

n° 16745

Mardi 6 janvier 2015

// le dossier
jurisprudence thème

Accidents du travail et maladies professionnelles

En 2014, l'actualité jurisprudentielle a été particulièrement riche sur la question de l'instruction des dossiers de maladies professionnelles et accidents du travail, avec pour enjeu le caractère opposable ou inopposable des décisions. La Cour de cassation a aussi apporté des précisions inédites sur la protection des salariés victimes d'AT-MP, notamment sur la possibilité de conclure une rupture conventionnelle. Et toujours dans la ligne de mire de la Cour suprême : les actions visant une meilleure indemnisation des salariés en cas de faute inexcusable.

À CLASSER SOUS

ACCIDENTS
DU TRAVAIL

01 / 15

// Ce qu'il faut retenir

Reconnaissance d'un accident du travail.

En l'absence de réserves motivées, la caisse qui décide de la prise en charge d'un AT sans mesure d'instruction, n'est tenue à aucune communication avant sa décision.
Cass. 2^e civ., 10 juillet 2014, n° 13-20.820
Cass. 2^e civ., 18 septembre 2014, n° 13-23.205

Saisine du CRRMP. Dans les cas où l'avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles est nécessaire pour reconnaître le caractère professionnel de la maladie, la caisse doit procéder à l'information du salarié et de l'employeur avant transmission du dossier au CRRMP.
Cass. 2^e civ., 13 mars 2014, n° 13-10.161
Cass. 2^e civ., 23 janvier 2014, n° 12-29.420

Date d'effet d'une prise en charge de maladie professionnelle. C'est la date de la première constatation médicale.
Cass. 2^e civ., 19 juin 2014, n° 13-20.191

Faute inexcusable et préjudices indemnisables. La victime a droit à réparation du déficit fonctionnel temporaire, de l'assistance pour tierce personne et du préjudice esthétique temporaire, dès lors que ces préjudices ne sont pas déjà couverts par le livre IV du CSS et à condition que l'affaire n'ait pas été jugée définitivement à la date de publication de la décision du Conseil constitutionnel.
Cass. 2^e civ., 7 mai 2014, n° 12-23.962

Rédigé par Lisiane FRICOTTÉ
Consultante en protection sociale,
Chargée d'enseignement Université
de Marne-la-Vallée

Durée de versement et calcul des IJ. Le versement des indemnités journalières est subordonné à l'incapacité de reprendre le travail. Pour leur calcul, une prime annuelle ne doit être prise en compte que pour la fraction se rapportant à la période d'indemnisation.
Cass. 2^e civ., 23 janvier 2014, n° 12-25.818

Compétence exclusive des juridictions de sécurité sociale. La réparation du préjudice résultant d'un accident du travail imputable à la faute inexcusable de l'employeur relève de la compétence du Tass.
Cass. soc., 11 décembre 2013, n° 12-19.408

Rupture conventionnelle et accident du travail. Sauf fraude ou vice de consentement, une rupture conventionnelle peut être conclue pendant la période de suspension du contrat.
Cass. soc., 30 septembre 2014, n° 13-16.297

Rupture conventionnelle et aptitude avec réserves. Sauf fraude ou vice de consentement, une rupture conventionnelle peut être conclue à l'issue de la période de suspension du contrat avec un salarié reconnu apte avec réserves.
Cass. soc., 28 mai 2014, n° 12-28.082

Impossibilité de reclassement. L'impossibilité de reclassement est établie lorsqu'au sein d'une petite structure, aucun poste n'est disponible, compte tenu soit du niveau de formation de l'intéressé, soit, même avec aménagement, des préconisations du médecin du travail.
Cass. soc., 15 octobre 2014, n° 13-23.099

Reconnaissance d'un accident du travail : importance des réserves sur la procédure d'instruction

La solution

La caisse primaire qui décide de la prise en charge d'un accident assorti d'aucune réserve de la part de l'employeur et ne procède pas à une instruction complémentaire, n'est tenue à aucune communication de dossier à l'employeur.

Cass. 2^e civ., 10 juillet 2014, n° 13-20.820

Ne sont pas recevables les réserves émises par l'employeur et réceptionnées par la caisse le jour même de la décision de prise en charge, l'organisme n'en ayant pas eu connaissance avant sa décision.

Cass. 2^e civ., 18 septembre 2014, n° 13-23.205

La prise en charge d'un accident, décidée sans mesure d'instruction, ne peut être remise en cause par des réserves formulées par l'employeur et portées ultérieurement à la connaissance de la caisse.

Cass. 2^e civ., 18 septembre 2014, n° 13-21.617

Constitue des réserves motivées de la part de l'employeur toute contestation du caractère professionnel de l'accident portant sur les circonstances de temps et de lieu de celui-ci ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail.

Cass. 2^e civ., 23 janvier 2014, n° 12-35.003

Le commentaire

Ces arrêts mettent en évidence les enjeux de la déclaration d'accident du travail, ainsi que l'intérêt, pour l'employeur, d'émettre des réserves motivées. Dès lors que la caisse est en présence de réserves de l'employeur, il en découle une obligation pour elle de prendre des mesures d'instruction et d'informer l'employeur de la décision qu'elle va prendre. En l'absence de réserves, cette obligation s'efface.

DÉLAIS POUR FORMULER DES RÉSERVES

L'employeur a fortement intérêt à formuler ses réserves au moment de la **déclaration de l'accident**. Une fois que la décision est prise par la caisse, il est trop tard. La Caisse primaire a un délai de 30 jours pour statuer sur la prise en charge de l'accident au titre de la législation du travail, mais en l'absence de réserves, elle peut décider très rapidement.

Dans ce cas, elle ne prendra pas en compte les réserves faites **tardivement** : c'est le cas si elles sont reçues **le jour de la décision** ou après (Cass. 2^e civ., 18 septembre 2014, n° 13-23.205 ; Cass. soc., 18 septembre 2014, n° 13-21.617). La prise en charge d'un accident, décidée sans mesure d'instruction, ne peut être remise en cause par des réserves formulées par l'employeur et portées ultérieurement à la connaissance de la caisse.

Reste à l'employeur la possibilité de contester la qualification de l'accident en suivant la procédure de **recours amiable** puis, le cas échéant, la voie **contentieuse**. Mais il ne peut pas reprocher à la caisse primaire un défaut d'information et prétendre que la décision lui est inopposable.

Dans une des affaires ici rapportées (Cass. 2^e civ., 10 juillet 2014, n° 13-20.820), l'employeur avait tenté de soulever l'inopposabilité de la décision au motif qu'il avait demandé à bénéficier du droit de **communication** par la caisse de tout élément médical ou administratif susceptible de lui faire grief avant d'arrêter sa décision. De fait, la caisse avait pris sa décision sans donner suite à cette demande et n'avait procédé à aucune mesure d'instruction.

Comme l'a rappelé la Cour de cassation, une telle application est conforme aux textes puisque la caisse est **libérée de toute obligation d'information**, dans le cas où la décision de prise en charge intervient au vu des renseignements figurant sur la déclaration d'accident du travail.

C'est le cas lorsque l'employeur n'émet **aucune réserve motivée** ou que la caisse estime qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une mesure d'instruction qui prend la forme d'un questionnaire ou d'une enquête. Toutefois l'enquête reste obligatoire en cas de décès (CSS, art. R. 441-11).

DES RÉSERVES MOTIVÉES

Pour être recevables et avoir un effet, les réserves doivent être motivées (CSS, art. R. 441-11). Que faut-il entendre par « réserves motivées » ?

Les réserves doivent porter sur les **circonstances de temps** et de **lieu** de l'accident ou sur une **cause étrangère** au travail.

Cette notion de « réserves motivées » dont les contours ont été initialement définis par la jurisprudence (Cass.

2^e civ., 17 février 2011, n° 10-15.276; Cass. 2^e civ., 10 octobre 2013, n° 12-25.782), apparaît à l'article R. 441-11 du Code de sécurité sociale. L'administration a repris ces précisions dans une circulaire commentant la réforme de la procédure d'instruction introduite par le décret 2009-938 du 29 juillet 2009 (Circ. DSS/2C n° 2009-267, 21 août 2009).

Dans l'arrêt du 23 janvier 2014 commenté, rendu sous l'empire du nouveau décret, les juges ont retenu le caractère motivé des réserves. L'employeur avait déclaré l'accident le 28 janvier 2010, et adressé une lettre à la caisse le 2 février 2010 en indiquant qu'il émettait des réserves dans les termes suivants : « en l'absence de témoin, rien ne prouve que l'accident ait eu lieu au temps et au lieu de travail ». Autre élément mentionné par l'employeur : « la hiérarchie n'a été informée que le lendemain ». La caisse a refusé de considérer ces réserves comme motivées. Mais suite au recours de l'employeur, les juges d'appel, approuvés par la Cour de cassation, ont retenu le caractère motivé des réserves.

L'arrêt apporte une précision intéressante : l'exigence de réserves motivées « ne saurait être interprétée comme imposant à l'employeur de rapporter, à ce stade de la procédure, la preuve de faits de nature à démontrer que l'accident n'a pu se produire au temps et lieu de travail ». La référence à un état pathologique préexistant ne peut, en revanche, caractériser des réserves motivées.

PROCÉDURE EN CAS DE RÉSERVES ET OPPOSABILITÉ D'UNE DÉCISION

Dans le cas où l'employeur a émis des réserves motivées, la caisse communique à la victime ou ses ayants droit et à l'employeur, **au moins 10 jours francs avant** de prendre sa décision, par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception, l'**information** sur les éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief ainsi que sur la possibilité de consulter le dossier (CSS, art. R. 441-14). Les jours francs sont des jours entiers décomptés de 0 à 24 heures. Le **point de départ** du délai est fixé au lendemain du jour de notification. Lorsque le **délaï expire** un samedi, dimanche, un jour férié ou chômé, son terme est reporté de 24 heures (Circ. DSS/2C/2009/267, 21 août 2009; Cass. 2^e civ., 13 mars 2014 n° 13-12.509). Si cette **procédure d'information** n'est pas respectée, l'employeur peut invoquer l'**inopposabilité** de la décision (Cass. 2^e civ., 23 janvier 2014, n° 12-35.003).

En revanche, en l'absence de réserves et d'instruction complémentaire, la caisse n'a pas à suivre cette **procédure d'information**, sans porter atteinte au principe du contradictoire. La décision de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident est alors opposable à l'employeur qui verra des répercussions sur ses cotisations, par application du système de tarification des risques d'accidents du travail.

Reconnaissance d'une maladie professionnelle et avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

La solution

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un des tableaux de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle a été directement causée par le travail habituel.

Cass. 2^e civ., 13 mars 2014, n° 13-10.161

En cas de saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, dont l'avis s'impose à la caisse, l'information du salarié, de ses ayants droit et de l'employeur sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de leur faire grief s'effectue avant la transmission du dossier au CRRMP.

Cass. 2^e civ., 23 janvier 2014, n° 12-29.420

Le commentaire

Dans ces deux affaires, la procédure de reconnaissance de la maladie professionnelle a été effectuée dans le cadre du dispositif particulier applicable lorsque la **maladie** figure dans le **tableau**, mais qu'une ou plusieurs **conditions** ne sont pas remplies. Dans ce cas, le **CRRMP** (comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles) rend un **avis** sur le **lien** existant entre l'activité professionnelle et la maladie.

NÉCESSITÉ D'UN LIEN DE CAUSALITÉ AVEC L'ACTIVITÉ

Comme le rappelle la Cour de cassation dans l'arrêt du 13 mars 2014, si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la **maladie** telle qu'elle est désignée dans un tableau de

maladies professionnelles peut être **reconnue** d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est **directement causée** par le **travail habituel** de la victime (CSS, art. L. 461-1, al. 3). S'il n'est pas nécessaire que le travail habituel soit la cause unique et essentielle de la maladie, qui peut avoir une origine **multifactorielle**, encore faut-il que soit établi le **lien direct** de causalité avec le travail. La **charge de la preuve** incombe à la **victime**, qui ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité qui vaut pour les maladies inscrites dans les tableaux et pour lesquelles toutes les conditions sont remplies. En l'espèce, la cour d'appel avait retenu le caractère professionnel de la maladie **sans** que soit caractérisé le **lien de causalité**, et malgré l'**avis négatif** des comités régionaux (sur la portée de cet avis, v. ci-après). La Cour de cassation a censuré la décision.

TRANSMISSION DU DOSSIER AU CRRMP

Le **dossier** transmis pour avis au CRRMP par la caisse comprend (CSS, art. D. 461-29):

- une **demande motivée** de reconnaissance signée par la **victime** ou ses ayants droit et un **questionnaire** rempli par un médecin choisi par la victime;
- un **avis motivé du médecin du travail** de la ou des entreprises où la victime a été employée, portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition à un risque professionnel dans cette ou ces entreprises;
- un **rapport** circonstancié du ou des **employeurs** de la victime décrivant notamment chaque **poste de travail** détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel;
- le cas échéant, les **conclusions des enquêtes** conduites par les caisses compétentes;
- le rapport établi par les **services du contrôle médical** de la caisse primaire d'assurance-maladie qui comporte, le cas échéant, le rapport d'**évaluation du taux d'incapacité** permanente de la victime.

La caisse doit **aviser la victime** ou ses ayants droit ainsi que l'**employeur** de cette transmission (CSS, art. D. 461-30). Cette **information préalable** permet à l'employeur

de déposer des **observations** qui sont annexées au dossier (CSS, art. D. 461-29, al. 6). Mais pour formuler des observations utiles, l'employeur doit être informé dans le respect de ces règles.

C'est le point soumis à la Cour de cassation et qui donne lieu à l'arrêt du 23 janvier 2014.

En l'espèce, l'**avis du médecin du travail** ne figurait pas dans le dossier constitué par la caisse préalablement à la transmission au CRRMP. Le **dossier** était donc **incomplet**, sans que la caisse ait justifié, comme cela peut être admis (Cass. 2^e civ., 20 juin 2013 n° 12-19.816), d'une impossibilité matérielle d'obtenir l'avis motivé du médecin du travail. Contrairement à ce qu'affirmait la caisse, la Cour de cassation a jugé « qu'en cas de saisine d'un CRRMP, l'**information** du salarié, de ses ayants droit et de l'employeur sur la procédure d'instruction et sur les points susceptibles de leur faire grief s'effectue **avant la transmission du dossier** au CRRMP », et non **pas avant sa décision**. L'avis du médecin du travail ayant été communiqué tardivement, la décision de prise en charge était donc inopposable à l'employeur.

Les hauts magistrats précisent à cette occasion que l'avis du CRRMP **s'impose à la caisse**.

Soulignons que certaines pièces (dont l'avis du médecin du travail) ne sont communicables à la victime ou ses ayants droit et à l'employeur que par l'intermédiaire d'un **praticien désigné** par la victime ou ses ayants droit (CSS, art. D. 461-29).

AUTRE CAS DE SAISINE DU CRRMP

Le comité peut également être saisi lorsque la maladie ne figure **pas dans les tableaux**. Dans ce cas, les conditions sont différentes:

- la maladie doit avoir entraîné le **décès** du salarié ou bien un taux d'incapacité permanente d'au moins 25 %;
- le salarié (ou ses ayants droit) doit prendre l'**initiative** de saisir la caisse d'une demande de reconnaissance d'une maladie sur le fondement de l'article L. 461-1, alinéa 4. Si la caisse constate le décès ou si le taux d'incapacité prévisible est d'au moins 25 %, elle transmet au CRRMP le dossier (comme indiqué ci-dessus).

Reconnaissance d'une maladie professionnelle : date d'effet

La solution

La date de prise en charge d'une maladie au titre de la législation professionnelle est celle de sa première constatation médicale.

Cass. 2^e civ., 19 juin 2014, n° 13-20.191

Le commentaire

Cet arrêt est intéressant à plusieurs titres : il fait référence à une pathologie dont la reconnaissance pourrait prendre de plus en plus d'ampleur avec le dispositif pénibilité au travail. Il rappelle par ailleurs les règles applicables en matière de date de prise en charge de la maladie.

MODALITÉS DE RECONNAISSANCE

Dans cette affaire, la salariée, hôtesse de l'air, a présenté une **déclaration** de maladie professionnelle le **5 juillet 2010**, en raison de « **trouble du rythme circadien** ». Venue en consultation médicale pour cette affection à plusieurs

reprises **dès le 3 janvier 2007**, puis en février, mars et mai 2007, l'intéressée a demandé que la prise en charge soit **rétroactive** à la date du **6 août 2007**, ce que la caisse, puis la commission de recours amiable ont refusé. Dans cette affaire, la procédure de reconnaissance a été menée auprès du CRRMP (comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles) saisi pour avis, les troubles du rythme circadien n'apparaissant pas dans le tableau des maladies professionnelles. La maladie a été **prise en charge** par la caisse au titre de la législation du travail à compter du **6 mai 2010**.

DATE DE PRISE EN CHARGE

Devant les juridictions, l'intéressée a demandé que le **point de départ** de la couverture soit rétroactivement fixé au **3 janvier 2007**.

Elle a obtenu gain de cause d'abord devant la cour d'appel, puis devant la Cour de cassation.

Les juges du fond ont en effet constaté que l'intéressée était venue en consultation dès le **3 janvier 2007** pour des troubles identiques, hypertension, vertiges, myalgies, asthénie marquée accompagnée de troubles du sommeil, ce qui constituait, ont-ils souligné, les **premières constatations médicales** de la maladie diagnostiquée plus tardivement.

Or, comme le rappelle la Cour de cassation, si, aux termes de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale, la date à laquelle la victime est informée par un **certificat médical du lien** entre sa **maladie** et une **activité professionnelle** est assimilée à la **date de l'accident**, la **date de prise en charge** au titre de la législation professionnelle est, en revanche, celle de sa **première constatation médicale**.

On notera que les juges ont rejeté les questions procédurales soulevées par la caisse. Ils ont ainsi estimé

que la demande de fixation de la prise en charge à une date antérieure à la demande initiale ne modifiait pas l'objet du litige. Ce point était soulevé par la caisse du fait que la salariée avait demandé devant la CRA une couverture à compter du 6 août 2007, puis devant les juges, à compter du 3 août 2007. Le litige devant sur la date de prise en charge et non sur la reconnaissance de la maladie, la question de la saisine préalable de la CRA a été écartée.

CONSÉQUENCES DE LA RECONNAISSANCE DE MP

Rappelons que l'**action en reconnaissance** du caractère professionnel d'une maladie peut être engagée dans le **délai de deux ans** à la suite de la date à laquelle la victime ou ses ayants droit ont été **informés du lien possible** entre la maladie et l'activité professionnelle par un certificat médical portant un avis médical sur l'ensemble des éléments (*Cass. 2^e civ., 23 janvier 2014, n° 12-35.327*).

Les conséquences d'une telle reconnaissance sont importantes tant pour la salariée que pour l'employeur. Si le taux d'incapacité permanente est d'au moins 20 % la salariée peut bénéficier d'une **retraite à 60 ans**. Si son taux est au moins égal à 10 %, mais inférieur à 20 % elle peut bénéficier d'une retraite anticipée dès 60 ans, si elle justifie de 17 ans de durée d'exposition aux risques (*CSS, art. L. 351-1-4, D. 351-1-8 à D. 351-1-12*).

Parallèlement à ce dispositif de compensation, l'employeur doit remplir des obligations face à certains facteurs de risques : fiche d'exposition aux risques, **compte prévention pénibilité**.



CONSULTER LE DOCUMENT SUR :
www.liaisons-sociales-quotidien.fr

// Décryptage des mentions des arrêts de la Cour de cassation

- ▶ **F** Formation à trois, dite **formation restreinte**
- ▶ **FS** Formation de **section** composée d'au moins cinq conseillers
- ▶ **FP** Formation **plénière** de chambre
- ▶ **D** Arrêt **diffusé** aux abonnés, banques de données juridiques, revues
- ▶ **P** Arrêt **publié** au bulletin mensuel de la Cour de cassation
- ▶ **B** Arrêt **publié** au bulletin d'information **bimensuel** de la Cour de cassation
- ▶ **R** Arrêt commenté au **rapport annuel** de la Cour de cassation
- ▶ **I** Arrêt mis en ligne sur le site **Internet** de la Cour de cassation

La dénomination P + F (publié et flash) équivaut à la mention P + B qui doit, à terme, la remplacer.

Faute inexcusable : champ et étendue de la réparation

La solution

La victime d'un accident due à la faute inexcusable de l'employeur est en droit d'obtenir réparation du déficit fonctionnel temporaire qui n'est pas réparé par l'attribution, après consolidation, de la rente d'incapacité permanente et de sa majoration.

Ce déficit est distinct tant des souffrances physiques et morales endurées par la victime durant la maladie, que du préjudice d'agrément résultant de l'impossibilité de continuer à pratiquer une activité spécifique, sportive ou de loisirs.

Cass. 2^e civ., 7 mai 2014, n° 12-23962

La victime peut solliciter une indemnisation au titre de l'assistance pour tierce personne et au titre du préjudice esthétique temporaire, lequel est distinct du préjudice esthétique permanent.

Cass. 2^e civ., 7 mai 2014, n° 13-16.204

La victime peut demander réparation des préjudices non couverts par le livre IV du Code de la sécurité sociale, à condition que l'affaire n'ait pas été jugée définitivement à la date de publication de la décision du Conseil constitutionnel.

Cass. 2^e civ., 13 février 2014, n° 13-10.548

Le commentaire

Alors que la rédaction de l'article L. 452-3 du Code de sécurité sociale n'a pas été modifiée malgré la décision du Conseil constitutionnel émettant des réserves sur une partie de cet article (*Déc. n° 2010-8, 18 juin 2010; v. v. Juris. théma. -AT- n° 177 du 14 septembre 2010*), la Cour de cassation poursuit sa construction jurisprudentielle sur la **réparation du préjudice** de la victime de l'accident du travail en cas de **faute inexcusable de l'employeur**. Les enjeux sont très importants pour l'employeur, pour le salarié et pour les caisses qui doivent faire l'avance des sommes.

RÉPARATION DU DÉFICIT FONCTIONNEL TEMPORAIRE

Reprenant une distinction déjà opérée (*Cass. 2^e civ., 4 avril 2012, nos 11-14.311 et 11-14.594*), la Cour de cassation confirme que le **déficit fonctionnel temporaire** n'est pas réparé par l'attribution, après consolidation, de la rente d'incapacité permanente et de sa majoration. La victime peut donc en obtenir **réparation**, ce préjudice n'étant pas couvert.

En revanche, le **déficit fonctionnel permanent** subi par un salarié victime d'un accident et dans l'incapacité d'exercer son métier ou toute autre profession ou bien encore la perte de gains résultant de l'incapacité permanente sont déjà couverts par la rente et sa majoration (*Cass. 2^e civ., 4 avr. 2012, nos 11-10.308 et 11-15.393*).

SOUFFRANCES PHYSIQUES/MORALES, PRÉJUDICE D'AGRÉMENT OU ESTHÉTIQUE

La possibilité de réparation des **souffrances physiques** et **morales** est explicitement mentionnée dans l'article L. 452-3 du Code de sécurité sociale. L'arrêt du 7 mai

2014 (*n° 13-16.204*) distingue la réparation de ce préjudice de celui découlant d'un déficit fonctionnel temporaire. Le **préjudice d'agrément** correspond, quant à lui, à l'impossibilité pour la victime de **s'adonner à une activité spécifique** sportive ou de loisirs (*Cass. 2^e civ., 28 juin 2012, n° 11-16.120*). C'est cette définition que reprend la Cour de cassation, tout en rappelant qu'il est distinct du préjudice résultant d'un déficit fonctionnel temporaire. Dans un précédent arrêt du 28 juin 2013 (*n° 11-21.015*), la Cour de cassation a précisé que le salarié doit justifier qu'il s'adonnait à cette activité avant la maladie. L'arrêt du 7 mai 2014 précise qu'est visée l'**impossibilité de continuer à pratiquer** une activité spécifique sportive ou de loisirs, ce qui suppose bien que le salarié la pratiquait avant.

Le **préjudice esthétique temporaire** peut également être indemnisé de manière autonome. Il est distinct du préjudice esthétique permanent et doit être évalué en considération de son existence avant consolidation de l'état de la victime.

ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE

Était en jeu l'indemnisation au titre de l'assistance personne, **avant consolidation**, c'est-à-dire avant l'attribution d'une rente.

L'indemnisation au titre de l'assistance d'une tierce personne, **après consolidation**, est, quant à elle, prévue dans le Code de sécurité sociale (*CSS, art. L. 434-2, R. 434-3 et D. 434-2*). Elle se traduit par l'octroi d'une **prestation complémentaire** pour recours à tierce personne dont le montant varie en fonction du nombre d'actes ordinaires de la vie que la victime ne peut effectuer seule. Un taux d'incapacité minimale de 80 % est exigé et une liste de dix actes de la vie courante est établie afin de mesurer le montant de prestation. Le mon-

tant mensuel de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est fixé à 541,22 € lorsque la victime ne peut accomplir seule trois ou quatre des dix actes de cette grille, à 1 082,43 € lorsqu'elle ne peut accomplir seule cinq ou six de ces actes et à 1 623,65 € lorsqu'elle ne peut accomplir seule au moins sept de ces actes ou lorsque, en raison de troubles neuropsychiques, son état présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

La distinction entre **indemnisation avant consolidation** (préjudice temporaire) et après consolidation (préjudice définitif) peut conduire à des différences de montant assez conséquentes. Les juridictions fixent le montant de l'indemnisation du préjudice lié à l'assistance d'une tierce personne temporaire en fonction des règles de droit commun, ce qui conduit à appliquer des **montants supérieurs** à ceux applicables au préjudice apprécié au titre de l'assistante à tierce personne au titre de la prestation complémentaire prévue par le Code de sécurité sociale.

Le système est facteur d'inégalités, auxquelles seul le législateur pourrait remédier en élargissant la réparation au titre des accidents du travail vers une réparation intégrale.

APPLICATION DANS LE TEMPS DE LA DÉCISION DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 18 juin 2010, a formulé une **réserve** d'interprétation portant sur la **liste limitative** des préjudices pouvant être couverts en cas de faute inexcusable de l'employeur (*v. Juris. théma. -AT- n° 177 du 14 septembre 2010*). Cette **réserve** s'applique à toutes les **affaires non jugées définitivement** à la **date de publication** de la décision du Conseil. La question posée dans l'affaire soumise à la Cour de cassation est la suivante : des **demandes d'indemnisation complémentaire** du déficit fonctionnel temporaire et de l'aménagement du domicile et du véhicule peuvent-elles être accueillies alors qu'une **décision définitive** est intervenue, **avant la décision du Conseil** constitutionnel ?

La réponse est négative, les hauts magistrats considérant que l'objet du litige a été **irrévocablement tranché** par la décision ayant reconnu la faute inexcusable et en tirant les conséquences en termes de majoration de rente et de réparation.

L'**autorité de chose jugée** empêche que ces nouvelles demandes soient prises en compte.

Indemnités journalières : durée de versement, calcul et assiette

La solution

La victime d'un accident du travail ne peut prétendre au versement des indemnités jusqu'à la date de consolidation des blessures que si elle se trouve, en raison des séquelles de l'accident, dans l'impossibilité de reprendre le travail.

Cass. 2^e civ., 23 janvier 2014, n° 12-25.818

Une prime qui se rapporte à l'ensemble d'une année ne peut être prise en compte dans le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières qu'à concurrence de la fraction de l'année de référence à laquelle elle se rapporte.

Cass. 2^e civ., 10 octobre 2013, n° 12-23.609

Le commentaire

Ces deux arrêts ont trait à la durée de versement, ainsi qu'au calcul des indemnités journalières versées à la victime d'AT-MP pendant la période d'arrêt de travail.

PÉRIODE DE VERSEMENT DES IJ

Dans la première affaire, le **médecin-conseil** de la caisse primaire d'assurance avait considéré que le **repos** du salarié victime d'un accident du travail n'était **plus nécessaire, sans** qu'il soit pour autant reconnu **consolidé**. L'expert médical désigné avait statué dans le même sens. Les indemnités journalières ne lui étant plus versées, le salarié avait réclamé en justice les indemnités jusqu'à la date de consolidation.

Selon l'article L. 433-1 du Code de la sécurité sociale, « une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre

les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, **pendant toute la période d'incapacité de travail** qui **précède** soit la **guérison** complète, soit la **consolidation** de la blessure ou le décès... ».

Faut-il comprendre que l'indemnité est versée nécessairement **jusqu'à la consolidation** ? Non, répond la Cour de cassation qui distingue les notions d'incapacité de travail et de consolidation et conditionne le versement des indemnités à l'**incapacité de travail**. Même si ces deux notions peuvent être liées, elles ne le sont pas nécessairement. Ainsi, en l'espèce, le salarié pouvait, selon les avis médicaux s'imposant à la caisse, reprendre le travail. La **date de consolidation** n'est pas, dans ce cas, une date limite de versement des indemnités. Ce qui prime est l'incapacité de travail.

Si, en principe, la consolidation marque la fin du versement des indemnités journalières, le versement des indemnités **cesse** bien dès lors que la **reprise** du travail peut être **envisagée**.

On notera que la reprise du travail peut entraîner une **appréciation divergente du médecin du travail** qui peut considérer que le salarié n'est pas apte à reprendre son travail ou plus précisément à retrouver son poste. Dans ce cas, il peut déclarer le salarié inapte ou apte avec réserves, alors même que le médecin-conseil ou l'expert médical considère que le salarié n'est plus dans l'incapacité de travailler. Le salarié qui ne peut pas travailler risque de retourner vers son médecin traitant et de se mettre en arrêt de travail pour un motif autre (relevant de la maladie non professionnelle). L'opacité et la complexité des procédures restent entières. La voie ouverte par la Cour de cassation à la rupture conventionnelle pendant ou à l'issue de la période de protection visant les victimes d'accident du travail ne laissera sans doute pas indifférents le salarié et l'employeur lorsque les situations deviennent inextricables et portent préjudice financièrement au salarié et à l'organisation du travail dans l'entreprise (v. page 9).

CALCUL DE L'INDEMNITÉ

Le salarié en arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou une maladie professionnelle perçoit

des indemnités journalières dont le montant est nettement supérieur à celui des indemnités journalières maladie. Ces indemnités sont calculées sur la base du **salaires de référence** que le salarié perçoit avant l'arrêt de travail.

Les mois comprenant des **primes** peuvent donner lieu à des difficultés, les caisses refusant de prendre en compte la totalité de la prime. Soit la prime est mensuelle et elle est intégrée dans la base de calcul des IJ, soit elle est annuelle et dans ce cas elle est proratisée. Ainsi, concernant une **prime annuelle versée en décembre**, la Cour de cassation a considéré dans l'arrêt du 10 octobre 2013 qu'elle devait être prise en compte pour 1/12^e. Notons que lorsque la paye est réglée mensuellement, le salaire de base servant au calcul des indemnités est égal à 1/30 ; 42^e du montant de la dernière paye qui précède l'arrêt de travail (CSS, art. R. 433-4).

On rappellera aussi que quelques ajustements interviennent à partir du **1^{er} janvier 2015** pour déterminer la période de référence. Il est notamment fait référence à la paie du **mois civil précédent l'arrêt** pour les salariés payés au mois, ce qui ne devrait pas modifier les modes de calcul pour ces salariés (D. n° 2014-953 du 20 août 2014). Pour certains salariés ayant des périodicités différentes, les règles sont simplifiées.

Réparation en cas de faute inexcusable : vers une compétence exclusive des juridictions de sécurité sociale ?

La solution

La réparation du préjudice résultant d'un accident du travail imputable à la faute inexcusable de l'employeur relève de la compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Cass soc., 11 décembre 2013, n° 12-19.408

Le commentaire

Cet arrêt pourrait traduire l'un des effets majeurs de la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 (QPC Cons. const., 18 juin 2010, n° 2010-8 ; v. Juris. thème. -AT- n° 177 du 14 septembre 2010) : en élargissant la réparation possible pour les victimes d'accidents du travail ou maladie professionnelle, le Conseil constitutionnel rend, d'une certaine manière, **injustifiés les recours prud'homaux** pour obtenir une meilleure indemnisation.

Depuis un arrêt du 17 mai 2006 (n° 04-47.455), la Cour de cassation admet la recevabilité devant le **conseil des prud'hommes** d'actions visant à obtenir **réparation de la perte d'emploi**. Cette situation se présente lorsqu'un salarié est déclaré inapte au travail suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Pour que le recours soit recevable, il faut que l'accident du travail ou la maladie professionnelle soit imputable à une faute inexcusable de l'employeur. La Cour de cassation a confirmé cette position à plusieurs reprises et admis

aussi la réparation pour la **perte de droits à retraite** (Cass. soc., 26 octobre 2011, n° 10-20.991).

Ces actions complémentaires constituent une exception à un **principe fondateur** : lorsque le salarié est victime d'un AT-MP, **seules les juridictions de la sécurité sociale** sont compétentes pour statuer sur l'**indemnisation** des préjudices dans le cadre de la procédure de reconnaissance de la **faute inexcusable**.

Une autre règle vient interférer : le principe de réparation est forfaitaire, mais en cas de **faute inexcusable**, le salarié peut obtenir une **réparation complémentaire** (CSS, art. L. 451-1 et L. 452-3).

C'est précisément sur ce point que le **Conseil constitutionnel** a rendu une décision : s'il a déclaré conforme le principe de la réparation forfaitaire, il a en revanche émis des **réserves** sur la limitation de la réparation en cas de faute inexcusable et l'**énumération limitative des préjudices** pouvant être réparés en cas de faute inexcusable. Il en découle que le salarié peut demander

réparation de préjudices non réparés au titre la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles « devant les **juridictions du contentieux général de la sécurité sociale** », comme le mentionne le Conseil constitutionnel dans sa décision.

Cette évolution semble expliquer le changement amorcé par la Cour de cassation vers une **compétence exclusive** des juridictions de sécurité sociale.

Toutefois, il convient d'attendre d'autres décisions pour apprécier s'il s'agit d'un réel revirement. En effet, dans l'affaire qui lui était soumise, le salarié avait saisi la juridiction de sécurité sociale et demandait au **juge prud'homal de surseoir à statuer** dans l'attente de cette décision. Notons qu'en l'absence de faute inexcusable, il est clair que le juge prud'homal est incompétent (*v. en ce sens, Cass. 2^e civ., 30 septembre 2010, n° 09-41.451*). Des interrogations subsistent : en effet, s'il se confirme que le contentieux est regroupé auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale, la réparation de la perte d'emploi sera-t-elle effectivement prise en compte par les juges dans le cadre du contentieux d'indemnisation de la faute inexcusable ? À ce jour, la liste des préjudices

réparés est établie au fil de l'eau : par exemple, les conséquences du déficit fonctionnel permanent (et notamment la perte de revenu) sont considérées comme déjà couverts par la rente et sa majoration et donc ne peuvent faire l'objet d'une réparation spécifique.

Qu'en sera-t-il de la perte d'emploi ou de la perte des droits à retraite ? Sera-t-elle considérée comme une perte de revenus et dans ce cas, englobé dans les préjudices déjà couverts ou sera-t-elle considérée comme un préjudice non couvert ? Il serait temps que le législateur se saisisse du dossier et fixe – enfin – de manière plus claire les règles applicables.

Restent, en tout état de cause, de la compétence des **prud'hommes**, les **litiges relatifs à la rupture**, notamment ceux relatifs au constat d'inaptitude, à l'obligation de reclassement, au respect de la procédure, ainsi qu'aux manquements à l'obligation de sécurité non liés à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

 **CONSULTER LE DOCUMENT SUR :**
www.liaisons-sociales-quotidien.fr

Rupture conventionnelle et accident du travail

La solution

Sauf fraude ou vice de consentement, une rupture conventionnelle peut être valablement conclue au cours de la période de suspension consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Cass. soc., 30 septembre 2014, n° 13-16.297

Est valable, en l'absence de fraude ou de vice du consentement, la rupture conventionnelle conclue avec un salarié victime d'un accident du travail ayant été déclaré apte avec réserves.

Cass. soc., 28 mai 2014, n° 12-28.082

Le commentaire

Ces deux arrêts viennent préciser les règles applicables à la rupture conventionnelle conclue avec un salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. La **protection spécifique** qui lui est applicable **n'empêche pas** la conclusion de **rupture conventionnelle** (sous certaines conditions).

PENDANT LA PÉRIODE DE SUSPENSION

Le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficie d'une protection : durant la période de suspension, il ne peut pas être licencié, sauf faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat pour un motif non lié à l'accident ou la maladie (*C. trav., art. L. 1226-9*).

Dans une circulaire n° 2009-04 du 17 mars 2009, la DGT avait **écarté** toute possibilité de **rupture conventionnelle** « dans le cas où la rupture du contrat de travail est rigoureusement encadrée durant certaines périodes de suspension du contrat (par exemple [...] pendant l'arrêt

imputable à un **accident du travail** ou une maladie professionnelle en vertu de l'article L. 1226-9, etc.) ». Cette position était dans la ligne de la jurisprudence considérant comme **nulle la rupture d'un commun accord** au cours d'une période protégée (*Cass. soc., 4 janvier 2000, n° 97-44.566*).

Mais dans l'arrêt du 30 septembre dernier, la Cour de cassation s'est **refusé** à étendre le champ de **l'interdiction** à la **rupture conventionnelle** homologuée, estimant que la protection visée à l'article L. 1226-9 ne concerne que la rupture unilatérale. Une RC peut donc être **valablement conclue au cours de la période de suspension** du contrat consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

La validité de la rupture est cependant subordonnée à **l'absence de fraude** ou de **vice du consentement**. Il appartient aux juges d'établir au cas par cas les situations de fraude. Pour l'employeur, une grande prudence est à observer. Il est important de marquer un temps de réflexion pour ne pas risquer de voir invoquer la volonté d'échapper à des obligations en matière de

reclassement ou la fragilité du salarié. L'employeur doit pouvoir démontrer qu'il n'a pas cherché à détourner ses obligations et qu'il n'a pas fait pression sur le salarié.

Soulignons le contexte dans lequel a été rendu l'arrêt: le salarié n'était plus en arrêt de travail et avait **repris son activité**, mais n'avait **pas encore passé de visite de reprise**. Or, c'est la visite de reprise qui met fin à la période de suspension. Les juges auraient-ils eu la même analyse en cas de RC pendant un arrêt de travail? D'autres décisions devraient permettre de clarifier ce point.

APRÈS LA PÉRIODE DE SUSPENSION

Dans l'affaire jugée le 28 mai 2014, une salariée qui, après un arrêt maladie pour accident du travail, avait été déclarée **apte avec réserves** et avait repris le travail, avait trois mois plus tard, conclu une **rupture conventionnelle**,

homologuée par l'administration. Par la suite, elle avait invoqué devant les prud'hommes la **volonté de l'employeur d'évincer** les dispositions sur le **reclassement**. Mais au vu des éléments rapportés, les juges ont décidé qu'il n'y a **pas eu fraude** et, en l'absence de vice du consentement, ils ont **validé la RCH**.

La question de la rupture conventionnelle pour un **salarié reconnu inapte** devrait être tranchée par la Cour de cassation. Devant les juges du fond, la fraude a notamment été retenue pour une **RCH conclue entre la première et deuxième visite** (CA Poitiers, 28 mars 2012, n° 10/02441). La rupture conventionnelle produit les effets d'un licenciement nul si l'employeur cherche, par sa conclusion, à se soustraire à ses obligations légales et notamment à son obligation de reclassement. Or, la rupture avait été conclue juste avant la deuxième visite.

 **CONSULTER LE DOCUMENT SUR :**
www.liaisons-sociales-quotidien.fr

Inaptitude d'un salarié victime d'un accident du travail : portée de l'obligation de reclassement

La solution

L'impossibilité de reclassement est établie lorsqu'au sein d'une petite structure, aucun poste n'est disponible, compte tenu soit du niveau de formation de l'intéressé, soit, même avec aménagement, des préconisations du médecin du travail.

Cass. soc., 15 octobre 2014, n° 13-23.099

Le commentaire

Lorsqu'un salarié est déclaré **inapte à tout emploi** par le médecin du travail, cela ne dispense pas l'employeur d'établir l'impossibilité de **reclassement**, étant rappelé qu'il doit recourir si besoin à la mise en œuvre de **mesures** telles que mutations, transformations de postes ou aménagements de temps de travail (C. trav., art. L. 1226-10). En cas de contentieux, les juges procèdent à un examen des éléments pour savoir si l'employeur a procédé à des recherches sérieuses et effectives en vue du reclassement du salarié.

UNE CONJONCTION D'ÉLÉMENTS

Dans l'affaire ayant donné lieu du 15 octobre 2014, le salarié avait été déclaré inapte à la suite de deux examens médicaux, le **décalage** entre le second **examen** médical et la **constatation** par l'employeur de l'**impossibilité de reclassement** étant de **5 jours**: examen en date du 3 février et impossibilité de reclassement le 8 février. Ce délai suffisait-il à faire douter du **caractère effectif et sérieux des recherches**? Non, répond la Cour de cassation, qui considère que l'on ne pouvait déduire nécessairement un manquement de l'employeur du délai écoulé entre le second examen et le courrier adressé au salarié pour faire connaître au salarié par

écrit les motifs qui s'opposent au reclassement (C. trav., art. L. 1226-12).

La jurisprudence a déjà statué sur la brièveté du délai s'écoulant entre le second examen médical et la constatation de l'impossibilité de reclassement.

Il est admis que la brièveté du délai entre l'avis d'inaptitude et l'engagement de la procédure de licenciement **peut caractériser l'absence de tentative sérieuse** (Cass. soc., 30 avril 2009, n° 07-43.219). C'est aussi le cas lorsque l'employeur n'attend pas les réponses aux courriers qu'il envoie pour rechercher un reclassement.

Mais en l'espèce, il s'agissait d'une **petite structure** et d'une filiale à **faible effectif** (5 salariés). Ce qui constitue un élément important pour apprécier si l'employeur remplit son obligation de recherches de reclassement.

UNE PROCÉDURE EXIGEANTE

La procédure applicable pour voir reconnaître l'inaptitude comporte des éléments particuliers lorsqu'il s'agit d'une inaptitude suite à accident du travail ou maladie professionnelle.

Outre les règles « habituelles » relatives aux visites médicales (en principe deux, et par exception, une seule) et à l'obligation de faire des recherches de reclassement,

l'employeur doit **notifier par écrit les motifs qui s'opposent au reclassement** (*C. trav., art. L. 1226-12*). Précisément, dans l'affaire commentée, que la lettre envoyée par l'employeur le 8 février avait pour but de répondre à cette obligation.

Le salarié n'a été convoqué à l'entretien que plusieurs jours après. Il a été licencié le 24 février. C'est sans doute ce délai qui a permis d'écarter toute volonté de précipitation.

Autre point particulier à la procédure de reclassement consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle : l'employeur doit prendre l'**avis des délégués du personnel**. Pour justifier de la non-consultation des DP, l'employeur doit produire un procès-verbal de carence (*Cass. soc., 19 février 2014, n° 12-23.577*).

Les enjeux d'indemnisation sont importants en cas de **non-respect des obligations** :

– si l'employeur n'a pas respecté son obligation de faire connaître par **écrit les motifs** qui s'opposent au reclassement du salarié, des **dommages et intérêts** sont attribués : les juges ne sont pas limités, pour l'évaluation du

préjudice, par le plafonnement à un mois de salaire, prévu en cas d'irrégularité de procédure (*Cass. soc., 28 mai 2014, n° 13-11.868*);

– si l'employeur n'a **pas satisfait à l'obligation de reclassement**, et ne justifie donc pas de l'impossibilité de reclassement du salarié, ce dernier est susceptible de demander sa réintégration ou de prétendre à une indemnité spéciale (*C. trav., art. L. 1226-14*) ainsi qu'à une indemnité au moins égale à 12 mois de salaire (*C. trav., art. L. 1226-15*);

– en cas d'**irrégularité de procédure** (non-consultation des délégués du personnel) une indemnité qui ne peut être inférieure à **12 mois de salaire** est due. L'omission de la formalité de consultation des délégués du personnel et la méconnaissance par l'employeur des dispositions sur le reclassement ne sont sanctionnées que par une seule et même indemnité (*Cass. soc., 15 octobre 2014, n° 13-16.773*).



CONSULTER LE DOCUMENT SUR :
www.liaisons-sociales-quotidien.fr

Accident du travail – Présomption

Tentative de suicide au domicile de la salariée

La présomption d'imputabilité est écartée dans le cas d'une salariée qui fait une tentative de suicide à son domicile.

CA Limoges, 20 janvier 2014, n° 13-00321

Cet arrêt est une illustration des difficultés et conflits qui peuvent naître à l'occasion d'accidents de travail : des tensions dans l'organisation du travail, mêlées à la fragilité de l'un des collègues, peuvent conduire à des situations délicates. Les juges décident, dans cette affaire, que **rien ne permet d'affirmer que la tentative de suicide** de la salariée survenue à son domicile après un entretien en vue de définir les modalités d'une rupture de son contrat de travail, ait un **lien de causalité avec les conditions de travail**.

La salariée souffrait de **douleurs** lombaires, dorsales et cervicales, **sans lien avec son activité professionnelle**, et qui ont entraîné des arrêts de travail. Le médecin du travail délivre un avis d'**aptitude à la reprise**. À l'issue d'un entretien avec le gérant de la société dans laquelle elle travaille, la salariée rentre à son domicile et fait une **tentative de suicide**. Lors de sa reprise, le médecin du travail rend un avis d'incapacité provisoire puis définitive. La salariée saisit le conseil des prud'hommes pour faire constater l'accident du travail et l'origine professionnelle de l'incapacité, qui serait due, selon elle, à un harcèlement moral. La société est condamnée et fait appel. Entre-temps, la plainte pour harcèlement moral déposée par de la salariée, a été classée sans suite. La salariée persiste dans sa demande à faire reconnaître l'accident du travail et demande les indemnités dues pour licenciement sans cause réelle et sérieuse.

Du fait que la tentative de suicide ne s'est pas produite au temps et au lieu de travail, les **juges écartent la présomption d'imputabilité**, en tenant compte également de l'**avis du médecin** chargé de donner un avis sur l'origine professionnelle. Ce dernier considère que la salariée peut présenter une « **personnalité névrotique non décompensée à ce jour** ».

La preuve d'une relation entre l'affection psychologique qui a provoqué la tentative de suicide et les conditions de travail n'est pas rapportée, estiment les juges d'appel. Seules les explications de la salariée sont mentionnées sur la fiche d'incapacité et **aucun témoignage** recueilli lors de l'enquête ne permet de dire que l'irritation provoquée par les arrêts maladie se serait manifestée par des propos agressifs et blessants de l'employeur. Celui-ci souligne également que la salariée a adressé une **déclaration d'AT** à la CPAM postérieurement à son licenciement. L'organisme a **refusé la prise en charge** en l'**absence de lien de causalité** entre la pathologie dont relevait la tentative de suicide et les conditions de travail. Il est surprenant que le conseil des prud'hommes soit revenu sur ce point, le tribunal compétent pour statuer étant alors le tribunal des affaires de sécurité sociale (après saisine de la commission de recours amiable).

Sur la question de l'obligation de reclassement, la société justifie de la recherche de solution d'adaptation du poste de la salariée et de l'impossibilité de reclassement.

Maladies professionnelles – Reconnaissance

Changement de qualification

La salariée déboutée de ses demandes de reconnaissance de maladies professionnelles ne peut changer de qualification en cours d'instance et faire valoir l'accident du travail.

Cass. 2^e civ., 9 octobre 2014, n° 13-20.669

La victime d'une maladie prise en charge au titre de l'un des tableaux de maladies professionnelles peut, tant que la décision de la caisse n'est pas devenue définitive, demander le changement de qualification au regard des tableaux, dès lors qu'elle a intérêt à agir.

Cass. 2^e civ., 18 septembre 2014, n° 13-14.650

Dans la première affaire, la Cour de cassation rejette le pourvoi d'une salariée qui alors qu'elle n'avait **pas fait de demande** de prise en charge au titre d'un **accident** du travail devant la **Commission de recours amiable**, l'avait évoqué devant la **cour d'appel**. Les règles du contentieux général de sécurité sociale imposent de respecter chaque étape : décision de la caisse primaire, recours devant la commission amiable puis saisine des juridictions. Les **demandes** de prise en charge au titre d'un accident du travail et au titre de maladie professionnelle étant **distinctes**, elles **ne peuvent se substituer en cours de procédure**.

Dans la seconde affaire, le salarié avait demandé la **reconnaissance de sa maladie**. La caisse a pris en charge l'affection concernée et le décès du salarié au titre du **tableau n° 6** (affection provoquée par les rayonnements ionisants) mais sa veuve demande un changement de qualification au titre du **tableau n° 30 bis** (affection liée à l'exposition à l'amiante).

L'intérêt à agir était établi compte tenu de l'étendue de la réparation lorsque l'affection est liée à l'exposition à l'amiante et à ses dérivés (notamment possibilité de saisir le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante).

Tant que la **décision** de l'organisme, régulièrement notifiée, ne revêt pas un caractère **définitif**, ce **changement est possible**. Soulignons que parallèlement l'organisme doit informer l'employeur qu'il va instruire le dossier sur le fondement d'un tableau distinct de celui qui a été mentionné dans la déclaration initiale (Cass. 2^e civ., 17 septembre 2009, n° 08-18.703; Cass. 2^e civ., 5 avril 2012, n° 10-28.484). À défaut, la décision est inopposable.

Surdité en lien avec le travail

Le caractère professionnel de la maladie peut être combattu par la preuve que celle-ci a une cause totalement étrangère au travail. La **présomption d'imputabilité** s'applique quelle que soit l'importance des bruits auxquels a été exposé le salarié dès lors que ces bruits figurent sur la liste du tableau 42 des maladies professionnelles.

Cass. 2^e civ., 13 mars 2014, n° 13-13.663

Dans cette affaire, l'employeur avait contesté la prise en charge de la maladie au titre du **tableau 42** relatif à l'atteinte auditive provoquée par des bruits lésionnels. Les juges du fond avaient considéré que le **casque anti-**

bruit porté en permanence par le salarié avait réduit le niveau sonore réellement ressenti à un niveau de **décibels de 52**, ce qui était inférieur à un seuil d'alerte émanant d'un rapport produit par la société et fixé à 85 décibels. Ils en avaient déduit que la surdité avait une cause étrangère au travail.

Cette décision est censurée par la Cour de cassation, car la **faible intensité** du niveau sonore d'exposition **ne prouve pas** que le travail n'a joué **aucun rôle** dans l'apparition de la surdité du salarié.

Faire porter un casque n'aurait donc pas de conséquence sur le caractère professionnel de la maladie qui figure au tableau. En revanche, cela devrait permettre à l'employeur de justifier qu'il a pris les mesures nécessaires pour préserver le salarié du danger et par là même écarter la faute inexcusable. Sinon, on serait en droit de se demander à quoi serviraient les efforts de prévention.

Procédure – Manquements de la caisse

Inopposabilité de la décision – Employeurs pouvant s'en prévaloir

L'obligation d'information qui incombe à la caisse ne concerne que la victime, ses ayants droit et la personne physique ou morale qui a la qualité d'employeur actuel ou de dernier employeur de la victime.

Cass. 2^e civ., 6 novembre 2014, n° 13-20.510

Le ou les précédents employeurs de la victime d'une affection prise en charge au titre de la législation professionnelle peuvent se prévaloir, aux fins d'inopposabilité à leur égard de la décision de la caisse, des manquements de celle-ci à l'égard du dernier employeur.

Cass. 2^e civ., 10 juillet 2014, n° 13-13.739

Le contentieux de l'inopposabilité ne tarit pas malgré les évolutions de textes.

La première espèce a trait à l'obligation pour la caisse, conformément à l'article R. 441-11-II du Code de la sécurité sociale, d'envoyer le **double de la déclaration** de maladie professionnelle à « l'employeur à qui la décision est susceptible de faire **grief** ». La Cour de cassation précise que le destinataire est la personne physique ou morale qui a la qualité d'**employeur actuel** ou de **dernier employeur** de la victime.

Dans le deuxième arrêt, elle énonce que **le ou les précédents employeurs** de la victime d'une affection prise en charge au titre de la législation professionnelle peuvent se prévaloir, aux fins d'inopposabilité à leur 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** (dans le même sens v. Cass. 2^e civ., 19 décembre 2013, n° 12-25.661).

Ces litiges s'inscrivent dans le cadre d'action en reconnaissance de faute inexcusable.

L'enjeu est important puisque le but est d'éviter l'impact sur les cotisations et la récupération des sommes.

Toutefois, la loi de financement de sécurité sociale pour 2014 a **limité les effets d'une décision d'inopposabilité** en créant l'article L. 452-3-1 du Code de sécurité sociale. Selon celui-ci, **quelles que soient les condi-**

tions 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. Ces dispositions sont applicables aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur introduites devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2013.

Réparation/indemnisation

Réparation du préjudice d'anxiété des victimes de l'amiante

La déclaration de la maladie professionnelle et le contentieux auquel elle peut donner lieu devant la juridiction de sécurité sociale ne privent pas le salarié 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.

Cass. soc., 2 avril 2014, nos 12-29.825 et 12-28.616 à 12-28.630

Cass. soc., 28 mai 2014, nos 12-12.949, 12-12.950 et 12-12.951

Alors que la compétence judiciaire en matière de réparation des accidents du travail et maladies professionnelles pourrait se recentrer autour des juridictions de sécurité sociale (v. page 8), des particularités subsistent concernant le **préjudice d'anxiété** pour les bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'**amiante (Acaata)**.

Les salariés qui ont été exposés à l'amiante et qui perçoivent l'Acaata – sans avoir déclaré souffrir d'une maladie professionnelle liée à l'amiante – peuvent exercer une action devant les **prud'hommes** pour demander réparation de leur **préjudice spécifique d'anxiété**, lié à l'inquiétude permanente face au risque d'être atteint à tout moment d'une maladie liée à l'amiante.

Même lorsque la **maladie** professionnelle se déclenche, le **préjudice d'anxiété** ne disparaît pas pour la **période antérieure** à la maladie, précise la Cour de cassation dans ces arrêts.

Le préjudice d'anxiété intègre les **troubles psychologiques**, y compris le bouleversement des conditions d'existence (Cass. soc., 25 septembre 2013, nos 12-20.157 et 11-20.948). En revanche la réparation du **préjudice économique** n'est pas recevable (Cass. soc., 11 mai 2010, n° 09-42.241).

Base de calcul de l'Acaata

En l'absence d'exigence d'une condition d'affiliation au régime général, les salaires versés pendant une période d'expatriation et ayant donné lieu à cotisations à la caisse des Français de l'étranger ne sont pas exclus de la base de calcul de l'Acaata.

Cass. ass. plén., 20 décembre 2013, n° 12-24.706

Le montant de l'allocation amiante est déterminé sur la base d'un salaire de référence fixé d'après les rémunérations brutes soumises à cotisations et égal à leur moyenne mensuelle actualisée des **12 derniers mois** d'activité. Cet arrêt précise que les **périodes d'expatriation** sont à prendre en compte.

Accidents de la circulation

Ne méconnaît pas le principe d'égalité devant la loi, ni celui de la responsabilité et n'est contraire à aucun droit ou liberté que la Constitution garantit, le dispositif prévoyant l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 1985 aux seuls cas dans lesquels l'accident du travail constituant un accident de la circulation survient sur une voie ouverte à la circulation publique.

CA Aix-en-Provence, 4 septembre 2014, n° 2014/389

En principe, aucune action en réparation des accidents et maladies professionnels ne peut être exercée, conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit (CSS, art. L. 451-1). Mais des exceptions existent, parmi lesquelles la réparation en cas d'accident survenant sur une voie ouverte à la circulation publique et impliquant un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime (CSS, art. L. 455-1-1). En l'espèce, l'accident était survenu dans un parking de dépôt de bus. Les conditions de mise en œuvre du recours n'étaient donc pas remplies.

Prestations des ayants droit

Âge limite de versement aux enfants

En cas de décès d'un salarié à la suite d'un accident du travail, les enfants du défunt ont droit à une rente jusqu'à l'âge de 20 ans. Cette limite d'âge ne peut pas être repoussée selon la situation des enfants

Cass. 2^e civ., 19 juin 2014, n° 13-18.467

Le problème d'interprétation soumis à la Cour de cassation provient de la rédaction de l'article R. 434-15 du Code de sécurité sociale combiné avec celle de L. 434-10. L'article L. 434-10 indique que : « Les enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ont droit à une rente jusqu'à un âge limite. Cette limite d'âge peut être relevée pour les enfants qui sont placés en apprentissage, qui poursuivent leurs études, qui sont à la recherche d'une première activité professionnelle et inscrits comme demandeurs d'emploi, ou qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ». Mais l'article R. 434-15 fixe un âge limite à 20 ans. En l'espèce, la fille d'un salarié décédé d'un accident du travail demandait la poursuite du versement de la rente au-delà de 20 ans au motif qu'elle était étudiante. Refus de la Cour de cassation selon qui l'âge de 20 ans est un âge limite qui ne peut être relevé.

Rupture du contrat

Rupture anticipée du CDD

Est nulle la rupture anticipée d'un CDD pendant la période de suspension du contrat, en l'absence de faute grave du salarié ou de cas de force majeure.

Cass. soc., 15 octobre 2014, n° 13-18.582

L'article L. 1226-18 du Code du travail interdit à l'employeur de rompre le contrat d'un salarié victime d'un accident ou d'une maladie professionnelle, titulaire

d'un CDD, au cours des périodes de suspension du contrat sauf s'il justifie soit d'une faute grave de l'intéressé, soit d'un cas de force majeure.

En l'espèce, les juges étaient en présence d'un CDD saisonnier, conclu sans terme précis mais avec une durée minimale (C. trav., art. L. 1242-7). La rupture était intervenue à l'expiration de la durée minimale, alors que l'objet pour lequel le CDD avait été conclu, à savoir l'accroissement temporaire d'activité pour la durée de la saison, n'était pas réalisé. La Cour de cassation a rappelé qu'il ne pouvait être mis fin au CDD d'un travailleur saisonnier, victime d'un accident du travail, qu'en cas de faute grave ou de cas de force majeure, ce qui n'était pas rapporté en l'espèce. La rupture était donc nulle.

Absence de faute grave en l'absence de visite de reprise

En l'absence de visite de reprise, le licenciement d'un salarié ne peut se fonder sur une cause réelle et sérieuse. À défaut de faute grave, le licenciement est nul.

Cass. soc., 15 octobre 2014, n° 13-14.969

Cet arrêt montre une fois de plus l'importance de procéder à une visite de reprise dès le retour du salarié, pour mettre fin à la période de suspension du contrat. À défaut, le salarié victime d'un accident du travail bénéficie de la protection applicable pendant la période de suspension et il ne peut être licencié que pour faute grave ou impossibilité de maintenir le contrat pour un motif étranger à l'accident (C. trav., art. L. 1226-9 et s.). En l'espèce, le salarié qui avait repris le travail sans visite de reprise, avait été licencié en raison d'une altercation avec son supérieur hiérarchique. Les juges n'ayant pas retenu la faute grave, le licenciement a été considéré comme nul.

Cotisations AT-MP

Délai de prescription en cas d'indu

Lorsque l'indu résulte d'une décision administrative ou judiciaire, le délai de prescription de l'action en restitution des cotisations ne peut commencer à courir avant la naissance de l'obligation de remboursement découlant de cette décision.

Cass. 2^e civ., 10 juillet 2014, n° 13-25.985

Cette décision devrait mettre un terme aux difficultés rencontrées pour les employeurs pour obtenir le remboursement des cotisations d'AT, notamment lorsqu'au final, la qualification d'accident du travail n'est pas retenue. Cette solution ne vise que le remboursement des cotisations AT-MP

Notons que l'employeur qui conteste la qualification d'accident du travail ou de maladie professionnelle doit impérativement respecter le délai de recours : à savoir deux mois à partir de la décision de la CPAM.

Rappelons par ailleurs que la LFSS pour 2015 modifie l'article L. 243-6 et précise que lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une Carsat (caisse de retraite et de santé au travail) en matière de taux de cotisations, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés.