

FORMALITÉS À ACCOMPLIR AUPRÈS DES CPAM

DECLARATION DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE PAR LA VICTIME

ACCIDENT DU TRAVAIL

La victime d'un accident du travail doit, dans la journée où l'accident s'est produit, ou au plus tard, dans les 24 heures, sauf cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer l'employeur ou l'un de ses préposés.

La déclaration doit être envoyée par lettre recommandée, si elle n'est pas faite à l'employeur ou à son préposé sur le lieu de l'accident.

Articles L. 441-1 et R. 441-2 du Code de la Sécurité sociale

La déclaration faite par la victime d'un accident de travail imputable à un tiers la dispense de le déclarer à sa caisse de Sécurité sociale.

Article D. 454-1 du Code de la Sécurité sociale - Décret n° 2004-1076 du 12 octobre 2004 - JO du 13 octobre 2004

Le tiers responsable de l'accident doit informer, par tous moyens, la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les 15 jours suivant sa survenue s'il n'en a pas informé son assureur.

L'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les 3 mois suivant la date à laquelle il a connaissance de la survenue de l'accident.

ROLE DU PRATICIEN

Le praticien établit, en double exemplaire, un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime.

Le modèle du certificat médical ATMP S6909a CERFA n° 11138-01 est homologué.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical indiquant les conséquences définitives, si elles n'avaient pu être antérieurement constatées, est établi en double exemplaire. L'un des certificats 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.

Article L. 441-6 du Code de la Sécurité sociale

Tout praticien, tout auxiliaire médical, appelé à donner des soins, mentionne sur la feuille d'accident en possession de la victime, les actes accomplis et appose sa signature. Il en est de même pour le pharmacien ou le fournisseur lors de toute fourniture, ainsi que pour l'établissement hospitalier dans le cas d'une hospitalisation.

Le praticien, auxiliaire médical, pharmacien, fournisseur ou établissement hospitalier utilise la partie de la feuille d'accident qui lui est destinée pour établir sa note d'honoraires ou sa facture ou bien, reproduit sur cette note les mentions figurant sur ladite feuille en ce qui concerne, notamment, les nom, prénoms et adresse, numéro d'immatriculation de la victime, désignation de l'employeur, date de l'accident, ainsi que toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler.

La note d'honoraires ou la facture est adressée, selon le cas, soit à la caisse primaire d'assurance maladie, soit à l'établissement, service ou entreprise autorisé à gérer les risques accidents du travail, tels qu'ils sont désignés sur la feuille d'accident présentée par la victime.

Article R. 441-9 du Code de la Sécurité sociale

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

La date de la première constatation médicale de la maladie est assimilée à la date de l'accident. Le délai de prescription, au-delà duquel le salarié ne peut plus se prévaloir de prestations de sécurité sociale, est de 2 ans, à compter de l'établissement du certificat médical.

Article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale

N'est pas prescrite la demande de prise en charge d'une maladie, au titre de la législation professionnelle, présentée par une victime plus de deux ans après l'établissement d'un certificat médical faisant état des troubles ressentis et de la relation faite, par la victime elle-même, avec son activité professionnelle, alors que les droits de la victime au bénéfice des prestations et indemnités prévues par la législation professionnelle se prescrivent par deux ans à compter, notamment, de la date à laquelle elle est informée du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle par un certificat portant un avis médical sur l'ensemble de ces éléments.

Cass. Civ. II - 19 septembre 2013 - n° 12-21.907



certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

volet 1, à adresser par
le praticien à
l'organisme dans les
24 heures

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• régime	
☐ général	☐ agricole ☐ autre : lequel ?
• identité	
numéro d'immatriculation	
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)	
prénoms	
adresse	
Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original fourni par l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.	
• accident du travail ou maladie professionnelle	
s'agit-il ☐ d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ?	
date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :	
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle ☐ oui ☐ non ⁽¹⁾	

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)	
• conséquences	
arrêt de travail jusqu'au	
sorties autorisées ☐ oui ☐ non de heures à heures	
reprise de travail le	
soins jusqu'au *	
• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final)	
guérison avec retour à l'état antérieur, date	
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date	
consolidation avec séquelles, date	

certificat établi le	cachet du praticien ou de l'établissement
à	
signature du praticien	

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise de travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

DECLARATION PAR L'EMPLOYEUR D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

OBLIGATION DE L'EMPLOYEUR

L'employeur ou l'un de ses préposés doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime.

☞ L'employeur ne peut tirer argument de l'état de santé préexistant du salarié pour se dispenser de déclarer l'accident dont celui-ci est victime au temps et au lieu de travail. Ce n'est pas à lui d'apprécier si cet accident a un caractère professionnel ou non. En l'espèce, le salarié malade du cœur a été victime d'un malaise cardiaque pendant qu'il était à son poste de travail.

Cass. soc. 15 novembre 2001 - n° 99-21.638 P

DELAÏ DE 48 HEURES

La déclaration de l'employeur ou de l'un de ses préposés doit être faite par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans les 48 heures, non compris les dimanches et les jours fériés.

Articles L. 441-2 et R. 441-3 du Code de la Sécurité sociale

Si l'employeur ne respecte pas le délai de 48 heures, la caisse primaire d'assurance maladie est en droit de lui demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident.

Article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale

Un employeur qui a eu connaissance d'un accident survenu à la sortie du travail le jour où l'entreprise fermait ses portes pour ses congés annuels, ne peut être condamné à rembourser les prestations en nature pour déclaration tardive de l'accident de travail.

Cass. soc. 8 février 2001 - CPAM de la Vienne c/ SARL Ets Lhortolary

Cass. soc. 4 novembre 2003 n° 02.30319

Un tribunal ne peut remettre la dette prévue lorsque l'employeur ne respecte pas le délai de 48 heures. En effet, l'article L. 256-4 du Code de la Sécurité sociale donne exclusivement compétence aux caisses pour réduire certaines créances en cas de précarité de la situation du débiteur.

Cass. soc. 22 juin 1995 - CPAM de la Seine-St-Denis c/ SA SNET

Un salarié ne saurait être débouté de sa demande de condamnation de l'entreprise à lui payer des dommages-intérêts pour défaut de déclaration de son accident dans le délai requis, dans la mesure où il a été victime d'une lésion corporelle survenue au temps et lieu de travail, immédiatement portée à la connaissance de son employeur, de sorte que ce dernier devait, quelle que soit son opinion sur les causes de l'accident, en faire la déclaration et que son omission fautive a privé la victime d'une chance de se voir reconnaître le bénéfice des prestations prévues par la législation professionnelle. Il importe peu que le salarié n'ait pas fait usage, dans le délai légal, de la faculté qui lui était offerte d'effectuer lui-même la déclaration à la caisse.

Cass. soc. 15 novembre 2001, Villemain c/ EDF-GDF service Manche

ACCIDENTS HORS DES LOCAUX DE L'ENTREPRISE

Le délai imparti à l'employeur ne commence à courir que du jour où il a été informé de l'accident, pour la déclaration des accidents dont sont victimes hors des locaux de l'établissement, les personnes suivantes :

- les travailleurs à domicile ;
- les voyageurs représentants de commerce ;
- les sous-agents d'assurances ;
- les gérants non-salariés des coopératives et gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ;
- les conducteurs de voitures publiques ;
- les porteurs de bagages ;
- les membres des sociétés coopératives ou ouvriers de production.

SALARIE DETACHE EN FRANCE

L'employeur ou l'un de ses préposés doit déclarer l'accident de travail survenu à un salarié détaché en France par une entreprise non établie en France, et qui n'est pas affilié au régime de Sécurité sociale français, à l'inspecteur du travail du lieu de survenance de cet accident, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans les 48 heures, non compris les dimanches et les jours fériés.

En cas de non-respect de cette obligation, l'employeur est passible d'une contravention de 4^e classe, d'un montant de 750 € au plus.

PIECES JOINTES

L'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire d'assurance maladie, en même temps que la déclaration d'accident ou au moment de l'arrêt du travail, si celui-ci est postérieur, une attestation indiquant la période du travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les paies concernées, le montant et la date de ces paies.

Article R. 441-4 du Code de la Sécurité sociale modifié par Décret n° 2006-111 du 2 février 2006 – JO du 5 février

La caisse primaire peut demander à l'employeur et à la victime ou à ses ayants droit tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

L'employeur ne peut s'opposer à la déclaration, mais il peut, toutefois, émettre des réserves. Cependant, l'absence de réserves ne vaut pas, de sa part, reconnaissance de l'accident. Il pourra, éventuellement, par la suite, contester le caractère d'accident de travail, s'il le juge utile.

RESERVES

La déclaration d'accident du travail peut être assortie de réserves motivées de la part de l'employeur, y compris lorsque c'est la victime qui fait la déclaration d'accident, ou lorsqu'il s'agit d'une déclaration de rechute.

Les réserves peuvent également être émises par l'employeur lorsque la victime adresse à la CPAM une déclaration de maladie professionnelle.

En cas de réserves motivées de la part de l'employeur ou si elle l'estime nécessaire, la caisse envoie avant décision à l'employeur et à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie ou procède à une enquête auprès des intéressés. Une enquête est obligatoire en cas de décès.

Article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale modifié par Décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009

Exemple jurisprudentiel

L'employeur ayant fait une déclaration d'accident du travail «sous réserve», ne peut se voir opposé la décision de prise en charge de l'organisme social fondée sur des renseignements et un témoignage révélés au retour du questionnaire adressé à la victime, alors que ces éléments susceptibles de lui faire grief ne lui ont pas été communiqués.

Cass. soc. 20 avril 2000 - Société Manpower c/ CPAM des Pyrénées-Orientales

CONTESTATION PAR L'EMPLOYEUR

L'employeur peut contester une décision (implicite ou explicite) reconnaissant le caractère professionnel de l'accident en saisissant obligatoirement la commission de recours amiable (CRA) puis, éventuellement, le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) en cas de décision de rejet de la CRA.

Un décret du 29 juillet 2009 et une circulaire de la direction de la sécurité sociale du 21 août 2009 ont modifié la procédure de contestation par l'employeur d'un accident du travail, en particuliers sur les délais, les nouvelles mesure ayant pris effet au 1^{er} janvier 2010 : l'employeur doit dorénavant motiver ses réserves quant à la qualification professionnelle de l'accident ; La CPAM doit informer l'employeur de la possibilité de venir consulter le dossier à l'issue de l'instruction, dans les 10 jours ; L'employeur dispose ensuite d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de prise en charge par la CPAM pour contester celle-ci.

L'employeur peut par ailleurs contester la notification du taux de cotisation d'accident du travail (AT) en saisissant éventuellement la CRA et dans tous les cas la CNITAAT (Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des AT).

ROLE DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

PROCEDURE

Dès qu'elle a eu connaissance d'un accident du travail par quelque moyen que ce soit, la caisse primaire d'assurance maladie est tenue de faire procéder aux constatations nécessaires.

L'avis de l'accident est donné immédiatement par la caisse à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Pour chaque accident du travail, la caisse primaire donne avis immédiatement à la caisse régionale de la déclaration d'accident. Elle lui communique le montant total des dépenses engagées pendant la période d'incapacité temporaire, à l'exception des frais de rééducation professionnelle (toute modification apportée au montant desdites dépenses est immédiatement portée à la connaissance de la caisse régionale).

La feuille d'accident remise par la victime au praticien n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'indemnisation au titre des accidents du travail.

Elle porte désignation de la caisse primaire d'assurance maladie chargée du service des prestations.

CONTESTATION

Si la caisse entend contester le caractère professionnel de l'accident, elle doit en informer par écrit la victime et l'employeur dans le délai de 30 jours pour une déclaration d'accident de travail, de 3 mois pour une déclaration de maladie professionnelle, à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident ou de la maladie.

Décret n° 99-323 du 27 avril 1999

Il en est de même, dans le principe, lorsqu'il est fait état pour la première fois, d'une lésion ou maladie présentée comme se rattachant à un accident du travail ou maladie professionnelle.

Le délai de 30 jours imparti à la caisse pour faire connaître son intention de contester le caractère professionnel de l'accident ne vaut pas à l'égard des ayants droit.

Cass. soc. 2 juillet 1992 - Affaire DRASS Rhône-Alpes & Carquillat c/ CPAM Haute-Savoie

Le délai de 30 jours n'est plus opposable à la caisse en cas de déclaration d'accident mensongère.

Cass. soc. 5 janvier 1995 - Daniel c/ CPAM du Vaucluse

ABSENCE DE REPONSE

En l'absence de décision de la caisse dans les délais, et sous réserve qu'aucune enquête complémentaire ne soit nécessaire, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

Article R. 441-10 du Code de la Sécurité sociale

L'absence de réponse de la caisse équivaut à reconnaissance du caractère professionnel.

Lorsqu'il y aura nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse devra en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur par lettre recommandée avec avis de réception avant l'expiration des délais de 30 jours ou de 3 mois.

A l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut excéder 2 mois en matière d'accident de travail ou 3 mois en matière de maladie professionnelle à compter de la date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

En cas de saisine du comité régional de reconnaissance de maladies professionnelles, le délai imparti à ce comité pour donner son avis (4 à 6 mois en cas d'enquête complémentaire) s'impute sur les délais prévus.

DECISION PAR LA CAISSE

Notification de la décision

La décision motivée de la caisse est notifiée à la victime ou à ses ayants droit sous pli recommandé avec avis de réception. En cas de refus, le double de la notification est envoyé pour information à l'employeur.

Si le caractère professionnel de l'accident, de la maladie, ou de la rechute n'est pas reconnu par la caisse, celle-ci indique à la victime dans la notification les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation.

L'employeur est informé de toute décision intervenant pour le compte de ses salariés. Lorsqu'il s'agit d'une décision de rejet, l'employeur n'a pas à intervenir auprès de la Sécurité sociale puisque c'est à l'assuré qu'il appartient de contester, s'il le désire, la décision de la caisse.

Le médecin traitant est informé de cette décision.

Article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale

☞ *L'information donnée à l'employeur par une caisse de Sécurité sociale sur sa décision de prise en charge d'un accident ou d'une maladie au titre de la législation professionnelle ne constitue pas une notification faisant courir contre l'employeur le délai de recours de deux mois pour saisir la commission de recours amiable.*

Cass. civ. II, 22 octobre 2009, n° 08-17.060

A noter également que l'employeur a toujours un intérêt à agir, pour qu'une maladie professionnelle reconnue par la CPAM ne lui soit pas opposable, même si aucune somme n'est mise à sa charge à la suite de cette reconnaissance, dans la mesure où cette décision porte sur les conditions de travail et les risques professionnels au sein de son entreprise.

Cass. civ. II, 17 septembre 2009 – n° 08-18.151

Feuille d'accident

La caisse elle-même peut délivrer la feuille d'accident.

La feuille d'accident est valable pour la durée du traitement consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle.

A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime adresse celle-ci à la caisse. Celle-ci délivre à la victime, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident.

Dossier constitué par la CPAM

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre :

- la déclaration d'accident 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 ;
- éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

Article R. 441-13 du Code de la Sécurité sociale

INFORMATION DU MEDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail se verra communiquer le double de la déclaration de la maladie professionnelle par la caisse primaire d'assurance maladie à l'instar de l'employeur.

Il sera également informé par la caisse de la déclaration d'accident de travail faite par la victime.

Article R. 441-11 du Code de la Sécurité sociale

La sanction encourue par la caisse primaire d'assurance maladie qui n'informe pas l'employeur de la procédure d'instruction est l'inopposabilité à l'employeur de la décision ultérieurement prise par l'organisme.

En cas de prise en charge de l'accident à titre professionnel, l'employeur n'aura pas, dans ce cas, à supporter les conséquences financières de la décision de la caisse.

Cass. soc. 20 avril 2000 - SARL Manpower c/ CPAM des Pyrénées-Orientales

Respect du contradictoire

Les tribunaux font aujourd'hui une interprétation large des obligations de la caisse en matière d'information de la victime et de l'employeur avant décision et sanctionnent systématiquement leur violation par la non-opposabilité de cette décision à la partie requérante. Les caisses doivent donc veiller rigoureusement au respect du contradictoire dans l'instruction de la reconnaissance.

Articles R. 4411-11 et R. 441-13 du Code de la Sécurité sociale

La caisse doit permettre l'accès de la victime et de l'employeur au dossier à tout moment de l'instruction. En outre, elle doit, à l'issue de l'instruction, informer les deux parties que, le dossier étant clos et aucun élément nouveau ne paraissant plus devoir intervenir, elles ont la possibilité de le consulter dans un délai de dix jours et de faire d'ultimes observations éventuelles avant décision.

Cette procédure de «clôture de l'instruction» ne concerne pas les dossiers pour lesquels aucune réserve de l'employeur n'a été faite et qui n'ont nécessité aucune investigation de la part de la caisse.

La lettre de clôture de l'instruction est envoyée par pli recommandé avec demande d'avis de réception à l'employeur et à la victime, afin que la caisse puisse prouver, si nécessaire, qu'elle a respecté ses obligations.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 remet en cause indirectement ce principe du contradictoire, dans la rédaction de l'article L. 452-3-1 du Code de la Sécurité sociale : « Quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des articles L. 452-1 à L. 452-3. »

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 - JO du 18 décembre

Ainsi, l'indemnisation de la victime revient à l'employeur qui a commis une faute inexcusable, que la procédure d'information préalable par la CPAM ait été respectée ou non.

Exemples jurisprudentiels :

Dans une hypothèse où la Cour d'appel a interprété les circulaires administratives utilisées par la CPAM dans le cadre du respect du caractère contradictoire de la procédure de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, la Cour de cassation rejette le pourvoi de la CPAM au motif que la Cour d'appel ne pouvait fonder sa décision d'inopposabilité à l'employeur sur des circulaires administratives qui n'ont aucun effet normatif. En d'autres termes, ce n'est pas parce que l'application ou non de circulaires administratives qui donne un caractère contradictoire à la procédure. Rappelons que les circulaires internes à l'administration sont inopposables aux usagers de ces administrations.

Cass. civ. II, 18 février 2010 – n° 09-12.206

Dans une autre espèce, la Cour de cassation confirme l'opposabilité de la décision de prise en charge de la maladie par la CPAM à l'employeur, celui-ci ayant été avisé de la demande de prise en charge, et informé à tous les stades de la procédure de l'évolution de l'instruction, puis qu'il avait été invité préalablement à la décision, à consulter le dossier dont une copie lui avait été adressée. Le dossier comportait notamment l'avis du médecin conseil, peu important qu'il n'ait pas été motivé, et le compte rendu des clichés tomodensitométriques réalisés ; la demande d'organisation d'une mesure d'expertise, par l'employeur, n'étant dès lors pas justifiée, il est décidé que la CPAM a respecté ses obligations et que la décision de prise en charge est opposable à la société.

Cass. civ. II – 17 décembre 2009 – n° 08-20.915

Si l'organisme social doit instruire la demande de prise en charge d'une maladie professionnelle sans être tenu par le tableau visé par la déclaration, il lui appartient d'informer l'employeur d'un changement de qualification de la maladie. Or, la déclaration de maladie professionnelle établie par le requérant visait le tableau n° 97, et l'enquête ayant révélé que celui-ci n'avait pas été exposé aux risques de ce tableau, la caisse lui a substitué le tableau n° 98 sans informer l'employeur de cette requalification de la maladie professionnelle. Selon la Cour de cassation, la décision de la caisse est alors inopposable à l'employeur.

Cass. civ. II, 17 septembre 2009 – n° 08-18.703

Voir aussi Cass. Civ. II 4 avril 2012 – n° 11.15-393, 11.14-311, 11.12-299, 11.18-014

Délai complémentaire d'instruction

Lorsque la caisse estime que les investigations en cours ne pourront pas être achevées à l'échéance du délai de décision, elle doit recourir au délai complémentaire d'instruction et en informer la victime et l'employeur.

Conformément à l'article R. 441-14 1^{er} alinéa du Code de la Sécurité sociale, l'avis de recours au délai complémentaire, lorsqu'il s'impose, est envoyé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

A défaut, en l'absence de preuve de cet envoi par la caisse, la victime pourrait se prévaloir d'une reconnaissance implicite.

Suppression des prises en charge implicites

Toutes les décisions, sans exception, doivent désormais faire l'objet d'une notification à la victime ou à ses ayants droit.

Cette notification est adressée :

- par pli simple, lorsqu'il s'agit d'une décision de prise en charge (cette décision ne fait pas grief à la victime) ;
- par pli recommandé avec demande d'avis de réception, lorsqu'il s'agit d'une décision de rejet (avec motivation et voies de recours).

Ainsi, la victime bénéficiera systématiquement d'une information sur ses droits et sera pleinement en mesure de défendre ses intérêts.

S'agissant de l'employeur, l'article R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale ne prévoit pas de notification ni même d'information de la décision de prise en charge. Il prévoit en revanche, dans son 3^e alinéa, qu'en cas de refus, le double de la notification est envoyé pour information à l'employeur.

L'employeur pourra donc contester le caractère professionnel de l'accident à tout moment et au plus tard dans les deux mois qui suivront la réception de la notification du taux de sa cotisation AT/MP.

Instruction par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles

En application du 2^e alinéa de l'article D. 461-30 du Code de la Sécurité sociale, la caisse informe la victime et l'employeur de la saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, par courrier simple. Les parties ont par conséquent connaissance de la procédure menée. Elles pourront par ailleurs recevoir, le moment venu, une notification de recours au délai complémentaire, motivée par l'examen du dossier par le CRRMP. Cette notification est adressée en lettre recommandée avec avis de réception.

La CNAM rappelle la nécessité de notifier un recours au délai complémentaire conformément à l'article R. 441-14, pour tous les dossiers de maladies professionnelles le justifiant, y compris les dossiers relevant du système complémentaire.

Circulaire CNAMTS n° 2001-7 du 5 février 2001

SALARIE DE NATIONALITE ETRANGERE

Une caisse primaire d'assurance maladie peut demander à l'employeur le remboursement des sommes versées au titre de l'accident de travail si le salarié ne satisfait pas aux conditions de régularité de séjour et de travail.

Article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale dernier alinéa

EXPERTISE MEDICALE DEMANDEE PAR LA VICTIME

L'expertise est pratiquée soit à la demande de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, soit sur l'initiative de la caisse primaire ou de la caisse régionale d'assurance-maladie. La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale. La caisse doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est saisie porte sur une question d'ordre médical.

En matière d'assurance-maladie et d'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contestations relatives à l'état du malade ou à sa prise en charge thérapeutique s'entendent également des contestations concernant les affections de longue durée et de celles relatives aux affections relevant du protocole de soins. L'expertise prévue ci-dessus est effectuée à la demande de l'assuré ou de la caisse.

Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

Le malade ou la victime qui requiert une expertise présente une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au guichet de la caisse.

En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent :

- soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical ;
- soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime ;
- soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Article R. 141-2 du Code de la Sécurité sociale

ACCES A TOUT DOCUMENT UTILE ET AUX LOCAUX DE L'ENTREPRISE

Pour le contrôle de l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les employeurs, personnes privées ou publiques, et les travailleurs indépendants, sont tenus de présenter aux agents des CPAM et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, tout document que ces derniers leur demandent aux fins de l'exercice de leur mission, et de permettre auxdits agents l'accès aux locaux de l'entreprise. 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.

Article R. 114-17 du Code de la Sécurité sociale, modifié par décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 – JO du 1^{er} avril 2010

CIRCULAIRE DRP N° 18-99

La circulaire DRP N° 18-99 portant sur les procédures de reconnaissance du caractère professionnel des accidents du travail est disponible sur notre site internet sous la référence suivante :

www.gereso.com/edition/docs-edition/pratique/accidentstravail/circulairedrp18-99.pdf

PROCEDURE APPLICABLE AUX VICTIMES DE L'AMIANTE

BENEFICIAIRES

Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

- les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;
- les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française ;
- leurs ayants droit.

Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 - JO du 24 décembre 2000

FONDS D'INDEMNISATION – DEFINITION

Il est créé, sous le nom de «Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante», un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la Sécurité sociale et du budget.

Cet établissement a pour mission de réparer les préjudices. Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'État, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat.

PROCEDURE

Formalisme de la demande d'indemnisation

Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du Fonds.

Reconnaissance du caractère professionnel de l'infection

Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

Enquêtes et investigations devant le fonds d'indemnisation

Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies :

- il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ;
- il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.

Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la Sécurité sociale.

Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite, il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

Le fonds peut requérir de tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptible de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical

OFFRE D'INDEMNISATION PAR LE FONDS

Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.

Le fonds présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation. Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime ou si une indemnisation complémentaire est susceptible d'être accordée dans le cadre d'une procédure pour faute inexcusable de l'employeur.

L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à l'amiante.

Subrogation dans les droits de la victime

Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la Sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi. Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

RECOURS DE LA VICTIME CONTRE LA DECISION DU FONDS

Le demandeur peut agir en justice contre la décision du fonds dans les cas suivants :

- si la demande d'indemnisation est rejetée ;
- si aucune offre ne lui a été présentée par le fonds dans le délai de 6 mois (ou 9 mois la première année) ;
- s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

Cette action est intentée devant la Cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

Le délai de prescription est de 10 ans, à compter de la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante, y compris en cas d'aggravation de la maladie et de décès de la victime (recours des ayants droit).

Ce délai de prescription s'applique immédiatement, en tenant compte du délai écoulé depuis l'établissement du premier certificat. Les certificats médicaux établis avant le 1^{er} janvier 2004 sont réputés l'avoir été à cette même date.

Dans un délai de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2011, les auteurs d'une demande d'indemnisation rejetée avant l'entrée en vigueur de la loi du 20 décembre 2010 de financement de la Sécurité sociale pour 2011, au motif que les droits étaient prescrits, ou leurs ayants droit, peuvent demander au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante de se prononcer à nouveau sur la demande, à condition qu'ils se désistent, le cas échéant, de leur action à l'encontre de la décision de rejet. Le Fonds est chargé d'informer les auteurs de ces demandes des droits dont ils bénéficient ainsi.

Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 – JO du 21 décembre 2010

LISTE DES MALADIES INDEMNISEES PAR LE FIVA

La victime ou ses ayants droit doivent justifier de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte de l'état de santé de la victime, atteinte d'une maladie professionnelle ou non.

Justifient de l'exposition à l'amiante :

- la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de Sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;
- le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté. La liste de ces maladies spécifiques est fixée comme suit :
- mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives ;
- plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométrique.

Arrêté ministériel du 5 mai 2002 - JO du 5 mai

Exemples jurisprudentiels relatifs à l'indemnisation des victimes de l'amiante

Les travailleurs de l'amiante bénéficiaires de l'allocation anticipée d'activité (ACAATA) peuvent demander réparation du préjudice d'anxiété qu'ils subissent. Cette indemnisation répare l'ensemble des troubles psychologiques, y compris ceux liés au bouleversement dans les conditions d'existence, résultant du risque encouru en conséquence la cassation l'arrêt qui indemnise un salarié bénéficiaire de l'ACAATA, d'une part, du préjudice d'anxiété, d'autre part, d'un préjudice en lien avec le bouleversement des conditions d'existence.

Cass. soc. - 25 septembre 2013 - n° 12-20.912.

1° La déclaration de la maladie et le contentieux auquel elle a donné lieu ne privent pas le salarié admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA) du droit de demander à la juridiction prud'homale la réparation des conséquences du trouble psychologique, compris dans le préjudice d'anxiété, subi avant la déclaration de la maladie.

2° Ayant d'abord constaté que les autres requérants n'avaient pas déclaré souffrir d'une maladie professionnelle causée par l'amiante et que n'étaient contestés ni leur droit à bénéficier de l'ACAATA, ni son montant, la cour d'appel en a exactement déduit que leurs demandes indemnitaires fondées sur le manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat relevaient de la compétence de la juridiction prud'homale.

La cour d'appel, qui a ensuite relevé que les salariés, qui avaient travaillé dans un des établissements mentionnés à l'article 41 de la loi de 1998 et figurant sur une liste établie par arrêté ministériel pendant une période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante, se trouvaient, par le fait de l'employeur, dans une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante, a ainsi caractérisé l'existence d'un préjudice spécifique d'anxiété.

3° L'indemnisation accordée au titre du préjudice d'anxiété répare l'ensemble des troubles psychologiques, y compris ceux liés au bouleversement dans les conditions d'existence, résultant du risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante. Viole dès lors l'article 1147 du code civil et le principe de la réparation intégrale du préjudice la cour d'appel qui, pour faire droit aux demandes d'indemnisation du préjudice résultant du bouleversement dans les conditions d'existence, énonce que les salariés subissent un risque de diminution de leur espérance de vie et de développer une maladie grave les empêchant d'envisager sereinement leur avenir, et qu'ils peuvent être amenés à modifier les orientations de leur vie quotidienne et leurs projets de vie en raison de ce risque.

Cass. soc. - 25 septembre 2013 - n° 12-20.157