

Il est difficile de démarrer un article pour commenter l'actualité jurisprudentielle de la deuxième chambre civile, en droit de la Sécurité Sociale et plus particulièrement en contentieux AT/MP, tant on se pince à sa lecture depuis un peu plus de deux ans.

Posons la problématique comme elle nous apparaît aujourd'hui

La Cour de Cassation semble vouloir empêcher les employeurs de contester la prise en charge d'un accident du travail survenu sous leur autorité.

A l'heure où n'importe quel entretien avec le salarié, même pas nécessairement houleux, peut déboucher sur la déclaration d'un accident du travail, où n'importe quel malaise même sans lien évident avec le travail entraîne quasiment toujours une prise en charge, et où un simple mal de dos peut conduire à un arrêt de travail pendant de nombreuses années, on devine que la question est très sensible au sein des entreprises.

Il apparaît nécessaire de faire un bref rappel historique. Cette matière est profondément marquée par le compromis trouvé par les partenaires sociaux en 1898 et l'avènement de la présomption d'imputabilité. L'assuré, qui n'a depuis, et c'est heureux, plus à démontrer la faute de son employeur pour être indemnisé à la suite d'un accident ou d'une maladie contractée au cours de son activité professionnelle, reçoit une indemnisation forfaitaire (à savoir des indemnités journalières et la prise en charge de ses frais médicaux), dès lors qu'il démontre avoir été victime d'un accident au temps et au lieu de travail. Les assurés ont gagné une bien meilleure prise en charge et une grande sécurité juridique. Les employeurs ont évité l'indemnisation intégrale (préjudices sexuels, d'agrément, de perte de chance...), sauf à prouver l'existence d'une faute inexcusable. C'était une forme de donnant/donnant qui présentait des avantages certains.

Le financement lui-même de la branche AT/MP était imaginé pour recueillir un accord unanime des acteurs : l'employeur ne paie pas directement le salarié victime d'un accident. C'est la Caisse qui fait l'avance de tous les frais et qui répercute tout ceci sur la cotisation AT/MP de la Société. Une entreprise qui connaît moins d'accidents que d'autres paie donc une cotisation moins élevée. Cette individualisation du taux plaît énormément aux employeurs, et ravit également les syndicats, qui y voient, à raison, un net encouragement à faire de la prévention et à récompenser les comportements vertueux.

Entre 1945 et les années 1980,...

...la matière connaît peu de développements. Le Code de la Sécurité Sociale existe bien mais l'accès au dossier est difficile pour l'employeur, qui ne comprend pas toujours pourquoi telle décision de prise en charge a été prise. Pour autant, ce dernier ne s'intéressait pas véritablement au sujet et la matière était assez peu enseignée en faculté de droit. La cotisation AT/MP présentait l'avantage d'invisibiliser le coût financier réel et ce faisant, les employeurs étaient assez discrets sur le sujet.

I – 2010 à 2019 : LE REEQUILIBRAGE

La jurisprudence de ces années-là a fait couler un peu d'encre, mais il serait assez injuste de la présenter sous un jour totalement défavorable aux employeurs.

S'il est vrai que la Cour de Cassation a donné au médecin conseil de la Caisse une certaine toute-puissance à bien des égards, en empêchant l'employeur de discuter un certificat médical initial qui ne correspondait pas à la dénomination du tableau de maladie professionnelle considéré (Cass. Civ. 2ème, 21 janvier 2016, 15-10.064), et en permettant à la Caisse d'établir la première constatation médicale d'une maladie de façon assez libre, voire même à son bon vouloir (Cass. Civ. 2ème, 27



A la fin des années 1980,...

Le contentieux de la Sécurité Sociale commence à émerger : les employeurs prennent peu à peu conscience que les payeurs, c'est eux, et qu'ils assument les conséquences de décisions prises par un tiers, à savoir les Caisses Primaires. Le contentieux AT/MP est en effet un jeu à trois bandes : le salarié déclare, la Caisse instruit et l'employeur paie. Celui-ci commence donc à s'interroger sur les décisions des CPAM et naît le fameux principe du contradictoire qui va occuper les Tribunaux pendant près de 20 ans. Pour résumer, les textes prévoyaient – et prévoient toujours – que l'employeur devait être informé avant toute prise de décision de la Caisse. Problème : les Caisses n'ont pas les moyens d'assurer l'information de l'employeur. Naît alors un jeu de dupes.

Au cours des années 2000,...

...la situation est globalement très (trop) favorable aux employeurs, qui profitent alors d'un quasi-effet d'aubaine. Les CPAM prenaient des décisions de prise en charge en dépit du bon sens, sans en informer l'employeur, qui avait ensuite beau jeu d'affirmer qu'il n'avait pas eu accès au dossier et pouvait donc solliciter du juge de ne pas avoir à assumer les conséquences financières d'une prise en charge. Cette inopposabilité à ceci de merveilleux qu'elle ne touche pas aux droits de l'assuré. En vertu du principe de l'indépendance des rapports dégagé par la Haute Cour, une décision d'inopposabilité n'a aucun impact sur les droits du bénéficiaire des prestations. L'employeur pouvait donc – et peut toujours – contester une décision sans que cela n'affecte le climat social dans l'entreprise.

La situation s'est nettement resserrée à partir de 2010 pour l'employeur, mais cela pouvait être interprété comme un rééquilibrage entre la CPAM et l'employeur. Et somme toute, entre 2010 et 2019, l'employeur pouvait encore critiquer une décision de prise en charge d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Néanmoins, ce qui aurait pu ne demeurer qu'une simple redistribution des cartes de la jurisprudence sur certains points (I), s'est mué à compter de 2020 en une interprétation des textes si éloignée de ces derniers, que la 2ème chambre civile est désormais législatrice en la matière (II), à sens plutôt unique. L'employeur est en effet aujourd'hui quasiment privé de sa voix au chapitre. On reste perplexe sur les motifs ayant conduit à cette activité normatrice (III).

novembre 2014, n° 13-26024), la Cour a aussi cherché à appliquer les textes tels qu'ils étaient rédigés. Elle a ainsi permis à l'employeur qui avait des doutes sur la réalité d'un accident du travail de faire valoir ses droits, en obligeant la Caisse à tenir compte de ses réserves (Cass. Civ. 2ème, 23 janvier 2014 n° 12-35003). La Haute Cour a également facilité la tâche de l'employeur qui contestait une longueur des arrêts de travail excessive avec la notion de « continuité de soins et de symptômes » (Cass. Civ. 2ème, 15 février 2018, n° 17-11231).

Globalement, elle a donné toute sa portée aux textes figurant au Code de la Sécurité Sociale, tant sur la production des certificats médicaux de prolongation que sur les délais mentionnés dans les textes.

II – DEPUIS 2020, LE BAILLONNEMENT DE L'EMPLOYEUR

Afin d'illustrer cette tendance, il suffit d'observer l'évolution de la jurisprudence de la Deuxième chambre civile de la Cour de cassation depuis 2020.

En premier lieu, on peut difficilement ne pas évoquer le contentieux lié à la longueur de l'arrêt de travail prescrit consécutivement à un accident ou une maladie professionnelle. Formellement, il s'agit, pour les dossiers où l'employeur constate que l'arrêt est particulièrement long – donnée ô combien délicate – de solliciter une réévaluation de la durée d'arrêt, par une Commission en premier lieu, et au juge ensuite en cas d'échec. Il n'est pas rare de constater des arrêts de plus de deux années pour un canal carpien ou un genou récalcitrant. Si un arrêt long n'est pas nécessairement injustifié, l'employeur doit être en mesure de le vérifier. Cet important contentieux a connu des évolutions importantes, en ce que les demandes d'expertises, préalable indispensable à la démonstration d'un arrêt prescrit sans lien avec le travail, étaient de plus en plus difficiles à obtenir devant les juridictions. Par un arrêt du 9 juillet 2020 (Cass. 2^e civ., 9 juillet 2020, 19-17626), confirmé depuis, la Cour de cassation a un peu plus fragilisé les droits d'accès de l'employeur aux pièces justifiant du bien-fondé des arrêts de travail, dont il supporte pourtant la charge financière.

Dans sa décision, la Haute Cour a considéré que la caisse primaire pouvait justifier de l'imputabilité d'arrêts de travail, dont la prescription couvrait parfois plusieurs années, soit par le versement des certificats médicaux de prolongation, soit par des attestations de paiement d'indemnités journalières, éléments dépourvus de toute mention et motivation médicale...

A partir de juin 2023

La Cour a encore durci sa position en jugeant que la présomption d'imputabilité au travail des lésions apparues à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle s'applique dès lors qu'un arrêt de travail a été initialement prescrit ou que le certificat médical initial d'accident du travail est assorti d'un arrêt de travail (Cass. 2^e civ., 22 juin 2023, n°21-24.598 ; n°21-25.812 ; 16 novembre 2023, n°21-23.813).

Pour faire simple, la prescription d'un seul certificat médical initial suffit à donner toute légitimité aux arrêts de prolongation qui seront ensuite prescrits au salarié.

Si cette position est éminemment critiquable, elle prive surtout l'employeur, le justiciable donc, d'un accès aux pièces lui permettant de

s'assurer du bien-fondé des décisions rendues par les caisses primaires. Cette restriction s'accompagne d'une montée en puissance de la valeur de la parole du médecin conseil de la caisse primaire, qui n'a plus nécessairement à produire une preuve particulière afin de justifier sa décision.

Et l'année 2024

Ne déroge pas à la règle. Par arrêts du 11 janvier 2024 (Cass. 2^e civ., 11 janvier 2024, 22-15.939), la Cour de cassation a vidé de toute substance la réforme issue du décret 2018-928 du 29 octobre 2018, lequel avait prévu l'instauration d'un recours médical amiable pour connaître de l'ensemble des contestations de nature médicale formées par les employeurs. Une telle nouveauté était porteuse d'espoir, puisqu'elle garantissait au requérant, dès le stade amiable, un accès aux pièces lui permettant de s'assurer du bien-fondé de la décision de la caisse primaire et ainsi juger de l'opportunité de poursuivre sa contestation au stade judiciaire. La réalité a été toute autre. Très rapidement, l'absence de ressources indispensables à l'ambition de la réforme a créé une situation dans laquelle les commissions ne transmettaient aucun élément au requérant, contraignant ce dernier, à nouveau, à saisir le Tribunal sur décision de rejet implicite.

Ce que la Cour de cassation est venue préciser dans son arrêt du 11 janvier 2024, c'est que cette absence de transmission, pourtant prévue par des dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale, n'avait pas à être sanctionnée, ajoutant que l'employeur pouvait obtenir une expertise devant les juridictions supérieures, alors même qu'on lui a interdit l'accès aux seules pièces lui permettant de motiver une telle mesure.

Manifestement toujours pas rassasiée, la Haute Cour a poursuivi son œuvre, dans un arrêt du 16 mai 2024 (Cass. 2^e civ., 16 septembre 2024, 22-22.413), et vidé de toute sa substance l'article R 441-14 du code de la sécurité sociale, relatif au contenu du dossier constitué par la caisse primaire dans le cadre des instructions AT/MP. A mi-chemin entre dénaturation et ajout au texte, la Cour de cassation est venue, une fois de plus, restreindre les pièces consultables par l'employeur, en lui refusant désormais l'accès aux certificats médicaux de prolongation, pourtant prévu par l'article R 441-14 CSS. Dans ce contexte, et sans réaction des acteurs de la matière, on peut donc craindre que la tendance se poursuive.

III – MAIS POUR QUELLE RAISON ?

Ce qui demeure frappant, c'est qu'un certain nombre de magistrats du fond (Tribunaux Judiciaires et Cours d'Appel) ne partagent pas la vision de la Cour de Cassation. On a évidemment une pensée pour la Cour d'Appel de Dijon, qui persiste à penser qu'un syndrome réactionnel dépressif, après un entretien avec l'employeur qui s'est déroulé de façon complètement normale et cordiale, n'est pas un accident du travail. (CA DIJON 3 août 2023, RG N°21/00080). Quelle outrecuidance ! Ou pour la Cour d'Appel de Besançon, qui ose estimer que lorsqu'un texte prévoit que le dossier contient les « divers certificats médicaux », cela ne se limite pas au seul certificat médical initial (CA BESANCON 11 juin 2024, RG N°23/01358).

On peut donc légitimement s'interroger sur les motifs qui guident la jurisprudence actuelle de la Cour. L'une des raisons de cette orientation aurait pu résider dans l'idée que les contentieux favorables aux employeurs auraient une incidence sur les comptes de la branche Maladie, qui supporterait alors les dépenses non prises en charge par la branche Risques Professionnels, du fait d'une décision de justice.

Mais il faut tordre le coup à cette légende urbaine.

En effet, contrairement à une croyance très répandue, les dépenses correspondant à des contentieux dont l'issue serait favorable aux employeurs, ne sont aucunement supportées par la branche Maladie mutualisées et financées par l'ensemble des employeurs via la troisième majoration prévue à l'article D 242-6-9 du code de la sécurité sociale.

Le financement par les employeurs de la branche Risques Professionnels, par ailleurs excédentaire, intègre donc les conséquences financières des contentieux formés par les employeurs par le biais d'une majoration du taux de cotisations AT/MP.

Le resserrement du contentieux est pourtant incontestable. En guise d'illustration, l'impact financier du contentieux formé par les employeurs s'élevait à 505 millions en 2013 contre seulement 233,2 M€ en 2022.

Et si la volonté de réduire le contentieux était motivée par celle de désengorger des juridictions parfois au bord de l'asphyxie, force est là encore de constater que cette saturation judiciaire trouve principalement sa source dans l'absence de traitement des recours gracieux préalables obligatoires.

L'instauration de ce type de recours, obligatoires à peine d'irrecevabilité de l'action judiciaire, avait pourtant pour objectif de désengorger les tribunaux des affaires les plus simples. Malheureusement, les employeurs sont quasiment systématiquement contraints de saisir les tribunaux afin de faire valoir leurs droits, face au silence assourdissant des commissions de recours amiable.

Enfin, on ne peut que regretter les multiples réorganisations juridictionnelles dont a fait l'objet le contentieux AT/MP, avec, notamment la disparition de juridictions spécialisées comme les tribunaux du contentieux de l'incapacité qui ne traitaient que des contentieux liés à l'incapacité et dont la technicité n'avait jusqu'alors jamais été discutée.