

CONSÉQUENCES DES RECOURS EMPLOYEURS EN MATIÈRE DE SINISTRES PROFESSIONNELS

- Par Maître Gabriel Rigal, avocat associé du cabinet ONELAW -

INTRODUCTION

Dans un contexte où la protection sociale suscite de plus en plus de vigilance budgétaire et de débats politiques, les recours engagés par les employeurs contre certaines décisions de la CPAM peuvent sembler, à tort, suspects. **Ont-ils pour effet de fragiliser les droits des salariés ? Contribuent-ils à déséquilibrer les finances publiques ? Remettent-ils en cause la solidarité nationale ?**

Autant de questions légitimes, souvent alimentées par des idées reçues, auxquelles cet article entend répondre avec rigueur.

En réalité, les recours employeurs en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT/MP) s'inscrivent dans un système parfaitement cloisonné et équilibré. Ils ne diminuent en rien les droits des victimes, ni ne pèsent sur les comptes de la

branche maladie de la Sécurité Sociale. Loin d'être une échappatoire, l'inopposabilité d'un sinistre, ou la baisse de tranche d'IPP, sont des mécanismes strictement encadrés, dont les effets financiers sont entièrement assumés par la branche AT/MP – une branche autonome, excédentaire, et financée exclusivement par les cotisations patronales.

Comprendre ces mécanismes, c'est lever les inquiétudes et redonner toute leur légitimité à des démarches de contrôle et de régulation, indispensables dans un système assurantiel. Car non, **les recours employeurs ne creusent pas le déficit public** – ils participent, au contraire, à un exercice responsable de la gestion des risques professionnels.

01

LA BRANCHE RISQUES PROFESSIONNELS

La branche AT/MP ou RISQUES PROFESSIONNELS est l'une des quatre grandes branches qui structurent la Sécurité Sociale d'un point de vue fonctionnel, à côté de la branche maladie / invalidité / maternité / décès, de la branche vieillesse et de la branche famille.

Elle est uniquement financée par des **cotisations à la charge exclusive des employeurs**, calculées à partir d'un taux sur les salaires, fixé annuellement, qui tient compte des risques encourus dans l'entreprise.

Le financement des risques professionnels est donc fondé sur un **système assurantiel** en raison du lien recherché entre le risque et le coût.

A. Petit rappel historique

Vingt ans de débats parlementaires ont été nécessaires préalablement à l'adoption de la loi du 9 avril 1898 qui a posé les principes d'indemnisation des accidents du travail. Cette loi a pour la première fois fait porter sur les employeurs **l'obligation de réparation** de tous les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail en application de la présomption d'imputabilité.

Le texte de 1898 ne prescrit aucune modalité de financement des indemnités dues par les employeurs. C'est le droit civil qui s'applique.

L'intégration du risque accidents du travail et maladies professionnelles à la Sécurité Sociale par l'ordonnance du 4 octobre 1945 marque le passage d'une responsabilité individuelle de l'employeur à une responsabilité de type assurantielle, avec la **mise en place d'une affiliation et d'une cotisation obligatoire** au profit des caisses de Sécurité Sociale, qui sont désormais chargées du règlement des indemnités à la place des employeurs ou de leurs assurances.

L'article 35 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 dispose :

« La cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est à la charge exclusive de l'employeur. Le taux de la cotisation est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse régionale de Sécurité Sociale d'après les règles fixées par arrêté (...) »

La prise en charge de la réparation des AT/MP par la Sécurité Sociale se traduit donc par la mise en place d'une obligation de cotisation pour les entreprises et par la modulation de cette dernière en fonction du risque propre à chacune d'elle.

B. La branche risque professionnel aujourd'hui

La branche Accidents du Travail - Maladies Professionnelles, c'est :

- 14 milliards d'euros de prestations versées par an, **financées exclusivement par les entreprises via leurs cotisations.**
- Des excédents confortables : **+1,3 Md€ en 2021, +1,7 Md€ en 2022, +1,4 Md€ en 2023 et 1,1 Md€ en 2024.**
- 2,1 Md€ transférés en 2024 à d'autres branches, dont 1,2 Md€ à la branche maladie.

Le plus gros transfert se fait au profit de la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT/MP pour un montant de 1,2 Md€ en 2024 et 1,6 Md€ prévu pour 2025. Il vise concrètement à indemniser la branche maladie pour les AT/MP qui ne seraient pas initialement déclarés comme tels par les employeurs ou les salariés.

Aucun transfert n'existe en revanche dans le sens inverse au titre des sinistres non-professionnels pris en charge « par erreur » par la CPAM et donc in fine mis à la charge des employeurs.

L'excédent budgétaire de la branche AT/MP finance aujourd'hui d'autres branches structurellement déficitaires ce qui suscite des polémiques puisque les excédents devraient, selon les textes :

- Financer la prévention des risques professionnels.
- Améliorer les indemnisations des victimes.
- Mais ces missions sont quelque peu sacrifiées au profit de transferts budgétaires pour l'équilibre général de la Sécurité Sociale.

Cette branche est donc autonome, excédentaire et financée intégralement par les employeurs.



LES RECOURS EMPLOYEURS ET LEURS CONSÉQUENCES

Les employeurs, qui financent intégralement la branche AT/MP sont en droit de vérifier que les sinistres ou les rentes d'incapacité mis à leurs charges (et donc les cotisations qui en découlent) sont justifiés et que les CPAM ont respecté les règles édictées par le code de la Sécurité Sociale.

En effet, il faut avoir à l'esprit que les sinistres reconnus professionnels sortent de la branche maladie pour entrer dans le champ de la branche AT/MP. Dès lors, toutes les conséquences financières sont supportées par l'employeur ou la collectivité des employeurs.

Deux principes essentiels caractérisent les recours employeurs en matière de sinistres professionnels : d'une part le droit acquis du salarié à conserver les prestations allouées (A), d'autre part le remboursement à l'employeur de l'indu de cotisations mis en évidence par le recours (B). Enfin, on peut se pencher sur les mécanismes complexes de financement des sinistres mutualisés (C).

A. Aucun impact sur les salariés : le principe d'indépendance des rapports

Aux termes dudit principe, les rapports entretenus par la caisse avec la victime sont exclusifs de ceux noués avec l'employeur.

Il se déduit de la rédaction même des dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

Cette règle est solidement posée en jurisprudence comme la Cour de cassation ne manque pas de la rappeler régulièrement : Cass. soc., 17-07-1998, n° 96-14489, « *Mais attendu que les rapports de la Caisse et de l'assuré étant distincts de ceux liant cet organisme à l'employeur (...)* ».

Enfin, la circulaire du 21 août 2009 relative à la procédure d'instruction des déclarations AT/MP (DSS/2C/2009/267), explique très clairement ce qu'il en est en matière de recours employeurs :

- Sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un AT ou d'une MP :

« Dans l'hypothèse où l'employeur exerce un recours, la décision issue de ce recours n'a aucun effet sur la décision de reconnaissance prise à l'égard de l'assuré : il n'y a pas lieu de l'appeler en la cause dans ce contentieux, la décision initiale lui restant acquise en vertu du principe de l'indépendance des rapports ; »

- Sur les rentes d'IPP :

« L'employeur a la faculté de contester dans un délai de deux mois la décision de la caisse. Dans l'hypothèse où il exerce ce recours, la décision issue de ce recours n'a aucun effet sur le taux d'IPP fixé à la victime : il n'y a pas lieu de l'appeler en la cause dans ce contentieux »

Cette circulaire à caractère impératif s'impose aux caisses, mais également au juge judiciaire.

De nombreuses juridictions le précisent dans leurs décisions. Par exemple : « Les rapports CAISSE/ASSURÉ et les rapports CAISSE/EMPLOYEUR sont indépendants, car le salarié et son employeur ont des intérêts distincts à contester les décisions de la CPAM. En conséquence, la présente décision n'aura aucun effet sur les droits reconnus à l'assuré qui conservera, quelle que soit la décision rendue avec ce jugement, le bénéfice des prestations qui lui ont été attribuées par la décision initiale de la CPAM. » (TJ Lille, Pôle social, 13-02-2024, n° 23/00662)

B. Sinistres inopposables, baisse de taux d'IPP : qui finance ?

Nous venons de voir que les salariés conservent le bénéfice d'une décision de prise en charge même si elle est déclarée inopposable à l'employeur, ou d'une rente jugée trop généreuse même si son taux est abaissé. **Dès lors, qui assume les conséquences financières ?**

Selon la temporalité, soit le sinistre n'est pas imputé à l'entreprise concernée dans le calcul de son taux de cotisation AT/MP, soit les cotisations indues sont remboursées.

Cela signifie que l'employeur n'en supporte pas les coûts directs. Néanmoins, les frais associés à ce sinistre (indemnités journalières, rentes, soins médicaux, etc.) doivent toujours être pris en charge par le système de Sécurité Sociale.

Les sinistres inopposables sont donc financés par la branche AT/MP de la Sécurité Sociale, et non par la branche maladie ou une autre branche du régime général, puisqu'ils restent au sein de ladite branche.

C'est le principe même de la branche AT/MP de la Sécurité Sociale : elle est autonome et mutualisée.

UNE VIGILANCE PARTICULIÈRE S'IMPOSE DONC AUX EMPLOYEURS !

Le rapport annuel 2023 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels éléments statistiques et financiers (pages 26 et suivantes), illustre clairement le principe de mutualisation des conséquences du contentieux AT/MP (a) en plus de détailler le montant (b) :

- a) *Le contentieux AT/MP impacte le taux de cotisation des entreprises en augmentant la part des dépenses mutualisées.*
- b) *Les montants remboursés aux employeurs en 2023 suite à un contentieux AT/MP sont estimés à 210,4 M€, soit une diminution de 22,8 M€ (-9,8 %) par rapport aux montants remboursés en 2022.*

Les recours employeurs et leurs conséquences financières sont très faibles dans le budget de la branche AT/MP puisqu'ils représentent environ 1,5 % dudit budget.

Ces recours font partie d'autres dépenses mutualisées mises à la charge de la collectivité des employeurs, à savoir les écrètements de taux, les sinistres provenant de sociétés radiées, etc.

Motif	Montants remboursés	Structure
Inopposabilité	132 425 968 €	63 %
Réduction du taux d'IP	64 962 898 €	31 %
Autres - contentieux tarification	13 215 079 €	6 %
Total	210 423 945 €	100 %

Figure 1 : montants remboursés suite à des recours employeur
(source : rapport annuel 2023 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels éléments statistiques et financiers)

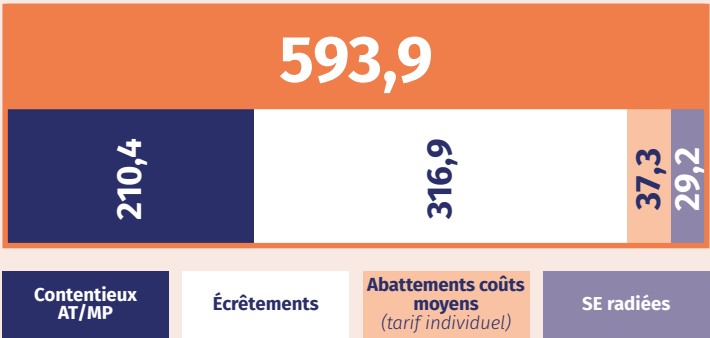


Figure 2 : éléments impactant les taux
(source : rapport annuel 2023 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels éléments statistiques et financiers)

Les maladies professionnelles, 1^{er} poste de charge des dépenses mutualisées

L'impact le plus important des dépenses mutualisées est l'affectation au compte spécial des maladies pour lesquelles il s'avère impossible de déterminer l'employeur chez lequel elles ont été contractées.

En 2023, la part des dépenses en relation avec les MP imputées au compte spécial s'est élevée à 400 M€, contre 433 M€ en 2022.

Cette somme apparaît dans ce schéma du rapport annuel 2023 dans la part des dépenses mutualisées.

Cette figure met également en évidence que les MP déclarées inopposables, elles aussi mutualisées comme vu précédemment, représentent 2,5 %, soit environ 70 M€ d'impact sur la collectivité des employeurs.

- Part des dépenses mutualisées = 31,1 %
- Part des dépenses relevant d'une mutualisation sectorielle = 23,3 %
- Part des dépenses réellement imputées au compte employeur = 45,6 %

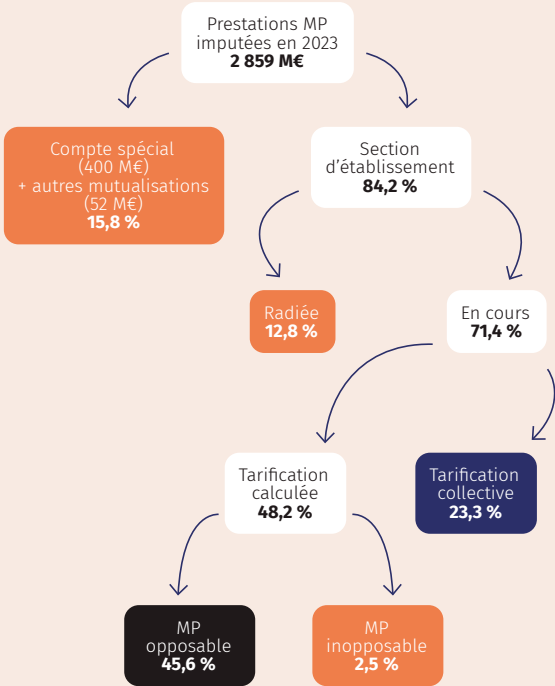


Figure 3 : ventilation des charges liées aux MP
(source : rapport annuel 2023 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels éléments statistiques et financiers)

C. Quels sont les mécanismes de financement prévus pour les dépenses mutualisées ?

Selon qu'il s'agisse de dépenses imputées au compte spécial ou mutualisées, elles sont financées par la collectivité des employeurs à travers les mécanismes de majoration de taux prévus à l'article D242-6-9 du code de la Sécurité Sociale.

- La majoration M1 couvre les dépenses consécutives aux **accidents de trajet**.
- La majoration M2 couvre les frais de rééducation professionnelle, les charges de gestion et, depuis 2023, la totalité du versement à la branche maladie, c'est-à-dire notamment le transfert au titre de la sous-déclaration des AT et des MP. En tant que majoration d'équilibre, elle permet également de couvrir les prestations non financées par ailleurs.
- La majoration M3 couvre depuis 2023 **les dépenses du Fonds commun des AT, les MP inscrites au compte spécial** et, enfin, les contributions aux **Fonds amiante** (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante).
- La majoration M4, couvre les prévisions des dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif d'abaissement de l'âge de la **retraite à 60 ans** pour les personnes justifiant d'un taux d'incapacité permanente (IP) reconnu au titre d'une MP ou d'un AT au moins égal à 20 %.

Le **Fonds national des accidents du travail** (FNAT) également dénommé Fonds commun des AT est financé par la majoration M3 pour couvrir les charges qui ne sont pas directement visées par les textes.

Article R251-5 : *Le Fonds national des accidents du travail doit être équilibré en recettes et en dépenses. (...) Les dépenses du fonds sont constituées par :*

1°

les dotations et, éventuellement, les subventions et avances attribuées aux caisses primaires pour le service des prestations au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles;

2°

les charges diverses imputables au fonds en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Le FNAT a donc vocation à mutualiser certaines charges découlant d'événements particuliers : sinistres non affectés, sinistres d'entreprises disparues, contentieux d'inopposabilité, baisse de taux, etc.

Il serait intéressant d'analyser les comptes de ce fonds. Malheureusement, les comptes de la branche Risques Professionnels sont consolidés et le FNAT n'a pas de comptabilité propre.

Ces mécanismes de majoration – M1 à M4 – comprenant le FNAT, sont des outils de péréquation internes à la branche AT/MP. Ils permettent de répartir équitablement entre employeurs les charges qui ne peuvent être imputées individuellement, telles que :

- les sinistres inopposables (décisions invalidées suite à un recours employeur),
- les maladies professionnelles relevant du compte spécial (employeur non identifiable),
- les accidents de trajet,
- ou encore les transferts de charges vers la branche maladie.

Les recours employeurs qui aboutissent à une décision d'inopposabilité n'entraînent donc aucune charge pour le salarié (qui conserve intégralement ses droits), ni pour la branche maladie de la Sécurité Sociale. Ils sont intégralement financés par la branche AT/MP grâce à ces majorations.

En clair, c'est la collectivité des employeurs, et non la solidarité nationale, qui assume le coût des dépenses requalifiées ou désimputées.

La transparence de ces mécanismes est assurée par la publication annuelle des rapports statistiques de la CNAM - Risques professionnels, qui détaillent les montants remboursés, les dépenses mutualisées et les affectations aux différents fonds.

CONCLUSION

Loin des clichés, les recours employeurs en matière d'AT/MP ne sont ni une menace pour les salariés, ni un poids pour la collectivité. Ils ne remettent jamais en cause le droit à indemnisation des victimes, grâce au principe d'indépendance des rapports entre la caisse, l'assuré et l'employeur. De même, ils ne grèvent pas les comptes de la branche maladie, déjà fortement sollicitée, mais relèvent exclusivement d'une branche dédiée, financée à 100 % par les entreprises : la branche Risques Professionnels.

Les décisions d'inopposabilité, les contestations de taux d'incapacité ou encore les demandes de remboursement de cotisations indues s'inscrivent dans un fonctionnement assurantiel cohérent, fondé sur la mutualisation des coûts entre employeurs. Le tout sous contrôle, en toute transparence, et dans un cadre juridique strict.

En résumé : exercer un recours, c'est protéger son entreprise sans jamais nuire ni au salarié, ni à l'équilibre de notre système de protection sociale. Un acte de vigilance, plus que de défiance.