

CIRCULAIRE

CIR-14/2018

Document consultable dans Médi@m

Date :

12/07/2018

Domaine(s) :

dossier client assurés

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Actualisation des modalités d'instruction de la reconnaissance des accidents du travail.

Liens :

LR-DRP-8/2017

Plan de classement :

P01-03

Emetteurs :

DRP

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input type="checkbox"/> Cnam
<input type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre 1^{er} Janvier 2019

Résumé :

La circulaire passe en revue et actualise les fondamentaux de la reconnaissance des accidents du travail. Elle précise les modalités d'instruction médico-administrative et le cadre réglementaire de référence.

Mots clés :

reconnaissance des accidents du travail

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Pierre PEIX

**La Directrice
des Risques Professionnels**



Marine JEANTET

CIRCULAIRE : 14/2018

Date : 12/07/2018

Objet : Actualisation des modalités d'instruction de la reconnaissance des accidents du travail.

Affaire suivie par : DRP/DSARP – dsarp@assurance-maladie.fr

Le risque professionnel a été consacré par la Loi du 9 avril 1898. Cette Loi est intervenue au terme de près de 20 années de débats parlementaires menés au rythme des propositions de Loi et des accidents d'ampleur médiatique et dramatique de l'époque industrielle. L'aboutissement fut précipité par la Cour de cassation qui, en 1896, reconnaissait la notion de « responsabilité du fait des choses que l'on a sous sa garde » par une interprétation. En l'espèce, le propriétaire d'un remorqueur est considéré comme responsable de la mort du mécanicien lors de l'explosion inexplicée de la chaudière. Cette jurisprudence, qui est un des grands arrêts de la Cour de cassation sur le plan de la responsabilité menaçait, incidemment, d'inverser totalement le rapport de forces à l'avantage des salariés en matière de risques professionnels en créant une responsabilité de principe de l'employeur pour tout dommage causé par l'environnement de travail.

Incités à s'accorder les parlementaires votaient deux ans plus tard une Loi par laquelle, les salariés obtenaient la responsabilité sans faute de l'employeur en échange d'une indemnisation forfaitaire se substituant à la réparation intégrale des préjudices. C'est le fameux « compromis social » entre les intérêts divergents de l'employeur et du salarié. Le salarié n'a plus à prouver la faute de l'employeur pour être indemnisé mais en échange la réparation est forfaitaire *car « ce qui décourage l'initiative ce n'est pas de payer les risques, mais c'est l'incertitude sur le prix à payer¹ »*.

Bien que votée sous pression de la Cour de cassation mais aussi d'échéances parlementaires, la définition donnée voici 120 ans de l'accident de travail reste inchangée et a posé les bases des concepts de matérialité, d'imputabilité et de présomption autour desquels gravite encore aujourd'hui la reconnaissance des accidents du travail (AT).

Le monde du travail a pourtant évolué tout comme ses risques et c'est la jurisprudence qui s'est chargée d'adapter la notion au fil du temps, conservant l'esprit du compromis mais modifiant

¹ SALEILLES (R.), « Le risque professionnel dans le Code civil », *La Réforme sociale*, p. 647.

profondément ses concepts (définition du fait accidentel, séparation accident/lésion, périmètre de l'imputabilité etc...). C'est ainsi qu'ont été couverts de nouveaux risques tel que les malaises, les contaminations et plus récemment certains troubles psychosociaux (TPS).

Cette complexité des principes des AT et leur caractère mouvant rendent l'activité de reconnaissance particulièrement experte. Il s'agit de plus d'une activité bien différente de l'ouverture de droits en assurance maladie puisqu'il ne s'agit pas seulement d'accorder un droit mais avant tout de prendre en compte les éléments apportés par la victime et par l'employeur afin de les analyser au regard de la réglementation des AT-MP.

La présente circulaire a vocation à définir la phase d'instruction conduite par le gestionnaire AT (GAT) concernant tout le processus de reconnaissance des AT / trajets dans un souci d'harmonisation. Elle annule et remplace les nombreuses instructions données à ce jour portant sur la reconnaissance des accidents du travail.

Cette circulaire définit tous les grands principes de l'instruction en accident de travail / trajet.

Table des matières

I.	<u>Définitions et concepts relatifs aux accidents du travail</u>	4
	<u>Accident du travail</u>	4
	<u>Accident de trajet</u>	6
	<u>Accident de mission</u>	6
II.	<u>La recevabilité de la DAT et du CMI</u>	6
III.	<u>Les délais</u>	7
	1. <u>Les obligations réglementaires</u>	7
	2. <u>Les sanctions en cas de non déclaration</u>	7
	3. <u>La prescription en AT</u>	8
	4. <u>Le point de départ des délais d’instruction</u>	8
	5. <u>Une instruction réglementairement limitée dans le temps</u>	8
	<u>Une défaillance dans la gestion des dossiers : la reconnaissance implicite</u>	9
IV.	<u>La gestion de l’instruction en AT</u>	9
	1. <u>La prise en charge d’emblée</u>	11
	2. <u>Les investigations</u>	11
	a) <u>Que doit rechercher le gestionnaire ?</u>	11
	b) <u>Comment le gestionnaire exploite-t-il les questionnaires ?</u>	14
	c) <u>Comment le gestionnaire rédige sa commande d’enquête à l’AAA ?</u>	15
	d) <u>Que fait le gestionnaire au retour de l’enquête ?</u>	15
	3. <u>Dans quels cas le GAT recourt-il à l’expertise du médecin conseil ?</u>	16
	4. <u>Le contradictoire et la consultation du dossier</u>	16
	5. <u>Les dossiers à risque d’abus ou de fraude</u>	17

I. Définitions et concepts relatifs aux accidents du travail

Accident du travail

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. » (Article.L.411-1 du CSS)

La jurisprudence a précisé les contours de l'accident au fil du temps et permet de déduire que l'accident du travail (AT) se caractérise par 3 éléments :

- un évènement ou une série d'évènements localisés dans l'espace et le temps de façon précise (on parle aussi de fait accidentel ou fait générateur) ;
- une survenance par le fait ou à l'occasion du travail ou sous la subordination de l'employeur ;
- une lésion comme conséquence de cet ou ces évènements (y compris une lésion psychique).

La matérialité de l'accident recouvre :

- **la réalité du ou des faits accidentels.** Autrement dit, il revient à l'assuré de démontrer l'existence d'**un accident** ainsi que sa date et son lieu de survenue.
- **l'imputabilité au travail de l'accident.** Il est essentiel de souligner que dès lors que l'accident est intervenu au temps et au lieu du travail, celui-ci est présumé d'origine professionnelle. C'est ce que l'on appelle **la présomption d'imputabilité au travail**. Ainsi le lien entre le travail et l'accident est présumé et bénéficie à la victime qui n'a pas de preuve à rapporter.



Exemple

Par exemple : un salarié tombe de son échelle et se casse le bras pendant ses horaires de travail dans son atelier. La chute est le fait accidentel. Si la réalité de ce fait accidentel et sa survenue au temps et au lieu est indiscutable ou démontré, les critères de temps et lieu font que le principe de la présomption d'imputabilité joue, admettant ainsi que ce fait accidentel est lié au travail sans autre démarche de la victime.

Cette **présomption ne peut être écartée que si la preuve est rapportée** que l'accident a une cause totalement étrangère au travail **rompant le lien de subordination** avec l'employeur (preuve rapportée par la CPAM, cf. point IV, 2. a.)

Si les conditions de la présomption ne sont pas réunies, cela ne conduit pas de facto au rejet de la demande mais il appartient alors à l'assuré (ou ses ayants droit) de rapporter la preuve du lien entre l'accident et le travail.

Présomption d'imputabilité des lésions ou présomption d'imputabilité de l'accident?

Il est encore courant de parler de la présomption d'imputabilité des lésions au travail. C'est le plus souvent un abus de langage.

La notion de présomption d'imputabilité est apparue en jurisprudence dès 1914 (Cassation civile, 23 février 1914) par interprétation de l'article 1er de la Loi du 9 avril 1898. A l'origine, les lésions et l'accident n'étaient pas distingués, les deux devant intervenir simultanément et au temps et au lieu du travail pour que l'on puisse évoquer ce qui s'appelait la présomption d'imputabilité des lésions. Mais si la loi de 1898 avait été écrite pour des métiers de l'industrie ou du commerce, exposés à des accidents violents et traumatiques, les textes et la jurisprudence se sont adaptés à la diversité des situations. La jurisprudence a admis depuis les années 70 (Cass. soc., 27 oct. 1978, no 77-14.865 et plus récent Cass. 2e civ., 16 déc. 2003, no 02-30.748) que la lésion pouvait apparaître ultérieurement à l'accident lui-même. Il s'agissait de prendre en compte des cas de malaise au domicile, de contamination, de TPS etc... Dès lors il a fallu également admettre que c'était l'accident qui devait intervenir au temps et au lieu pour bénéficier d'une présomption de lien avec le travail. La présomption d'imputabilité entraine ainsi dans le champ de la matérialité en se rattachant non plus à la lésion mais au fait accidentel.

Il devenait alors nécessaire de rattacher la lésion à l'accident pour reconnaître le caractère professionnel de l'accident et indemniser les lésions. Dans la majorité des cas, la lésion reste concomitante à l'accident et intervient au temps et au lieu comme celui-ci ou est établie sans discussion possible par le CMI dans sa réalité et dans son lien avec le travail, mais dans certains cas ce lien devra être démontré médicalement (*ex : continuité des soins et des symptômes entre l'accident et le décès Cass. 2e civ., 2 nov. 2004, no 02-31.066*).

C'est sans doute en raison de cette lente évolution jurisprudentielle et de la subtilité des notions que l'on parle encore souvent de présomption d'imputabilité des lésions mais celle-ci n'a plus d'existence juridique. C'est pourquoi comme cela sera vu dans cette circulaire, il est permis dans certains cas de contester le lien entre la lésion et l'accident et donc de refuser la prise en charge quand bien même l'accident lui-même serait intervenu au temps et au lieu du travail.

L'imputabilité des lésions initiales au fait accidentel : Il s'agit de la relation de cause à effet entre le fait accidentel et les lésions, c'est une imputabilité médicale simple (non présumée). Le médecin conseil n'a pas à apporter la preuve contraire, mais juste à se prononcer sur l'existence ou non d'une relation de cause à effet entre les lésions décrites et le fait accidentel. Toutefois dans la majorité des cas, le lien est évident au vu du certificat médical initial (CMI) qui décrit des lésions intervenues dans les suites directes de l'accident, au temps et au lieu. L'interrogation du médecin conseil sur l'imputabilité doit se limiter aux cas strictement énumérés au point « Dans quel cas le GAT recourt à l'expertise du médecin conseil ? ».

Dans deux cas, il existe une présomption d'imputabilité directe des lésions au travail :

- lorsque les lésions se confondent avec l'accident du travail (décès, malaise...) intervenu au temps et au lieu, la lésion bénéficie alors de la présomption d'imputabilité de l'accident au travail ;
- Lorsque la lésion survient dans une continuité de symptômes et de soins après l'accident (il s'agit le plus souvent du cas du décès survenu en cours de soins à l'hôpital).

L'essentiel de la reconnaissance se joue au sein de la matérialité, à laquelle la jurisprudence a intégré la notion de présomption d'imputabilité au travail, mais pour le seul fait accidentel.

Cas particulier de l'imputabilité de la rechute et de la nouvelle lésion

En matière de rechute, le lien entre la rechute et l'accident initial ne bénéficie d'aucune forme de présomption. Le médecin conseil ne l'accepte que s'il dispose ou que la victime ou ses ayants droits apportent les éléments de preuve de nature à établir un lien irréfutable entre la rechute et l'accident reconnu. A défaut de preuve médicale du lien, la rechute est rejetée.

S'agissant des lésions nouvelles intervenues avant la consolidation, elles sont couvertes par la présomption d'imputabilité de l'accident au travail dès lors qu'elles présentent un lien médical avec ledit accident. Ce lien doit être établi par le médecin conseil.

Accident de trajet

Article L.411-2 du CSS : « est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu (...) pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier,
- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas,
- et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courantes ou indépendantes de l'emploi. »

Accident de mission

Cette notion est une construction jurisprudentielle non encadrée par les textes. En effet, la jurisprudence de la Cour de cassation est constante depuis un arrêt du 19 juillet 2001 : elle définit l'accident de mission comme un accident du travail sauf si l'employeur apporte la preuve qu'au moment de l'accident, le salarié avait interrompu sa mission pour un motif personnel ou si la lésion a eu une cause totalement étrangère au travail.

Ainsi le salarié est protégé pendant tout le temps de la mission, peu importe que l'accident soit survenu à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante. Seul un acte **entièrement** dicté par un intérêt personnel peut faire perdre à l'accident son caractère d'accident du travail.

II. La recevabilité de la DAT et du CMI

La déclaration d'accident du travail et le CMI doivent répondre à un minimum d'exigences en termes de contenu et de précisions. Si celles-ci ne sont pas respectées, le document est ré-adressé à qui de droit et le délai d'instruction ne court pas.

III. Les délais

1. Les obligations réglementaires

La victime d'un accident du travail ou de trajet doit, sauf cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer l'employeur ou l'un de ses préposés au plus tard dans les 24 heures (article L. 441-1 du code de la sécurité sociale).

Ledit employeur, ou son préposé, doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance, dans les 48 heures, à la caisse primaire dont relève la victime. Ce délai de 48 heures ne comprend pas le dimanche, les jours fériés ainsi que le jour de la semaine non ouvré et ne commence à courir qu'à partir du jour où l'employeur ou son représentant en a été informé et non à la date de l'accident.

NB : Certains employeurs interprètent ces délais comment s'entendant au regard de l'information donnée au service gestionnaire des AT (RH en général) et de non pas de la hiérarchie de la victime. Une information sur ce sujet peut être faite, notamment à l'occasion d'une enquête ou par courrier, pour les employeurs qui se méprennent sur ces délais.

La victime doit faire établir par un professionnel de santé un certificat médical initial descriptif indiquant son état, les conséquences de l'accident et ses suites éventuelles, et si nécessaire la durée de l'arrêt de travail. Ce CMI, adressé à la caisse primaire d'assurance maladie, devra mentionner toutes les constatations nécessaires à la caractérisation de la lésion et la détermination de son origine traumatique ou morbide.

Cas du travailleur intérimaire

Il doit déclarer son accident du travail dans un délai de 24 heures (Art. L.412- 4 et R.412-1 du CSS) à **l'entreprise utilisatrice** qui doit transmettre l'information préalable (imprimé CERFA S6209a) par lettre recommandée avec accusé de réception à l'entreprise de travail temporaire qui est chargée d'établir la déclaration ainsi qu'à la CARSAT et à l'inspection du travail.

Cette information préalable précise les circonstances de l'accident, elle devra être demandée en cas de recours à des investigations quel qu'en soit le motif.

2. Les sanctions en cas de non déclaration

Le non-respect du délai de déclaration de l'assuré à son employeur **ne fait pas perdre le bénéfice de la présomption**, en revanche cela peut être un motif de recours aux investigations (cf. point IV).

L'employeur qui ne respecte pas ses obligations, soit en raison de retard, soit en raison de non déclaration, peut être sanctionné à la fois civilement et pénalement :

- en matière civile, la caisse primaire peut demander au contrevenant le remboursement de la totalité des dépenses occasionnées par l'accident (art.L.471-1 du CSS) ;
- des pénalités financières au titre de l'article L.114-17 CSS ;
- les sanctions pénales sont constituées d'amendes de 4^{ème} classe auxquelles peuvent s'ajouter des peines plus élevées résultant de l'application d'autres lois.

Remarque : Les sanctions pénales qui s'appliquent en cas de défaut de déclaration par l'employeur s'appliquent également en cas de non inscription sur le registre de déclaration des accidents bénins (art.R.471-3 alinéa 3 du CSS).

Il est préconisé :

- une application graduée du dispositif de sanction pour les entreprises déclarant régulièrement leur accident du travail avec retard ;

- une application immédiate de sanctions lourdes en cas de manquement volontaire aux obligations de délais.

3. La prescription en AT

Dans le cas où l'employeur n'établit pas la déclaration d'accident du travail/trajet, la victime dispose d'un délai de 2 ans à compter du fait accidentel pour déclarer cet accident à la caisse primaire dont elle relève. (Art. L.441-2, 2^{ème} al du CSS).

Par ailleurs, les droits de la victime ou de ses ayants droit se prescrivent par deux ans à compter suivant le plus favorable des trois:

- du jour de l'accident ;
- de la clôture de l'enquête ;
- de la cessation du paiement de l'indemnité journalière, qu'il s'agisse de l'accident initial ou de sa rechute ;

(Art. L.431-2 du CSS).

En cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE), la prescription est interrompue par l'exercice de l'action pénale engagée pour les mêmes faits ou de l'action en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident.

4. Le point de départ des délais d'instruction

Le délai d'instruction ne court qu'à réception du dossier **complet recevable**.

Le dossier complet s'entend par DAT et CMI avec un point de départ à la date de réception par la caisse de la seconde des deux pièces.

En cas de non réception de l'une des deux pièces, le GAT réclame une fois, à l'issue d'un délai d'un mois, la seconde des pièces manquante **à la victime**.

Sans réponse au-delà des 30 jours, le GAT classe le dossier sans suite dans les outils de gestion.

5. Une instruction réglementairement limitée dans le temps

La caisse dispose de délais strictement limités pour instruire les demandes. Ces délais s'appliquent aussi bien aux lésions initiales qu'aux lésions nouvelles et aux rechutes.

La caisse dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a reçu le dossier complet pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident (article R.441-10 du CSS).

La caisse a la possibilité, si elle l'estime nécessaire, de procéder à des examens ou des enquêtes complémentaires. Elle dispose alors d'un délai supplémentaire de 2 mois pour instruire le dossier. Le délai total d'instruction ne peut donc dépasser 3 mois en AT. À défaut de décision dans les délais prévus, le caractère professionnel de l'accident est implicitement reconnu.

Dans le cas du recours au délai complémentaire, la caisse doit alors organiser la phase de consultation du dossier qui doit intervenir au moins 10 jours francs avant la prise de décision (cf. point IV, 4.) par l'envoi d'une lettre de clôture informant les parties de la possibilité de consulter le dossier (article R. 441-14 alinéa 3 du CSS). Le délai de 10 jours francs court à compter de la date de réception par l'employeur du courrier de clôture de l'instruction du dossier (Cass. Civ. 2^{ème} du 15 mars 2018 n° 16-28333 et 17-10640).

NB : Le recours au délai complémentaire ne doit pas être ouvert hors cas de recours aux investigations ; il n'a pas vocation à s'appliquer aux prises en charge d'emblée, même tardives.

*Le recours au délai complémentaire motivé doit être envoyé en **lettre recommandée avec accusé de réception aux deux parties** (Art.R.441-14, 1er al du CSS), avant l'expiration du délai initial d'instruction, soit avant l'expiration du délai de 30 jours. La preuve de cet envoi doit être conservée par la caisse pour éviter une reconnaissance implicite.*

Une défaillance dans la gestion des dossiers : la reconnaissance implicite

Il y a « reconnaissance implicite » d'un accident, lorsqu'aucune décision explicite de la caisse n'est intervenue avant l'issue du délai initial de 30 jours ou à la fin du délai complémentaire (2 mois).

La reconnaissance, même implicite est opposable à l'employeur. Celui-ci obtiendra néanmoins gain de cause en cas de contentieux s'il fait état d'un défaut de contradictoire qui va souvent de pair avec une reconnaissance implicite.



Toutes les décisions, sans exception, doivent faire l'objet d'une notification à la victime ou à ses ayants droit, ainsi qu'à l'employeur même si les délais réglementaires sont passés et la reconnaissance implicite acquise. La décision doit être adressée :

- par pli simple, à la victime même s'il s'agit d'une prise en charge implicite (cette décision ne fait pas grief à la victime) ;
- par pli recommandé avec demande d'avis de réception pour les employeurs à taux individuels et à taux mixte ou en pli simple aux employeurs à taux collectif (avec voies de recours) afin de faire courir le délai de contestation.

Ainsi, la victime et l'employeur bénéficieront systématiquement d'une information sur leurs droits et seront pleinement en mesure de défendre leurs intérêts. La notion de reconnaissance implicite mentionnée à l'article.R.441-11 du CSS a pour seul objet de garantir les droits de la victime en cas de défaillance de la caisse et non de la dispenser de ses obligations de notification. La caisse doit tout mettre en œuvre pour que de telles situations ne se produisent pas. Un suivi national est opéré sur ce sujet qui doit également être suivi par les coordinations régionales pour prévenir tout débordement.

IV. La gestion de l'instruction en AT

Une fois la recevabilité des pièces admises, le GAT commence l'instruction.

L'instruction est l'étape du processus de reconnaissance permettant au gestionnaire de statuer sur le caractère professionnel de l'accident. Elle peut aboutir à une prise en charge d'emblée ou une décision faisant suite à des investigations.

En fonction de l'analyse du dossier, le gestionnaire décide s'il doit:

- prendre en charge d'emblée ;
- recourir à des investigations administratives ;
- interroger le service du contrôle médical.

Attention, la prise en charge d'emblée ne peut intervenir dans certains cas. Il est notamment nécessaire de procéder à des vérifications tenant à la matérialité de l'accident pour établir ou rejeter son caractère professionnel dans les cas suivants :

- **les accidents du travail mortels**, l'investigation étant imposée par les textes ;
- **les accidents pour lesquels la déclaration d'accident du travail a été établie par la victime ;**

- **les accidents du travail comportant un trouble psycho-social (TPS), pour lesquels aucun fait accidentel n'est identifié sur la DAT** (crise de larmes, craquage, hurlement, stress, burnout etc...) ;
- **les dossiers signalés par l'employeur, via des réserves « motivées », l'investigation étant imposée par les textes, sous peine d'inopposabilité.** Il s'agit des cas où l'employeur :
 - met en doute la réalité du fait accidentel ou la réalité de sa survenance au temps et au lieu en l'étayant d'un élément de contexte (y compris contestation de la survenance sur le temps d'une mission) ;
 - relève un détour, une interruption ou le défaut de caractère habituel de résidence ou de lieu de restauration en cas d'accident de trajet ;
 - précise une activité personnelle à laquelle s'adonnait un salarié en mission au moment de l'accident ;
 - relève une cause totalement étrangère au travail susceptible de rompre le lien de subordination avec l'employeur ;
 - soulève une absence de témoin dès lors que celle-ci est « anormale » au regard des circonstances de l'accident **ou** que l'accident provoque des lésions invisibles (douleurs, TPS) ;
 - relève un état antérieur dont il justifie avoir eu connaissance par la victime ou par un tiers (témoignage) ;
 - signale la déclaration tardive de l'accident par la victime (le lendemain) dès lors que l'accident a eu lieu aux horaires habituels de travail ou que l'employeur justifie qu'un membre de l'encadrement de la victime était présent ou enfin en cas de lésion invisible (douleur, TPS) ;
 - signale l'établissement du CMI tardif c'est-à-dire au-delà de 72h de l'accident ;
 - met en cause la faute intentionnelle du salarié en l'expliquant.
- **dans une logique de maîtrise des risques même sans réserve de l'employeur, dès lors qu'un arrêt de travail a été prescrit (CMI et CMP), les dossiers suivants:**
 - incohérence entre les circonstances décrites sur la DAT et le CMI avec une déclaration tardive (le lendemain) à l'employeur et/ou sans témoin ;
 - incohérence entre les circonstances de l'AT et la date du constat médical des lésions (CMI établi au-delà d'un délai de 7 jours hors hospitalisation) ;
 - accident intervenu hors temps et lieu du travail ;
 - mention sur la DAT ou le CMI d'un accident de trajet laissant supposer un accident survenu en dehors du trajet protégé (notamment mention d'un détour ou horaires discordants) ou constat d'un détour de plus de 20 km, dès lors que le lieu exact de l'accident est mentionné et non la simple mention « trajet habituel domicile / travail » ;
 - dossiers à risque majoré d'abus ou de fraude faisant l'objet d'un traitement spécifique impliquant un rapprochement avec le service fraude. Il s'agit à minima des cas suivants :
 - ✓ la victime est gérant minoritaire, SASU (société par action simplifiée unipersonnelle) ou porte le nom de l'entreprise ou de l'employeur ;
 - ✓ les cas de faisceau d'indices laissant supposer une fraude.

Ces cas de recours obligatoires aux investigations constituent un socle de base minimum. Les organismes peuvent, sous l'égide de la coordination régionale, décider d'élargir ce périmètre pour procéder à l'investigation d'autres dossiers sélectionnés selon des critères locaux.

1. La prise en charge d'emblée

En dehors des cas particuliers donnant lieu à investigation mentionnés ci-dessus, l'accident est « pris en charge d'emblée », c'est-à-dire sur la base des seuls DAT et CMI. Dans cette situation, aucune information spécifique des parties sur l'instruction n'est requise.

Une prise en charge d'emblée n'exonère pas la caisse d'une notification explicite à la victime et à l'employeur. Ainsi, le GAT adresse la notification de prise en charge :

- des accidents du travail : en pli recommandé avec accusé de réception pour l'employeur à taux individuels et à taux mixte ; en pli simple à l'employeur à taux collectif et à la victime ;
- des accidents du trajet : en pli simple à la victime et à l'employeur quel que soit leur mode de tarification.

2. Les investigations

Rappel de la définition:

« *L'investigation* est un temps de l'instruction. Il s'agit de la démarche de vérification engagée lorsque les éléments portés à la connaissance de la caisse via la déclaration d'AT ou de MP et le CMI ne permettent pas de statuer directement ou qu'il existe un doute sur le caractère professionnel du sinistre ou sa réalité. L'investigation inclut principalement l'envoi de questionnaires adressés aux deux parties et/ou le déclenchement d'une enquête. L'enquête est un moyen d'investigation parmi d'autres permettant aux gestionnaires AT/MP d'éclairer leur décision ».

Le principe est celui d'un envoi de questionnaires aux deux parties préalablement à toute enquête de terrain. Seules **2 situations débutent directement par une enquête** : les accidents mortels et les actes suicidaires avec réserves.

Les questionnaires adressés aux deux parties doivent être pensés et construits au regard de la situation précise et unique de chaque dossier. Le caractère contradictoire de la procédure **impose un envoi de questionnaires aux deux parties**, y compris à l'employeur ou la victime qui aurait fait parvenir un courrier très détaillé sur les circonstances de l'accident.

En cas de réserves motivées de l'employeur, le questionnaire établi à l'attention de la victime ou ses ayant-droits fait état de ces réserves (ou le courrier de réserves est joint audit questionnaire) afin qu'il puisse apporter les explications les plus pertinentes possibles, dans un contexte de transparence et de loyauté, au regard des réserves formulées.

a) Que doit rechercher le gestionnaire ?



En matière d'investigations administratives, le gestionnaire n'a qu'un seul objectif : déterminer si la matérialité des faits est établie. Cela **répond à trois questions fondamentales** :

Le fait accidentel a-t-il eu lieu ? Quand ? Où ?

Si les réponses à quand et où sont « en dehors du temps et du lieu du travail », le gestionnaire se pose **une quatrième question** :

Est-ce que je dispose d'éléments permettant d'affirmer sans doute possible le lien entre l'accident ou les lésions et le travail ?

Exceptionnellement, en cas de réserves motivées sur ce sujet ou si les circonstances de l'accident décrites par l'une des parties l'évoquent, le gestionnaire doit s'attacher à examiner une **cinquième question** :

L'assuré s'était-il soustrait à l'autorité de l'employeur (cause totalement étrangère au travail ou suspension du contrat) ?

Aucune autre considération ou question n'a d'intérêt : ni le contexte social ou relationnel, ni les responsabilités respectives des protagonistes, ni le passif de la victime ou encore l'opinion des uns ou des autres etc... Pour cette raison, il est inutile et contreproductif de multiplier les questions dans les questionnaires ou les démarches d'enquête qui ne viseraient pas strictement à répondre à l'une de ces cinq questions.

La recherche du fait accidentel

Ce fait doit provenir **d'un événement ou d'une série d'événements**. Le GAT doit recueillir la version de la victime et de l'employeur sur cette notion « d'évènement » en sollicitant une description précise et détaillée au vu des éléments relatés sur la DAT.

Si un témoin ou une première personne avisée est mentionné sur la DAT, il est également destinataire d'un questionnaire.



La recherche de la matérialité est primordiale et doit être menée de manière rigoureuse dans la mesure où celle-ci n'est pas présumée. Il appartient à la victime de prouver la réalité du fait accidentel son temps et son lieu de survenance autrement que par ses propres déclarations. **La matérialité ne se présumant pas, le doute ne profite pas à l'assuré. Il revient donc à la caisse primaire de rapporter les éléments de preuve justifiant la prise en charge.**

Si la caisse notifie un refus pour absence de fait accidentel, et que l'assuré conteste cette décision, il appartiendra à ce dernier de prouver la réalité du fait accidentel autrement que par ses propres affirmations, supportant intégralement la charge de la preuve.

Il existe 3 moyens principaux de rapporter cette preuve avec par ordre de priorité d'investigation :

- **Le témoignage direct** (visuel) ou indirect (auditif, ou ayant constaté les conséquences immédiates) ;
- **Le témoignage indirect « avant/après »** : des témoignages, des déclarations de témoins ayant pu constater l'état de l'assuré dans les moments précédents l'accident et après, démontrant une altération de son état psychique ou physique dans une unité de temps et de lieu ;
- **la gravité des lésions ou leur nature et l'établissement du CMI le jour même où l'intervention des services d'urgence** pouvant suffire à établir la matérialité. Deux cas de figure :
 - Soit la gravité des lésions est telle que l'assuré ne peut raisonnablement avoir embauché dans cet état ou assuré le début de la journée de travail jusqu'à l'heure de l'accident présumé, auquel cas l'établissement d'un CMI dans la journée suffit.
 - Soit les lésions sont de gravité relative auquel cas il convient de disposer de témoignages concomitants ou postérieurs à l'embauche attestant du bon état physique de la personne à sa prise de poste.

Il s'agit de procéder à un questionnement permettant de rechercher ces éléments afin de préciser sans ambiguïté les circonstances de l'accident et l'activité de la victime à cette occasion.

La notion de temps et lieu

Cette notion de temps et lieu est primordiale dans l'instruction car elle détermine en tout premier lieu si la présomption de l'accident au travail joue ou non. C'est pourquoi, pour tout dossier AT, il est nécessaire que soit daté et localisé de manière certaine le fait accidentel. **Le plus souvent le temps et le lieu ne seront pas remis en question dès lors que la réalité du fait est établie.**

Ces deux notions de temps et de lieu ne pouvant pas être dissociées lors de l'instruction, les questions doivent être posées afin d'apprécier la cohérence des déclarations.

NB : le badgeage n'est pas une borne temporelle stricte du temps de travail. L'arrivée le matin et le départ le soir s'ils restent dans une temporalité raisonnable demeurent inclus dans le temps de travail. Ainsi, par exemple, une victime badge sur son poste de travail et a un accident sur le parking privé de l'entreprise dans un temps voisin ou une victime arrive 30 minutes avant son embauche pour se changer au vestiaire. Dans ces cas, le salarié est entre le trajet et le travail et, étant présent sur les lieux de l'entreprise et se préparant soit à embaucher soit à quitter son lieu de travail, il est considéré en accident de travail survenu au temps et au lieu. Le badgeage est un indice du temps de travail mais pas une référence absolue.

La notion de subordination à l'employeur

Lorsque l'accident survient hors du temps et du lieu de travail, la présomption d'imputabilité de l'accident au travail est renversée : le salarié doit établir que c'est le travail qui est à l'origine de l'accident ou qu'il était alors sous la subordination de son employeur.

Pour qu'il y ait subordination, il faut que le salarié :

- reçoive des ordres ou des directives de la personne pour qui il travaille ;
- puisse être contrôlé tant sur l'accomplissement de ce travail, que sur les résultats.

Par ailleurs, il peut être constaté une disparition du lien d'autorité au temps présumé de l'accident : un salarié présent sur le lieu et au temps du travail peut se soustraire à l'autorité de son employeur. Il s'agit de deux cas :

- la cause totalement étrangère au travail rompant le lien de subordination. La cause totalement étrangère au travail s'apprécie au regard de l'activité normale du salarié. Une situation de fait sans aucun lien avec une activité qu'on pourrait raisonnablement attendre de la part du salarié, constitue une cause totalement étrangère au travail. Elle ne peut résulter que des actes du salarié impliquant une rupture du lien de subordination. Dès lors que le lien de subordination n'est pas rompu (exemple : catastrophe naturelle, attentat), il n'existe pas de cause totalement étrangère au travail.

Exemples de causes totalement étrangères :

- Les lésions sont liées à une activité ludique à laquelle s'adonnaient des salariés dans les locaux de l'entreprise sans autorisation et non organisée par l'employeur ou l'un de ses représentants (ex : Partie de Jokari® dans les couloirs, course de sièges à roulette, match de foot dans le bureau...).
- Le salarié a quitté son poste pour réparer son cyclomoteur dans le parking de l'entreprise.
- L'assuré qui s'isole volontairement avec un tiers pour un motif personnel ou pour s'adonner à une activité illicite.



- La suspension du contrat de travail (grève, arrêt de travail...) exclut toute prise en charge en accident de travail, quand bien même l'accident, survenu à cette occasion, trouverait son origine dans le travail (ex : supérieur hiérarchique agressant un gréviste).

Lorsqu'il recherche une rupture du lien de subordination, le gestionnaire cherchera à connaître les missions habituelles de travail du salarié afin de voir si l'activité pendant l'accident était bel et bien totalement étrangère au travail ou les raisons ayant poussé le salarié à quitter son poste de travail.

b) Comment le gestionnaire exploite-t-il les questionnaires ?

A réception des questionnaires, le GAT recherche s'il a la réponse aux questions lui permettant la prise de décision (le fait accidentel a-t-il eu lieu ? Quand ? Où ? L'assuré s'était-il soustrait à l'autorité de l'employeur ?).

- **Tous les questionnaires sont reçus et concordants** : la poursuite des investigations relatives à la matérialité ne se justifie pas. Deux cas s'offrent au GAT :
 - La matérialité de l'accident n'a pu être établie : le GAT notifie un rejet administratif (voies de recours CRA) aux deux parties.
 - La matérialité de l'accident est établie :
 - Les lésions figurant sur le CMI sont concordantes avec les circonstances de l'accident, le GAT notifie une prise en charge.
 - les lésions sont manifestement sans cohérence avec l'accident déclaré, le GAT sollicite le médecin conseil sur l'imputabilité des lésions à l'accident. Il notifiera une décision d'ordre médical à réception de l'avis du SM (voies de recours expertise).
 - les lésions sont apparues hors temps et lieu du travail, et le GAT a identifié un fait générateur au temps et au lieu, le GAT peut solliciter le médecin conseil sur l'imputabilité des lésions à ce fait générateur. Il notifiera, dans ce cas, une décision d'ordre médicale à réception de l'avis du SM (voies de recours expertise)
- **Aucune réponse aux 2 questionnaires** (avec preuve de réception LRAR ou QRP) qu'il y ait ou non réserves employeur motivées : rejet de la demande pour défaut de matérialité.
- **Absence de réponse à l'un des questionnaires** : en cas de réception d'un seul questionnaire d'une des deux parties après relance ou preuve de réception (LRAR ou QRP), le gestionnaire doit prendre sa décision au vu des éléments présents au dossier et du seul questionnaire en sa possession. En l'absence de preuve de réception ou de connexion à QRP du questionnaire initial, la relance du questionnaire manquant **doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception** ou sous la forme d'une remise en main propre contre décharge (ou constatée par PV) afin d'éviter tout recours portant sur la non-réception du questionnaire.
Dans ce cas, il est conseillé, dans la mesure du possible, de faire coïncider la relance avec l'ouverture du délai complémentaire pour l'intégrer directement dans ce courrier déjà prévu en AR.
- **Discordance inconciliable des questionnaires** (aucun élément extérieur ne permet de trancher) : le gestionnaire commande une enquête à l'AAA. Celui-ci prend contact téléphonique avec chacune des parties pour présenter l'argumentation de l'autre partie et recueillir les explications de chacun sur les discordances.
- **Cas de l'interrogation des témoins** : si à la seule exploitation des questionnaires employeur et assuré, le GAT ne peut arrêter une décision, sans retour du questionnaire témoin, il commande

une enquête à l'AAA. Ce dernier devra interroger le témoin par téléphone. A noter qu'en matière d'intérim, l'entreprise utilisatrice est considérée comme témoin et est interrogée, notamment si la société d'intérim n'a pas fourni la déclaration préalable qui doit lui être demandée dans le questionnaire qui lui a été adressé.

NB : Si des nouveaux témoins sont mentionnés dans les questionnaires victime ou employeur et que le GAT ne dispose pas d'éléments nécessaires à la prise de décision : il apprécie, suivant l'importance des éléments manquants et le délai restant, l'opportunité d'un recours direct à l'enquête téléphonique (par l'AAA) ou l'envoi de nouveaux questionnaires.

c) Comment le gestionnaire rédige sa commande d'enquête à l'AAA ?

Si à réception des questionnaires, un doute subsiste ou si une réponse manque sur un ou plusieurs des items, le GAT doit se poser la question suivante : « quel élément est manquant et empêche de prendre la décision ? ». C'est précisément l'élément que devra aller rechercher l'enquêteur donc, l'objet de la commande.

La commande doit être claire et précise afin que l'enquêteur sache ce qu'il doit chercher et ne pas refaire une enquête sur la globalité du dossier, par exemple, **perdre son temps à valider des éléments dont le GAT dispose déjà dans les questionnaires.**



Exemple de cause totalement étrangère à J-10 de la clôture:

Les lésions sont liées à une activité ludique précise à laquelle s'adonnaient des salariés dans les locaux de l'entreprise.

L'employeur et le salarié font état tous deux de cette version sur leurs questionnaires comme étant les circonstances de l'accident.

Néanmoins, l'employeur indique que l'activité n'était pas autorisée alors que le salarié prétend le contraire et mentionne la présence d'un supérieur hiérarchique M. XX. Le GAT doit déterminer si cette activité était autorisée par l'employeur, confirmant ainsi que le lien de subordination n'était pas rompu. La réponse n'étant pas dans les questionnaires, le GAT demande donc à l'AAA :

« L'activité ludique était-elle organisée par l'employeur ou l'un de ses représentants ? Le salarié s'est-il adonné à cette activité sur sa seule initiative ? Rapporter le témoignage de M. XX, supérieur hiérarchique »



Un GAT ne peut pas se contenter de demander à un enquêteur :

- déterminer si l'accident entre dans le cadre d'un accident du travail ;
- déterminer la matérialité de l'accident ;
-

Plus la commande est précise, plus la réponse est de facto déterminante pour la prise de décision.

d) Que fait le gestionnaire au retour de l'enquête ?

L'exploitation revient au gestionnaire qui analyse les réponses apportées par l'AAA à ses questions, au besoin avec l'aide du service médical si le colloque avait souhaité poser des questions.

Compte tenu des modèles de rapport d'enquête nationaux, le gestionnaire devrait pouvoir prendre sa décision à la seule vue du rapport d'enquête. En cas de doute, naturellement, il étudie l'intégralité des pièces justificatives annexées au rapport.

Il est par ailleurs conseillé, pour les accidents les plus graves ou ceux où une réserve de l'employeur est présente au dossier, de procéder à l'analyse des procès-verbaux et/ou opérer un point avec l'enquêteur.

La réponse à la question étant l'élément permettant un positionnement quant au caractère professionnel, le GAT doit être en mesure à la lumière de l'enquête de prendre une décision.

3. Dans quels cas le GAT recourt-il à l'expertise du médecin conseil ?

Le gestionnaire doit interroger le service du contrôle médical en colloque sur l'imputabilité des lésions dans les 2 cas décrits ci-dessous. Cette interrogation se fait en complément de l'investigation administrative qui permet d'avoir tous les éléments de faits nécessaires sur les circonstances de l'accident pour interroger le médecin conseil.

- Le premier cas est celui où le gestionnaire **a un doute** sur la relation entre la lésion et le fait accidentel, dont la matérialité a été établie par ailleurs, et souhaite une confirmation que l'accident a causé les lésions décrites. Cela peut notamment être le cas lorsque les faits ou la lésion interviennent hors temps et lieu du travail.
- Le second cas est la rechute ou une nouvelle lésion, étant entendu que le médecin conseil :
 - En cas de rechute, rend un avis favorable seulement s'il dispose d'éléments démontrant de manière incontestable le lien avec l'accident ;
 - En cas de nouvelle lésion rend un avis simple sur l'imputabilité.

Dans ces cas, si un refus intervient, celui-ci est d'ordre médical et la voie de recours est l'expertise.

En cas d'expertise, pour les contestation des rejets d'ordre médical de reconnaissance de l'accident initial, de la rechute ou de la nouvelle lésion, la question à poser à l'expert par le médecin conseil est la suivante : **Existe-t-il une relation de cause à effet certaine et indiscutable entre la lésion et le fait accidentel ?**

Dans le cas fréquent de concordance des lésions entre le CMI et un accident produit aux temps et lieu du travail, il est inutile d'interroger le médecin conseil, même en cas de réserves portant sur l'état antérieur. En effet, dans ce cas, la présomption d'imputabilité prime. Par contre pour les dossiers dans lesquels un état antérieur est allégué, le GAT les signale au médecin conseil (via Médialog, colloque, LM2A...) afin qu'il en soit éventuellement tenu compte dans la fixation de la date de consolidation et du taux d'incapacité.

4. Le contradictoire et la consultation du dossier

Dès que la caisse procède à des investigations (envoi de questionnaires, enquête), elle doit respecter le "contradictoire" dans l'instruction du dossier, tant vis-à-vis de l'assuré que de l'employeur. Elle doit informer systématiquement les parties à certaines étapes de la gestion du dossier et leur permettre de prendre connaissance des pièces le constituant, dans le respect du secret médical.

Concernant la consultation des pièces du dossier AT/MP, dans l'attente de la diffusion de l'application de consultation du dossier en ligne, la consultation se fait prioritairement sur place dans les locaux, en tous points de la caisse, après prise de rendez-vous. Les parties peuvent venir seules, accompagnées de la personne de leur choix ou se faire représenter. Dans ce dernier cas, le représentant devra présenter à la caisse une procuration ainsi que la pièce d'identité de la partie qu'il représente.

Dans le cadre d'une gestion attentionnée, la consultation du dossier doit être constructive et facilitée, admettant que la partie s'est déplacée dans les locaux de la caisse. A ce titre, à leur demande, il est laissé la possibilité aux parties de dupliquer des éléments du dossier, y compris par photographie. En

cas d'impressions ou de photocopies, des frais peuvent être appliqués conformément à l'article 35 du décret du 30 décembre 2005 et suivant les pratiques de l'organisme en la matière.

La décharge de consultation du dossier à signer par les parties indique, de préférence, que celle-ci a « consulté l'intégralité des pièces consultables en notre possession, telles que définies à l'article R.441-13 CSS, relatives au sinistre n°X », l'article étant reproduit en bas de page. Si la partie souhaite émettre une réserve, elle l'écrit directement sur la décharge et signe.



L'emploi du modèle de consultation avec cases à cocher correspondant à chaque pièce n'est pas conseillé si la consultation n'est pas supervisée par un spécialiste du risque professionnel. Toutefois, elle peut être nécessaire si ce type de modèle est exigé par le président du TASS/TGI. Ce point et le choix des modèles à utiliser est à évoquer entre les services contentieux et métier dans le cadre de la coordination régionale.

L'agent présent lors de la consultation ne signe jamais une décharge réalisée par la partie elle-même mais peut établir un double de la décharge et la contresigner si la partie souhaite conserver une preuve de la consultation.

En cas d'envoi postal, le dossier est envoyé à l'adresse de correspondance.

En cas d'envoi par mail, le dossier est adressé par PETRA à une adresse mail communiquée par écrit ou par mail par la partie.

Enfin, en cas d'observation ou de remarque d'une des parties, celle-ci est établie par écrit et signée. Celui qui l'a rédigée peut en conserver un double et l'original est remis au service des risques professionnels avec le numéro de sinistre annoté. La pièce est diadémisée, versée au dossier et, si une adresse mail est connue, celle-ci est transmise à l'autre partie sans délai. Un envoi postal est inutile puisqu'il ne permettra pas à la partie concernée de prendre connaissance de la pièce dans un délai compatible avec la période de consultation du dossier (NB : une application est en cours de développement à la CNAM pour permettre cette communication par voie dématérialisée de manière automatisée).

Les certificats médicaux de prolongation ne doivent être versés au dossier que s'ils ont été utilisés pour étudier le caractère professionnel (notamment prise en compte d'un CMP en tant que CMI, suite à hospitalisation). Dans les autres cas, le CMP n'est pas un certificat médical ayant un lien avec la décision de reconnaissance, objet du contradictoire et de la consultation des pièces.

5. Les dossiers à risque d'abus ou de fraude

Ces dossiers imposent de procéder à des vérifications avant de statuer sur le caractère professionnel. Il est demandé que chaque organisme organise une concertation avec le service lutte contre la fraude au moins une fois par an pour évoquer les éventuels dossiers transmis au cours de l'année et/ou envisager des actions locales en matière de lutte contre la fraude.

NB : Les dossiers rejetés pour défaut de matérialité lorsqu'une fausse déclaration de l'une des parties ou des témoins est avérée lors de l'instruction sont signalés au service de lutte contre la fraude.