

Alléguer n'est pas prouver

◆ CA Lyon, ch. sociale D, 13 mai 2025, n° 22/05525 [N° Lexbase : A590109G](#)

Mots-clefs : déclaration • accident du travail • matérialité de l'accident • allégation de la victime • éléments objectifs précis concordants

Solution : Les seules déclarations de la victime, en l'absence d'éléments extérieurs objectifs précis et concordants sur les circonstances de l'accident, ne permettent pas d'établir la matérialité dudit accident.

Portée : La contestation, par l'employeur, de la décision de prise en charge, par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), au titre de la législation sur les risques professionnels, de l'accident déclaré par le salarié, peut lui permettre d'obtenir l'inopposabilité de la décision de prise en charge, c'est-à-dire, concrètement, la neutralisation de son impact financier par le retrait dudit accident de son taux AT/MP, mais aussi par l'absence de prise en charge de l'ensemble des arrêts de travail et soins prescrits depuis l'accident jusqu'à la date de consolidation.

Le 29 février 2016, un employeur déclare l'accident dont son salarié lui indique avoir été victime le 26 février 2016 dans les circonstances suivantes :

« Il montait une échelle pour accéder au mignon. Il aurait ressenti un relâchement de son genou, il a glissé mais n'est pas tombé. Il aurait constaté que sa rotule droite était déboîtée ».

Cette déclaration était accompagnée d'un certificat médical initial du 25 février 2016 faisant état d'une « luxation rotule droite » nécessitant un arrêt de travail jusqu'au 8 mars 2016 et de réserves motivées de la part de l'employeur, réserves ayant contraint la caisse primaire d'assurance maladie à mettre en œuvre une procédure d'enquête.

À l'issue de ladite enquête, la Caisse primaire d'assurance maladie a pris en charge, au titre de la législation professionnelle, l'accident en question et l'employeur saisira alors, d'abord, la Commission de recours amiable aux fins d'inopposabilité de la décision de prise en charge puis, suite à la décision implicite de rejet de ladite commission, ce qui était alors le tribunal des affaires sociales (devenu pôle social du tribunal judiciaire) lequel, par jugement du 7 juin 2022, a déclaré opposable, à l'employeur, la décision de prise en charge.

L'employeur forme un appel le 22 juillet 2022 et la cour d'appel de Lyon reformera ledit jugement le 13 mai 2025.

Après s'être livrée à une analyse circonstanciée des faits de l'espèce et avoir appliqué la technique dite du faisceau d'indices, la cour a jugé, *in fine*, que la Caisse primaire d'assurance maladie, subrogée dans les droits de l'assuré, ne démontrait pas la matérialité d'un fait soudain survenu au temps et au lieu du travail.

Il importe ici de rappeler que la prise en charge, au titre de la législation professionnelle, d'un accident du travail doit répondre à des conditions précises (I) dès lors en effet que la décision de prise en charge emporte des conséquences (qui peuvent parfois être très importantes) tant pour le salarié que pour l'employeur (II).

I. Sur les conditions de prise en charge d'un accident du travail

L'article L411-1 du Code de la sécurité sociale [N° Lexbase : L4725MHH](#) définit l'accident du travail comme « l'accident qui, quelle qu'en soit la cause, est 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 ».

L'article précité pose donc une présomption d'imputabilité, au travail, d'un accident survenu au temps et au lieu du travail, présomption simple qui peut être renversée si l'employeur, après que la caisse primaire d'assurance maladie a pris en charge ledit accident au titre de la législation professionnelle, démontre que la matérialité dudit accident n'est pas établie, que sa survenance est sans lien avec le lieu ou le temps du travail, ou qu'il relève d'une cause totalement étrangère au travail.

Il sera ici précisé que la matérialité, en tant que telle, de la lésion peut être difficilement contestée dès lors que la déclaration d'accident du travail doit nécessairement être accompagnée d'un certificat médical initial qui permettra, en pratique, très souvent, d'établir l'existence d'une telle lésion.

L'existence d'une lésion ne s'identifie toutefois pas à l'existence d'un accident du travail et les difficultés rencontrées, en cas de contentieux, concernent davantage le lien entre la lésion d'une part et la preuve de la survenance de celle-ci dans le temps et le lieu du travail d'autre part ; c'est précisément l'objet du litige qu'a eu à trancher la cour dans l'arrêt objet du présent commentaire.

En effet, l'employeur, qui avait assorti sa déclaration d'accident du travail de réserves motivées invoquait, au soutien de son appel, que :

- le salarié ne s'était pas plaint, auprès de qui que ce soit, à une date proche des faits évoqués, d'une quelconque situation ;
- les constatations médicales n'avaient été faites que 3 jours après la date des faits évoqués ;
- qu'il n'existait aucun témoin de l'accident ;
- l'accident, tel que déclaré par le salarié, ne reposait que sur ses allégations.

La cour a, d'abord, fort justement rappelé le principe essentiel du droit de la preuve selon lequel « les déclarations de la victime ne suffisent pas à elles seules à établir le caractère professionnel de l'accident » [\[1\]](#) pour interroger, plus largement, les éléments de faits extérieurs et concordants relatifs audit accident en mobilisant le faisceau du « faisceau d'indices ».

Ce faisant, la cour a relevé que : « Le salarié avait poursuivi son activité professionnelle le jour même et le lendemain de l'accident déclaré, lequel n'avait été porté à la connaissance de l'employeur que trois jours plus tard le fait accident invoqué tout en précisant l'information tardive de l'employeur n'est pas à elle seule suffisante à emporter l'inopposabilité de la décision de prise en charge ».

De même, la cour de souligner également et surtout : « Qu'aucun élément extérieur objectif corroborant les déclarations du salarié rapporté par la Caisse, étant relevé qu'il n'est pas fait état de la présence de témoin et que le chef de chantier qui, selon l'assuré, aurait été informé de l'accident, n'a pas été entendu dans le cadre l'enquête diligentée par la CPAM, la cour observant en outre que les constatations médicales faites deux jours après le fait accidentel allégué paraissent peu compatibles avec les déclarations du salarié compte tenu du fait que le diagnostic de luxation du genou rend la marche particulièrement douloureuse et difficile et que l'assuré, dans le cadre de son activité professionnelle, n'est pas soumis à une activité physique ».

Si l'on peut regretter la rédaction de l'arrêt en ce qu'il retient qu'il « ressort des éléments versés aux débats que si l'accident déclaré apparaît être survenu au temps et au lieu du travail et que les lésions mentionnées dans le certificat médical initial ne sont effectivement pas incompatibles avec les mentions figurant sur la déclaration d'accident du travail », dans la mesure où ce constat induit nécessairement, de notre point de vue, sur le strict plan de l'orthodoxie juridique, une décision de prise en charge (la survenance d'un accident au temps et au lieu emporte reconnaissance du caractère professionnel de l'accident, sauf à démontrer l'existence d'un fait extérieur), la solution retenue au cas d'espèce de rejeter le caractère professionnel de l'accident apparaît pleinement

justifiée, ce qui permet alors à l'employeur de se prévaloir d'une inopposabilité de la décision de prise en charge.

II. Sur les conséquences d'une décision de prise en charge et de son inopposabilité à l'employeur

La prise en charge d'un accident (ou d'une maladie) au titre de la législation sur les risques professionnels emporte, pour le salarié comme, pour l'employeur, des conséquences non négligeables.

En effet, pour le salarié dont le caractère professionnel de l'accident aura été reconnu, les prestations en nature comme en espèces qui lui seront servies par la CPAM dans des conditions plus avantageuses que dans l'hypothèse d'un accident relevant du régime de droit commun avec, s'agissant des prestations en espèces, la possibilité de percevoir le versement d'une rente viagère lorsque subsiste une incapacité permanente partielle supérieure à 10 % ou, lorsque ledit taux est en deçà du seuil de 10 %, une indemnité versée en capital.

La réparation des accidents du travail (et des maladies professionnelles) revêt ainsi un caractère forfaitaire qui, par exception, peut ouvrir droit à une réparation complémentaire lorsque le salarié est en mesure d'établir que l'accident du travail (ou la maladie professionnelle) résulte de la faute inexcusable de son employeur.

Du côté de l'employeur, la prise en charge, au titre de la législation sur les risques professionnels, va impacter sa tarification, c'est-à-dire la détermination du taux de la cotisation dont il est redevable au titre de l'assurance contre les accidents du travail et de maladie professionnelle.

La procédure de tarification est assez complexe [2] et l'impact financier d'un accident pris en charge au titre de la législation sur les risques professionnels peut être neutralisé par les effets de l'inopposabilité de la décision de prise en charge obtenue par l'employeur, le cas échéant, devant la juridiction de sécurité sociale, comme cela était le cas l'arrêt commenté.

En effet, si, compte tenu de l'indépendance des rapports Caisse/employeur et Caisse/assuré, la contestation, par l'employeur, de la décision de prise en charge, sera sans incidence sur les droits de l'assuré (qui continuera à bénéficier de la législation sur les risques professionnels quand une juridiction aura pourtant indiqué qu'elle n'aurait pas dû recevoir application), la décision de prise en charge qui aura été déclarée inopposable à l'employeur, comme cela a été le cas dans l'arrêt objet du présent commentaire, ne produira aucun effet à son égard.

La non-application de la décision, ou, pour user d'une terminologie plus juridique, son inopposabilité, permettra donc à l'employeur, dans ses rapports avec l'organisme social, d'échapper à une augmentation de son taux de cotisation.

Concrètement, cela signifie que l'inopposabilité, pour reprendre l'expression du Professeur Morvan, constitue « une cause d'irresponsabilité miraculeuse » [3] de l'employeur, miracle toutefois limité puisque les effets de la décision d'inopposabilité pourront s'effacer dans l'hypothèse où le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aura vu reconnaître, devant la juridiction de sécurité sociale, l'existence d'un accident du travail et l'existence d'une faute inexcusable de son employeur à l'origine dudit accident ou de ladite maladie.

En effet, compte tenu de l'indépendance des rapports Caisse/assuré et Caisse/employeur, la décision (infirmative) de refus de prise en charge (fut-elle rendue par une juridiction) prise dans une instance à laquelle seuls l'employeur et la Caisse étaient parties, est inopposable au salarié dont la décision initiale de la Caisse ayant reconnu le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie lui demeure acquise.

Fort de cette décision initiale de prise en charge, et quand bien même une juridiction aurait refusé le caractère professionnel de l'accident, on ne peut juridiquement exclure que le salarié saisisse le pôle social d'une action en reconnaissance de faute inexcusable et que, dans l'hypothèse où celle-ci est jugée fondée, la Caisse primaire fasse valoir son action récursoire à l'encontre de l'employeur et que celui-ci soit dès lors tenu au remboursement des sommes versées par l'organisme social au salarié victime ; ou quand l'inopposabilité ne peut être valablement opposée...

Par Fabien Roumeas

[1] Voir aussi Cass. soc., 26 mai 1994, n° 92-10.106 N° Lexbase : A0937ABC.

[2] V. notamment, pour une explication approfondie, P. Morvan, *Droit de la protection sociale*, LexisNexis, 12^e éd., 2025, p. 116 et s.

[3] P. Morvan, *ibidem*, p. 164.