

La Défense, le 6 juillet 2018,

NOTE D'INFORMATION N° 15/2018

Objet : Rappel des règles pour la déclaration accident du travail ou trajet

I - CRITERES DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DU TRAJET

Pour être qualifié d'accident du travail, l'événement doit réunir plusieurs critères :

- Û un événement soudain (une chute, par exemple),
- Û une lésion corporelle ou psychique,
- Û la survenance de l'accident au cours ou à l'occasion du travail ou lors de déplacements pour des réunions.

L'accident de trajet doit avoir lieu pendant l'aller-retour entre le lieu du travail et l'un des lieux suivants :

- Û la résidence principale,
- Û une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité,
- Û tout autre lieu où le travailleur se rend habituellement pour des raisons familiales,
- Û le lieu où le salarié prend ses repas (cantine, restaurant, etc.) pendant sa journée de travail.

Dans tous les cas, le caractère professionnel de l'accident ne peut être reconnu que par la caisse d'Assurance Maladie.

II - COMMENT DECLARER VOTRE ACCIDENT

Démarche du salarié

Dans les 24 heures, **informez ou faites informer votre employeur** de l'accident.

Le salarié victime d'un accident du travail ou de trajet dispose de **24 heures** pour en avvertir son employeur, sauf en cas de force majeure.

Il doit lui préciser le lieu, les circonstances de l'accident et l'identité des témoins éventuels. Les informations à communiquer sont listées en **annexe 1**

Afin de faire constater des lésions, il doit consulter rapidement un médecin qui établit alors un certificat médical initial.

Déclaration faite par l'employeur

L'employeur déclare ensuite dans les 48 heures l'accident à l'Assurance Maladie.

Il doit fournir au salarié **une feuille d'accident du travail** (formulaire S6201).

Celle-ci doit être conservée précieusement par le salarié.

Ce formulaire a une double utilité :

- § Les praticiens et auxiliaires médicaux amenés à intervenir doivent y consigner les actes effectués
- § Il permet une prise en charge à 100% des soins sans faire l'avance des frais médicaux.

III - LE ROLE DES INTERVENANTS

Le rôle de votre médecin traitant

Faire établir dans les plus brefs délais **un certificat médical initial** (formulaire S6909) par votre médecin traitant.

Il doit y indiquer avec précision votre état (localisation et nature des lésions avec les symptômes éventuels) et les conséquences éventuelles de l'accident (séquelles fonctionnelles).

Adressez les volets 1 et 2 à votre caisse d'Assurance Maladie et conservez le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, le médecin vous délivre **un certificat d'arrêt de travail**, à remettre à votre employeur.

La caisse d'Assurance Maladie

Dès réception de votre déclaration d'accident et du certificat médical décrivant les lésions, votre caisse d'Assurance Maladie dispose d'un délai de **30 jours** pour se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident.

Elle peut éventuellement recourir à **un délai complémentaire de 2 mois** si le dossier est complexe, mais doit auparavant vous avertir ainsi que l'employeur.

Vous serez informé de sa décision avant la fin du délai de 30 jours (ou de 3 mois en cas de délai complémentaire). Sans réponse, on peut considérer que le caractère professionnel de l'accident a été reconnu.

En cas de refus, vous pouvez contester sa décision. Votre caisse d'Assurance Maladie vous indiquera quelles sont vos voies de recours et le délai dont vous disposez pour faire appel de cette décision.

Gaëlle BONTET
Directeur



Diffusion générale

Groupement d'Intérêt Economique régi par l'ordonnance du 23 septembre 1967 – R.C.S. Nanterre

Synthèse des informations relatives à l'accident

(à communiquer à l'employeur dans les 24 heures de la survenance de l'accident)

Date et heure accident	Le	A
Nom du salarié victime de l'accident	Prénom	Nom
Lieu de l'accident : Nom et adresse	<i>Adresse la plus exacte possible</i>	
La victime a-t-elle été transférée à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/> OUI Nom de l'hôpital : Adresse :	
Précisions complémentaires :		
Ü Sur le lieu de l'accident	<input type="checkbox"/> Lieu de travail habituel <input type="checkbox"/> Lieu de travail occasionnel <input type="checkbox"/> Lieu de repas	
Ü Sur le temps	<input type="checkbox"/> Au cours du trajet domicile / lieu de travail <input type="checkbox"/> Au cours du trajet travail / lieu de repas <input type="checkbox"/> Déplacement professionnel	
Circonstances précises de l'accident	<i>L'activité au moment de l'accident (ex : j'allais déjeuner, j'ai glissé dans les escaliers de la Tour)</i>	
Siège et nature des lésions	<i>Etre précis et complet sur l'étendue des lésions (ex : foulure de ma cheville gauche et écorchures sur ma main droite)</i>	
Témoïn (s) Nom et adresse du ou des témoins		
Si l'accident est causé par un tiers : Nom et adresse Nom de sa société d'assurance		
Un PV de police a-t-il été rédigé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Signature et Nom de la personne qui déclare
l'évènement :