

GUIDE AT/MP

Les clés pour gérer les AT/MP
en toute sérénité



INTRODUCTION

Selon les données nationales, 9 sinistres sur 10 sont reconnus !

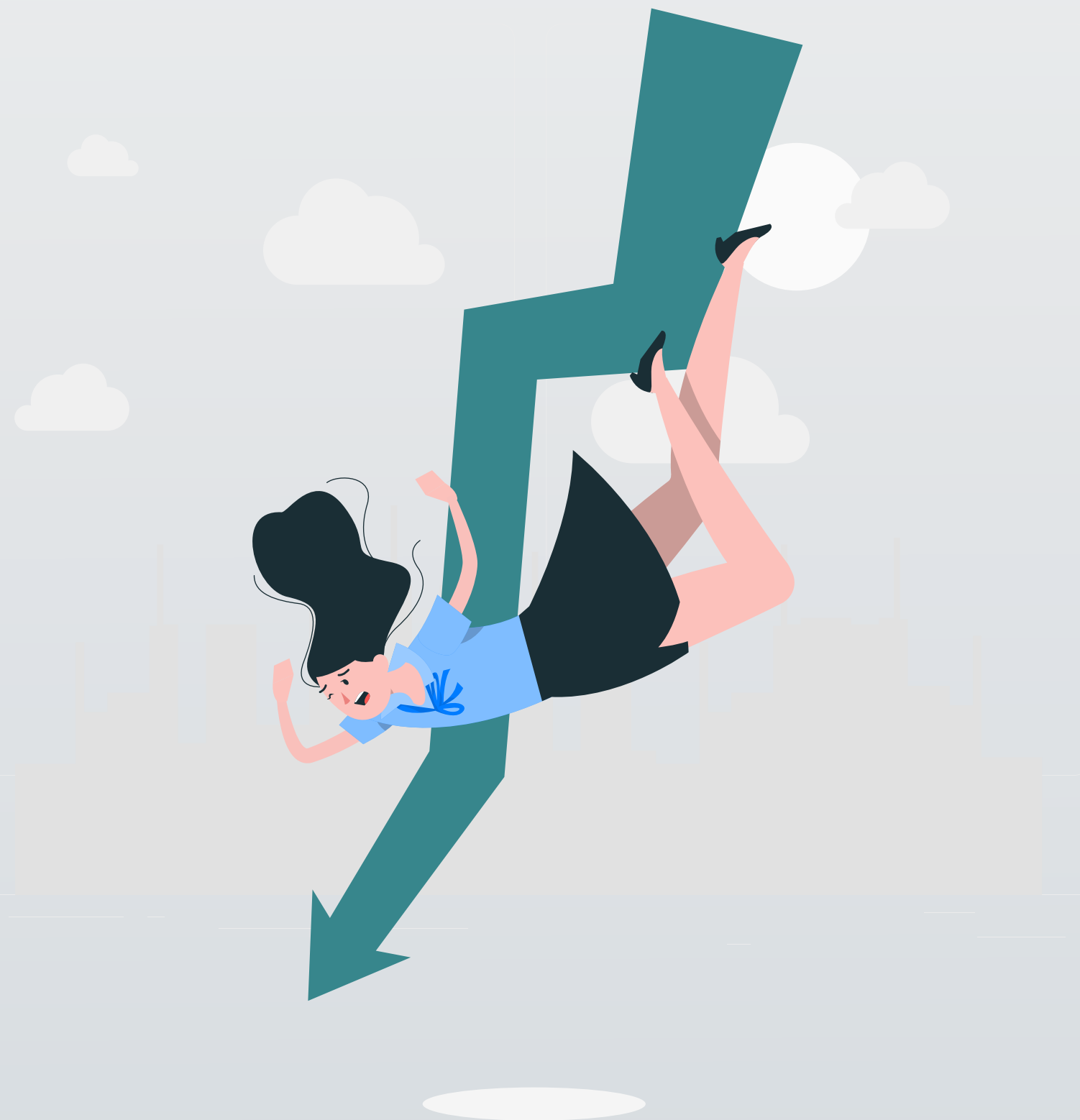
Les chiffres de la sinistralité sont impressionnants : En 2021, le nombre de sinistres avec arrêt et/ou incapacité atteint les 741 241 ! (Incluant les accidents du travail, les trajets et les maladies professionnelles).

La recrudescence de ces sinistres s'accompagne d'un autre constat tout aussi alarmant : une nette hausse des demandes d'arrêts de travail, d'inaptitudes et de restrictions médicales...

Placés au cœur des problématiques de santé au travail au sein des entreprises, nous avons constaté un changement considérable dans le comportement des salariés, des médecins traitants, des médecins du travail et des médecins de la Caisse primaire.

Ces nouvelles problématiques nous ont conduit à devoir imaginer une offre d'accompagnement transversale destinées à gérer l'ensemble des problématiques de santé au travail avec une vision 360° et ce, afin de :

Eviter ou limiter les conséquences financières et sociales pour l'entreprise





TYPES D'IMPACT

1 - Impact direct sur ses cotisations

En effet, chaque sinistre déclaré et reconnu par la caisse primaire d'assurance maladie va être inscrit sur le compte employeur de l'entreprise et impacter son taux de cotisation.

A titre d'exemple, dans la branche d'activité des industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie (CTN E), le coût moyen d'un accident du travail ayant entraîné plus de 150 jours d'arrêts est de 40 793 € en 2024. Dans le cas d'une incapacité permanente supérieure à 40%, le coût moyen atteint 728 203 €.

2 - Absence du salarié victime

Au-delà de la perturbation qu'engendre une absence dans l'activité de l'entreprise, celle-ci doit pourvoir au remplacement du salarié ce qui représente des coûts supplémentaires non négligeables.

Selon les branches d'activités et les conventions collectives, l'entreprise doit également maintenir le salaire durant l'arrêt, et combler la différence entre l'IJSS de la CPAM et le salaire. Au demeurant, le salarié continue de cumuler son ancienneté et ses congés payés !

3 - Inaptitude d'origine professionnelle

Rester inactif sur les AT/MP, c'est supporter les lourds impacts financiers liés aux inaptitudes d'origine professionnelle. Les salariés ont désormais parfaitement conscience des indemnités supplémentaires qu'ils peuvent aller chercher en obtenant une inaptitude.

4 - Restrictions médicales

« **Instrumentaliser** » la médecine du travail pour parvenir à ses fins : c'est malheureusement un constat réel que beaucoup d'entreprise déplorent. Déjouer une clause de mobilité, obtenir un télétravail forcé, s'opposer à un changement de missions... Ces pratiques sont désormais courantes.

5 - Faute inexcusable

La reconnaissance d'un AT/MP ouvre un accès à la faute inexcusable laquelle peut vous exposer à d'importantes condamnations financières. Une nouvelle tendance à d'ailleurs vu le jour : le triptyque des recours : 1. Reconnaissance de l'AT-MP 2. Reconnaissance de la FI 3. Contestation du licenciement pour inaptitude fautive

Il s'agit de trois recours exercés simultanément qui peuvent exposer l'entreprise à des condamnations financières particulièrement importantes.

Le 1er risque en santé au travail étant celui de la reconnaissance du caractère professionnel d'un sinistre, les entreprises doivent avoir une parfaite maîtrise de la procédure d'investigation de la CPAM.

En effet, pour réduire les risques liés aux AT/MP, l'entreprise doit :

a Être efficace pendant l'instruction du dossier

Contester si possible, éviter les pièges de la CPAM et les actions qui pourraient freiner un futur contentieux, et tenter d'obtenir un refus de prise en charge.

b En cas d'échec, contester la décision opposable de la CPAM en contentieux

Utiliser les moyens offerts par le dossier pour agir efficacement et tenter d'obtenir une inopposabilité ou une réduction du coût AT/MP.

La procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles peut être source de complexité : délais à respecter, démarches à effectuer, réserves à motiver, pièges à éviter, l'employeur peut vite se retrouver dépassé.

Les enjeux sont si importants et conséquents qu'à l'heure actuelle, l'entreprise n'a pas d'autres choix que de se former pour une efficacité optimale lors de ses interactions avec la CPAM.

Ainsi, ce guide vous permettra de mieux appréhender cette procédure afin de participer efficacement à la réduction de votre taux AT/MP et des conséquences plus globales que ces sinistres peuvent avoir sur votre entreprise.

Le travail de notre cabinet est de vous accompagner aussi bien pendant la **phase 1** précontentieuse que la **phase 2** du contentieux.

A jour de l'actualité jurisprudentielle, nos équipes, spécialistes en la matière, ont une connaissance parfaite et minutieuse de chaque étape de la procédure de reconnaissance des AT/MP et de toutes les stratégies possibles qu'offre le contentieux.

S'engager avec notre cabinet, c'est garantir la réduction considérable, des conséquences financières qu'engendre votre taux AT.

Et pour une optimisation maximale, bénéficiez de l'accompagnement **Santé au travail à 360°** (absentéisme, inaptitude de complaisance, restrictions médicales injustifiées, RPS...) : Une équipe dédiée et un seul interlocuteur pour toute vos problématiques de santé au travail !

LA BRANCHE AT/MP, EXCÉDENTAIRE EN 2022

Bien que les prestations sociales aient augmenté de 5,9% en 2022. La branche AT/MP est soldée par un résultat excédentaire de 1,6 M€. Les charges sont en hausse de 4%, quant aux recettes elles sont en hausse de 6%.

On peut souligner un total de 72 millions de journées non travaillées en 2022 liées aux AT/MP. Cela équivaut à plus de 300 000 emplois à taux plein.

DES SINISTRES MOINS FRÉQUENTS MAIS DES DÉPENSES À LA HAUSSES

En 2022, les indemnités journalières ont représenté 4,1 Mds€ avec une évolution de 6,3% en comparaison avec l'année 2021. Le nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles n'est guère constant.





Toutefois, on peut relever une légère diminution des sinistres sur l'année 2022. Mais cette diminution, qui peut être réjouissante et synonyme de réussite de l'action de prévention des risques professionnels, cache l'augmentation des dépenses relatives à l'incapacité temporaire.

On constate que depuis 2018 et pour chaque année, les dépenses sont en croissance constante, quand bien même la différence entre une année et la suivante a tendance à diminuer et notamment pour les années 2019-2020-2021. Mais là encore, le ralentissement des dépenses entre ces années peut s'expliquer par la crise du Covid 19 puisque l'exposition aux risques professionnels était nettement diminuée.

En 2022, les dépenses liées à l'indemnité journalière (IJSS) ont augmenté de presque un milliard d'euros par rapport à l'année 2018 alors qu'ont été déclarés, 60 062 sinistres de moins qu'en 2018. En allant plus loin, le montant moyen d'indemnité journalière par sinistre était de 3 062 € en 2018 et a augmenté, progressivement chaque année, pour arriver à 4158 € en 2022, soit une augmentation de plus de 1100 euros. Cela peut s'expliquer notamment par l'augmentation annuelle voire biannuelle du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) qui augmente naturellement le montant des indemnités journalières plafonnées à 1,8 fois le SMIC et aussi par l'augmentation du salaire moyen.

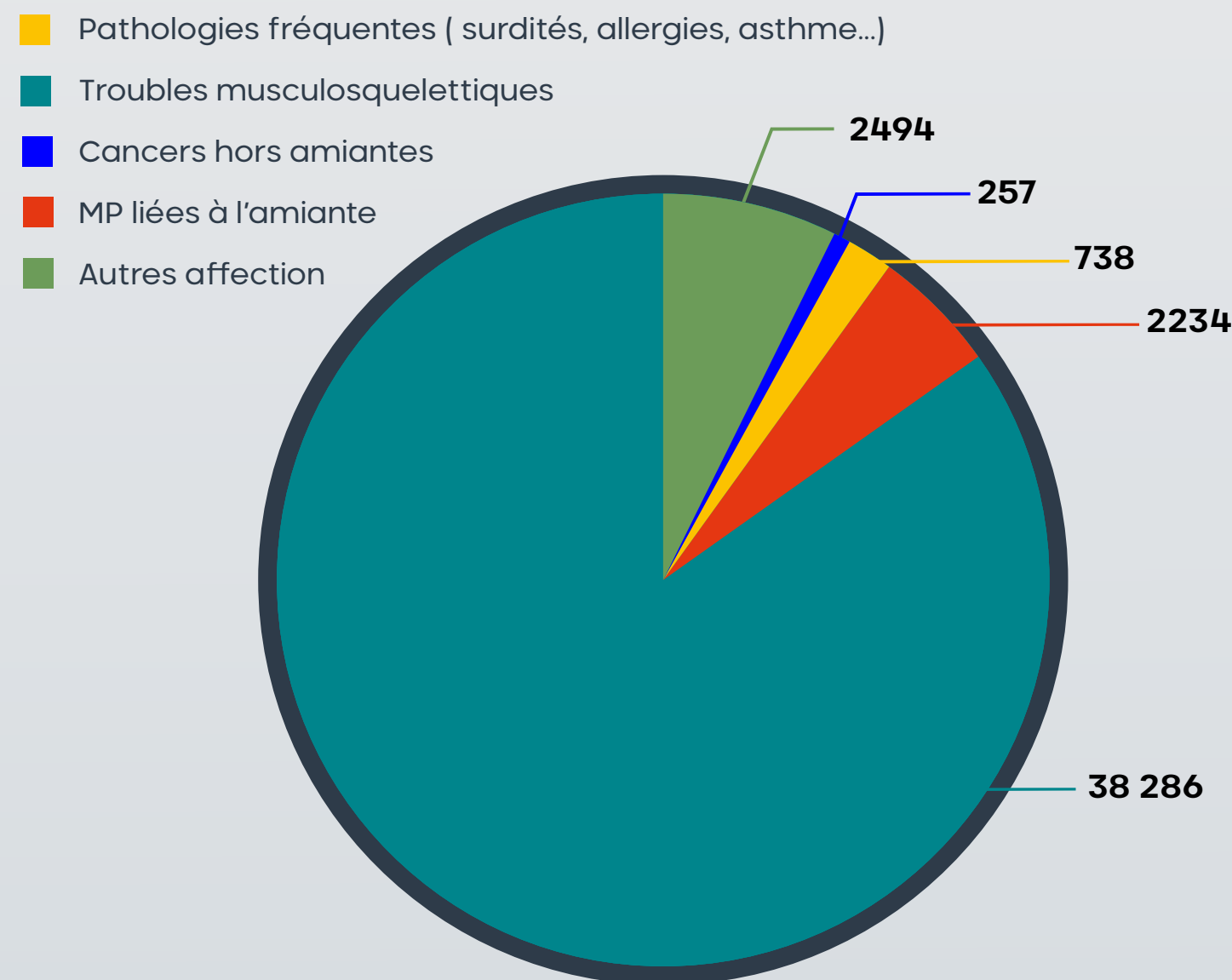
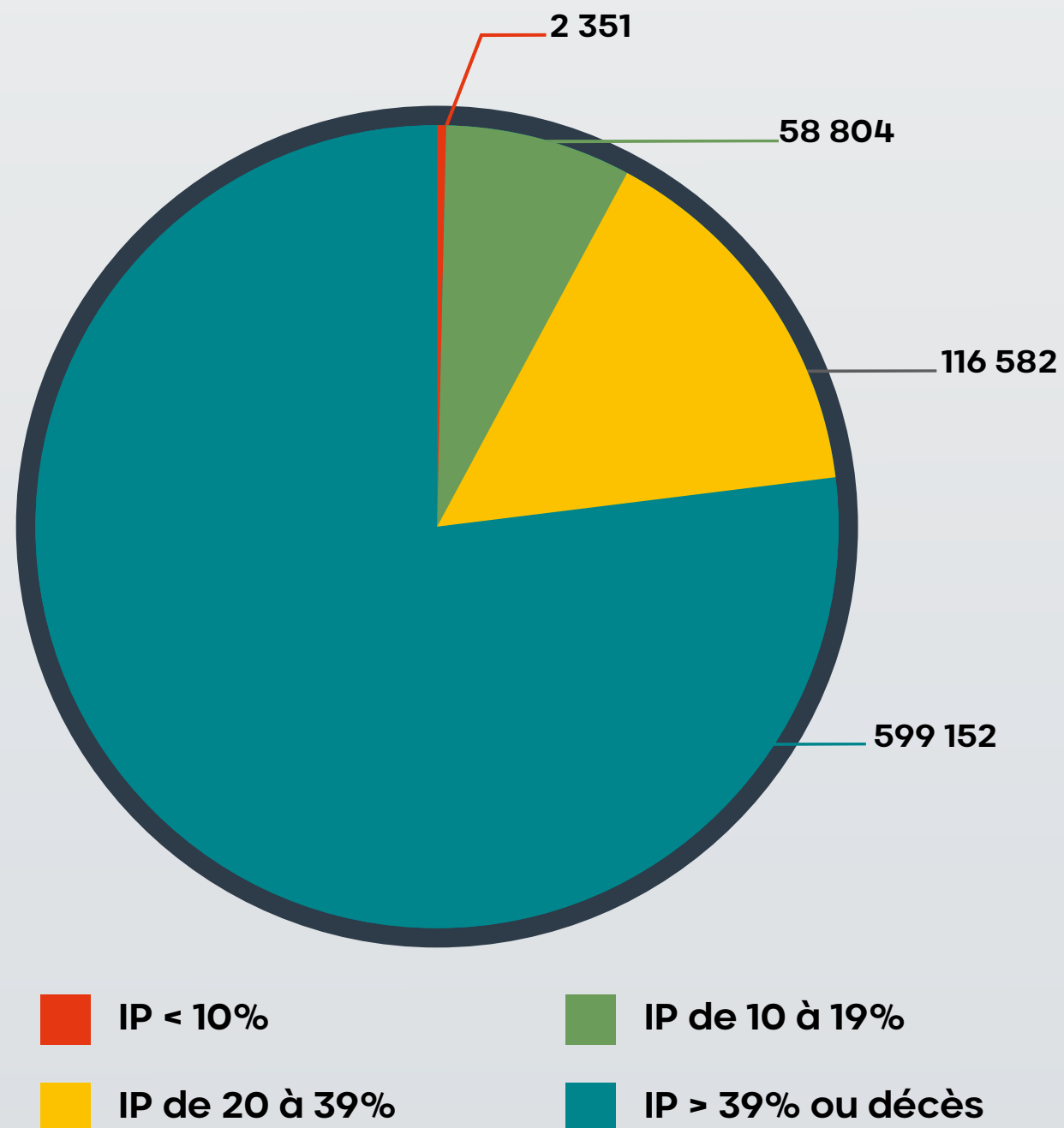
LES CATÉGORIES IT / IP

Les accidents du travail sont classés en **6 catégories** d'incapacité temporaire (IT) et **4 catégories** pour les incapacités permanentes (IP).

Les principales pathologies reconnues comme maladies professionnelles en 2022

En 2022, le nombre de maladies professionnelles reconnues a diminué de plus de 3000 cas.

Ce graphique vous permet de prendre connaissance des pathologies les plus reconnues comme maladies professionnelles en 2022.



On constate que le montant moyen lié à un arrêt de plus de 150 jours ainsi que celui des IP supérieur à 39% sont excessivement supérieurs aux autres catégories, faisant ainsi la source principale de dépense.

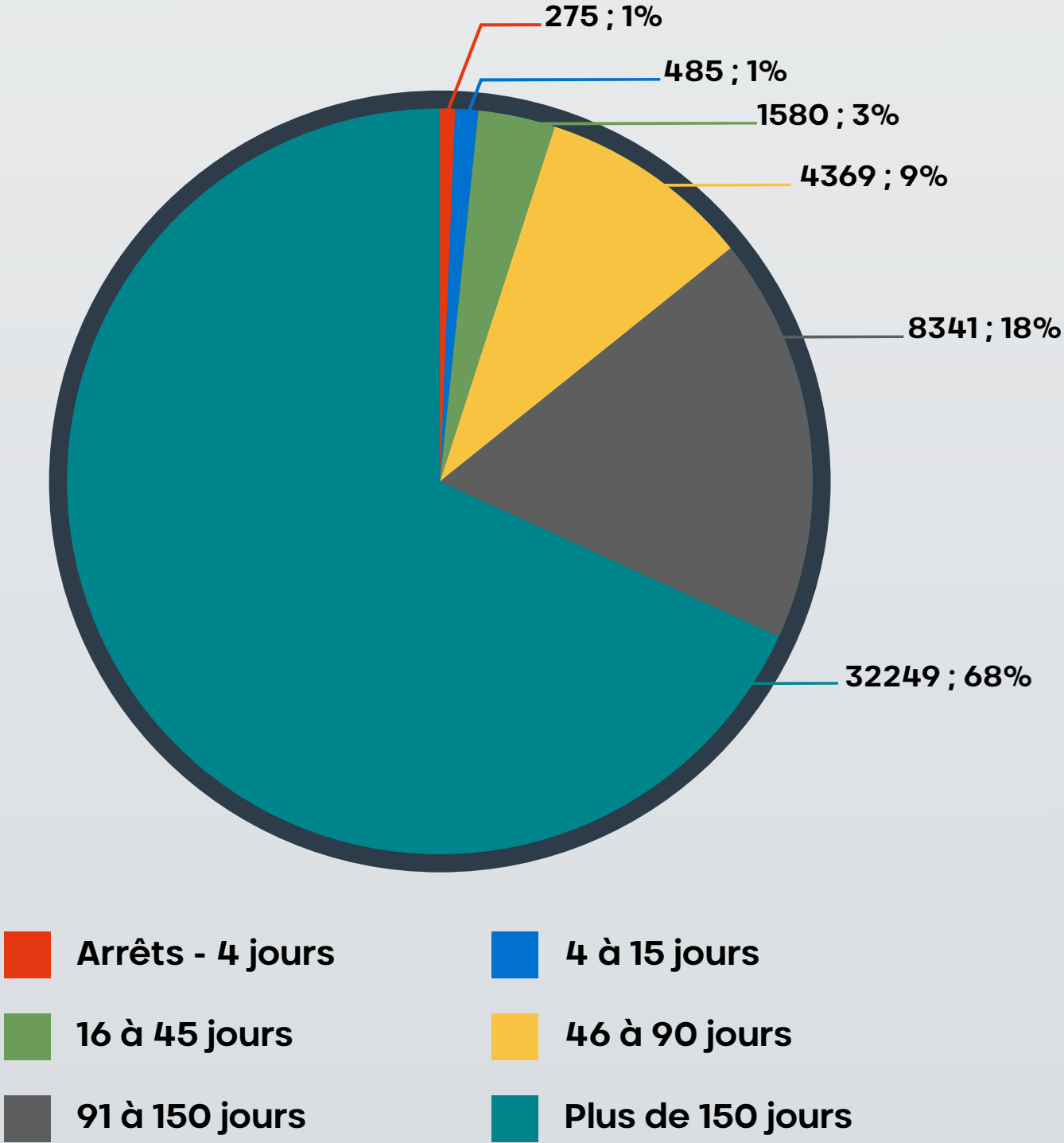
Pour les incapacités temporaires (IT) :



Pour les incapacités permanentes (IP) :



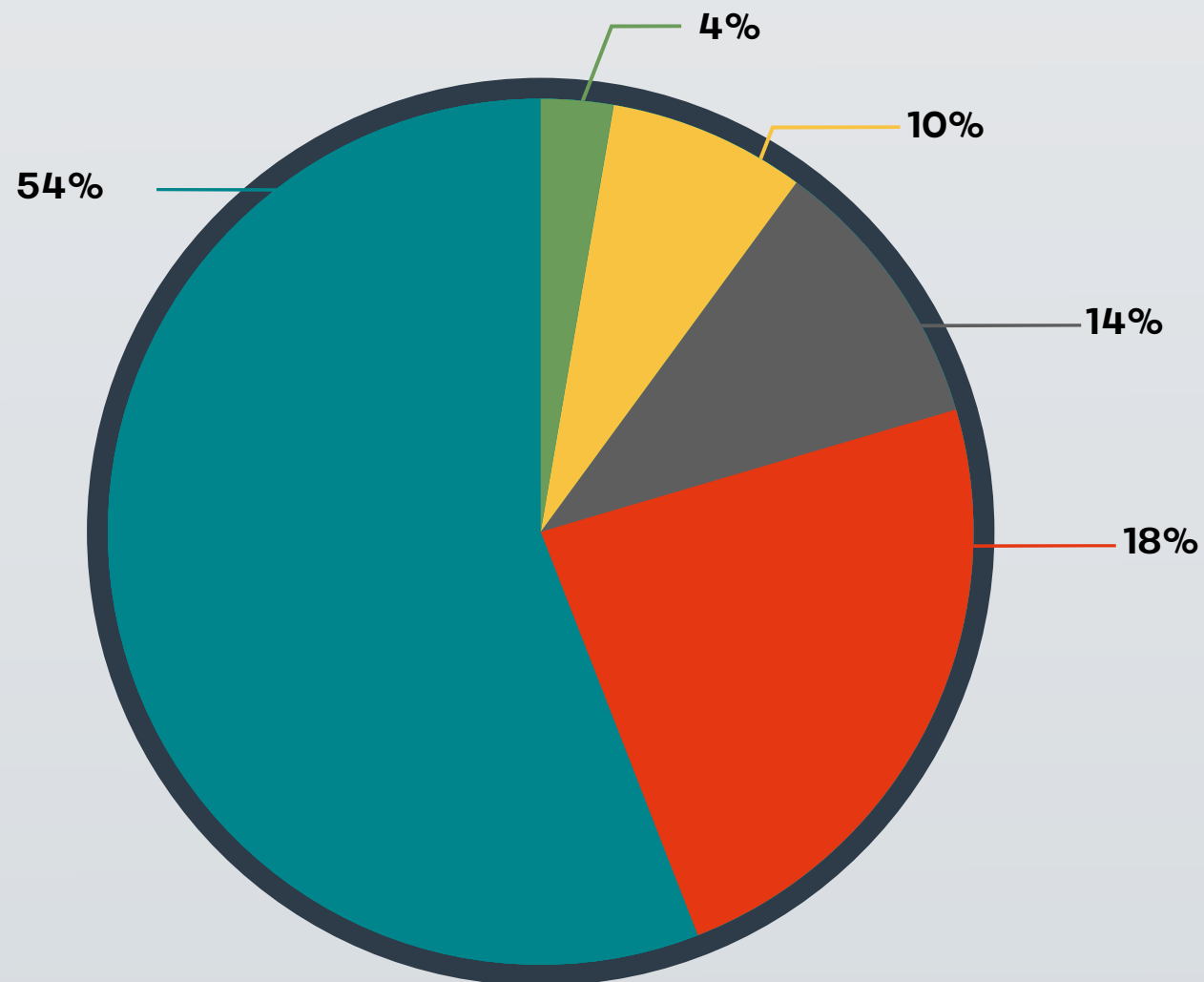
Les coûts moyens tous CTN confondus en € pour 2023



On peut souligner que dans la catégorie « **autres affections** », 1814 maladies professionnelles relèvent de maladies psychiques. En effet, une hausse de ces maladies est relevée en 2022. On parle notamment des dépressions (+17%), des troubles anxieux (+14%) ou encore des stress post-traumatiques (+11%).

Les risques psychosociaux sont eux pris en charge au titre des accidents du travail et concerne environ 12 000 sinistres par an.

Les risques les plus courant des AT en 2022 ayant entraîné au moins 4 jours d'arrêts.



- Manutentions manuelle
- Chutes de hauteur
- Agressions (dont animaux)
- Chutes de plain-pied
- Outillage de main

La manutention manuelle est à l'origine de la moitié des AT de plus de 4 jours. Concernant les risques de chutes de hauteur et de plain-pied, ils concernent plus du quart des AT. Enfin, l'outillage à main représente 10% des AT.

L'employeur doit donc porter une particulière attention à ces risques qui sont la conséquence de nombreux accidents du travail de plus de 4 jours et travailler sans cesse sur la prévention, la santé et la sécurité de ses salariés.



Accompagnement gestion AT/MP

Comment gérer la procédure de reconnaissance des accidents du travail ?

Ce guide vous transmet des instructions claires sur les démarches administratives à suivre et les documents nécessaires à soumettre aux autorités compétentes.

Qu'est-ce qu'un accident du travail (AT) ?

Un accident du travail est un accident, qu'elle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Cette définition législative a été affinée par la jurisprudence. En effet, l'évènement ayant conduit à l'accident doit être soudain et imprévu. Enfin, l'accident doit avoir causé une lésion corporelle ou psychique.

Dès lors que l'accident est survenu au temps et au lieu de travail, le salarié bénéficie d'une présomption d'imputabilité. Il appartient alors à l'employeur d'apporter la preuve que l'accident n'est pas d'origine professionnelle. Notamment en émettant des réserves visant à remettre en cause la réalité du fait accidentel.

C'est l'employeur qui a l'obligation de déclarer l'accident auprès de la CPAM.



Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle (MP) ?

La maladie est présumée professionnelle dès lors qu'elle est désignée dans un tableau des maladies professionnelles et contractées dans les conditions définies par le même tableau.

A la différence de l'accident du travail, la maladie professionnelle ne revêt pas de caractère soudain. En effet, cette dernière est le résultat d'un processus d'exposition sur le long terme. Une maladie hors tableau peut également être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel du salarié.

La déclaration incombe au salarié.

1 La déclaration d'accident du travail

La première étape de la procédure de reconnaissance d'un accident du travail est celle de la déclaration d'accident du travail. Cette étape comprend plusieurs formalités incombant à la victime et à l'employeur.

Les formalités incombant à la victime :

En cas de survenance d'un accident du travail, la victime doit déclarer cet accident à son employeur ou son préposé dans la journée ou au plus tard dans les 24 heures .

Le non-respect du délai pour le salarié emporte la perte de la présomption d'imputabilité. L'absence de cette présomption d'imputabilité permet de faciliter la contestation de la matérialité de l'accident.



Les formalités incombant à l'employeur :

Dès que l'employeur a connaissance de cet accident, il dispose d'un délai de 48 heures pour remplir le formulaire Cerfa DAT N°14463 via Net-entreprises.fr. Les dimanches et jours fériés sont exclus du délai.

Bien que l'article évoque le terme « réception », c'est bien la date d'envoi de la DAT qui compte réellement.

A noter que l'attestation de salaire doit être envoyée en même temps que la DAT ou lors de l'arrêt de travail si le salarié est arrêté postérieurement à l'AT .

Coup de pouce RK

Le samedi compte ! un accident du jeudi doit être déclaré vendredi au plus tard si vos bureaux sont fermés le samedi.

2 L'émission de réserves motivées

Pour contester la matérialité de l'accident du travail, l'employeur peut émettre des réserves :

Si l'employeur a envoyé la DAT, il dispose d'un délai de 10 jours francs à compter de la date d'envoi de sa déclaration pour adresser ses réserves à la CPAM.

Si la déclaration émane du salarié, l'employeur dispose également d'un délai de 10 jours francs mais cette fois-ci, à compter de la réception du double de la DAT envoyé par la CPAM.

Notion de jours francs et computation des délais.

Lorsque l'on parle de jours francs, cela signifie que l'on dénombre tous les jours de la semaine, y compris les samedis, dimanches et jours fériés.

Toutefois, si la fin du délai de 10 jours tombe un samedi, dimanche ou un jour férié, le délai est reporté au jour ouvrable suivant.

De plus, selon les règles législatives et la jurisprudence constante, le délai en jours francs court à compter du lendemain de l'action (envoi de la DAT) ou de la réception de la DAT.

L'envoi des réserves doit se faire par tout moyen conférant date certaine.

Coup de pouce RK

Privilégiez l'envoi des réserves par LRAR, c'est un moyen sûr de prouver la bonne réception par la CPAM et à une date précise – moyen incontestable

Prenons un exemple :

Je suis employeur et j'établis une DAT le mercredi 3 avril 2024. Le délai court donc à compter du jeudi 4 avril 2024. Je dispose alors de 10 jours francs. La fin du délai est donc le samedi 13 avril 2024. Or, le dernier jour étant un samedi, la fin du délai est reporté au jour ouvrable suivant, soit le lundi 15 avril 2024.

L'importance du délai

L'employeur doit être attentif à ce délai.

En effet, si la CPAM envoie une décision de prise en charge pendant ce délai, alors le Tribunal constatera le non-respect du contradictoire et sanctionnera en prononçant l'inopposabilité de l'accident du travail à l'employeur.

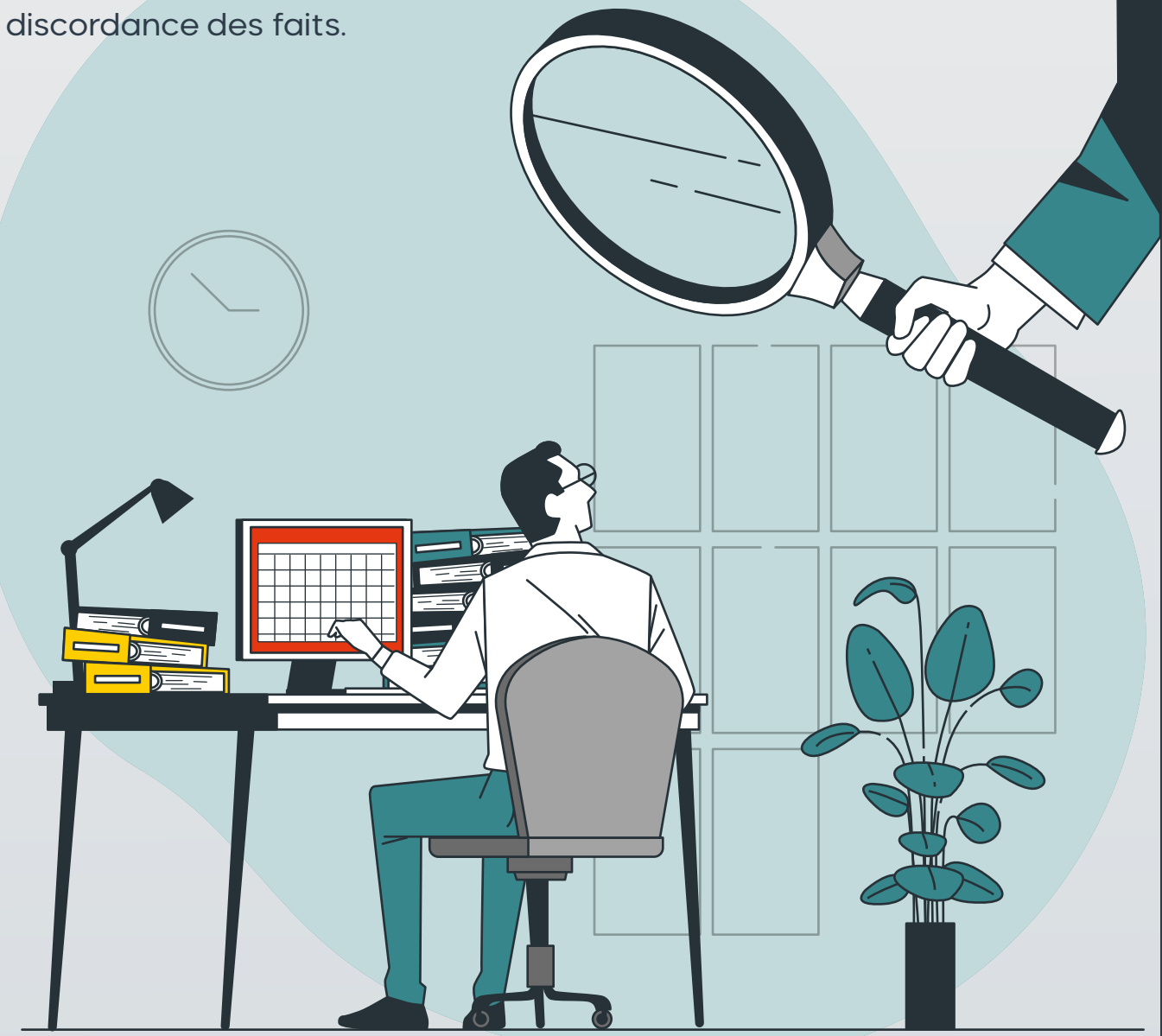
De même, si la CPAM décide de prendre en charge sans investigation alors même qu'elle avait connaissance des réserves émises par l'employeur, la sanction sera la même. En effet, la CPAM a l'obligation de mener une enquête dès lors que l'employeur a émis des réserves.

La teneur des réserves

Les réserves doivent être motivées. Il n'y a pas de définition légale de cette notion. Toutefois, les réserves doivent porter sur le caractère professionnel de l'accident et notamment sur la matérialité. Plus précisément, les réserves doivent avoir pour effet de remettre en cause la réalité du fait accidentel déclaré.

Quelques exemples :

- L'absence de témoin
- La présence d'un état pathologique antérieur connu.
- Une discordance des faits.





3 Les obligations de la CPAM

A réception de la DAT et du CMI, la CPAM dispose de trois options dans un délai de 30 jours :

- **Option 1** : Une prise en charge implicite - malheureusement très fréquente
- **Option 2** : Un refus de prise en charge : bien trop rare
- **Option 3** : Une ouverture d'investigation : en présence de réserves motivée ou lorsque la caisse estime l'enquête nécessaire.

A noter que l'investigation est obligatoire en cas de décès.

4 Le déroulement des investigations

La caisse dispose d'un total de 90 jours francs, à compter de la réception de la DAT et du CMI, pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident.

Le fameux courrier des dates clés :

La caisse doit informer l'employeur des dates d'ouverture et de clôture de la période au cours de laquelle ils peuvent consulter le dossier. La caisse doit le faire au plus tard 10 jours francs avant le début de la période de consultation.

En pratique, la Caisse adresse ce courrier des dates clés en tout début de procédure afin de permettre à l'employeur de connaître le rythme de la procédure.

Gros bémol

Le courrier des dates clés n'informe en réalité pas l'employeur de la date de la fin de l'investigation puisque la Caisse utilise le terme « au plus tard ». L'employeur n'a donc pas réellement connaissance de la date de fin de l'investigation !

Par ailleurs, en pratique toujours, il faut s'assurer que la caisse ait bien respecté les délais et notamment celui de la phase de consultation passive. En effet, bien qu'il ne soit plus possible pour l'employeur d'émettre des observations, la caisse a tendance à considérer que cette phase est inutile et à prendre en charge dès la fin de la consultation active. Or, selon la circulaire 28/2019, ce délai permet à la caisse de tenir compte des observations faites durant la phase de consultation active. Il s'agit donc d'une garantie du contradictoire qui doit nécessairement être respectée.

L'envoi des questionnaires :

A l'ouverture de l'investigation, la Caisse doit, dans le délai des 30 jours francs, adresser un questionnaire à l'employeur ainsi qu'à la victime.

L'employeur dispose ensuite d'un délai de 20 jours pour renvoyer le questionnaire complété à la caisse. Si la CPAM ne reçoit pas ce questionnaire, elle devient légitime à statuer sur le dossier sans les observations de la partie silencieuse.

Coup de pouce RK

Cette étape est très importante car vos propos peuvent vous desservir s'ils ne sont pas maîtrisés stratégiquement.

5 La fin des investigations

Lorsque la caisse a terminé ses investigations ou au plus tard dans le délai de 70 jours francs à compter de la réception de la DAT et du CMI, la caisse doit mettre le dossier à disposition de l'employeur et de la victime.

Les parties disposent d'un délai de 10 jours francs, à compter de cette mise à disposition du dossier, pour examiner les pièces et émettre des observations. On parle d'**une consultation active** (consulter / commenter).

Coup de pouce RK

ne ratez pas cette étape capitale ! L'analyse des pièces et les observations stratégiques influencent considérablement le futur contentieux. Mais certains commentaires ne sont pas judicieux ! Prudence !

A la fin de cette consultation active, l'employeur peut toujours consulter le dossier, durant un nouveau délai de 10 jours francs, mais ne peut plus commenter. On parle d'une consultation passive.

Coup de pouce RK

Coup de pouce RK : des captures d'écran pour prouver l'accès ineffectif ou l'incomplétude de votre dossier sont indispensables !

6 Le contenu du dossier mis à disposition

L'article R 441-14 CSS prévoit le contenu du dossier médical. Celui doit comprendre :

- La DAT ou DMP
- Les divers certificats médicaux détenus par la caisse
- Les constats faits par la caisse
- Les informations de chaque partie communiquée à la Caisse
- Les éléments communiqués par la caisse régionale ou tout autre organisme.

Le fort du contentieux repose sur l'absence des certificats médicaux. En effet, il arrive régulièrement que la caisse ne transmette que le certificat médical initial et non les certificats médicaux de prolongation considérant que seul le CMI a participé à la prise de décision. Toutefois, les certificats de prolongation établis avant la décision de prise en charge constituent un élément indispensable à la préservation des droits de la défense de l'entreprise.

La jurisprudence reste encore indécise sur le sujet. Certains tribunaux vont déclarer l'inopposabilité pour non-respect du contradictoire quand d'autres

vont confirmer la décision de prise en charge. Un positionnement est attendu de la Cour de cassation et une interprétation stricte des textes seraient la bienvenue

Comment gérer la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles ?

1 La procédure de reconnaissance d'une MP

A la différence de la déclaration du travail effectuée par l'employeur, la déclaration de la maladie professionnelle doit être remplie par le salarié.

L'ouverture de la procédure débute à compter de la réception de la DMP, du CMI et des résultats d'examen complémentaire le cas échéant. La caisse dispose alors d'un délai de 120 jours pour statuer (contre 90 jours pour l'AT).

La caisse doit alors envoyer un double de la DMP et du CMI à l'employeur mais aussi au médecin du travail.

Elle a l'obligation d'ouvrir une enquête, et adresse alors le fameux courrier des dates clés dont on ne peut que déplorer le caractère très hypothétique de la date de fin de clôture de l'instruction.

Un questionnaire est adressé dans les mêmes conditions que l'AT.

Toutefois, l'employeur dispose cette fois-ci de 30 jours (contre 20 jours pour l'AT) pour répondre et retourner le questionnaire.

Coup de pouce RK

l'instruction MP contient plus de pièges que celle de l'AT. Il faut donc doubler de vigilance dans la rédaction de vos réponses. Affirmer sans savoir, c'est engager l'entreprise sur la base d'un doute !

A éviter :

- ✗ Affirmer un temps et un geste postural sans rapport ergonomique
- ✗ Les entretiens téléphoniques surprises des agents de la Caisse (demande qu'on vous adresse un courriel)
- ✗ L'envoi d'une floppé d'éléments qui pourraient vous desservir....

Enfin, l'employeur dispose également d'un délai de 10 jours francs pour une consultation active (consulter / commenter) et 10 jours francs pour une consultation passive (consulter).

Coup de pouce RK

comme pour l'AT, la consultation active est très importante : elle vous permet de récupérer tout le dossier, de prendre connaissance des réponses du salarié, et de pouvoir rétablir la vérité par des commentaires en réponse. Mais attention au contenu de vos commentaires !

Dès la fin des investigations, la caisse peut décider de

- Prendre en charge la maladie professionnelle,
- Refuser la prise en charge,
- Saisir le CRRMP.

2 La saisine du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)

Lorsque la CPAM décide de saisir le CRRMP, elle informe les parties et dispose d'un nouveau délai de 120 jours. C'est un nouveau courrier des dates clés qui vous est adressé afin de cadencer cette nouvelle étape.

Coup de pouce RK

de nombreuses actions stratégiques peuvent être mises en place dès cet instant pour obtenir des refus de pris en charge ou préparer le futur contentieux.

La caisse informe les parties de la procédure qui va suivre (droits et dates), et notamment de l'ouverture d'une phase de consultation de 40 jours divisée en 2 étapes :

Étape 1 : Pendant les 30 premiers jours, l'employeur peut consulter le dossier, émettre des observations et ajouter des éléments (COA : consulter / observations / ajouter).

C'est une phase de consultation active renforcée puisqu'ici, l'employeur peut adjoindre des pièces et notamment présenter un rapport étayé au CRRMP

ainsi que toute note médicale, constat d'huissier, ergonome, sapiteur qui pourrait influencer le débat.

Coup de pouce RK

étape cruciale pour déposer sa stratégie et s'offrir des moyens contentieux !

Étape 2 : Les 10 jours suivants, l'employeur bénéficie de la consultation active (CO = Consulter / Observation).

A l'issue des 40 jours, le CRRMP rend son avis dans un délai maximal de 70 jours. En effet, l'article R 461-10 CSS prévoit qu'il doit rendre son avis dans le délai de 110 jour franc à compter de sa saisine. Toutefois, la phase de consultation étant de 40 jours, il ne dispose réellement que de 70 jours.

Après avoir reçu l'avis du CRRMP et avant l'expiration des 120 jours, la CPAM doit prendre sa décision. A noter que la décision du CRRMP s'impose à la Caisse.

3 Contenu du dossier de consultation

L'article D. 461-29 prévoit le contenu du dossier mis à la disposition du CRRMP.

Ce dossier comporte, en plus des éléments prévus pour le dossier AT :

- Les éléments d'investigations éventuellement recueillis par la Caisse après la saisine du CRRMP.
- Les observations et éléments mentionnés à l'article R 461-10 CSS

- L'avis du médecin du travail portant sur la réalité de l'exposition au risque du salarié dans l'entreprise concernée
- Le rapport établi par le service médical du contrôle médical.

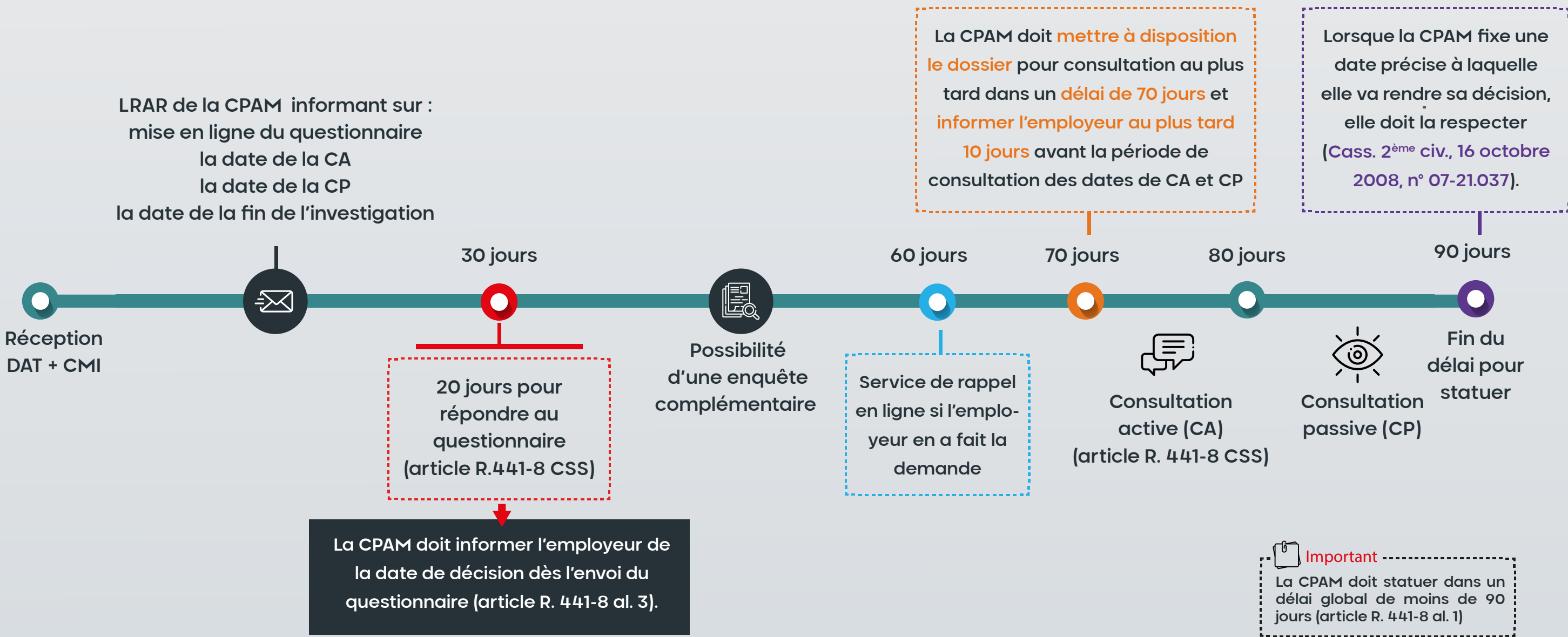
Coup de pouce RK

une attention toute particulière est évidemment donnée à la fiche médico-administrative établi par la CPAM. Cette fiche entremêle les constats du médecin conseil et de l'agent assermenté et présente de nombreuses failles qui permettent de contester utilement les dossiers.

Schémas récapitulatifs des différentes procédures

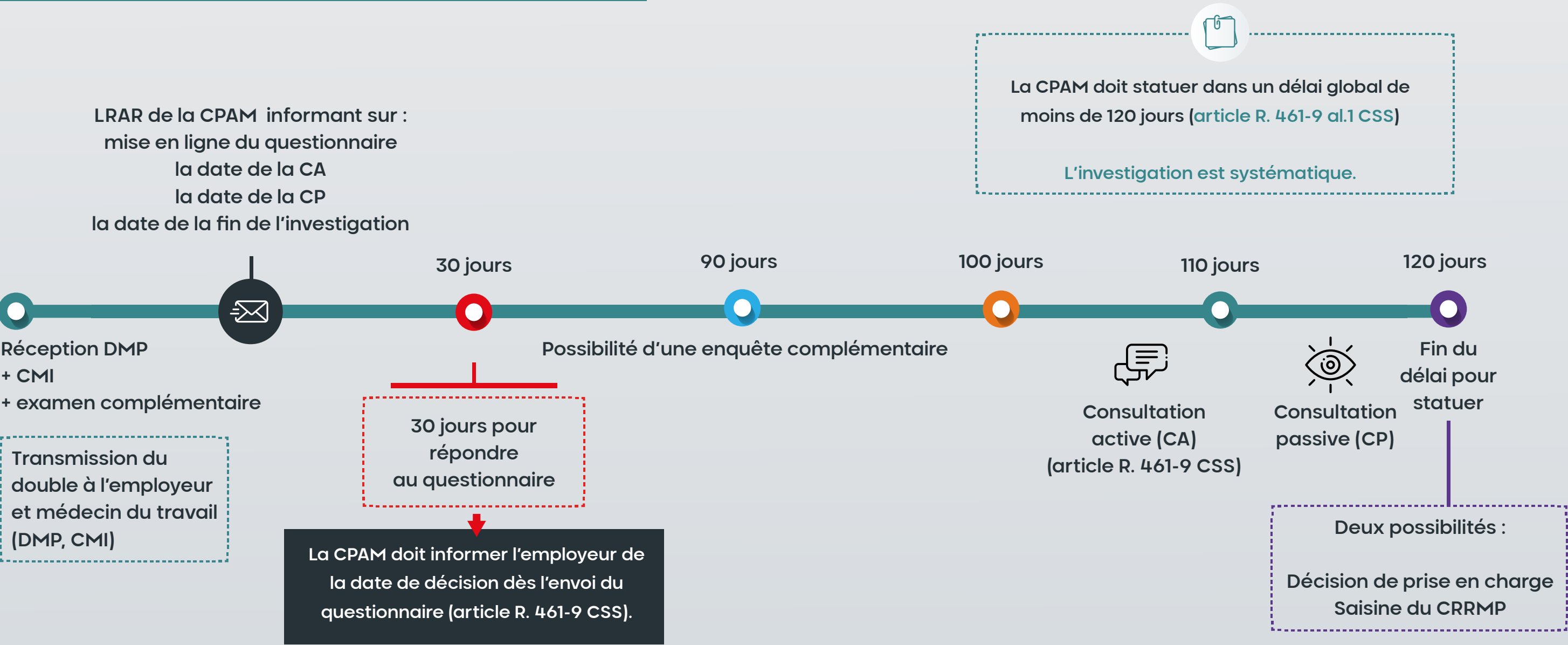
LES BONS RÉFLEXES | SURVENANCE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Procédure d'investigation de la CPAM



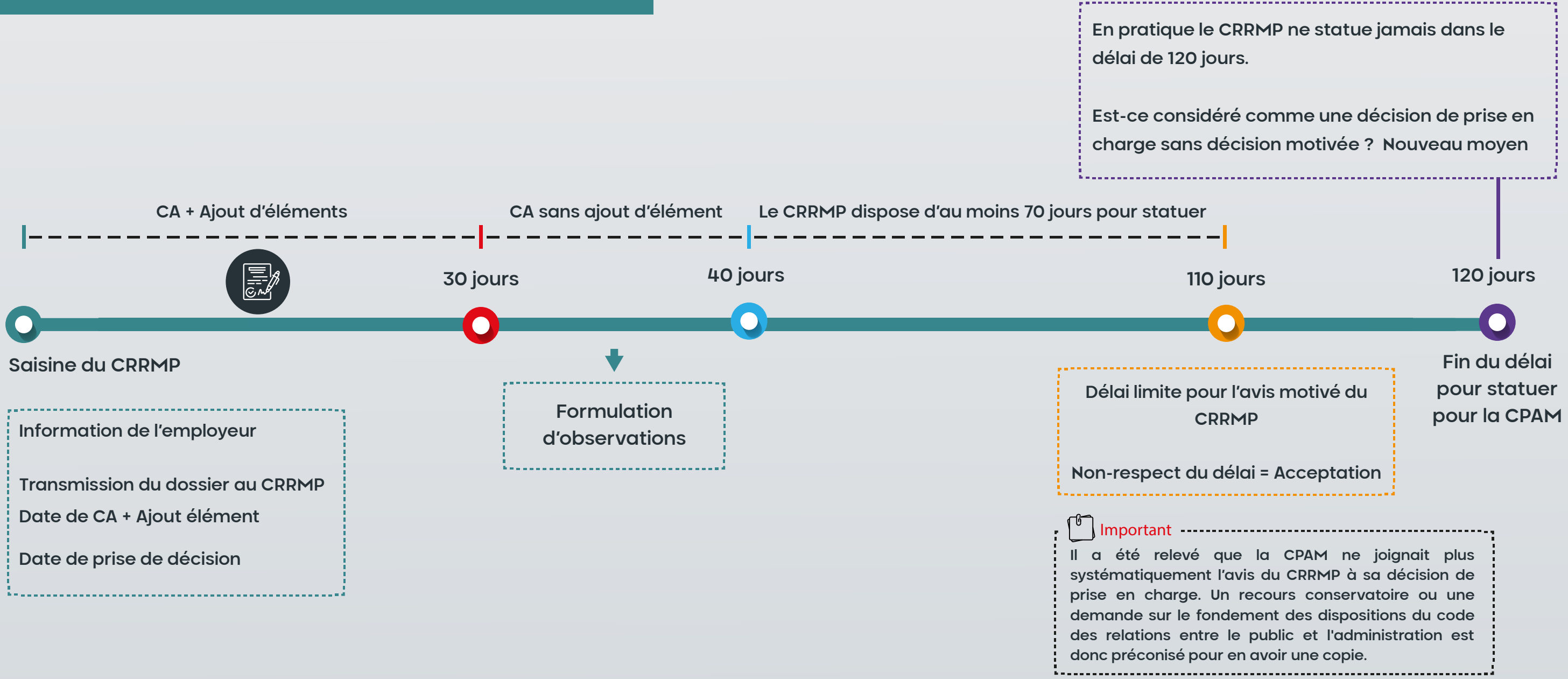
LES BONS RÉFLEXES | NOUVEAU DOSSIER DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Procédure d'investigation de la CPAM



LES BONS RÉFLEXES | NOUVEAU DOSSIER DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Saisine du CRRMP (art. R. 461-10 CSS)



| Pensez à vous former!

Plusieurs formations pour répondre à vos besoins en santé au travail :

La procédure d'investigation AT/MP pour les opérationnels

Risques professionnels : stratégies et contentieux

Tour d'horizon de la jurisprudence en contentieux AT/MP

Absentéisme, arrêt de travail et inaptitude : savoir anticiper, gérer et optimiser