



# Accident ou agression dans le cadre du travail : règles et démarches

Pour les agents de droit privé

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 L411-1 du Code de la Sécurité Sociale*

• **Il y a accident du travail<sup>1</sup>** lorsque les éléments suivants sont réunis :

1. **Il s'agit d'un fait accidentel** (événement soudain, avec une origine et une date certaine) **en rapport avec l'activité professionnelle** : l'accident a lieu lorsque le membre du personnel est sous l'autorité de Pôle Emploi.
2. **Il y a lésion corporelle et/ou, en cas d'agression**, pathologies développées à la suite des faits et dues au stress post-traumatique.

• **L'accident de trajet<sup>2</sup>** est considéré comme accident du travail, si les deux conditions suivantes sont réunies :

1. **L'accident est survenu** :
  - entre le lieu de travail et la résidence principale ou tout autre lieu où le membre du personnel se rend de façon régulière pour des nécessités de la vie courante (exemple résidence secondaire),ou bien,
  - entre le lieu de travail et le lieu où le membre du personnel prend habituellement ses repas.
2. **Le trajet ne doit pas avoir été interrompu ou détourné** pour un motif dicté par un intérêt personnel étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou pour un motif indépendant de l'emploi (le trajet habituel doit être défini et les raisons de détournement ou d'interruption doivent être précisées).

Un accident de trajet répondant à ces conditions et survenant durant une mission ou une réunion à l'extérieur, peut bénéficier de la présomption d'imputabilité d'accident du travail.

## A savoir ...

- Pour les agents sous contrat de droit privé, la gestion du risque « accident du travail » est assurée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à laquelle l'agent est affilié.
- D'une région à l'autre, les procédures internes peuvent être légèrement différentes. Contactez votre DRH pour en savoir plus.

## Glossaire

**AM** : Assurance Maladie  
**AT** : Accident du travail  
**CHSCT** : Comité hygiène, sécurité et conditions de travail  
**CMF** : Certificat médical final  
**CMI** : Certificat médical initial  
**CMR** : Certificat médical de rechute  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CRA** : Commission de recours amiable  
**DAT** : Déclaration d'accident du travail  
**DG** : Direction générale  
**DGA RH** : Direction générale adjointe Ressources humaines  
**DPS** : Département Protection sociale  
**DR** : Direction régionale / Directeur régional  
**GDR** : Gestion des risques  
**RH** : Ressources humaines  
**TASS** : Tribunal des affaires de sécurité sociale

<sup>1</sup> Article L411-1 du Code de la Sécurité Sociale.

<sup>2</sup> Article L411-2 du Code de la Sécurité Sociale.



# Accident ou agression dans le cadre du travail : règles et démarches

Pour les agents de droit privé

## Certificat médical initial

### Qui fait quoi ?

- La victime fait impérativement constater les effets de l'accident.
- Pour un **accident avec lésions physiques** et selon leur gravité, choisir : médecin de ville, médecin traitant, médecin d'urgence...
- Pour un **acte de violence**, choisir en priorité le service de médecine légale ou l'unité médico-judiciaire de l'hôpital afin que le certificat médical précise clairement – qu'il y ait ou non des lésions physiques – l'état et les séquelles psychiques de la victime, ce qui facilite ensuite la reconnaissance de l'accident.
- Remise de certificat médical initial (CMI).

### Conséquences

- Dispense de l'avance de frais auprès de tous les praticiens.
- Prise en charge à 100 % des frais médicaux liés à l'accident du travail sur la base et dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie.

**A noter :** Les dépassements du tarif de la sécurité sociale ne sont pas pris en charge par la CPAM mais ils peuvent l'être par le régime de prévoyance (mutuelle) selon les règles qui lui sont propres.

- Le CMI précise les renseignements médicaux nécessaires :
  - les constatations détaillées (siège, nature des lésions, séquelles fonctionnelles),
  - les conséquences (durée de l'arrêt de travail et/ou des soins).

## Ventilation des volets du certificat médical initial

### Qui fait quoi ?

- La victime envoie :
  - les volets n°1 et n°2 à la CPAM d'affiliation.
  - le 4<sup>ème</sup> volet « Employeur » à la DRH de sa DR.
- La victime conserve le volet n°3.

### Conséquences

- Prise en charge par :
  - la caisse de sécurité sociale à laquelle est affilié l'agent,
  - à la DRH de la DR concernée.



# Accident ou agression dans le cadre du travail : règles et démarches

Pour les agents de droit privé

## Déclaration d'accident du travail (DAT)

### Qui fait quoi ?

- L'agent doit informer (ou faire informer) son responsable hiérarchique dans les 24h.
- Le responsable hiérarchique direct établit la déclaration d'accident du travail (imprimé S6200) et la transmet à la DRH de la DR.

La DRH de la DR déclare l'accident à la CPAM. Elle envoie dans les 48 heures, les 3 premiers volets de l'imprimé à la CPAM en lettre recommandée avec accusé de réception.

La DRH conserve un exemplaire de l'imprimé.

- Elle communique à l'agent une feuille d'accident (imprimé S6201).

### Conséquences

- La feuille d'accident (S6201) permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

### A retenir :

La victime ne fait pas l'avance des frais nécessaires à ses soins, elle aura simplement à présenter à chacun des créanciers la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle n°S6201.

## Information du registre HSCT

### Qui fait quoi ?

- Le chef de service signale obligatoirement l'accident dans le registre HSCT et saisit l'événement dans le logiciel GDR (logiciel de gestion des risques).

### Conséquences

- Exploitation des informations par la DR, le responsable régional sécurité et le CHSCT pour les travaux concernant la prévention.



# Accident ou agression dans le cadre du travail : règles et démarches

Pour les agents de droit privé

## Reconnaissance du caractère « Accident du travail »

### Qui fait quoi ?

- Le service des risques professionnels de la sécurité sociale :
  - notifie la décision d'imputabilité à la victime,
  - assure la gestion du dossier de l'accident du travail.
- Dans le cas d'un accident avec arrêt de travail, Pôle emploi va se substituer aux droits de l'agent vis-à-vis de la CPAM et percevoir à sa place les indemnités journalières.
- La DRH de la DR envoie une attestation de salaire (S6202) à la Caisse Primaire du lieu de résidence habituelle de la victime.

### Conséquences

- Prise en charge par la sécurité sociale des frais médicaux au titre de l'accident du travail.
- Pôle emploi maintient le salaire aux agents de droit privé pendant 4 mois à plein traitement et 4 mois à demi-traitement, dès le début de l'AT (sans ancienneté de l'agent).  
Au-delà de ces périodes, l'agent perçoit directement les indemnités journalières.
- L'attestation de salaire (S6202) permet à la victime de recevoir les indemnités journalières dues.

## Non reconnaissance du caractère « Accident du travail »

### Qui fait quoi ?

- La CPAM notifie la décision de rejet à l'agent.
  - **Rejet d'ordre administratif**  
→ **Recours**
    - L'agent peut contester la décision en saisissant la Commission de Recours Amiable (CRA) de sa CPAM. L'agent envoie une demande par simple lettre à la CRA dans un délai de 2 mois à compter de la notification.
    - Si la demande est rejetée, l'agent peut engager une procédure auprès du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) dont le jugement peut être contesté par les voies ordinaires (appel, cassation).
  - **Rejet d'ordre médical**  
→ **Recours**
    - L'agent peut demander une expertise médicale auprès de sa CPAM d'affiliation. Il adresse, dans un délai d'un mois, un courrier en lettre recommandée à sa CPAM en précisant l'objet de la contestation et les coordonnées du médecin désigné.
    - L'agent peut contester l'application faite par la CPAM des conclusions de l'expertise médicale en saisissant la CRA de sa CPAM qui met en place alors une procédure d'expertise médicale en application des dispositions du code de la Sécurité Sociale.
    - Si la demande est rejetée, le salarié peut engager une procédure auprès du TASS, dont
    - le jugement peut être contesté par les voies ordinaires (appel, cassation).

### Conséquences

- Les frais médicaux et les arrêts de travail ne seront pas pris en charge par la CPAM au titre de l'AT mais ils le seront au titre de l'Assurance Maladie.



# Accident ou agression dans le cadre du travail : règles et démarches

Pour les agents de droit privé

## Prolongation des soins et/ou de l'arrêt de travail

### Qui fait quoi ?

- Le médecin traitant établit un certificat médical de prolongation (CMP) qui sera ventilé comme le CMI.

### Conséquences

- L'agent doit se soumettre à tout contrôle par un médecin conseil de la sécurité sociale.

## Consolidation

### Définition

On parle de consolidation lorsqu'il reste des séquelles, c'est à dire lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif. En principe, un traitement n'est plus nécessaire et les séquelles entraînent une incapacité permanente.

### Qui fait quoi ?

- Le médecin traitant établit un certificat médical final de consolidation (CMF) ventilé comme le CMI.

### Conséquences

- Dès consolidation, l'agent est convoqué par le service médical de sa CPAM pour y être examiné par un médecin conseil. Ce dernier rédige un rapport détaillé proposant, si les séquelles le justifient, un taux d'incapacité permanente.
- La CPAM communique à l'agent, par lettre recommandée avec accusé de réception, le taux d'incapacité permanente ainsi que le montant qui lui sera versé, sous forme d'indemnité en capital ou de rente d'incapacité permanente.

## Guérison

### Définition

On parle de guérison lorsqu'il y a disparition apparente des lésions.

### Qui fait quoi ?

- Le médecin établit un certificat médical final (CMF) ventilé de la même manière que le CMI.

### Conséquences

- Après réception du certificat médical final de guérison, la CPAM adresse à l'agent en lettre recommandée avec AR une notification de sa date de guérison.



# Accident ou agression dans le cadre du travail : règles et démarches

Pour les agents de droit privé

## Rechute après consolidation ou guérison

### Définition

Après une guérison ou une consolidation, une rechute (aggravation de la lésion initiale ou apparition d'une nouvelle lésion) peut entraîner un traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail.

### Qui fait quoi ?

- Le médecin traitant établit un certificat de médical de rechute (CMR) ventilé comme le CMI et indiquant la nature des lésions constatées, et mentionnant la date de l'accident de travail.
- Dès réception du certificat médical de rechute, la CPAM adresse à l'agent une « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ».
- Après avis du médecin conseil, la CPAM adresse une notification de sa décision de prise en charge ou non de la rechute au titre de l'accident du travail.
- À l'issue de la période de rechute, le médecin traitant établit un certificat médical final, fixant une date de guérison ou de consolidation.

### Conséquences

- Si la rechute est prise en charge au titre de l'accident du travail, l'agent a le droit, comme lors de la première période de soins à :
  - la prise en charge à 100 % des soins médicaux nécessaires à son traitement, sur la base et dans la limite des tarifs conventionnels, avec dispense d'avance des frais.
  - et, en cas d'arrêt de travail, à des indemnités journalières.

## Demande de cure

### Qui fait quoi ?

- Pour permettre la prise en charge de sa cure thermique, l'agent devra adresser à sa CPAM une demande de prise en charge avec son médecin traitant.
- L'accord de prise en charge d'une cure thermique au titre d'un accident du travail est subordonné à l'avis du service médical de la CPAM.

### Conséquences

- En cas d'accord :
  - les honoraires médicaux sont remboursés à 100 % sur la base des tarifs conventionnels.
  - la prise en charge des frais de transport et d'hébergement est accordée sous conditions de ressources.

## Non reconnaissance du caractère professionnel de la prolongation, de la rechute ou de la cure

### Qui fait quoi ?

- En cas de refus de prise en charge de la prolongation, de la rechute ou d'une cure thermale, la CPAM adresse à l'agent une notification précisant le motif ainsi que les voies de recours.

#### → Recours

- L'agent peut demander une expertise médicale auprès de sa CPAM d'affiliation.

Il adresse, dans un délai d'un mois, un courrier en lettre recommandée à sa CPAM en précisant l'objet de la contestation et les coordonnées du médecin désigné.

- L'agent peut contester l'application faite par la CPAM des conclusions de l'expertise médicale en saisissant la CRA de sa CPAM qui met en place alors une procédure d'expertise médicale en application des dispositions du code de la Sécurité Sociale.

- Si la demande est rejetée, le salarié peut engager une procédure auprès du TASS, dont le jugement peut être contesté par les voies ordinaires (appel, cassation).

### Conséquences

- La prolongation, la rechute ou la cure pourront, cependant, être éventuellement prises en charge dans les conditions habituelles au titre de l'assurance maladie.

### Pour plus d'information...

- Contactez la DRH de la DR et/ou le service « risques professionnels » de votre caisse primaire d'assurance maladie.
- Consultez le site internet de l'Assurance Maladie [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)