



**l'Assurance
Maladie**

RISQUES PROFESSIONNELS

Agir ensemble, protéger chacun

COMPRENDRE ET EXPLIQUER

La procédure de reconnaissance des accidents du travail et de trajet

COMPRENDRE ET EXPLIQUER

La procédure de reconnaissance des accidents du travail et de trajet

SOMMAIRE

01/ Qu'est-ce qu'un accident du travail ou de trajet ?	4
02 / Comment déclarer un accident du travail ou de trajet ?	4
03/ Comment la caisse primaire d'assurance maladie traite-elle la déclaration d'accident du travail ?	7
04/ En quoi consistent les réserves de l'employeur sur le caractère professionnel de l'accident du travail ?	8
05/ L'indemnisation	9
06/ Comment cela se passe en cas de rechute d'un accident du travail ou d'une nouvelle lésion ?	10

01

Qu'est-ce qu'un accident du travail ou de trajet ?

On parle **d'accident du travail** pour un accident survenu, par le fait ou à l'occasion du travail, à un salarié, pour quelque cause et en quelque lieu que ce soit. L'accident du travail peut notamment survenir durant une mission professionnelle confiée au salarié.

On parle **d'accident de trajet** lorsque l'accident survient sur le trajet direct entre le domicile et le lieu de travail, ou encore entre le lieu de travail et le lieu de restauration habituel.

À noter : tout accident survenu au temps et au lieu du travail est présumé d'origine professionnelle.

02

Comment déclarer un accident du travail ou de trajet ?

Quelles sont les obligations de l'employeur et du salarié ?

Le **salarié** victime d'un accident du travail, de mission ou de trajet **doit informer son employeur** dans la journée de l'accident ou au plus tard le lendemain s'il ne peut le faire le jour même.

L'employeur est tenu, dès qu'il a connaissance d'un accident, de le déclarer sous 48 heures par tout moyen conférant date certaine à sa réception (lettre recommandée avec accusé de réception ou le service e-DAT compte entreprise accessible sur net-entreprises.fr), hors dimanche et jours fériés, à la caisse primaire d'assurance maladie d'affiliation du salarié (CPAM). L'employeur ne peut refuser de déclarer un accident, même s'il estime qu'il n'a pas de lien avec le travail. Dans ce cas, il peut émettre des **réserves motivées** sur le caractère professionnel de l'accident, c'est-à-dire contester le fait que l'accident soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Ces réserves peuvent intervenir soit dès la déclaration, soit dans un délai maximum de 10 jours (cf. page 9) après l'établissement de la déclaration (date indiquée sur la déclaration d'accident du travail).

Dans le cas où l'employeur n'a pas rempli son obligation de déclarer l'accident, le salarié ou ses ayants droit¹ gardent pendant deux ans la possibilité de le déclarer eux-mêmes auprès de leur caisse. Le salarié doit pour sa part faire établir par un médecin un certificat médical (CM) décrivant les lésions occasionnées par l'accident et le faire parvenir à sa caisse primaire d'assurance maladie.

¹ Pour simplifier, le terme d'ayants droit n'est pas systématiquement répété dans le reste du document. Pour autant le salarié garde la possibilité d'être représenté par ses ayants droit dans les cas prévus par la législation.

Qui est concerné ?

L'obligation pour l'employeur de déclarer l'accident du travail concerne **tous les salariés** de son entreprise :

- **quel que soit le lieu d'exercice** de leur activité : ainsi les télétravailleurs, les commerciaux, les travailleurs à domicile... sont concernés ;
- **quelle que soit la nature de leur contrat de travail** (CDI, CDD, apprentis, etc.).

Comment faire une déclaration d'accident du travail (DAT) ?

L'employeur peut effectuer une DAT :

- soit en remplissant un **formulaire en ligne** sur le [compte entreprise](#) ;
- soit par **courrier** en envoyant le formulaire de déclaration suivant les modalités précisées dans sa notice.

Les avantages de la DAT en ligne

- *des déclarations plus complètes, rapides et mieux renseignées ;*
- *pas d'envoi de lettre recommandée ;*
- *une possibilité d'éditer directement la feuille d'accident permettant au salarié de bénéficier de la prise en charge des soins ;*
- *la possibilité de joindre des pièces complémentaires (photos de l'accident, réserves motivées...).*

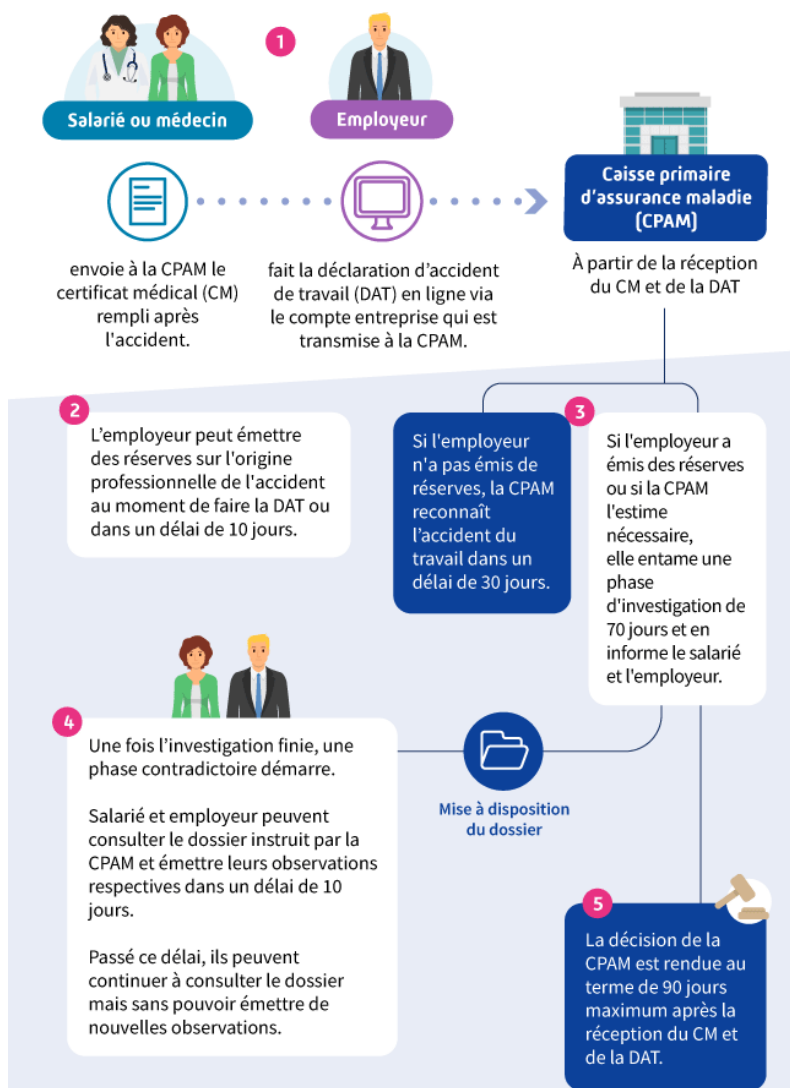
À noter : comme pour les salariés en intérim, les DAT des salariés travaillant sur le site d'un autre établissement doivent mentionner **deux SIRET** : celui de l'établissement qui l'emploie, et celui de l'établissement où l'accident s'est produit.

Par ailleurs, l'employeur doit veiller à ce que la feuille d'accident du travail soit remise au salarié au plus tôt, et de préférence dès la survenance de l'accident. En effet, cette feuille lui permet de bénéficier de la dispense d'avance des frais pour ses soins.



L'essentiel

Comment se déroule la reconnaissance d'un accident du travail ou de trajet ?



Délai total pour une demande de reconnaissance d'un accident du travail ou de trajet

- Accident sans contestation par l'employeur ou vérifications à la demande de la CPAM : 1 mois ;
- Accident suivi d'une investigation par la CPAM : 3 mois.



Les avantages du questionnaire risques professionnels en ligne !

Avec le service en ligne questionnaires-risquepro.ameli.fr, salarié et employeur reçoivent leurs identifiants dès le début de la procédure pour :

- ✓ répondre au questionnaire envoyé par la CPAM ;
- ✓ consulter le dossier ;
- ✓ faire leurs observations ;
- ✓ télécharger le dossier.

Tout au long de l'instruction du dossier, ils bénéficient de rappels sur les échéances et sont informés le jour même de toute nouvelle observation faite sur le dossier.

03

Comment la caisse primaire d'assurance maladie traite-t-elle la déclaration d'accident du travail ?

La caisse primaire d'assurance maladie étudie les dossiers dès qu'elle reçoit la déclaration d'accident du travail et le certificat médical. Si les éléments portés sur la déclaration d'accident du travail et le certificat médical montrent clairement le caractère professionnel de l'accident et qu'il n'y a pas de réserves motivées de la part de l'employeur, la CPAM dispose alors de **30 jours** pour prendre sa décision.

Dans les cas plus rares où des investigations seraient nécessaires, la CPAM dispose de **70 jours pour les mener**. Ces vérifications débutent généralement par l'envoi **de questionnaires** à l'employeur, au salarié, ainsi qu'à toute personne susceptible d'éclairer sa décision, et peuvent, si nécessaire, donner lieu à une enquête réalisée par un agent assermenté de la CPAM.

À noter : les questionnaires doivent être remplis et renvoyés sous 20 jours après leur réception. A défaut, celui qui ne l'aura pas rempli s'exposera à ce qu'une décision soit prise sans tenir compte de ses réponses.

Lorsque la caisse primaire d'assurance maladie procède à des investigations, elle en informe le salarié et l'employeur dans un délai maximum de 30 jours, et leur communique **les dates clefs de la procédure**.

Afin de faciliter les démarches, les réponses aux questionnaires peuvent se faire directement en ligne.

Après avoir réalisé des investigations et avant de prendre sa décision, la CPAM met à disposition du salarié et de l'employeur l'ensemble des éléments qu'elle a recueilli à cette occasion. Cette mise à disposition s'appelle la **phase contradictoire**, et elle intervient au moins **20 jours avant la prise de décision**. Elle permet à chacun de prendre connaissance de l'ensemble des éléments recueillis par la CPAM (DAT, certificat médical, questionnaires, éléments de l'enquête...) et, si nécessaire, de **formuler des observations, c'est-à-dire faire des commentaires sur les éléments présents au dossier**.

Que contient le dossier consultable par le salarié et l'employeur ?

Les éléments d'ordre administratif sont consultables par l'employeur et le salarié.

Il s'agit :

- de la déclaration d'accident du travail ;*
- du certificat médical établi par le médecin ainsi que d'éventuels autres certificats médicaux qui auraient été produits dans le cadre de la procédure de reconnaissance ;*
- des questionnaires adressés par la CPAM et qui lui ont été retournés ;*
- du rapport de l'agent enquêteur de la caisse primaire d'assurance maladie, le cas échéant ;*
- et de tout autre document utile porté à la connaissance de la caisse primaire.*

Les dates de début et de fin de cette phase contradictoire sont précisées par la CPAM dans le courrier d'envoi des questionnaires, et font l'objet d'un **rappel** quelques jours avant². Elle est constituée de deux étapes :

- un premier délai de 10 jours permettant à chacun de consulter les pièces du dossier et de faire ses observations le cas échéant ;
- un second délai d'environ 10 jours durant lequel le dossier reste accessible, mais sans qu'il soit possible d'apporter de nouvelles observations, afin de permettre à la CPAM de prendre en compte les derniers éléments portés au dossier et sa décision sur le caractère professionnel de l'accident.

Comme pour les questionnaires, la consultation du dossier et la formulation d'observations peuvent se faire directement en ligne. Le dossier peut également être consulté dans l'ensemble des points d'accueil des caisses. Le salarié ou l'employeur peut être accompagné de la personne de son choix.

04

En quoi consistent les réserves de l'employeur sur le caractère professionnel de l'accident du travail ?

L'employeur peut émettre des réserves motivées afin de contester le caractère professionnel de l'accident.

Une réserve est motivée lorsqu'elle fait peser un doute sérieux sur le caractère professionnel de l'accident. Elle doit porter sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident, ou sur une cause totalement étrangère au travail.

L'employeur doit être le plus factuel et précis possible dans ses réserves pour permettre à la caisse d'engager ses investigations.

Quelles sont les conséquences des réserves motivées ?

La CPAM est tenue de **procéder à une investigation (cf. page 6). A cette occasion, le salarié est informé du contenu des réserves.**

² Dans un premier temps uniquement par mail pour les utilisateurs du service en ligne questionnaires-risquepro.ameli.fr

Comment sont comptés les délais ?

Les jours sont comptés en « **jours francs** » c'est-à-dire qu'il s'agit du nombre de jours « complets » séparant deux évènements.

Ainsi, s'agissant du délai de 10 jours francs laissés à l'employeur pour formuler ses réserves, le délai calculé en jours francs ne tient pas compte du jour de la déclaration, ni du jour de l'échéance. Si celui-ci tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié, il est reporté au jour ouvrable suivant.

Par exemple, pour une déclaration réalisée le mercredi 12 juin, le délai de 10 jours francs expire le samedi 22 à minuit (fin de journée) et les réserves devraient être adressées le dimanche 23 au plus tard. La fin du délai tombant un dimanche, elle est donc reportée au lundi 24 juin, dernier jour au cours duquel l'employeur pourra adresser ses réserves à la caisse primaire d'assurance maladie.

05

L'indemnisation

Durant l'instruction du dossier, le salarié est indemnisé :

- **À 100 % et en tiers payant pour tous ses soins** (consultation, frais médicaux) dès le jour de l'accident grâce à la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle qui lui est remise par l'employeur ;
- **Par des indemnités journalières** pendant sa période d'arrêt de travail justifiée par le médecin conseil. Tant que l'accident n'est pas reconnu, ces indemnités sont égales à celles dues en cas de maladie non liée au travail, c'est-à-dire d'un montant moins important et sont versées sous condition d'ouverture de droits. La régularisation du montant de ces indemnités sera réalisée dès la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident (plus d'informations sur les modalités de calcul des indemnités journalières sur ameli.fr).

À noter : Dès réception du volet 3 de l'avis d'**arrêt de travail** délivré par le médecin de votre salarié, vous devez établir son [attestation de salaire](#).

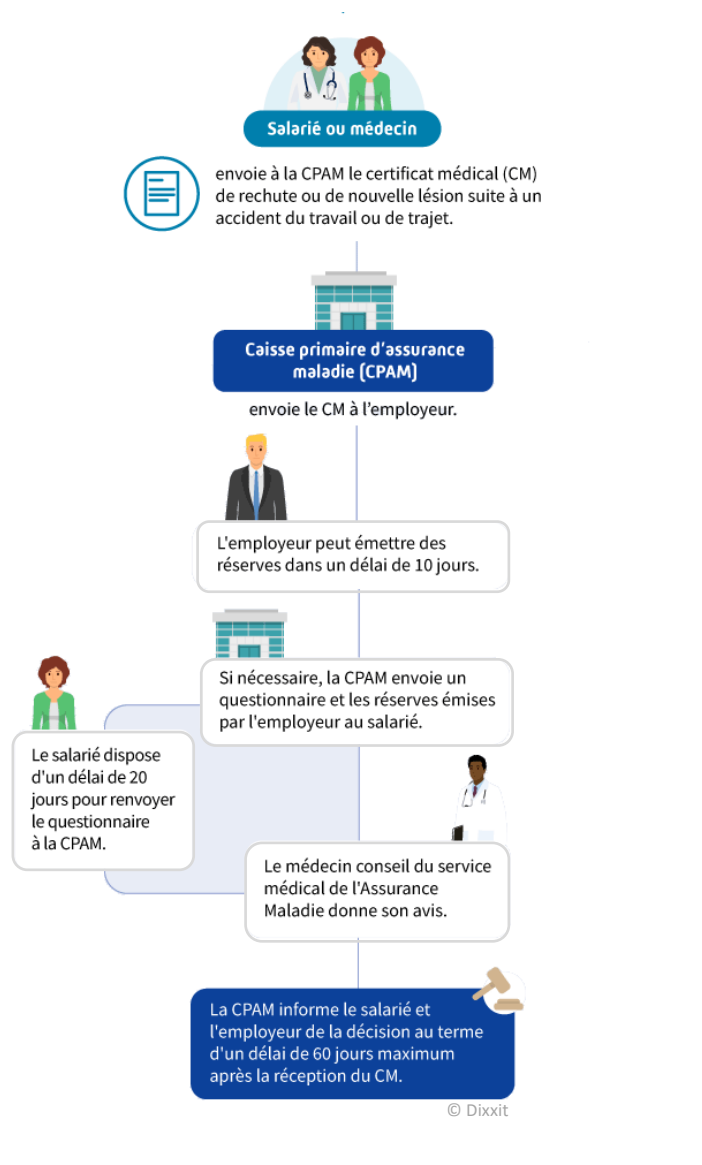
- Lorsque son état est consolidé (c'est-à-dire qu'il n'évolue plus), **si des séquelles sont constatées**, le salarié est examiné par le médecin conseil qui fixe un **taux d'incapacité permanente**. Une rente ou une indemnité en capital sont alors versées en fonction de ce taux à la place des indemnités journalières.

06

Comment cela se passe en cas de rechute d'un accident de travail ou d'une nouvelle lésion ?

La caisse primaire d'assurance maladie dispose d'un délai de 60 jours pour établir le lien entre la rechute ou la nouvelle lésion et l'accident initial, à compter de la réception du certificat médical qui en fait état.

L'employeur est informé de l'ouverture de la procédure par l'envoi de ce certificat, et il peut formuler des réserves à l'attention du médecin conseil dans un délai de 10 jours francs. Dans ce dernier cas, ou s'il l'estime nécessaire, le médecin conseil adresse un questionnaire médical au salarié en y joignant les réserves de l'employeur.



MES NOTES

La procédure de reconnaissance des accidents du travail et de trajet

ameli.fr/entreprise