploi, la déclaration à la caisse incombe à Pôle emploi.

Si l'accident ne se produit pas dans les locaux de l'agence, celle-ci doit en être informée dans les 24 heures par l'organisme chargé de l'action d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement de la recherche d'emploi prescrite (CSS, art. D. 412-94).

### **c) Accident survenu à un vendeur colporteur de presse ou à un porteur de presse**

En cas d'accident du travail survenu à un *vendeur-colporteur de presse* ou à un *porteur de presse*, le mandant ou l'éditeur, sur option de ce dernier lorsqu'il n'est pas le mandant du vendeur-colporteur de presse, doit, en application de l'article L. 441-2 du Code de la sécurité sociale, déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime dans les 48 heures par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (L. n<sup>o</sup> 91-1406, 31 déc. 1991, art. 11, JO 4 janv. 1992).

#### d) Accident survenu à l'étranger

Pour les accidents survenant à l'étranger, le délai de quarante-huit heures imparti à l'employeur ne commence à courir que du jour où il a été informé de l'accident par lettre recommandée adressée par le salarié ou son représentant (CSS, art. R. 444-1). Cette règle doit s'appliquer strictement, sans distinguer selon que l'entreprise employant la victime dispose ou non d'un *représentant sur place* (Cass. soc., 4 juin 1986, n° 84-17.423). La caisse primaire d'assurance maladie, à laquelle, dans tous les cas, l'employeur doit envoyer la déclaration ainsi que les certificats médicaux, est la caisse dont relève la victime du fait de son affiliation (CSS, art. R. 444-2).

Pour les accidents survenus dans un pays de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse, le règlement n° 883/2004 prévoit que la déclaration est faite à l'organisme du pays où est survenu l'accident, celui-ci assurant la transmission à l'organisme français de sécurité sociale. Si les médecins de l'institution de résidence ou de séjour ne délivrent pas de certificats d'incapacité de travail, il convient de s'adresser directement à l'institution du lieu de résidence ou de séjour qui fait immédiatement procéder à une évaluation médicale de l'incapacité de travail et établit un certificat d'incapacité de travail. Dans le même temps l'intéressé informe son employeur de son incapacité de travail. L'institution compétente française peut demander à l'institution du lieu de séjour ou de résidence de faire procéder à des contrôles administratifs ou médicaux. Elle peut également faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

Les modalités de règlement des prestations par la caisse compétente sont fixées par les [articles R. 444-4 et suivants du Code de la sécurité sociale](#). Dans les pays de l'Union européenne, les indemnités journalières sont servies directement par la caisse française, sauf accord conclu avec la caisse compétente de l'État de séjour, qui verse alors les indemnités pour le compte de la caisse française. Les prestations en nature sont servies conformément à la législation de celui-ci, par les organismes compétents de celui-ci, pour le compte des organismes français d'affiliation.

#### e) Accident survenu à un salarié détaché en France

Lorsqu'un salarié, non affilié au régime français de sécurité sociale, détaché en France à titre temporaire, par une entreprise non établie sur le territoire français, pour y effectuer une prestation de service, est victime d'un accident du travail, l'employeur ou l'un de ses préposés doit le déclarer à l'inspecteur du travail du lieu de l'accident.

Cette déclaration doit être faite par tout moyen permettant de conférer date certaine à l'envoi, **dans un délai de deux jours ouvrables** (C. trav., art. L. 1262-2 et R. 1262-2).

L'omission de cette déclaration est sanctionnée pénalement d'une contravention de 4<sup>e</sup> classe (C. trav., art. R. 1264-3 ; C. trav., art. R. 5224-1).

Partie 1 Régime généralTitre 4 Prestations du régime généralDivision 3 Risque professionnelChapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travailSection 1 Déclaration et constatation médicale

### 1790 - Registre d'infirmier

Certaines entreprises peuvent être autorisées à simplement inscrire sur un registre d'infirmier ou registre des accidents bénins, et donc à ne pas déclarer, les **accidents bénins**, c'est-à-dire les accidents n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes de sécurité sociale (CSS, art. L. 441-4 ; CSS, art. D. 441-1 et s.).

Lorsqu'un accident du travail a été valablement retranscrit sur le registre des accidents bénins, le seul fait qu'il ait été déclaré à la caisse dix jours plus tard ne suffit pas pour écarter son origine professionnelle (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 25 juin 2009, n° 08-11.997).

#### a) Conditions d'ouverture du registre

L'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a simplifié les modalités de délivrance et de tenue par les employeurs du registre des accidents du travail bénins, correspondant aux accidents n'entraînant ni soins, ni arrêt de travail. Dans cet objectif, l'autorisation préalable de la CARSAT permettant à l'employeur de remplacer la déclaration des accidents du travail par une inscription sur un registre ouvert à cet effet, est supprimée.

L'employeur peut tenir un registre des accidents bénins dès lors qu'il remplit, à partir du 1<sup>er</sup> mai 2021, les conditions prévues par un décret du 29 avril 2021 (CSS, art. L. 441-4 ; L. n° 2020-1576, 14 déc. 2020, art. 100, JO 15 déc. ; CSS, art. D. 441-1 et s. ; D. n° 2021-526, 29 avr. 2021, JO 30 avr.). L'employeur doit avertir le CSE de la tenue de ce registre.

L'employeur peut tenir un registre de déclarations d'accidents du travail bénins (sans autorisation de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail), du lieu d'implantation de l'établissement, lorsque celui-ci répond aux conditions suivantes (sans changement par rapport à la réglementation précédemment en vigueur) (CSS, art. D. 441-1) :

présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'État, ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise, détentrice d'un diplôme national

de secouriste complété par le diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré par l'Institut national de recherche de sécurité (INRS) ou les Carsat ;  
 existence d'un poste de secours d'urgence, c'est-à-dire, d'un local ou d'un emplacement disposant des matériels et produits pharmaceutiques nécessaires pour donner les premiers soins ;  
 respect par l'employeur des obligations mises à sa charge en matière de mise en place d'un comité social et économique.

**Ces conditions sont cumulatives.**

### **b) Obligations de l'employeur**

Le registre est la propriété de l'employeur. L'employeur inscrit sur le registre, dans les 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés, les accidents du travail de son personnel qui n'entraînent ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

Sur le registre figurent : le nom de la victime, la date, le lieu et les circonstances de l'accident, la nature et le siège des lésions ; le donneur de soins y met son visa ainsi que la victime ([CSS, art. D. 441-3](#)).

L'employeur doit présenter ce registre, sur le support de son choix (papier ou dématérialisé) sans difficulté d'utilisation et de compréhension et sans risque d'altération. La Cnam préconise de faire figurer les accidents par ordre chronologique, sous une numérotation continue, sans blanc ni rature, séparés par un trait horizontal.

En outre, l'employeur conserve les registres pour chaque année civile, pour une durée de cinq ans à compter de la fin de l'exercice considéré.

Toutefois, l'inscription au registre ne dispense pas de la déclaration ultérieure à la caisse primaire, soit lorsque la victime le demande, soit lorsqu'une modification de l'état de la victime le nécessite (arrêt de travail, soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes d'assurance maladie). Dans tous les cas, si des doutes existent sur la matérialité de l'accident bénin ou de la lésion, il est préférable d'effectuer la déclaration plutôt que l'inscription sur le registre afin de préserver les droits des parties en cause.

Enfin, les accidents survenus au *personnel intérimaire en mission* dans l'entreprise ne doivent pas être inscrits sur ce registre, mais faire l'objet d'une déclaration dans les conditions prévues à l'[article R. 412-2 du Code de la sécurité sociale](#) (voir n° 1789).

### **c) Consultation et contrôle du registre**

Le registre est conservé par l'entreprise ; il est tenu à la disposition ([CSS, art. D. 441-4](#)) :

- de la victime ou de ses ayants droit ;
- des agents de contrôle de la caisse primaire et de la Carsat mentionnés à l'[article L. 114-10 du Code de la sécurité sociale](#) ;
- des ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- de l'inspection du travail ;
- du comité social et économique.

Il peut également être consulté par le médecin du travail ([CSS, art. D. 441-3](#)).

### **d) Sanction des manquements**

L'agent de contrôle peut décider de retirer l'autorisation de tenue d'un registre pour l'une des raisons suivantes : tenue incorrecte du registre, disparition des conditions d'octroi, refus de présentation du registre aux agents de contrôle des caisses, aux ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité ou aux agents de l'inspection du travail, à la victime d'un accident consigné au registre, au comité social et économique ([CSS, art. D. 441-4](#)).

L'agent de contrôle informe l'employeur ainsi que les autres agents chargés du contrôle du ou des manquements. L'employeur n'est plus autorisé à tenir un registre des accidents bénins. Il doit alors procéder aux déclarations d'accidents du travail dans les conditions de droit commun prévues à l'[article L. 441-2 du Code de la sécurité sociale](#).

L'employeur encourt également des sanctions pénales ou administratives en cas de manquement, voir n° 1791.

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 1 Déclaration et constatation médicale

## **1791 - Sanctions du défaut de déclaration par l'employeur**

### **a) Sanctions pénales et administratives**

L'obligation de la déclaration de l'accident et de la délivrance de la feuille d'accident par l'employeur ou son préposé est assortie d'une **sanction pénale** (amende prévue pour les contraventions de 4<sup>e</sup> classe, soit 750 €) (**CSS, art. R. 471-3**).

Cette sanction pénale s'applique également en cas de non inscription au registre de déclaration des accidents bénins (voir n°1790).

L'**article L. 8112-2 du Code du travail** habilite les agents de contrôle de l'inspection du travail à constater ces infractions.

Dans l'éventualité où il se livre à de fausses allégations en matière de déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, en vue de minorer les cotisations dues, l'employeur s'expose à l'application des pénalités financières prévues à l'**article L. 114-17 du Code de la sécurité sociale**. Leur prononcé relève de la compétence du directeur de la Carsat, après avis d'une commission spécifique, constituée de membres du Conseil d'administration de cet organisme (**CSS, art. R. 147-1** et s).

## b) Sanctions civiles en faveur de la victime

L'employeur qui omet de déclarer dans le délai prévu l'accident survenu à son salarié, dont il a eu connaissance, peut voir sa responsabilité civile mise en jeu dans les conditions de droit commun. En effet, si ce manquement de l'employeur à ses obligations a entraîné, pour le salarié, la privation du bénéfice des prestations prévues par la législation sur les accidents du travail, ce salarié peut prétendre, sur le terrain du droit commun, à la réparation du préjudice que lui a causé la faute de son employeur (**Cass. soc., 19 févr. 1992, n° 88-40.175, Bull. civ. V, p. 59**).

La chambre criminelle a condamné un employeur au versement de dommages-intérêts au bénéfice d'un salarié travaillant clandestinement, victime d'un accident du travail (**Cass. crim., 6 févr. 2001, n° 00-81.526, Bull. crim., n° 32 ; voir n°1662**).

## c) Sanctions civiles en faveur des caisses

La caisse primaire d'assurance maladie recouvre auprès de l'employeur ou de son préposé l'indu correspondant à la totalité des dépenses engagées à l'occasion d'un accident du travail qu'il n'a pas déclaré, qu'il n'a pas inscrit sur le registre des accidents bénins ou dont il n'a pas déclaré l'aggravation des conséquences, ou lorsqu'il n'a pas délivré la feuille d'accident du travail à la victime (**CSS, art. L. 471-1, al. 2**).

Cette action n'est qu'une simple faculté, mais elle s'impose même dans le cas où l'employeur, témoin de l'accident, ne l'a pas déclaré car il lui semblait ne devoir entraîner aucune séquelle en raison de son peu de gravité (**Cass. soc., 19 nov. 1986, n° 85-13.619**).

En cas de déclaration tardive d'un accident, la caisse peut recouvrer contre l'employeur le remboursement des frais engagés par elle à cette occasion, peu importe que la qualification d'accident du travail soit discutable (**Cass. 2<sup>e</sup> civ., 11 juill. 2005, n° 04-30.016**).

Cette action en répétition de l'indu est soumise à la prescription de droit commun (**Cass. soc., 7 avr. 1994, Bull. civ. V, n° 143**).

Jusqu'à présent la Cour de cassation estimait que seul l'organisme social était en droit d'apprécier la sanction encourue ; les juges du fond n'étant pas compétents pour accorder de remise de dette à l'employeur (**Cass. soc., 4 févr. 1999, n° 97-13.167**). Cependant, elle a opéré un revirement en décidant, au visa de l'article 6 de la Convention européenne des Droits de l'homme, que le juge doit apprécier l'adéquation de la sanction prononcée par la caisse, par rapport à la gravité du manquement (**Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 avr. 2010, n° 09-11.232 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 juin 2021, n° 20-13.213**).

Par ailleurs, lorsqu'une personne étrangère travaille ou a travaillé pour le compte d'un employeur, sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail en France, la caisse recouvre auprès de son employeur l'indu correspondant à la totalité des dépenses supportées pour cette personne au titre des accidents du travail (**CSS, art. L. 471-1**).

Lorsque la CPAM constate un manquement de l'employeur aux obligations relatives à la déclaration d'accident du travail, elle peut prononcer à son encontre une **pénalité financière**, d'un montant maximal porté à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (**CSS, art. L. 114-17 ; L. n° 2020-1576, 14 déc. 2020, JO 15 déc.**). Cette pénalité financière est notamment encourue en cas de déclaration tardive, de non déclaration, de fausse déclaration, de non-inscription au registre des accidents bénins ou de non-remise de la feuille d'accident à la victime (**CSS, art. 114-7-1**).

L'application de la pénalité financière prévue à l'**article L. 114-17 du Code de la sécurité sociale** (voir n°1131) est étendue aux fausses déclarations concernant le lieu ou les circonstances d'un accident de travail ou de trajet et inscrites sur la déclaration d'accident du travail par l'employeur (ou la victime elle-même) afin d'obtenir, de faire obtenir ou de majorer un droit aux prestations AT-MP (**CSS, art. R. 147-6**).

L'employeur peut ainsi faire l'objet d'une pénalité financière :

- s'il a porté des indications erronées sur l'attestation de salaires ayant pour conséquence la majoration du montant des indemnités journalières servies ;
- si sa responsabilité a été reconnue dans le bénéfice irrégulier par un assuré d'indemnités journalières ;
- s'il n'a pas procédé à la déclaration d'accident du travail ;
- s'il n'a pas respecté l'obligation de remise de la feuille d'accident ;
- s'il a procédé à de fausses déclarations sur la déclaration d'accident du travail ayant pour objet ou pour effet de minorer le montant des cotisations dues au titre des accidents et des maladies professionnelles ;
- s'il procède à de fausses déclarations sur la déclaration d'accident du travail dans le but de minorer le

montant de ses cotisations AT-MP (CSS, art. R. 147-7).

**Remarques** Les directeurs des caisses chargées de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, c'est-à-dire les directeurs de Carsat, ont le pouvoir de prononcer ces pénalités financières au même titre que le directeur de l'organisme local d'assurance (CSS, art. R. 147-11 et s.)

Partie 1 Régime généralTitre 4 Prestations du régime généralDivision 3 Risque professionnelChapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travailSection 1 Déclaration et constatation médicale

## 1792 - Certificats médicaux

Librement choisi par la victime, le praticien doit établir obligatoirement deux certificats (CSS, art. L. 441-6) :

*un certificat médical initial* qui justifie le droit à réparation de la victime : le praticien établit en double exemplaire ce certificat qui indique l'état de la victime et les suites éventuelles de l'accident, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail. Ce certificat doit également mentionner toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions (CSS, art. R. 441-10).

La formule arrêtée pour ces certificats est utilisée par le praticien pour établir le certificat médical attestant de la nécessité d'interrompre le travail. Un avis d'interruption est établi si le médecin, au cours du traitement, juge nécessaire de prolonger le repos. Ce certificat ou cet avis justifie du droit de la victime au bénéfice des indemnités journalières, sous réserve des dispositions de l'article R. 433-17 du Code de la sécurité sociale (CSS, art. R.441-10).

Les modèles de certificats médicaux sont fixés par arrêté ministériel (CSS, art. D. 482-1 ; Arr. min., 21 déc. 2018, JO 15 janv. 2019).

**Remarques** À compter du 1<sup>er</sup> novembre 2021, il était prévu de simplifier le processus de prescription d'arrêts de travail en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. La prescription initiale devait être formalisée par un nouveau formulaire homologué commun à l'assurance maladie et à l'assurance accident du travail-maladie professionnelle (CSS, art. L. 441-6 ; L. n° 2020-1576, 14 déc. 2020, art. 100, JO 15 déc.). Au printemps 2022, aucun nouveau texte n'avait encore été publié.

Le même imprimé peut être utilisé par le praticien pour établir le certificat médical d'arrêt de travail et justifier ainsi du droit de la victime au bénéfice des indemnités journalières.

Le délai d'instruction par la caisse ne commence à courir qu'à compter de la réception par celle-ci de la déclaration et du certificat médical initial (CSS, art. R. 441-7). Voir nos 1793 et s.

En cas d'absence de certificat médical initial dans le délai de deux ans à compter de la déclaration d'accident du travail, le dossier est définitivement classé en application de l'article L. 431-2 du Code de la sécurité sociale relatif à la prescription biennale (Circ. DSS/2C n° 2009-267, 21 août 2009) :

*le certificat final descriptif* : lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, le praticien établit, dans les mêmes conditions que ci-dessus, un certificat médical indiquant les conséquences définitives si elles n'avaient pu être antérieurement constatées. C'est au vu de ce certificat final que la caisse primaire notifiera à la victime la date de consolidation ou de guérison et déclenchera, le cas échéant, la procédure d'attribution de rente.

En application de l'article L. 441-6 du Code de la sécurité sociale dans les vingt-quatre heures, l'un des exemplaires du certificat de consolidation ou de guérison est adressé par les soins du praticien à la caisse primaire, le second est remis à la victime, ainsi que toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat (CSS, art. R. 441-10).

La réception et l'étude par une CPAM du certificat médical initial établi par le médecin traitant, qui accompagnait la déclaration d'accident du travail, ne constitue pas une mesure d'instruction ; l'employeur ne peut donc se prévaloir de cette transmission pour obtenir que la décision de prise en charge de cet accident lui soit déclarée inopposable sur le fondement de l'article R. 441-8 du Code de la sécurité sociale (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 oct. 2011, n° 10-23.756).

Partie 1 Régime généralTitre 4 Prestations du régime généralDivision 3 Risque professionnelChapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travailSection 2 Instruction du dossier§ 1. Procédure

## 1793 - Délais d'instruction

Applicable aux accidents du travail déclarés depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, la nouvelle procédure issue du [décret n° 2019-356 du 23 avril 2019](#) (JO 25 avr.) supprime la notion de délai complémentaire, qui était jusqu'alors laissée à la main de la caisse, au profit de deux délais distincts constituant les deux volets d'un même délai global :

*un délai de 30 jours* démarrant à réception de la déclaration d'accident du travail et du certificat médical initial, laissé à la caisse pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident si elle n'engage aucune investigation, ou encore, pour engager des investigations lorsqu'elle l'estime nécessaire ou lorsqu'elle a reçu des réserves motivées émises par l'employeur ([CSS, art. R. 441-7](#)) ;

*un délai de 90 jours* démarrant également à réception de cette déclaration et du certificat médical, c'est-à-dire englobant le précédent, et laissé à la caisse pour statuer dans le cas où elle a engagé des investigations dès le délai de trente jours précédent ([CSS, art. R. 441-8](#)).

### a) Délai de trente jours

Pour les accidents déclarés depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, les caisses disposent d'un délai de trente jours pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ([CSS, art. R.441-7](#)).

Ce délai court à compter de la date à laquelle la caisse a reçu la déclaration de l'accident et le certificat médical initial ([CSS, art. R. 441-7](#)).

La formulation d'une demande de prise en charge sur un autre support que l'imprimé réglementaire suffit pour faire courir le délai d'instruction ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 juill. 2007, n° 06-17.453](#)). En effet, suivant une jurisprudence constante de la Cour de cassation, la déclaration d'accident du travail n'est soumise à aucune forme réglementaire qui en conditionnerait la validité ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 juin 2011, n° 10-20.252](#)).

Il en est ainsi même lorsque la déclaration émane de la victime et que celle-ci a attendu presque deux ans pour l'adresser à la caisse. Celle-ci ayant notifié son refus de prise en charge un an après l'avoir reçue, le caractère professionnel de l'accident se trouvait établi ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 27 janv. 2004, n° 02-30.423](#)).

Une nouvelle demande des ayants droit du salarié victime, un an après la première, n'a pas pour effet de faire courir un nouveau délai d'instruction et le bénéfice de la décision implicite de prise en charge leur reste donc acquis ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 2 mai 2007, n° 05-81.691](#)).

En l'absence de décision de la caisse dans les délais **de trente jours**, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu de façon implicite (sauf recours au délai de quatre-vingt-dix jours pour investigation) ([Cass. soc., 2 juill. 1992, Bull. civ. V, n° 438](#)).

Ainsi en cas d'accident mortel, la caisse dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration correspondante et le certificat de décès, pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident. Au cas où la caisse informe le mari de la victime (suicide) de la nécessité d'un complément d'instruction, une fois que ce délai de 30 jours expiré, il y a reconnaissance implicite de l'accident en accident du travail ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 juill. 2020, n° 19-15.178](#)). Sur la validité des décisions de **rejet conservatoire**, voir n° 1800.

Toutefois, le bénéfice de la reconnaissance implicite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne peut pas être obtenu lorsque les faits à l'origine de la demande sont prescrits ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 janv. 2008, n° 06-21.556](#)).

De même, la forclusion n'est pas opposable à la caisse lorsque la déclaration d'accident du travail formulée par la victime s'avère frauduleuse ([Cass. soc., 5 janv. 1995, Bull. civ. V, n° 12](#)).

### b) Délai de 90 jours en cas d'investigations

**Remarques** Pour les accidents du travail déclarés avant le 1<sup>er</sup> décembre 2019 lorsque la caisse estime que les investigations en cours ne pourront être achevées à l'échéance du délai de décision, elle doit recourir à un délai complémentaire d'instruction d'une durée de deux mois ([CSS, art. R. 441-14](#) dans sa version antérieure au [décret n° 2019-356 du 23 avril 2019](#), JO 25 avr.).

Dans cette hypothèse, la caisse doit, avant l'expiration du délai initial fixé par l'ancien article R. 441-10 du Code de la sécurité sociale, en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur par lettre recommandée avec AR. Elle doit, par la même occasion, ouvrir une nouvelle possibilité de consultation du dossier aux parties ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 31 mai 2005, n° 03-30.685](#)).

Le délai supplémentaire court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée par la caisse.

En l'absence de décision de la caisse à l'expiration du délai complémentaire, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu ([CSS, art. R. 441-14](#)).

Sur la validité des décisions de rejet conservatoire, voir n°1800.

Pour les accidents du travail déclarés depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, lorsque la caisse primaire d'assurance maladie engage des investigations, elle dispose d'un délai de quatre-vingt-dix jours francs (dont les trente jours mentionnés au point **a** ci-dessus) à

compter de la date à laquelle elle dispose de la déclaration d'accident et du certificat médical initial pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident (CSS, art. R.441-8).

Dans ce cas, la caisse adresse, dans le délai maximum de trente jours francs mentionné à l'article R. 441-7 du Code de la sécurité sociale, par tout moyen donnant date certaine à sa réception à l'employeur ainsi qu'à la victime ou ses représentants, pour les informer qu'un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident est mis à leur disposition en ligne sur le site <https://questionnaires-risquepro.ameli.fr> ou à défaut, dans les points d'accueil des caisses primaires d'assurance maladie (CSS, art. R. 441-8 ; Circ. CNAM n° 28/2019, 9 août 2019).

**Remarques** La caisse peut adresser à l'employeur le questionnaire ainsi qu'à la victime ou ses représentants (CSS, art. R. 441-11) mais elle doit en user dans le délai de trente jours francs pour se prononcer tel qu'il résulte de l'article R. 441-7 (CSS, art. R. 441-8).

Ce questionnaire est retourné dans un délai de vingt jours francs à compter de sa date de réception (CSS, art. R. 441-8).

En cas de décès de la victime, la caisse procède obligatoirement à une enquête, sans adresser de questionnaire préalable (CSS, art. R. 441-8).

### c) Délai en cas de rechute ou de nouvelle lésion

Pour les accidents du travail déclarés depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, et pour lesquels il est constaté une rechute ou une nouvelle lésion, la caisse dispose d'un délai de **soixante jours** francs à compter de la date à laquelle elle reçoit le certificat médical en faisant mention, pour statuer sur son imputabilité à l'accident du travail. Si l'accident concerné n'est pas encore reconnu lorsque la caisse reçoit ce certificat, le délai de soixante jours court à compter de la date de cette reconnaissance (CSS, art. R. 441-16).

La caisse adresse, par tout moyen conférant date certaine à sa réception, le double du certificat médical constatant la rechute ou la nouvelle lésion à l'employeur à qui la décision est susceptible de faire grief.

L'employeur dispose d'un délai de **dix jours** francs à compter de la réception du certificat médical pour émettre auprès de la caisse, par tout moyen conférant date certaine à leur réception, des réserves motivées. La caisse les transmet sans délai au médecin-conseil (CSS, art. R. 441-16).

Le médecin-conseil, s'il l'estime nécessaire ou en cas de réserves motivées, adresse un questionnaire médical à la victime ou ses représentants et il y joint, le cas échéant, les réserves motivées formulées par l'employeur. Le questionnaire est retourné dans un délai de **vingt jours** francs à compter de sa date de réception.

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 1. Procédure

## 1794 - Phase d'enquête et d'instruction

L'article R. 441-8 du Code de la sécurité sociale impose le respect du **principe du contradictoire** dans la procédure de reconnaissance par la caisse primaire du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, hors les cas de « reconnaissance implicite », voir n°1800.

Le principe du contradictoire ainsi entendu ne relève pas des dispositions du Code de procédure civile et il n'est donc pas sanctionné par la nullité des actes de procédure concernés (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 oct. 2005, n° 04-30.251, Bull. civ. II, n° 254).

Il ressort de ce principe que les caisses primaires sont tenues, préalablement à leur décision, d'assurer l'information de la victime ou de ses ayants droit et de l'employeur sur la procédure d'instruction et les points susceptibles de leur faire grief (CSS, art. R. 441-8).

L'obligation d'information pesant sur la caisse en vertu de l'article R. 441-8 du Code de la sécurité sociale ne concerne, outre la victime et ses ayants droit, que la personne physique ou morale qui a la qualité juridique d'employeur, de sorte qu'une société utilisatrice, dépourvue de cette qualité, ne peut se prévaloir de l'observation de cette obligation à son égard (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mai 2011, n° 10-17.648).

Cette obligation d'information existe même en l'absence de réserves émises par l'employeur sur le caractère professionnel de l'accident dès lors qu'une mesure d'instruction a été diligentée (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 14 févr. 2007, n° 06-14.849). Et le seul fait qu'un courrier adressé à l'employeur pour accuser réception de la déclaration d'accident du travail, transmise sans réserve par l'employeur, porte la mention d'une « *instruction en cours* », suffit à obliger la caisse à respecter l'obligation d'information préalablement à sa prise de décision, peu important que la décision se soit ensuite fondée sur les seuls éléments fournis avec la déclaration d'accident du travail (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 1<sup>er</sup> déc. 2011, n° 10-28.061).

Concernant la forme de la communication, la Cour de cassation considère que l'envoi d'une télécopie est admis. La bonne réception par l'employeur de la télécopie peut être établie par tous moyens, y compris par présomption. Ainsi, quand la transmission est attestée par la mention sur le relevé de transmission du résultat de l'envoi et du nombre de pages numérisées et confirmées et quand la caisse est en mesure de produire un précédent échange par le même fax avec l'entreprise, il y a une présomption suffisante pour démontrer que l'employeur a bien été informé (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 7 nov. 2013, n° 12-25.334).

En vue de mieux garantir le respect du principe du contradictoire, la procédure d'instruction se déroule ainsi : la caisse primaire d'assurance maladie est tenue de procéder à une information de la victime ou de ses ayants droit ainsi que de l'employeur avant de prendre sa décision dès lors qu'elle procède à une enquête ou à l'envoi d'un questionnaire, **que ce soit à la suite des réserves motivées de l'employeur, en cas de décès de la victime ou si la caisse l'estime nécessaire.**

Dans tous les cas, l'instruction doit être contradictoire.

En revanche, si aucune mesure d'instruction n'est nécessaire, il n'y a pas lieu de procéder à une information de l'employeur (Circ. DSS/2C n° 2009-267, 21 août 2009).

### a) Contenu du dossier

L'article R. 441-14 du Code de la sécurité sociale définit le contenu des dossiers administratifs constitués par la caisse primaire et les modalités de communication des pièces qu'ils comportent à la victime (ou à ses ayants droit) et à l'employeur.

Les pièces du dossier comprennent :

- la déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle et l'attestation de salaire ;
- les divers certificats médicaux ;
- les constats faits par la caisse primaire ;
- les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- les éléments communiqués par la caisse régionale ou, le cas échéant, par tout autre organisme ;
- éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Les constats faits par la caisse primaire qui relèvent du contenu du dossier (CSS, art. R. 441-14), doivent être entendus de manière large (Circ. CNAM-DRP n° 18/2001, 19 juin 2001) : rapport d'enquête administrative, avis du service médical de la caisse non obligatoirement motivé (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 juill. 2006, n° 04-30.403, Bull. civ. II, n° 194), procès-verbal de gendarmerie, courrier d'un témoin, référence à d'autres dossiers concernant la même entreprise... Sous réserve des obligations de secret professionnel et médical, toute pièce prise en compte par la caisse dans la procédure de décision est communicable aux « parties » dans le cadre de l'instruction contradictoire, même si elle n'est pas expressément mentionnée à l'article R. 441-14 du Code de la sécurité sociale (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 févr. 2005, n° 03-30.308).

Toutefois, l'article R. 441-14 du Code de la sécurité sociale n'imposant pas à la caisse primaire de recueillir l'avis de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), si elle ne le sollicite pas, elle ne commet donc aucune faute procédurale au regard de son obligation d'information (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 févr. 2005, n° 04-30.006).

### b) Conduite de l'enquête

La caisse peut recueillir les observations du salarié et se limiter à l'envoi d'un questionnaire à l'employeur, ces modalités d'enquête étant valables et suffisantes (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 5 avr. 2007, n° 06-11.687).

Les réserves de l'employeur qui rendent obligatoire la procédure d'instruction de la caisse, ne peuvent porter que sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident du travail, ou sur l'existence d'une cause étrangère. Or, tel n'est pas le cas, lorsque l'employeur se borne à imputer l'accident à la faute de son salarié (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 11 juin 2009, n° 08-11.029).

Sur l'obligation de motivation des réserves de l'employeur et sur leur recevabilité, voir n°1787.

L'absence ou l'irrégularité de l'enquête ne peut rendre inopposable la décision de prise en charge de l'accident du travail à l'employeur, que si la caisse devait l'effectuer avant de prendre sa décision (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 14 janv. 2010, n° 08-21.668). Toutefois, lorsque la décision de prise en charge consiste dans une décision implicite rendue en l'absence de réserves de l'employeur et en l'absence de mesure d'instruction de la caisse, le fait que l'enquête légalement obligatoire en cas d'accident mortel n'ait pas été menée préalablement à cette décision implicite ne justifie pas que la prise en charge de cet accident du travail soit déclarée inopposable à l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 mars 2011, n° 10-16.625).

Dans la mesure où la déclaration d'un accident du travail par le salarié victime n'est soumise à aucune forme obligatoire, la seule mention « *accident du travail-trajet* » portée par l'assuré sur un questionnaire adressé par la caisse peut être considérée comme étant une déclaration d'accident du travail interrompant la prescription de l'action en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 juill. 2008, n° 07-14.392).

La réception et l'étude par une CPAM du certificat médical initial établi par le médecin traitant, qui accompagnait la déclaration d'accident du travail, ne constitue pas une mesure d'instruction ; l'employeur ne peut donc se prévaloir de cette transmission pour obtenir que la décision de prise en charge de cet accident lui soit déclarée inopposable (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 oct. 2011, n° 10-23.756).

Le fait d'envoyer des questionnaires auxquels il a été répondu, constitue une mesure d'instruction obligeant la caisse à informer l'employeur de la fin de l'instruction, des éléments susceptibles de lui faire grief et de la date à compter de laquelle elle prévoit de prendre sa décision (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 nov. 2008, n° 07-17.328).

Par contre, le fait de téléphoner afin de vérifier l'identité d'un témoin de l'accident ne constitue pas une mesure d'instruction et la caisse n'est alors pas tenue d'informer l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 déc. 2008, n° 07-18.109). À l'inverse, l'entretien téléphonique

constitue une mesure d'instruction lorsqu'il porte sur les circonstances de l'accident (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 9 déc. 2010, n<sup>o</sup> 09-69.239). Constitue également une mesure d'instruction la demande écrite formulée à l'employeur de préciser la tâche de la victime (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 déc. 2008, n<sup>o</sup> 07-13.563).

Le caractère obligatoire de l'enquête ne dispense pas la caisse de son obligation d'information vis-à-vis de l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 11 juin 2009, n<sup>o</sup> 08-10.868).

Sur demande de la caisse, l'employeur est tenu de communiquer les renseignements nécessaires permettant d'identifier le ou les risques ainsi que les produits auxquels le salarié a pu être exposé, à l'exclusion de toute formule, dosage ou processus de fabrication d'un produit (CSS, art. R. 441-13).

## c) Information au stade de la clôture de l'instruction

### 1. Forme et délai

Pour les accidents du travail déclarés depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2019, la procédure issue du [décret n<sup>o</sup> 2019-386](#) du 23 avril 2019 est la suivante : à l'issue de ses investigations et au plus tard **soixante-dix jours francs** à compter de la date à laquelle elle dispose de la déclaration d'accident du travail et du certificat médical initial, la caisse met le dossier mentionné à l'[article R. 441-14 du Code de la sécurité sociale](#) (voir point 3 ci-dessous) à la disposition de la victime ou de ses représentants ainsi qu'à celle de l'employeur. Ceux-ci disposent d'un délai minimum de **dix jours francs** pour le consulter et faire connaître leurs observations, qui sont annexées au dossier. Au terme de ce délai, la victime ou ses représentants et l'employeur peuvent consulter le dossier sans formuler d'observations (CSS, art. R. 441-8). La direction de la sécurité sociale précise que par « jours francs » on entend, des jours entiers décomptés de 0 h à 24 h, étant précisé que la Cour de cassation retient le « jour entièrement utile », ce qui exclut le jour de réception en l'absence de la connaissance de l'heure où la lettre d'information a été réceptionnée, ainsi que les jours non ouvrés (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 janv. 2015, n<sup>o</sup> 13-28.700).

Les [articles 640 et suivants du Code de procédure civile](#), propres à la computation des délais légaux pour l'accomplissement d'un acte ou d'une formalité, ne sont pas applicables au calcul du délai minimum de dix jours. Lorsqu'un délai exprimé en jours francs expire un samedi, il n'y a pas lieu de le proroger jusqu'au premier jour ouvrable suivant, soit le lundi soir (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 févr. 2020, n<sup>o</sup> 19-11.253).

La caisse informe la victime ou ses représentants et l'employeur des dates d'ouverture et de clôture de la période au cours de laquelle ils peuvent consulter le dossier ainsi que de celle au cours de laquelle ils peuvent formuler des observations, par tout moyen conférant date certaine à la réception de cette information (CSS, art. R. 441-8).

La CNAM précise que la caisse doit également informer les parties de la date à laquelle elle devra, au plus tard, avoir notifié sa décision (Circ. CNAM n<sup>o</sup> 28/2019, 9 août 2019).

**Remarques** La caisse dispose de quelques jours (jusqu'à l'expiration du délai de 90 jours francs) pour procéder aux vérifications nécessaires pour prendre sa décision au vu des observations faites par les parties. Auparavant, la caisse devait prendre sa décision dès l'expiration du délai de consultation et n'avait matériellement pas le temps de prendre en compte dans sa décision les observations apportées lors du contradictoire. Le dossier reste pendant ce temps accessible aux parties en consultation (mais sans possibilité de formuler des observations complémentaires).

### 2. Contenu de l'information

S'agissant du champ de l'obligation d'information incombant à la caisse, la Cour de cassation a jugé que « l'employeur à qui la décision est susceptible de faire grief » vise l'employeur actuel ou le dernier employeur de la victime (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 6 nov. 2014, n<sup>o</sup> 13-20.510).

L'information de l'employeur doit porter sur les éléments susceptibles de lui faire grief, la possibilité de consulter le dossier et la date à laquelle la caisse prévoit de prendre sa décision (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 oct. 2005, n<sup>o</sup> 04-30.307 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 nov. 2006, n<sup>o</sup> 05-17.243).

À partir du moment où la caisse informe l'employeur de la clôture de l'instruction, de la possibilité de venir consulter le dossier et de la date de la décision, il est indifférent qu'elle ne l'ait pas avisé de la mise au dossier d'une pièce susceptible de lui faire grief (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 9 juill. 2015, n<sup>o</sup> 14-22.083).

S'agissant de l'avis du médecin conseil, la Cour de cassation estime qu'il fait nécessairement grief en matière de rechute, mais seulement parfois en matière d'accident initial, voir n<sup>o</sup> 1796.

La notification d'un délai de consultation permet à l'employeur, comme à toute personne intéressée, d'envisager la date prévisionnelle de décision de la caisse, laquelle, en effet, ne peut être qu'imminente à l'expiration du délai de consultation ; elle répond ainsi à l'exigence jurisprudentielle en la matière (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 31 mai 2005, n<sup>o</sup> 04-30.006).

Le délai imparti à l'employeur pour consulter le dossier court à compter du jour où celui-ci a la possibilité d'en prendre connaissance, sur place ou par voie postale, et non à compter de sa communication sur demande de l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 5 avr. 2012, n<sup>o</sup> 11-12.806).

La caisse est liée par le délai qu'elle a annoncé. En conséquence, le fait de prendre sa décision définitive avant l'échéance du terme annoncé rend sa décision inopposable à l'employeur, même si ce dernier avait déjà pris connaissance du dossier ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 oct. 2008, n° 07-21.037](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 janv. 2009, n° 07-21.420](#)).

La lettre de clôture ne dispense pas la caisse primaire d'adresser préalablement, en cours d'instruction, des informations à la victime et/ou à l'employeur lorsqu'elle estime qu'elles sont susceptibles de les faire réagir, notamment parce qu'elles contredisent des déclarations antérieures. Cependant l'existence de la lettre de clôture de l'instruction permet à la caisse de n'adresser ces informations préalables qu'en pli simple, puisque celles-ci sont présentes au dossier et peuvent donc, à l'issue de l'instruction être consultées.

La lettre de clôture délivrée par la caisse ne la dispense pas d'informer l'employeur de l'existence d'un avis médical postérieur à cette lettre et de l'obligation qu'elle a de devoir le mettre à sa disposition ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 2 avr. 2009, n° 08-13.928](#)).

### 3. Accès au dossier

Chaque caisse organise comme elle l'entend l'**accès au dossier** à la clôture de l'instruction (consultation sur place, avec ou sans prise de rendez-vous, envoi postal à titre exceptionnel) ; la faculté de consultation du dossier dans les locaux de la caisse suffit à garantir l'obligation d'information ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 févr. 2003, n° 00-21.679](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 19 oct. 2006, n° 05-18.873](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 25 oct. 2006, n° 05-10.950](#), Bull. civ. II, n° 283).

L'envoi postal est une simple faculté et non une obligation, l'employeur qui s'est abstenu de se déplacer ne peut pas invoquer une violation du principe du contradictoire à l'encontre d'une caisse qui ne lui a pas adressé par voie postale une copie du dossier comme il le lui avait demandé ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 5 avr. 2007, n°s 06-13.663, 06-11-687](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 janv. 2009, n° 08-13.157](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 15 mars 2018, n° 16-28.333](#)).

De même, l'employeur ne peut se fonder sur la date de réception de l'envoi postal (qu'il avait sollicité) des pièces du dossier pour établir l'insuffisance du délai de consultation de ces pièces, dès lors que la caisse l'avait valablement informé de ce délai de consultation dans un précédent courrier et que ces pièces avaient été laissées à sa disposition, pour une consultation sur place, durant ce délai ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 sept. 2011, n° 10-22.898](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 déc. 2011, n° 10-23.999](#) ; [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 15 mars 2018, n° 17-10.640](#)). Il n'y a pas non plus d'obligation pour la CPAM de fixer un rendez-vous avec l'employeur ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 25 janv. 2018, n° 17-11.475](#)).

Lorsque l'employeur, mis en mesure d'exercer son droit de consultation par lettre de clôture, ne justifie pas s'être déplacé pour consulter le dossier dans le délai imparti, ni s'être vu interdire d'en relever les éléments constitutifs ou d'en prendre photocopie, la décision de reconnaissance de l'accident du travail lui est opposable ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 31 mars 2005, n° 04-30.006](#)), dès lors toutefois qu'aucune autre irrégularité procédurale ne peut être relevée et que la matérialité de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ne peut pas être valablement contestée par l'employeur ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 28 avr. 2011, n° 10-17.455](#)).

La Cour de cassation considère qu'après sa décision sur la prise en charge de l'accident à titre d'accident du travail, la caisse n'est plus tenue de communiquer le dossier à l'employeur ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 déc. 2003, n° 02-30.788](#)) et ce, même si l'apparition de nouvelles lésions, avant la consolidation, fait l'objet de mesures d'instruction par la caisse après sa décision de prise en charge des lésions initiales ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 juill. 2010, n° 09-10.735](#) ; confirmé par [Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 févr. 2012, n° 11-11.492](#)).

### 4. Communication à un tiers

Le dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire ([CSS, art. R. 441-14](#)).

#### d) Sanction des manquements au principe du contradictoire

Les manquements des caisses au respect du contradictoire sont **en règle générale sanctionnés par les tribunaux** qui déclarent alors inopposables leurs décisions à la partie requérante. Cette inopposabilité de la décision de prise en charge s'étend aux décisions subséquentes qui sont susceptibles d'être prises sur son fondement, telle une décision attributive de rente ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 7 oct. 2010, n° 09-12.697](#)) ou les indemnités dues au titre de la faute inexcusable commise par l'employeur ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 avr. 2010, n° 09-14.047](#)), mais également aux décisions de prise en charge d'une rechute d'un accident du travail déclarées inopposables à l'employeur ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 20 janv. 2012, n° 10-28.570](#)).

Lorsque, pour contester l'opposabilité d'une décision de prise en charge d'un accident du travail, l'employeur prétend ne pas avoir reçu le courrier envoyé par lettre simple concernant la clôture de l'instruction conformément à l'obligation d'information prévue par l'ancien [article R. 441-11 du Code de la sécurité sociale](#) ([CSS, art. R. 441-8](#)), la preuve de l'envoi de ce courrier peut être établie par une copie informatique présentée par la caisse, sans qu'il soit nécessaire de prouver la date de constitution de ce document et sa conservation depuis, dans des conditions conformes aux exigences de l'[article 1366 du Code civil](#) relatif à l'admission comme preuve de l'écrit sous forme électronique. En effet, pour la Cour de cassation, ces dispositions ne sont pas applicables au courrier électronique produit pour faire la preuve d'un fait (l'envoi de la lettre de clôture), dont l'existence peut être établie par tous moyens de preuve, lesquels sont appréciés souverainement par les juges du fond ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 févr. 2014, n° 12-16.839](#)).

**Remarques** La jurisprudence antérieure au [décret n° 2019-356 du 23 avril 2019](#) retient plusieurs situations dans lesquelles le non-

respect du principe du contradictoire ne conduit pas à l'inopposabilité de la décision de la caisse :

le caractère implicite, à défaut de décision expresse, de la décision de la CPAM de reconnaître le caractère professionnel d'un accident ne rend pas par lui-même cette décision inopposable à l'employeur pour obtenir, ce dernier pouvant toujours contester la décision de prise en charge en invoquant l'absence de lien entre le travail et l'accident (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 janv. 2011, n° 09-71.926 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 nov. 2010, n° 09-16.673 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 14 mars 2013, n° 12-17.421) ;

un employeur n'est pas recevable à invoquer l'irrégularité de la procédure administrative d'instruction d'une demande de prise en charge d'une maladie au titre de la législation professionnelle menée par une caisse, lorsque la décision de prise en charge résulte d'une décision juridictionnelle rendue dans une procédure intentée par le salarié qui conteste la décision de refus opposée par la caisse, procédure dans laquelle l'employeur, qui y a été appelé, a pu faire valoir ses moyens de défense (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 1<sup>er</sup> déc. 2011, n° 10-25.507 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 1<sup>er</sup> déc. 2011, n° 10-20.380) ;

un employeur n'est pas recevable à invoquer l'irrégularité de la procédure administrative d'instruction (absence d'enquête de la caisse alors que celle-ci était obligatoire pour les accidents mortels) d'une demande de prise en charge au titre de la législation professionnelle, lorsque la décision de prise en charge a été implicite et que l'employeur n'avait formulé aucune réserve à l'encontre de cette déclaration d'accident du travail (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 mars 2011, n° 10-16.625).

L'employeur qui a reçu une information complète sur la procédure d'instruction d'une déclaration de maladie professionnelle n'est pas recevable à se prévaloir, aux fins d'inopposabilité à son égard de la décision de la caisse, des manquements de celle-ci dans l'instruction du dossier à l'égard du dernier employeur de la victime (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 6 oct. 2016, n° 15-22.721).

Par ailleurs, il existe certains cas dérogatoires où le principe du contradictoire n'a pas à être respecté à l'égard de l'employeur :

l'expertise médicale technique (désormais supprimée) de l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale (voir n° 1796) ;

le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles n'a pas l'obligation d'entendre la victime ou son employeur avant de rendre son avis sur l'origine professionnelle d'une maladie hors tableau (voir n° 1823) ;

les examens médicaux obligatoires pour la caractérisation de certaines maladies professionnelles (par exemple audiométrie pour la surdité, tomodensitométrie pour certaines pathologies liées à l'amiante) constituent des éléments de diagnostic qui n'ont pas à être communiqués à l'employeur (voir n° 1794) ;

l'avis du médecin spécialiste sollicité par le médecin conseil en application de l'article D. 461-8 du Code de la sécurité sociale constitue un simple élément de diagnostic qui n'a pas à être communiqué à l'employeur (voir n° 1794).

N'a pas satisfait à son obligation d'information la caisse qui n'a pas appelé l'employeur à participer à l'enquête administrative et s'est bornée à l'aviser de sa contestation initiale puis de ses décisions de prise en charge et d'attribution de rente. Par conséquent, ses décisions sont inopposables à l'employeur (Cass. soc., 19 déc. 2002, n° 01-20.384).

De même pour la caisse qui notifie sa décision de prise en charge d'un accident du travail le jour même où elle adresse à l'employeur l'avis de clôture de l'enquête sans avoir préalablement à sa décision informé l'employeur sur la procédure d'instruction (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 janv. 2006, n° 04-30.441).

Contrevient encore à la règle du contradictoire, une caisse qui se borne à procéder à l'audition de l'employeur au cours de l'enquête administrative et à produire l'imprimé de demande d'attribution de rente complété par celui-ci. En l'espèce, elle n'a pas démontré l'avoir averti de sa décision et des points susceptibles de lui faire grief, il en résulte que la caisse n'a pas satisfait à son obligation d'information et que la décision de prise en charge est bien inopposable à l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 sept. 2003, n° 02-31.017).

De même, lorsqu'après avoir avisé un employeur de la fin d'une procédure d'instruction et l'avoir invité à consulter le dossier dans les huit jours, la caisse l'a informé par un nouveau courrier six jours plus tard qu'elle entendait recourir au délai complémentaire (voir n° 1780 au b), puis sans avoir procédé à une nouvelle mesure d'instruction, et sans autre avis, lui a notifié sept jours plus tard la décision de reconnaître le caractère professionnel de la maladie du salarié (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 31 mai 2005, n° 03-30.685, Bull. civ. II, n° 137).

Le fait de consulter pour avis le médecin-conseil constitue une mesure d'instruction faisant grief à l'employeur qui oblige la caisse à respecter l'obligation d'information (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 janv. 2009, n° 08-10.644).

L'avis du médecin conseil doit figurer parmi les éléments du dossier que l'employeur doit pouvoir consulter en temps utile avant que la caisse ne prenne sa décision sur la prise en charge de la victime au titre des risques professionnels, mais cet avis n'est soumis à aucun formalisme et il n'a pas à être motivé (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 sept. 2009, n° 08-18.119 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 oct. 2009, n° 08-18.121 ;

Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 mars 2011, n° 09-17.365).

Le sens de la décision de la caisse est indifférent ; ainsi, la circonstance qu'il s'agissait d'une décision de rejet ne doit pas être prise en considération lors de l'examen de l'exécution de l'obligation d'information pesant sur la caisse (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 janv. 2011, n° 10-11.914).

Depuis plusieurs arrêts de revirement, la Cour de cassation estime que l'obligation d'information ne s'applique pas lorsque l'instruction est postérieure à une décision de prise en charge définitive (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 5 avr. 2007, n° 06-10.017 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 janv. 2009, n° 07-20.622).

A *fortiori*, cette obligation ne saurait permettre de sanctionner le comportement de la caisse lors de la procédure juridictionnelle (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 janv. 2009, n° 07-20.289) ou lors d'une procédure devant la commission de recours amiable (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 nov. 2009, n° 08-21.456).

Au visa de l'ancien article L. 442-1 du Code de la sécurité sociale, la Cour de cassation a jugé que la réalisation de l'enquête légale obligatoire à laquelle a été régulièrement associé l'employeur ne dispense pas la caisse de son obligation d'information (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 oct. 2008, n° 07-18.898).

La Cour de cassation énonce également que l'obligation d'information n'est pas opposable à la caisse lorsqu'elle prend une décision de reconnaissance d'accident du travail sans procéder à une mesure d'instruction, au vu d'une déclaration transmise sans réserve par l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 14 oct. 2003, n° 01-21.035, Bull. civ. II, n° 301 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 juill. 2008, n° 07-13.816) et complétée du certificat médical descriptif des lésions dont faisait état cette déclaration (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 nov. 2005, n° 1767 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 juill. 2008, n° 07-16.614).

Il a été jugé que l'apparition de **nouvelles lésions**, postérieurement à la décision de prise en charge au titre des risques professionnels, n'impose à la caisse aucune procédure d'information de l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 11 juin 2009, n° 08-12.471).

La Cour de cassation a précisé cette jurisprudence par plusieurs arrêts rendus en 2011.

Selon la haute juridiction, il résulte de la combinaison des anciens [articles L. 443-1, L. 443-2, R. 441-10 et R. 443-4 du Code de la sécurité sociale](#) que la caisse n'est tenue de mettre en œuvre les dispositions des articles R. 441-11 (CSS, art. R. 441-8) et suivants de ce code que lorsque l'aggravation d'une lésion déjà prise en charge entraîne pour la victime la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non de nouvelle incapacité temporaire, et non lorsque la demande ne porte que sur une nouvelle fixation des réparations, en cas d'aggravation ou de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident ou de la maladie (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 28 avr. 2011, n° 10-17.649 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 1<sup>er</sup> juin 2011, n° 10-15.146 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 7 juill. 2011, n° 10-19.912 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 oct. 2011, n° 10-24.122). Autrement dit, la caisse n'est tenue de satisfaire à l'obligation d'information instituée par l'[article R. 441-11 du Code de la sécurité sociale](#) (devenu l'article R. 441-8) que si l'aggravation, postérieure à la décision initiale de prise en charge, de l'état de santé du salarié victime, a nécessité qu'un nouveau traitement médical lui soit prodigué. La caisse n'est pas tenue de réaliser l'information de l'employeur si l'aggravation n'a pas nécessité de nouveaux soins, mais a requis une nouvelle fixation des réparations dues au salarié victime, ou à ses ayants droits, pour tenir compte du décès ou de l'aggravation de l'infirmité du salarié victime. Voir n°1788.

Enfin, selon une jurisprudence établie, l'obligation d'informer l'employeur n'est pas applicable à la décision de la commission de recours amiable (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 25 avr. 2007, n° 06-13.918 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 avr. 2008, n°s 07-17.467 et 07-14.148 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 juill. 2008, n° 07-17.351).

L'employeur qui conteste l'opposabilité à son égard de la décision de prise en charge de l'accident par la caisse, n'est pas tenu de soumettre ce litige aux juges saisis de la demande des ayants droit de la victime en reconnaissance de sa faute inexcusable (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 23 mai 2007, n° 06-12.722).

## Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 1. Procédure

### 1795 - Notification de la décision

La décision de la caisse doit être motivée. Lorsque le caractère professionnel de l'accident, de la rechute ou de la nouvelle lésion n'est pas reconnu, la notification de cette décision, qui comporte la mention des voies et délais de recours, est adressée à la victime ou ses représentants par tout moyen conférant date certaine à sa réception. Dans le cas contraire, la notification mentionnant également les voies et délais de recours, est adressée à l'employeur par tout moyen conférant date certaine à sa réception. Dans l'un comme l'autre cas, la décision est également notifiée à la personne à laquelle la décision ne fait pas grief (CSS, art. R. 441-18).

Peu importe que la décision de la caisse soit notifiée au service centralisateur des risques professionnels d'une entreprise (entreprise de travail temporaire), en vertu d'un accord passé entre celle-ci et la CNAM, ou soit notifié par inadvertance à une agence locale de

cette entreprise, à partir du moment où l'agence en cause a la qualité d'employeur du salarié victime. Aussi la saisine par l'employeur de la commission de recours amiable de l'organisme plus de deux mois après cette notification doit être considérée comme forclose (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 avr. 2019, n<sup>o</sup> 18-15.886).

L'absence de notification dans les délais prévus aux articles R. 441-7, R. 441-8, R. 441-16, R. 461-9 et R. 461-10 du CSS vaut reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, de la maladie, de la rechute ou de la nouvelle lésion (CSS, art. R. 441-18). Dans cette éventualité, les dispositions de l'article R.441-18 du Code de la sécurité sociale issues du décret n<sup>o</sup> 2019-356 du 23 avril 2019 s'inscrivent dans le prolongement d'une jurisprudence antérieure selon laquelle, en l'absence de notification d'une décision faisant grief, la partie destinataire de celle-ci pouvait en contester le bien-fondé sans condition de délai (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 24 janv. 2019, n<sup>o</sup> 17-28.208).

La caisse informe le médecin traitant de cette décision (CSS, art. R. 441-18).

**Tableau récapitulatif des principaux changements dans la procédure de reconnaissance des accidents du travail**

	Pour les accidents déclarés jusqu'au 30 novembre 2019	Pour les accidents déclarés depuis le 1 <sup>er</sup> décembre 2019
Information de l'accident par le salarié à son employeur	Par LRAR à défaut d'information verbale le jour de l'accident ou dans les 24 heures	Par tout moyen conférant date certaine à sa réception à défaut d'information verbale le jour de l'accident ou dans les 24 heures
Déclaration de l'accident par l'employeur à la CPAM	Par LRAR dans les 48 heures	Par LRAR dans les 48 heures
Formulation par l'employeur de réserves motivées	Lors de la déclaration et à tout moment de l'instruction du dossier par la CPAM	Dans le délai de 10 jours francs à compter de la déclaration
Instruction par la CPAM en cas d'accident du travail	- Délai de 30 jours (3 mois maximum en cas d'investigation complémentaire)	Délai de 30 jours francs pour statuer ou décider d'engager des investigations
	- Obligation de la CPAM d'informer les parties au moins 10 jours francs avant de prendre sa décision en cas de mesures d'instruction, notamment sur la possibilité de consulter le dossier et la date à laquelle elle prévoit de rendre sa décision	En cas d'investigations : 90 jours francs pour statuer avec envoi d'un questionnaire aux parties (20 jours pour y répondre), mise du dossier à disposition des parties dans un délai de 70 jours francs, possibilité pour les parties de consulter le dossier et de formuler des observations pendant 10 jours francs, information des parties sur les dates d'ouverture et de clôture de la période de consultation au plus tard 10 jours francs avant celle-ci.

@

**Remarques** Un jour franc est un jour entier de 24 heures, de 0h00 à minuit. Un délai exprimé en jours francs comprend des jours entiers. Il commence donc à courir au lendemain de l'évènement.

Le dernier jour du délai compte entièrement dans le délai. Un délai expirant un dimanche, un jour férié ou chômé est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 1. Procédure

## 1796 - Examen de la victime et expertise médicale

Jusqu'au 31 décembre 2021, les contestations d'ordre médical, notamment celles se rapportant à un désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant sur l'état de la victime et notamment sur la date de consolidation en cas d'accident du travail, pouvaient donner lieu à une procédure d'expertise médicale (CSS, art. L. 141-1 et s. anc. ; CSS, art. R. 141-1 anc.). Le décret n<sup>o</sup> 2019-1506 du 30 décembre 2019 (JO 31 déc.) en avait simplifié les modalités de mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, avant qu'il ne soit finalement décidé de supprimer cette procédure d'expertise médicale à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (L. n<sup>o</sup> 2019-1446, 24 déc. 2019, art. 87, JO 27 déc. ; D. n<sup>o</sup> 2019-1506, 30 déc. 2019, JO 31 déc. 2019). Conséquence de la suppression de la distinction entre le contentieux général et le contentieux technique de la sécurité sociale (la procédure d'expertise médicale était réservée au contentieux général), les contestations d'ordre médical sont désormais toutes soumises aux commissions médicales de recours amiable (CMRA).

### 1) Dispositions applicables jusqu'au 31 décembre 2021

#### a) Champ d'application

La contestation qui oppose l'employeur à l'organisme social sur le caractère professionnel d'un accident ne relève pas de la procédure de l'expertise médicale technique de l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale ; en conséquence, les juges du fond n'étaient pas autorisés à ordonner la tenue d'une telle expertise dans les rapports entre l'organisme de sécurité sociale et l'employeur (Cass. 2<sup>e</sup>

civ., 21 oct. 2010, n° 09-70.889).

### **b) Demande d'expertise**

L'expertise médicale technique était pratiquée soit à la demande expresse de la victime d'un accident du travail, soit sur l'initiative de la caisse dont la décision est contestée. La victime pouvait toujours, même lorsque la matérialité de l'accident était contestée, requérir une expertise médicale. La caisse devait y faire procéder lorsque la contestation dont elle était saisie portait sur une question d'ordre médical (CSS, art. R.141-2 anc.).

La victime qui requérait une expertise présentait une demande écrite, dans un délai d'un mois à compter de la décision contestée en précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande était adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au guichet de la caisse (CSS, art. R.141-2 anc.).

Au cas où la demande d'expertise médicale était forclosée pour non-respect du délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée, elle demeurait recevable devant le juge lors de la contestation du refus de prise en charge de la rechute (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mars 2020, n° 19-10.439).

La demande d'expertise ne pouvait intervenir avant que la caisse ait notifié la date de guérison ou de consolidation de la blessure qu'elle entendait retenir (Cass. soc., 4 avr. 1996, n° 94-12.062).

### **c) Médecin expert et protocole d'expertise**

Les contestations d'ordre médical ou demandes d'expertise formulées par l'assuré, qui étaient mentionnées à l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale, étaient soumises à un médecin expert désigné dans un délai de quinze jours par le service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse dont la décision était contestée (CSS, art. R.141-1 anc.).

À défaut de médecin expert disponible, parmi ceux munis de cette qualité (inscription sur les listes dressées en application de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971), le service du contrôle médical informait le médecin traitant de l'assuré de l'identité du médecin expert, qu'il entendait désigner. À défaut d'opposition du médecin traitant dans un délai de huit jours suivant la notification de cette proposition de désignation, il procédait à cette désignation dans un délai de vingt jours à compter de la date où était apparue une contestation d'ordre médical ou de la réception de la demande d'expertise formulée par l'assuré. En cas d'opposition du médecin traitant, le médecin expert était désigné par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Les fonctions d'expert ne pouvaient être remplies par le médecin qui avait soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, un médecin appartenant au conseil ou conseil d'administration de la caisse concernée ou un médecin participant au service du contrôle médical fonctionnant auprès de cette caisse (CSS, art. R.141-1).

Dès qu'il était informé de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse établissait un protocole d'expertise médicale mentionnant obligatoirement :

- 1°) l'avis du médecin traitant nommément désigné ;
- 2°) l'avis du médecin conseil ayant fondé la décision contestée ;
- 3°) lorsque l'expertise était demandée par la victime, les motifs invoqués à l'appui de la demande ;
- 4°) la mission confiée à l'expert et l'énoncé précis des questions qui lui étaient posées ;
- 5°) le cas échéant, les pièces communiquées par l'assuré à l'appui de sa contestation.

Dans un délai de cinq jours à compter de la désignation de l'expert, la caisse adressait au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée de ce protocole, et du rapport médical consulté par le médecin-conseil, tout moyen conférant date certaine (CSS, art. R.141-3 anc.).

### **d) Opérations d'expertise et conclusions**

Le médecin expert informait immédiatement le malade ou la victime, des lieux, date et heure de l'examen. Il en avisait également le service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse dont la décision était contestée, qui pouvait être représenté par un médecin-conseil pour assister à l'expertise (CSS, art. R.141-4 anc.).

Le médecin expert procédait à l'examen du malade ou de la victime, dans les huit jours suivant la réception du protocole, au cabinet de l'expert ou à la résidence de l'assuré si celui-ci ne pouvait se déplacer. L'assuré pouvait être accompagné du médecin de son choix. Au vu de la nature du litige et du rapport médical susmentionné, le médecin-expert pouvait toutefois statuer sur pièces s'il décidait qu'il n'y avait pas lieu de procéder à l'examen clinique du malade.

### **e) Rapport d'expertise**

Le rapport du médecin expert comportait :

- l'exposé des constatations qu'il avait faites au cours de son examen, clinique ou sur pièces ;
- la discussion des points qui lui avait été soumis et les conclusions motivées mentionnées aux alinéas précédents (CSS, art. R. 141-4 anc.).

Le médecin expert déposait son rapport définitif au service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse dont la décision était

contestée avant l'expiration du délai de quinze jours à compter de l'examen clinique ou, en l'absence de celui-ci, dans un délai de vingt jours à compter de la date à laquelle ledit expert avait reçu le protocole.

Le service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse dont la décision était contestée adressait immédiatement une copie intégrale du rapport à la victime de l'accident du travail (CSS, art. R. 141-4 anc.).

#### **f) Portée de l'expertise médicale**

Suite à la transmission de l'avis de l'expert par le service du contrôle médical fonctionnant auprès d'elle, la caisse dont la décision était contestée devait prendre une nouvelle décision conforme à cet avis et la notifier au malade ou à la victime dans un délai maximum de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées (CSS, art. R.141-5 anc.).

La décision de la caisse, prise à la suite de l'avis de l'expert ou du comité, était exécutoire par provision, nonobstant toute contestation (CSS, art. R.141-6 anc.).

Si la procédure d'expertise médicale concernait les seuls rapports de la caisse primaire et de l'assuré, et n'était pas opposable à l'employeur, cette inopposabilité de l'expertise n'entraînait pas celle de la décision de la caisse, prise vis-à-vis de l'employeur à la suite de cette expertise (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 nov. 2004, n<sup>o</sup> 03-30.498).

Cette jurisprudence avait été confirmée par la Cour de cassation qui précisait que, mise en œuvre dans les seuls rapports entre la caisse et l'assuré, l'expertise médicale technique de l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale à laquelle donnent lieu les contestations relatives à l'état de santé du malade ou l'état de la victime, n'était pas opposable à l'employeur et que ce dernier n'était pas autorisé à se faire représenter dans cette procédure (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 févr. 2011, n<sup>o</sup> 10-14.925 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 21 oct. 2010, n<sup>o</sup> 09-70.889).

## **2) Dispositions applicables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022**

Désormais, toutes les contestations d'ordre médical sont soumises aux commissions médicales de recours amiable (CMRA), selon les conditions prévues aux articles R.142-8 et suivants du code de la sécurité sociale.

Sur la procédure devant la CMRA, voir n<sup>o</sup> 2437.

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 1. Procédure

### **1797 - Autopsie**

Lorsque la victime de l'accident décède, la caisse primaire d'assurance maladie est tenue de demander au pôle social du tribunal judiciaire, dans le ressort duquel l'accident s'est produit, de faire procéder à l'autopsie de la victime si :

les ayants droit le sollicitent ;  
elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité.

Dans cette seconde hypothèse, l'accord des ayants droit doit être obtenu (CSS, art. L. 442-4).

Si les ayants droit s'opposent à la demande faite par la caisse, il leur appartient d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès (CSS, art. L. 442-4 ; Cass. soc., 3 oct. 1984, n<sup>o</sup> 83-13.367, Bull. civ. V, n<sup>o</sup> 350). En effet, le refus d'autopsie opposé par un ayant droit, quelles que soient les circonstances dans lesquelles il intervient, met en échec la présomption d'imputabilité édictée par l'article L. 442-4 du Code de la sécurité sociale (Cass. soc., 21 nov. 1996, jonction des n<sup>os</sup> 95-13.761 et 95-14.267).

Mais la perte du bénéfice de la présomption d'imputabilité ne peut intervenir que si la demande d'autopsie de la caisse est explicite et dénuée d'équivoque (Cass. soc., 17 oct. 1991, n<sup>o</sup> 89-17.378).

Aucune disposition légale n'impose aux organismes sociaux de faire connaître aux ayants droit le risque auquel les expose leur refus de cette mesure d'instruction (Cass. soc., 5 janv. 1995, n<sup>o</sup> 93-12.355, Bull. civ. V, n<sup>o</sup> 11, p. 8). Toutefois, la CNAM invite les caisses primaires d'assurance maladie à procéder à cette information et à recueillir par écrit l'expression de la volonté des ayants droit (Lettre CNAMTS LR-DRP, n<sup>o</sup> 62/2011, 14 nov. 2011).

Il est par ailleurs recommandé de procéder à cette information, écrite et orale, en appelant notamment l'attention des familles, d'une part sur la gratuité pour eux de cette procédure, d'autre part sur la nécessité pour eux d'être présents lors d'une éventuelle exhumation (Lettre min., 20 juin 1988, BO Séc. Soc. 1988, n<sup>o</sup> 28).

Sur le **refus d'autopsie par les ayants droit et ses conséquences au regard de la présomption d'imputabilité**, voir n<sup>o</sup> 1699.

Il ne semble pas que l'employeur qui conteste son taux de cotisation puisse faire la demande d'autopsie (Cass. soc., 8 mai 1961, n<sup>o</sup>

60-11.614, Bull. civ. IV, p. 402 ; voir n°1799).

En outre, l'employeur ne peut pas invoquer l'absence d'autopsie pour faire échec à la présomption d'imputabilité au travail du décès du salarié (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 8 janv. 2009, n° 07-20.911).

Néanmoins, lorsque l'employeur conteste le caractère professionnel d'un accident, il semblerait qu'il puisse solliciter immédiatement une autopsie auprès du président du tribunal judiciaire statuant en référé. Ainsi, la Cour de cassation a jugé que, faute d'avoir demandé cette autopsie, et l'expertise médicale prescrite par le tribunal n'ayant pas permis de se prononcer de manière certaine sur la cause du décès, la présomption d'imputabilité s'applique et le recours de l'employeur est rejeté (Cass. soc., 12 févr. 1998, n° 96-14.883). Les caisses de sécurité sociale ont pour consigne d'inviter l'employeur à saisir le juge compétent lorsque l'employeur leur demande de diligenter une autopsie du salarié victime (Lettre CNAMTS LR-DRP, n° 62/2011, 14 nov. 2011).

L'autopsie ne donnait pas lieu à la procédure d'expertise médicale anciennement visée aux [articles L. 141-1 et suivants du Code de la sécurité sociale](#). Dès lors, il ne saurait être reproché au juge d'avoir statué sur les conclusions du rapport d'autopsie sans ordonner de complément d'information (Cass. soc., 20 nov. 1997, n° 96-11.497).

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 1. Procédure

## 1798 - Procédure spécifique en cas de contamination par le VIH

Compte tenu du mode de transmission spécifique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'infection par ce virus n'est pas prise en charge au titre des maladies professionnelles, mais au titre de la législation des accidents du travail (D. n° 93-74, 18 janv. 1993, JO 20 janv.).

La jurisprudence avait, par ailleurs, déjà admis cette possibilité, en reconnaissant le caractère professionnel d'accidents dus à une piqûre par une pipette Pasteur ou par une aiguille de seringue, faisant courir à l'assuré un risque de contamination par le virus du Sida.

Ainsi, a-t-il été jugé que rapporte la preuve d'un lien de causalité certain et direct entre l'accident du travail et le décès de son épouse, l'intéressé qui établit que la transfusion contaminée est intervenue au cours de l'opération de chirurgie esthétique nécessitée par l'accident (CA Poitiers, 20 nov. 1992, Rousseau c/ CPAM Deux-Sèvres).

Les examens prescrits au titre de la surveillance de cette maladie étaient alors pris en charge au titre des accidents du travail (CA Nancy, 26 févr. 1991, somm. SS 1991, p. 4534).

### a) Procédure de reconnaissance du caractère professionnel de la contamination

#### 1. Déclaration de l'accident et certificat médical

La lésion doit être la conséquence d'un fait accidentel et susceptible de provoquer une contamination, survenu aux temps et lieu du travail (par exemple, piqûre avec une aiguille souillée, projection inopinée de sang ou de liquides biologiques contaminés sur une muqueuse ou sur une lésion cutanée), (D. n° 93-74, 18 janv. 1993, JO 20 janv.).

Dans le cas de contamination par le virus VIH liée à l'activité professionnelle (voir n° 1798), la Cour de cassation a jugé que c'est le jour de la révélation de la séropositivité qui marque le point de départ du délai de deux ans, et non le jour où s'est produite la cause de l'accident (une piqûre d'aiguille, par exemple ; Cass. soc., 15 oct. 1998, n° 96-22. 127, Bull. civ. V, n° 426).

Le fait accidentel doit immédiatement être porté à la connaissance de l'employeur et déclaré par celui-ci dans les 48 heures à l'organisme de sécurité sociale en application de l'[article L. 441-2 du Code de la sécurité sociale](#).

Un certificat médical initial, décrivant "« l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles »" conformément à l'[article L. 441-6 du Code de la sécurité sociale](#) est joint à la déclaration. Ce certificat, établi par un praticien, doit indiquer clairement le risque éventuel de séroconversion induit par l'accident.

#### 2. Suivi sérologique de la victime

La reconnaissance du caractère professionnel de la séropositivité suppose que la victime fasse l'objet d'un suivi sérologique.

Deux conditions doivent être remplies :

**une sérologie négative** doit avoir été constatée **avant le 8<sup>e</sup> jour** suivant le fait accidentel ;  
 en complément à ce premier test, **un suivi sérologique** de la victime doit être réalisé (D. n° 93-74, 18 janv. 1993, JO 20 janv.).

Outre le premier test de séropositivité à réaliser au plus tard le septième jour suivant le fait accidentel, deux autres tests doivent également être pratiqués (Arr. min. 1<sup>er</sup> août 2007, JO 11 août).

Deux cas doivent être distingués :

- soit la victime n'est pas placée sous traitement prophylactique et les deux autres tests interviennent aux premier et troisième mois qui suivent l'accident ;
- soit la victime est sous traitement et dans ce cas, les tests sont pratiqués aux deuxième et quatrième mois.

Les caisses primaires d'assurance maladie ont l'obligation d'informer les victimes de la nécessité d'effectuer un suivi sérologique dans les délais fixés réglementairement.

Elles doivent, en outre, assurer le suivi des dossiers présentant un risque de contamination par le VIH et notifier les décisions qui s'imposent dans le cadre de ce suivi, avec indication des voies de recours.

Le suivi sérologique résultant d'un **dispositif réglementaire**, les litiges relèvent dans la plupart des situations, du contentieux général de la Sécurité sociale et non de l'expertise médicale qui avait antérieurement été préconisée.

Deux types de situations peuvent se révéler (Circ. CNAM n° 03-2008, 9 janv. 2008) :

#### ● Réalisation des tests dans les délais impartis

Lorsque le premier test est positif, il convient d'établir une distinction entre le fait accidentel et la séroconversion.

Lorsque la lésion due à l'accident est guérie, il y a lieu de notifier à la victime une décision de guérison du fait accidentel.

Indépendamment de la guérison du fait accidentel, toute séroconversion constatée avant le huitième jour suivant le fait accidentel doit faire l'objet, aussitôt connue de la caisse, d'un refus de prise en charge de la séropositivité au titre de la législation professionnelle, avec indication de la commission de recours amiable (CRA) comme voie de recours.

La CRA aura pour mission de relever que la condition d'une sérologie négative constatée avant le huitième jour suivant le fait accidentel n'est pas respectée.

Si la gestion du dossier le permet, rien ne s'oppose à ce que cette double notification fasse l'objet d'un courrier unique.

Si le premier test est négatif, mais que l'un des tests trimestriels suivants, réalisés dans les délais réglementaires, met en évidence une séropositivité : la séroconversion est prise en charge au titre de la législation professionnelle.

Elle fera l'objet d'une évaluation du taux d'incapacité permanente partielle.

Si tous les tests sont négatifs, la victime, en l'absence de toute autre lésion, doit être guérie à la fin de la période de six mois qui suit le fait accidentel.

Il appartient à la caisse, même en l'absence du certificat médical descriptif final, de notifier à la victime après avis du médecin conseil la décision de guérison, selon les modalités prévues à l'[article R. 433-17, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale](#).

#### ● Dispositif non respecté par la victime

Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés :

- le premier test n'a pas été adressé à la caisse dans le délai de sept jours ;
- le premier test a été adressé à la caisse, mais il manque l'un ou les deux tests suivants ;
- aucun test n'a été adressé à la caisse.

À la fin de la période de six mois, il y aura également lieu dans toutes les hypothèses précitées de notifier une décision de guérison **du fait accidentel** en application de l'[article R. 433-17, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale](#) si cette décision n'est pas déjà intervenue, en précisant que l'expertise constitue la voie de recours.

Si cependant, soit à la suite de cette notification, soit pendant la période de six mois précitée, une séroconversion est invoquée comme résultant du fait accidentel, il y aura lieu de notifier un refus de prise en charge, en raison du non-respect du dispositif spécifique, la voie de recours, dans ce cas, étant l'expertise, et donc désormais la saisine de la CMRA (Circ. CNAMTS n° 03-2008, 9 janv. 2008 et annexes). Par contre, il ne saurait être justifié de notifier avant le délai de six mois (par exemple à l'issue de la période de huit jours, si le premier test n'a pas été réalisé), une décision de guérison pour une séroconversion non invoquée.

Pour la Cour de cassation, l'inobservation des dispositions de ce décret, qui ne sont pas prescrites à peine d'irrecevabilité de la demande en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, ne fait pas obstacle à ce que la victime puisse faire par d'autres moyens la preuve que sa contamination est due à l'accident dont il a été victime ([Cass. 2<sup>e</sup> civ., 21 juin 2006, n° 04-30.664](#), Bull. civ. II, n° 165).

#### b) Modalités d'indemnisation de la victime

Les personnes contaminées par le VIH du fait de l'exercice de leur activité professionnelle subissent un préjudice personnel qui recouvre l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence entraînées par la séropositivité puis éventuellement par la survenance de la maladie déclarée.

Une indemnisation de solidarité sur fonds publics a été mise en place en leur faveur ([L. n° 91-1406, 31 déc. 1991, art. 47](#), JO 4 janv.

1992 ; Circ. min. n° 95-22, 3 mars 1995, Bull. jur. UCANSS 95-42).

Ce dispositif spécifique s'effectue dans le cadre d'une procédure transactionnelle et s'ajoute à l'indemnisation accordée par les caisses de sécurité sociale.

La reconnaissance, par les organismes de sécurité sociale, du caractère professionnel de l'accident concomitant est un préalable obligatoire.

## 1. Rôle des caisses

Afin que toutes les personnes qui remplissent les conditions pour percevoir l'indemnité de solidarité puissent, après accord des intéressés, faire valoir leurs droits, les caisses primaires doivent adresser leurs dossiers au Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles pour expertise.

La constitution de ce dossier implique le cas échéant une démarche auprès de l'assuré qui pourra être effectuée soit par courrier soit par un enquêteur de la caisse ou éventuellement une assistante sociale.

Le dossier adressé sous pli recommandé au Fonds doit comprendre les pièces suivantes :

- document (original ou photocopie) attestant l'état civil (livret de famille...) ;
- décision de la caisse reconnaissant le caractère professionnel de la contamination ;
- tests de dépistage ;
- pièces médicales relatives au traitement subi et à l'état de santé de la personne contaminée (fiche individuelle à remplir par l'intéressé avec éventuellement l'aide du médecin traitant) ;
- rapport du médecin-conseil, le cas échéant.

Les informations transmises demeurent strictement confidentielles et notamment le dossier médical de la victime, communiqué sous pli fermé, portant la mention « confidentiel », ne sera ouvert que par le médecin qui instruit le dossier.

## 2. Rôle du Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles

**Remarques** Nonobstant l'absorption en 2004 du Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (Fith) par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) (L. n° 2004-806, 9 août 2004, art. 119, JO 11 août), le régime spécifique du Fith demeure applicable pour les dossiers instruits par l'Oniam.

Le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles institué par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 évalue pour le compte de l'État et par référence aux règles de l'article 47 de cette loi, le montant de la réparation à envisager au titre de l'indemnisation du préjudice personnel subi par le demandeur ou ses ayants droit.

Le demandeur reçoit un protocole unique lui indiquant le montant de l'indemnité susceptible de lui être allouée.

Ce protocole comporte renonciation de la part des personnes signataires à toute requête amiable ou action contentieuse tendant à la réparation des mêmes préjudices. Il doit être signé par l'intéressé ou ses ayants droit et retourné en vue de la mise en paiement. Les personnes indemnisées dans le cadre de ce dispositif ne peuvent pas demander réparation à l'employeur.

La Cour de cassation a en effet jugé que les salariés indemnisés par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles ne pouvaient plus intenter d'action à l'encontre de leur employeur pour faute inexcusable (Cass. soc., 26 janv. 1995, n° 92-20.274, Bull. civ. V, p. 30).

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 2. Décision de l'organisme

### 1799 - Décision explicite

En dehors de l'hypothèse de la décision implicite (voir n°1800), la caisse primaire d'assurance maladie peut accepter immédiatement la prise en charge de l'accident au titre de la législation du travail lorsque le caractère professionnel dudit accident est incontestable, à l'exception du cas où le salarié est décédé ou de réserves motivées de l'employeur.

**Remarques** La caisse peut également accepter la prise en charge de l'accident à l'issue de la procédure d'instruction ou d'une instance contentieuse déclenchée par la victime à l'encontre d'une première décision de refus (voir n°1803).

D'ailleurs la saisine du tribunal n'a pas pour effet de dessaisir la CRA qui demeure libre de rendre son avis sur le recours amiable préalable qui lui a été soumis.

#### a) Notification à la victime

La décision motivée de la caisse mentionne les voies et délais de recours. Elle est notifiée à la victime, ou à ses ayants droit, ainsi

qu'à l'employeur, même lorsqu'elle ne leur fait pas grief (CSS, art. R. 441-18).

Cette décision revêt, dès sa notification à la personne à laquelle elle ne fait pas grief, un caractère définitif à son égard (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 20 déc. 2018, n° 17-21.528).

La notification doit être réalisée par **tout moyen permettant de déterminer sa date de réception par le destinataire auquel elle fait grief** :

salarié ou ayants droit en cas de rejet ;  
employeur en cas de prise en charge.

Elle doit mentionner les voies et délais de recours.

La décision est également notifiée à la personne à laquelle elle ne fait pas grief (par lettre simple).

Le médecin traitant doit être également informé de cette décision.

La décision de prise en charge a un effet définitif à l'égard de la victime. La caisse ne peut remettre en cause sa décision ultérieurement, par exemple, par le biais d'une expertise technique (Cass. soc., 3 janv. 1974, n° 73-10.205, Bull. civ. V, n° 9) ou à l'occasion d'une demande de prise en charge au titre d'une rechute (Cass. soc., 15 juin 1962, n° 61-11.508, Bull. civ. IV, p. 457).

Si par la suite, l'employeur conteste le caractère professionnel de l'accident et obtient gain de cause, le jugement est sans effet sur les droits du salarié, du fait de l'indépendance des rapports d'une part entre la caisse et l'assuré et d'autre part, entre la caisse et l'employeur (Circ. DSS/2C n° 2009-267, 21 août 2009).

Lorsqu'une caisse primaire a pris en charge des prescriptions d'arrêt de travail au titre d'une rechute, elle ne peut refuser de prendre en charge des lésions présentées postérieurement par la victime, reconnues par l'expert en rapport direct avec cette affection. En effet, même si ce dernier a émis des doutes sur la décision antérieure de la caisse, celle-ci a acquis l'autorité de la chose décidée et ne peut être remise en cause à cette occasion (Cass. soc., 15 nov. 1990, n° 89-10.619, Bull. civ. V, n° 565).

Plus largement, la décision de prise en charge de soins déterminés a une portée qui s'étend à l'ensemble des soins de même nature (Cass. soc., 25 janv. 2001, n° 99-14.976).

## b) Notification à l'employeur

La décision de la caisse doit être motivée et notifiée à l'employeur dans les mêmes conditions que pour le salarié, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception (par exemple LRAR) lorsque le caractère professionnel est reconnu.

La motivation de la décision doit comporter les indications permettant de comprendre pourquoi la caisse a retenu ou n'a pas retenu la présomption d'imputabilité de l'employeur.

La notification doit mentionner les voies et délais de recours (CSS, art. R. 441-18).

Les réserves formulées par un employeur postérieurement à la décision de prise en charge de la caisse ne lui rendent pas celle-ci inopposable, dès lors que le contradictoire a été respecté (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 5 avr. 2007, n° 06-10.017).

Sur la recevabilité des réserves de l'employeur, voir n°1787.

**Remarques** En pratique il n'est plus possible pour l'employeur d'attendre la notification de son nouveau taux de cotisation pour décider de contester ou non la reconnaissance de l'accident ou de la maladie à son égard (Circ. DSS/2C n° 2009-267, 21 août 2009). Lorsque sa contestation porte sur l'opposabilité de la décision de la caisse à son égard, il n'est pas tenu de saisir la commission de recours amiable préalablement à sa saisine du tribunal (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 14 janv. 2010, n° 08-22.038).

Le défaut de pouvoir d'un agent d'une caisse primaire de sécurité sociale, signataire d'une décision de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, ne rend pas cette décision inopposable à l'employeur. Ce dernier conserve la possibilité d'en contester tant le bien-fondé que les modalités de mise en œuvre au regard des obligations d'information et de motivation incombant à l'organisme social (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 23 janv. 2014, n° 13-12.216 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 2 avr. 2015, n°s 14-12.465).

La Cour de cassation précise en outre que la décision de prise en charge de l'accident à titre professionnel est opposable à l'employeur même si elle ne comporte pas la signature de son auteur (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 avr. 2018, n° 17-14.176).

De même, le défaut ou le caractère insuffisant ou erroné de la motivation de la décision de la caisse permet seulement à l'employeur d'en contester le bien-fondé devant le juge sans condition de délai (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mars 2015, n° 13-25.599). Ce n'est pas une cause d'inopposabilité de la décision.

Il résulte de l'article R. 441-8 du Code de la sécurité sociale, qu'en l'absence de décision explicite de la caisse primaire d'assurance maladie à l'issue du délai d'instruction dont elle dispose, l'origine professionnelle des lésions est implicitement reconnue.

Sur les **délais d'instruction et leur prolongation**, voir n°1793.

Selon la Cnam, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est ainsi reconnu tant vis-à-vis de la victime que de l'employeur (Circ. CNAMTS n° 99/18, 20 mai 1999).

Dans une circulaire, la Cnam précise que "« la reconnaissance implicite pour absence de décision ne peut être que le signe d'un dysfonctionnement de l'instruction et doit être systématiquement évitée »". En conséquence, elle arrête le principe que "« toutes les décisions, sans exception, doivent désormais faire l'objet d'une notification à la victime ou à ses ayants droit »" (Circ. CNAMTS n° 2001-7, 5 févr. 2001). Voir n°1793.

En pratique, la Cnam préconise donc de prendre systématiquement une décision de rejet à chaque fois que les délais d'instruction risquent de ne pas être respectés ; au risque parfois de devoir admettre la prise en charge ultérieurement, lorsque l'enquête révèle l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie.

Néanmoins, le caractère implicite de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie de reconnaître le caractère professionnel d'une maladie, la décision explicite étant intervenue après le délai de trois mois, ne rend pas par lui-même cette décision inopposable à l'employeur, (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 nov. 2004, n° 03-30.498 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 31 mai 2018, n° 17-18.607).

La décision implicite de la caisse est opposable à l'employeur même s'il n'en a pas été préalablement informé et ce, malgré l'exercice de mesures d'instruction (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 nov. 2010, n° 09-16.673). En effet, l'employeur n'est pas fondé à invoquer le non-respect du principe du contradictoire par la caisse lorsque la prise en charge résulte d'une décision implicite de cette dernière. Ceci étant, il peut toujours contester cette opposabilité sur le fond, notamment en critiquant le caractère professionnel de l'accident (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 13 janv. 2011, n° 09-71.926).

La Cour de cassation a censuré un arrêt de la Cour d'appel de Paris qui avait considéré qu'une décision de rejet purement dilatoire prise avant que ne soient connus les résultats de l'enquête ne pouvait faire échec à la reconnaissance tacite d'une maladie professionnelle. En effet, la décision de rejet de la caisse est valable dès lors qu'elle intervient durant les délais d'instruction (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 oct. 2009, n° 08-19.190 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 sept. 2010, n° 09-15.959).

La décision de la caisse refusant la prise en charge d'un accident au titre de la législation professionnelle n'étant envoyée que pour information à l'employeur (CSS, art. R. 441-10 ancien), elle ne peut acquérir un caractère définitif à son égard. Il en résulte que l'employeur ne peut invoquer l'autorité de la chose décidée attachée à cette décision, alors que la caisse a, en reprenant l'examen de la demande, renoncé à se prévaloir de la forclusion résultant de l'absence de recours du salarié victime, puis a pris une décision rectificative de prise en charge (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 sept. 2010, n° 09-67.600 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 sept. 2011, n° 10-22.898). Ainsi, lorsqu'une caisse prend une décision de rejet conservatoire, elle se prémunit à la fois d'une décision implicite de prise en charge et de la perte de ses recours vis-à-vis de l'employeur. Néanmoins, il n'est pas certain que cette jurisprudence demeure applicable après la réforme de la procédure d'instruction issue du décret du 29 juillet 2009 (D. n° 2009-938, 29 juill. 2009, JO 30 juill.).

**Partie 1 Régime général** Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 2. Décision de l'organisme

### 1801 - Refus de prise en charge

Si le caractère professionnel de l'accident (ou de la rechute) n'est pas reconnu, la caisse primaire notifie sa décision motivée au salarié ou à ses ayants droit, par tout moyen permettant d'établir sa date de réception (par exemple, LRAR).

Par ailleurs, la caisse doit indiquer par le biais de la notification les délais et les voies de recours qui sont ouverts (CSS, art. R. 441-18).

La décision de refus de prise en charge de la caisse doit être notifiée à l'employeur par lettre simple, avec mention des voies et délais de recours.

Auparavant, la Cour de cassation avait estimé que la copie adressée à l'employeur est faite à titre purement informatif, de sorte que la décision de refus de prise en charge ne peut revêtir un caractère définitif à son égard (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 déc. 2008, n° 07-17.772).

**Partie 1 Régime général** Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 2. Décision de l'organisme

### 1802 - Sort des prestations versées à titre provisionnel

Tant que la CPAM n'a pas notifié sa décision à la victime ou à l'employeur, et le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente, les prestations d'assurance maladie sont servies à titre provisionnel à la victime (CSS, art. R. 441-15). Si le caractère professionnel de l'accident est reconnu, le montant des prestations reçues par la victime entre en compte dans le montant de celles qui lui sont dues (CSS, art. R. 441-15 ; CSS, art. R. 371-3).

Si l'indemnité provisionnelle versée à la victime est supérieure à celle qui lui a été finalement reconnue, la caisse de sécurité sociale ne peut être privée de son droit à la part d'indemnité qu'elle a versée par erreur (Cass. soc., 15 mars 2001, n° 99-16.277).

En revanche, si le caractère professionnel de l'accident n'est pas reconnu, les prestations en espèces versées à titre provisionnel restent acquises à la victime (CSS, art. L. 371-5).

S'agissant des prestations en nature, la victime ne peut plus, à compter de la notification de la décision par la caisse, faire usage de la feuille d'accident. Celle-ci est échangée contre une feuille de maladie. Une régularisation au niveau des prestations est alors opérée ; la victime devra s'acquitter de la fraction de dépenses restant à sa charge en vertu des dispositions relatives à l'assurance maladie (Lettre min., 7 nov. 1967, Bull. jur. UCANSS 68-17).

Sur la **prescription de l'action en répétition de l'indu par la caisse**, voir n° 1806.

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 2. Décision de l'organisme

### 1803 - Action de la victime ou de ses ayants droit

La victime, ou ses ayants droit, ont intérêt à contester le refus de prise en charge au titre des accidents du travail, puisque cette décision les prive de l'indemnisation correspondante, ainsi que, pour la victime, de la protection spécifique contre le licenciement (voir n° 1659).

En cas de refus de prise en charge, la caisse doit indiquer à la victime les voies de recours dont elle dispose, ainsi que les délais de recevabilité de sa contestation (CSS, art. R. 441-18, voir n° 1792).

Ces voies de recours diffèrent selon la nature de la contestation. Ainsi, lorsque la contestation est d'ordre médical, la victime doit saisir la commission médicale de recours amiable (CSS, art. L. 142-1 et R.142-8 s.). Une action en contestation directement engagée devant le juge serait irrecevable (Cass. soc., 28 janv. 1999, n° 97-13.274).

En revanche, lorsqu'il s'agit d'un litige d'ordre administratif, la victime peut directement saisir la CRA dans les deux mois suivant la notification de la décision. La victime pourra éventuellement, ensuite, saisir le tribunal judiciaire.

**Remarques** Un assuré ne peut saisir une juridiction de sécurité sociale à la fois d'un recours contre une décision de non-prise en charge faisant suite à une déclaration de maladie professionnelle, et d'un recours tendant à la reconnaissance d'un accident du travail sur le fondement de la même déclaration, même s'il a fait valoir devant la CRA que sa pathologie était constitutive d'un accident du travail. Il doit recommencer la procédure à son point de départ et saisir la caisse d'une demande de prise en charge au titre d'un accident du travail (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 9 oct. 2014, n° 13-20.669).

La saisine de la CRA n'est soumise à aucune forme particulière et la réclamation formée dans les délais auprès d'un des services de la caisse demeure valable même si celui-ci est incompétent (service du contrôle médical) (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 5 juin 2008, n° 07-13.046).

La demande tendant à faire reconnaître le caractère professionnel d'un accident constitue une demande indéterminée. Par conséquent, en application de l'article 40 du Code de procédure civile, le jugement rendu sur cette demande est toujours susceptible d'appel (Cass. soc., 18 déc. 1997, n° 95-20.906, Bull. civ. V, n° 465).

La circulaire ministérielle du 21 août 2009 relative à la procédure d'instruction des déclarations d'AT/MP (Circ. DSS/2C/2009/267, 21 août 2009) préconise de ne pas recourir à la technique de « l'appel en la cause » lorsqu'un recours contentieux est intenté par le salarié, ou par l'employeur, contre la décision de la caisse.

Cette circulaire se fonde sur la jurisprudence de la Cour de cassation qui consacre l'indépendance des relations entre la caisse et le salarié d'une part et d'autre part, entre la caisse et l'employeur. En effet, selon une jurisprudence constante, la Cour de cassation a toujours refusé de remettre en cause la décision de prise en charge au titre des risques professionnels dont bénéficie un salarié, lorsqu'un recours de l'employeur aboutit à une décision de justice rejetant l'origine professionnelle de l'accident (Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-17.201 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 19 févr. 2009, n° 08-10.544).

Toutefois, cette solution jurisprudentielle ne vaut que pour les contestations émanant de l'employeur, à l'exclusion de celles émanant des salariés. Ainsi, l'indépendance des relations de la caisse et de l'assuré par rapport aux relations entre la caisse et l'employeur fait toujours obstacle à ce que la déclaration d'inopposabilité à l'employeur de la décision de prise en charge de la caisse conduite à remettre en cause la prise en charge du salarié victime au titre des risques professionnels. En revanche, cette indépendance des relations ne fait pas obstacle à ce que la prise en charge au titre des risques professionnels d'un salarié en suite de la contestation qu'il a formée de la décision de rejet de la caisse soit déclarée opposable à l'employeur.

En effet, il a été jugé que :

comme la décision de rejet d'une déclaration d'accident du travail ou de la maladie professionnelle est communiquée à l'employeur à titre informatif, elle ne peut pas faire naître à son profit un droit acquis au maintien du refus de prise en charge (*Cass. 2<sup>e</sup> civ., 4 déc. 2008, n° 07-17.772*, pour un accident du travail ; *Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 sept. 2011, n° 10-22.898*, pour une maladie professionnelle) ;

l'employeur qui, sur recours de son salarié, a été condamné au titre de la faute inexcusable peut être contraint, par le même jugement, à rembourser les sommes avancées par la CPAM en réparation des préjudices résultant de cette faute inexcusable (*Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mars 2009, n° 07-21.251*) ;

la décision de justice, qui a définitivement condamné un employeur à rembourser les sommes avancées par la CPAM en réparation des préjudices résultant de sa faute inexcusable, empêche cet employeur de contester l'opposabilité à son égard de la procédure, car cette demande se heurte à l'autorité de la chose précédemment jugée (*Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mars 2009, n° 07-21.251*) ;

lorsque l'employeur a été appelé en la cause, la décision de prise en charge du décès au titre de la législation professionnelle lui est opposable, peu important qu'à son égard la décision initiale de refus ait ou non acquis un caractère définitif (*Cass. soc., 16 févr. 1995, n° 92-15.651*) ;

la décision de prise en charge intervenant sur le recours de l'assuré contre la décision initiale de rejet de la caisse, est opposable à l'employeur lorsqu'il été appelé à la procédure et qu'il a donc pu y faire valoir ses moyens de défense (*Cass. 2<sup>e</sup> civ., 1<sup>er</sup> déc. 2011, n° 10-25.507* ; *Cass. 2<sup>e</sup> civ., 1<sup>er</sup> déc. 2011, n° 10-20.380*).

inversement, la décision de prise en charge intervenant sur le recours de l'assuré contre la décision initiale de rejet de la caisse, est inopposable à l'employeur, sans qu'il soit tenu de former tierce opposition, lorsqu'il est demeuré étranger à l'instance judiciaire, faute d'y avoir été appelé (*Cass. soc., 14 oct. 1993, n° 91-17.161*).

Ces décisions semblent aller à l'encontre de la position prise par la circulaire ministérielle du 21 août 2009 (Circ. DSS/2C/2009/267, 21 août 2009).

En effet, la Cour de cassation continue d'admettre que la technique de « l'appel en la cause » permet de rendre la décision de justice à intervenir opposable à l'employeur lorsque ce dernier n'était pas visé par l'acte introductif d'instance.

En s'appuyant uniquement sur la différence entre la décision faisant grief (notification par LRAR ou par tout autre moyen) et la simple information dans le cas contraire (lettre simple), la circulaire précitée ne tient pas compte du fait que la contestation par un salarié d'une décision de rejet de sa caisse peut être favorablement accueillie par les juges et que la prise en charge qui en résultera ne sera opposable à l'employeur que si ce dernier avait été valablement associé à la procédure engagée par le salarié de manière à garantir le respect de ses droits de la défense.

Sur la procédure devant la CMRA, voir n°<sup>S</sup>2437 et s.

Sur la **procédure devant la CRA et le tribunal judiciaire**, voir n°<sup>S</sup>2400 et s.

**Partie 1 Régime général** Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 2. Décision de l'organisme

## 1804 - Contestation par l'employeur du caractère professionnel

### a) Intérêt à agir

L'employeur a un intérêt direct et personnel puisque, dans certains cas, la prise en charge d'un accident à titre professionnel, peut avoir des répercussions sur le taux de cotisation patronale (*Cass. soc., 3 févr. 1988, n° 86-15.099*).

La Cour de cassation reconnaît le droit général de tout employeur de contester le caractère professionnel d'un accident reconnu au bénéfice de l'un de ses salariés. Selon la Haute juridiction, l'employeur conserve toujours le droit de contester le caractère professionnel d'un accident même sur le terrain de l'opposabilité, peu important que le taux de cotisations susceptible d'être impacté soit devenu définitif ou que la Carsat ait d'elle-même écarté l'accident litigieux lors de la détermination du taux de cotisation (*Cass. 2<sup>e</sup> civ., 21 juin 2005, n° 03-30.649* ; *Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 sept. 2009, n° 08-16.483*).

Dès lors que la société utilisatrice n'est pas l'employeur du salarié temporaire victime de l'accident du travail et que lui est offerte la possibilité de contester devant les juridictions en charge du contentieux (général) de la sécurité sociale la répartition de la charge financière de l'accident du travail entre elle-même et l'entreprise de travail temporaire, seule l'entreprise de travail temporaire, employeur juridique du salarié mis à disposition, a qualité pour contester l'opposabilité de la prise en charge d'un accident du travail à

raison tant du caractère non contradictoire de la procédure d'instruction, que de l'absence de caractère professionnel de l'accident (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 15 mars 2018, n<sup>o</sup> 16-28.333).

Sur l'appel en la cause du salarié par la caisse, voir n<sup>o</sup> 1794.

## b) Droit à agir

L'employeur a la possibilité de formuler des réserves pendant l'instruction du dossier par la caisse (CSS, art. R. 441-6). S'il décide d'exercer cette faculté il doit motiver ses réserves (voir n<sup>o</sup> 1787).

Mais, l'absence de réserves portées par l'employeur sur la déclaration qu'il adresse à la caisse primaire quant au caractère professionnel de l'accident ne vaut pas reconnaissance tacite de sa part d'un tel caractère et ne le prive pas de la possibilité de le contester par la suite. Cette même décision précise, par ailleurs, que le fait que la lésion dont a été victime le salarié ait été prise en charge par la caisse au titre des accidents de travail n'emporte pas renversement de la charge de la preuve à l'égard de l'employeur (Cass. soc., 6 déc. 2001, n<sup>o</sup> 00-13.379), sauf si la contestation porte sur le non-respect du contradictoire par la caisse (voir n<sup>o</sup> 1794).

La Cour de cassation rappelle que ces réserves sont absolument facultatives.

La Haute juridiction a également énoncé que les réserves ne pouvaient porter que sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause étrangère au travail. Tel n'est pas le cas de la simple argumentation tirée d'un état de santé préexistant à l'accident au titre duquel aucune véritable restriction relative à son caractère professionnel n'était opposée (Cass. soc., 12 juill. 2001, n<sup>o</sup> 99-21.762).

Lorsque le défaut de respect de la règle du contradictoire par la caisse a rendu la décision de prise en charge inopposable à l'employeur (voir n<sup>o</sup> 1794), ce dernier conserve la possibilité de contester le caractère professionnel de l'accident, lors d'une action en reconnaissance de sa faute inexcusable (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 2 mars 2004, n<sup>o</sup> 02-30.966). Cependant, il pourrait dans ce cas, se voir opposer la forclusion (voir n<sup>o</sup> 1799 b).

Conformément au principe de l'autorité de la chose décidée, lorsque l'employeur a saisi la commission de recours amiable afin de contester la décision de prise en charge au titre des risques professionnels d'une maladie et de se faire déclarer inopposable cette décision, si cette commission rejette son recours il devra contester la décision de la CRA. À défaut, la décision de prise en charge lui sera définitivement opposable (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 5 juin 2008, n<sup>o</sup> 07-13.046 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mars 2009, n<sup>o</sup> 08-12.964).

Le principe de l'autorité de la chose jugée empêche également l'employeur de contester l'opposabilité à son égard de la décision de prise en charge d'un accident du travail lorsqu'un jugement passé en force de chose jugée l'a condamné à rembourser à la CPAM les sommes qu'elle a dû avancer à la victime en réparation de la faute inexcusable qu'il a commise (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mars 2009, n<sup>o</sup> 07-21.251), ou lorsqu'un jugement passé en force de chose jugée l'a débouté de son action contestant l'origine professionnelle de l'accident (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 mars 2009, n<sup>o</sup> 08-11.925).

## c) Conséquences d'un refus initial de prise en charge par la caisse primaire

Aux termes de l'article R. 441-14 du Code de la sécurité sociale, en cas de refus de prise en charge au titre de la législation professionnelle, la caisse doit **également notifier à l'employeur la décision** adressée à la victime ou à ses ayants droit.

Cette notification, adressée par lettre simple, constitue une simple information.

Sur l'appel en la cause de l'employeur, voir n<sup>o</sup> 1803.

## d) Voies de recours

L'employeur peut contester l'opposabilité à son égard ou le bien-fondé de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie reconnaissant le caractère professionnel d'un accident, d'une maladie ou d'une rechute. Il dispose d'un délai de deux mois pour saisir la commission de recours amiable (CRA) ou la commission médicale de recours amiable (CMRA) puis d'un nouveau délai de deux mois pour saisir le pôle social du tribunal judiciaire, sachant que la caisse est tenue de notifier sa décision à l'employeur en mentionnant les délais et voies de recours (CSS, art. R. 441-18 ; Circ. DSS/2C n<sup>o</sup> 2009-267, 21 août 2009). Cependant, avant l'entrée en vigueur du décret n<sup>o</sup> 2009-938 du 29 juillet 2009 (JO 31 juill.) relatif à la procédure d'instruction des accidents du travail et des maladies professionnelles, les caisses n'étaient pas tenues à ces règles pour leurs notifications. Aussi s'agissant des dossiers instruits sous l'empire des dispositions antérieures à ce décret, l'action de l'employeur en inopposabilité de la décision de la caisse est soumise à une prescription de droit commun de cinq ans, comme le prévoit l'article 2224 du Code civil (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 févr. 2021, n<sup>o</sup> 19-25.886 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 févr. 2021, n<sup>o</sup> 19-25.887 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 18 févr. 2021, n<sup>o</sup> 19-20.102).

**Remarques** Les arrêts n<sup>o</sup> 19-25.886, 19-25.887 et n<sup>o</sup> 19-20.102 rendus le 18 février 2021 par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation marquent un revirement de jurisprudence de la Cour de cassation sur la prescription des actions en inopposabilité des décisions des caisses.

Dans une jurisprudence clairement posée depuis 2019, la Haute juridiction considèrerait que si la décision de la caisse primaire reconnaissant le caractère professionnel de l'accident, de la maladie ou de la rechute, fait grief à l'employeur, l'action en inopposabilité

de l'employeur ne revêt pas le caractère d'une action au sens de l'article 2224 du Code civil (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 9 mai 2019, n° 18-10.909 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 29 mai 2019, n° 18-11.961 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 10 oct. 2019, n° 18-20.555 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 28 mai 2020, n° 19-13.929). Ce n'est désormais plus la solution applicable en droit positif.

L'employeur qui entend contester l'opposabilité à son égard de la décision de prise en charge d'un accident du travail n'est pas tenu de saisir préalablement la CRA lorsqu'il exerce cette demande par voie d'exception (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 6 mars 2008, n° 07-10.228).

Ceci étant, lorsque l'employeur décide de saisir la CRA, il ne sera recevable à saisir ensuite le tribunal de sa contestation que s'il respecte les délais de droit commun, soit celui d'un mois à compter de la saisine de la CRA en l'absence de notification de la décision de cette dernière, soit celui de deux mois pour contester la décision explicite de la CRA qui lui a été valablement notifiée. À défaut de respecter ces délais, la forclusion pourra être opposée à l'employeur qui ne sera plus recevable à contester le caractère professionnel de l'accident devant le tribunal (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 7 juill. 2011, n° 10-19.500).

L'employeur qui entend contester l'opposabilité à son égard de la décision de prise en charge d'un accident du travail peut agir en invoquant le non-respect du principe du contradictoire (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 17 mars 2011, n° 10-14.698) ou en contestant la matérialité de l'accident et/ou l'imputabilité au travail du salarié (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 28 avr. 2011, n° 10-17.455).

Lorsque l'employeur agit de ce second chef, il lui incombe le cas échéant de renverser la présomption d'imputabilité au travail de l'accident. En effet, selon la Cour de cassation, l'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale, qui édicte une présomption d'imputabilité au travail d'un accident survenu au lieu et au temps du travail, s'applique dans les rapports du salarié victime avec la caisse mais également en cas de litige entre l'employeur et la caisse ; il appartient donc à l'employeur qui conteste le caractère professionnel de l'accident ou des arrêts de travail prescrits à la suite de l'accident et pris en charge à ce titre, de détruire la présomption d'imputabilité s'attachant à toute lésion survenue brusquement au temps et au lieu du travail, en apportant la preuve que cette lésion ou l'arrêt de travail a une cause totalement étrangère au travail (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 févr. 2012, n° 10-27.172).

#### L'employeur peut agir :

*par voie principale*, en saisissant la commission de recours amiable d'une décision portant sur la matérialité, le caractère professionnel ou l'opposabilité à son égard de l'accident (sur la saisine de la commission, voir n°2405) ;

*par voie d'exception*, en contestant l'opposabilité à son égard de la décision de prise en charge de la caisse lorsque celle-ci demande judiciairement sa condamnation à lui verser certaines sommes (voir n°1950), il peut agir ainsi même pour la première fois en cause d'appel (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 7 févr. 2008, n° 07-10.910) ;

*par la voie de la tierce opposition*, dans l'hypothèse où la victime a obtenu de la juridiction contentieuse la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident (Cass. soc., 4 juin 1986, n° 83-14.930, Bull. civ. V, p. 215) ;

*par la voie de l'intervention* s'il a connaissance d'un recours de l'assuré contre une décision de rejet de la caisse primaire.

**Remarques** L'employeur peut demander pour la première fois devant la cour d'appel la jonction de sa contestation de l'opposabilité à son égard de la décision de prise en charge du décès du salarié avec la procédure en appel que la veuve du salarié décédé avait engagée devant le tribunal contre la CPAM afin que la maladie ainsi que le décès de son époux soient pris en charge au titre des risques professionnels (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 16 févr. 2012, n° 10-25.965).

Sur les **litiges relatifs à la tarification du risque accident du travail**, voir n°s 2452 et s.

Partie 1 Régime général Titre 4 Prestations du régime général Division 3 Risque professionnel Chapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travail Section 2 Instruction du dossier § 2. Décision de l'organisme

## 1805 - Prescription de l'action de la victime

### a) Règles générales

La prescription extinctive des droits de la victime ou des ayants droit est de **deux ans** (CSS, art. L. 431-2). Elle court à compter :

du jour de l'accident, s'il n'y a pas eu de versement d'indemnités journalières. La déclaration de l'accident à la caisse n'interrompt pas la prescription ;

du jour de la cessation du paiement des indemnités journalières versées au titre de la législation des accidents du travail ;

de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification de l'état de la victime en

cas de rechute ; sous réserve, en cas de contestation, de l'avis émis par l'expert ou de la date de cessation du paiement des indemnités journalières allouées en raison de la rechute ; du jour du décès de la victime en ce qui concerne la demande en révision des ayants droit.

Cette prescription est soumise aux règles du droit commun.

Pour plus de précisions sur la prescription en matière d'accidents du travail, voir n° 1940.

Elle est en particulier suspendue pour les mineurs jusqu'au jour de leur majorité, par application de l'article 2252 du Code civil (Cass. soc., 21 mai 1958, n° 8.212, Bull. civ. IV, p. 477).

L'ignorance par la veuve de la victime d'une possible relation de cause à effet entre l'activité professionnelle et le décès de son mari ne peut être de nature à entraîner la suspension de la prescription biennale (Cass. soc., 6 oct. 1994, n° 92-12.660, Bull. civ. V, p. 178).

En revanche, la Cour de cassation a estimé que le délai de prescription n'avait commencé à courir, pour un assuré atteint d'une hépatite B à la suite d'une vaccination obligatoire, qu'à compter de la date où le lien de causalité entre sa pathologie et la vaccination, a été révélé à l'intéressé par un certificat médical, neuf ans plus tard. Jusqu'à cette date la victime avait été dans l'impossibilité d'agir, pour avoir de manière légitime et raisonnable, ignoré la naissance de son droit (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 22 mars 2005, n° 03-30.551, Bull. civ. II, n° 75 ; Cass. 2<sup>e</sup> civ., 12 juill. 2006, n° 05-10.556).

La saisine de la caisse pour tentative de conciliation interrompt la prescription biennale. Un nouveau délai de deux ans commence à courir à compter de la notification du résultat de la procédure (Cass. soc., 13 mai 1993, n° 90-19.548, Bull. civ. V, p. 97).

Une spécificité de la procédure en matière de sécurité sociale a été écartée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 : les juridictions chargées du contentieux de la Sécurité sociale ne peuvent plus soulever d'office la prescription.

Sur le **contentieux commun de la Sécurité sociale**, voir n°<sup>o</sup>2399 et s.

### **b) Cas particulier de la saisine de l'Oniam**

Selon la Cour de cassation, en cas de maladie développée à la suite d'une vaccination imposée par l'employeur (sclérose en plaques contractée par une infirmière à la suite d'une vaccination contre l'hépatite B), et ayant donné lieu à la saisine de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), le délai de prescription de l'article L. 431-2 du Code de la sécurité sociale pour la déclaration d'accident du travail commence à courir à compter de la date de la saisine de l'Oniam (et non de l'acte médical à l'origine de la maladie), dès lors que la victime a évoqué le lien causal entre la vaccination et la maladie contractée à l'occasion de cette saisine.

La Cour de cassation approuve les juges du fond d'avoir retenu que la déclaration ne peut être considérée comme tardive du fait de l'impossibilité d'agir dans laquelle se trouvait la victime avant la saisine de l'Oniam, du fait de l'ignorance, légitime et raisonnable, de la naissance de son droit.

La Haute Juridiction précise en outre que la saisine de l'Oniam aux fins d'indemnisation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire exigée par l'employeur n'interrompt pas le délai de prescription biennal applicable à la demande de prise en charge de l'accident du travail, dès lors qu'elle n'a pas le même objet et n'oppose pas les mêmes parties (Cass. 2<sup>e</sup> civ., 7 mai 2015, n° 14-17.786).

### **c) Rechute**

La rechute est prise en charge quel que soit le délai qui s'est écoulé depuis le jour de l'accident. Mais la prescription de deux ans est applicable pour les prestations auxquelles la rechute peut donner droit, à dater :

- de la première constatation médicale de la modification survenue dans l'état de la victime ;
- de la clôture de l'enquête effectuée à l'occasion de cette modification ;
- ou de la date de cessation du versement des indemnités journalières allouées en raison de la rechute ;
- du jour du décès de la victime en ce qui concerne la demande de révision par les ayants droit (CSS, art. L. 431-2).

À noter que la survenance d'une rechute à la suite d'un accident du travail n'a pas pour effet de faire courir à nouveau la prescription biennale prévue par l'article L. 431-2 du Code de la sécurité sociale (Cass. soc., 5 mars 1998, n° 96-17.351).

Partie 1 Régime généralTitre 4 Prestations du régime généralDivision 3 Risque professionnelChapitre 4 Procédure de reconnaissance de l'accident du travailSection 2 Instruction du dossier§ 2. Décision de l'organisme

## **1806 - Prescription de l'action en répétition de l'indu des caisses**

L'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations **indûment payées** se prescrit, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, par deux ans à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire (CSS, art. L. 431-2 ; Cass. soc., 22 juin 1988, n° 86-15.426).

La prescription biennale ne vise que les actions en remboursement des prestations d'accident du travail, indûment servies à la victime.

À défaut de texte particulier, l'action en remboursement exercée **par la caisse contre l'employeur**, en application de l'article L. 471-1 du Code de la sécurité sociale, demeure soumise à la prescription de droit commun (Cass. soc., 7 avr. 1994, n° 92-10.324, Bull. civ. V, n° 143). Voir n° 1940.