



L'accident de travail

Travail réalisé par :

LAMMARI ZINEB

4^{ème} GC1

Encadré par :

Mr. LARHZAL REDOUAN

✓ Définition de l'accident du travail

L'accident de travail lui-même

"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."

L'accident de trajet

"est également considéré comme accident de travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur, pendant le trajet aller et de retour entre :

- sa résidence principale, une résidence secondaire ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail.
- le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.
- et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi."

Il faut donc qu'il s'agisse d'un accident, c'est-à-dire qu'il s'agisse d'un événement d'apparition soudaine et brutale.

Dès lors qu'il est apparu au temps et au lieu du travail, il est présumé imputable au travail.

En résumé : il est nécessaire et suffisant

- Qu'il s'agisse d'un accident : événement d'apparition brutale et soudaine imputable au travail et il suffit qu'il soit apparu au temps et au lieu du travail : **c'est la présomption d'imputabilité.**
- Ainsi, toute lésion survenant au temps et au lieu de travail doit être considérée comme résultant d'un accident du travail, sauf s'il est rapporté la preuve que cette lésion a une

origine totalement étrangère au travail ou que celui-ci n'a joué aucun rôle dans son apparition (notamment n'a pas aggravé un état antérieur).

- La présomption d'imputabilité peut donc être renversée et c'est à la caisse ou à l'employeur d'établir que le préjudice n'est pas imputable au travail parce qu'il a une cause étrangère à celui-ci.

✓ **Quelles sont les démarches à faire ?**

La victime, l'accidenté

- doit, au plus tard, dans les 24 heures de l'accident sauf cas de force majeure, informer ou faire informer l'employeur.
- relever l'identité des témoins éventuels (en prévision d'une enquête de la caisse).
- se procurer auprès de son employeur ou de la caisse de sécurité sociale une "feuille d'accident du travail à trois volets".

L'employeur

- doit déclarer tout accident du travail dont il a eu connaissance, dans les 48 heures (jours fériés et dimanches décomptés) sur
- un imprimé spécial en envoi recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend la victime. (de façon à faire reconnaître le caractère professionnel de l'accident) délivrer à l'accidenté la feuille d'accident à trois volets :

1. **le volet 1** comporte au recto, les renseignements concernant le dernier jour de travail et la date de reprise (renseignements apportés par l'employeur) ; au verso, sont inscrits tous les actes médicaux et fournitures auxquels donnent lieu l'accident, attestés par la signature des praticiens ; ce volet est conservé par la victime jusqu'à la fin des soins ou jusqu'à complète utilisation.
2. **le volet 2** est destiné à établir la facture du praticien ou de l'auxiliaire médical qui y indique les actes médicaux, dates et montant des honoraires dus. Il adressera ensuite ce volet à la caisse de sécurité sociale pour en obtenir le remboursement.
3. **le volet 3** est destiné au pharmacien ou au fournisseur.

La présentation de ces volets permet à la victime de ne pas faire l'avance du paiement des soins et ainsi de bénéficier du "tiers payant".

En cas d'arrêt de travail, l'employeur répond à la caisse en lui fournissant le montant du salaire, le nombre des heures de travail et la date de début de l'emploi.

Dans le cas où la victime ou l'employeur n'a pas satisfait aux obligations de déclaration, le salarié conserve néanmoins la possibilité de demander et de bénéficier de la prise en charge de l'accident du travail pendant **le délai de deux ans** qui suit la survenance de celui-ci.

Tous les détails sur les démarches de l'employeur :

Le praticien traitant

Choisi librement par la victime, examine celle-ci puis

- rédige, s'il y a lieu, une ordonnance prescrivant des soins.
- établit en double exemplaire, un certificat médical initial (C.M.I.) qui doit comporter
 - l'identification du médecin et de la victime
 - les dates de l'accident et du certificat
 - la description précise de l'état de la victime et de toutes les lésions, ainsi que toutes les constatations pouvant présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique des lésions, sans mentionner les affections médicales sans rapport avec l'accident du travail. **Ceci n'est pas contraire au secret médical** puisqu'il y a une dérogation légale au secret médical en matière d'accident du travail
 - l'appréciation des suites éventuelles et la durée probable de l'incapacité temporaire
 - la prescription éventuelle d'un arrêt de travail.
 - La rédaction de ce certificat initial est une obligation légale sans que le médecin ait à juger de la réalité du fait accidentel allégué, dès lors que le patient se présente à lui avec les volets d'accident du travail.
 - A l'inverse, si un blessé allègue un accident du travail mais n'est pas en possession des trois volets de la feuille de soins, les honoraires doivent être

réglés par le patient ; le médecin établit alors une feuille de maladie. Il peut néanmoins établir un certificat médical initial.

- Le certificat médical initial doit être rédigé sur un imprimé composé de trois volets (qui servira également au certificat de prolongation, de rechute, ou au certificat final descriptif). *Le praticien complète le volet 4 avec les dates éventuelles de l'arrêt de travail (voir ci-dessous)*
 - adresse,
 - directement dans le délai de 24 heures, **les volets 1 et 2 du certificat médical** à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend l'assuré et
 - remet immédiatement le **volet 3** et le **volet 4** (qui vise à informer l'employeur de l'arrêt de travail) **à la victime**. (c'est donc la victime elle-même qui transmet ce volet 4 à l'employeur).
 - reporte sur les **volets n°1 et 2 du triptyque de la feuille de soins** d'accident du travail les indications correspondant aux actes qu'il a pratiqués, conserve le volet n°2, remet le volet n°1 à la victime qui doit le présenter à chaque intervention d'un praticien ou d'un fournisseur.

La caisse de sécurité sociale

Le certificat médical initial et la déclaration de l'employeur sont réceptionnés par le service "accidents du travail" de la caisse d'assurance maladie. La caisse peut contester le caractère professionnel de l'accident (J.O du 29/04/99)

- Dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident :
 - faute de réponse dans ce délai, l'accident est réputé professionne
 - Sauf, si à l'inverse, dans les 30 jours, en cas de nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, elle en a informé la victime ou ses ayants droit et l'employeur par lettre recommandée avec accusé de réception.
 - Dans un nouveau délai de deux mois à compter de la date de cette notification d'enquête complémentaire et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident est reconnu ; en cas de rejet, les voies de recours sont indiquées :

- En cas de rejet administratif, contestation de la matérialité de l'accident et de son caractère professionnel, la voie est celle du contentieux général : commission de recours amiable, et tribunal des affaires de sécurité sociale.
- En cas de rejet médical, contestation de l'imputabilité des lésions décrites à l'accident du travail, la voie de recours est l'expertise médicale (article L141-1 du code de sécurité sociale).

✓ Quels sont les droits de l'accidenté du travail ?

Les prestations "en nature" : les soins sont gratuits sans avance avec le tiers payant

- Grâce aux Trois volets accidents du travail, la caisse règle directement praticiens, auxiliaires médicaux, fournisseurs, établissements de soins et transporteurs.
- La prise en charge en accidents du travail des soins se termine le plus souvent avec la guérison de l'accident du travail ou sa consolidation (voir plus loin) mais le médecin conseil peut accorder pour des cas précis pour des durées déterminées des soins en accident du travail si les séquelles nécessitent un traitement.

Les prestations en "espèces" : les indemnités journalières pendant les arrêts de travail

- sont servies dès le premier jour d'arrêt sans la franchise (des 3 jours en assurance maladie)
sans distinction entre les jours ouvrables et les jours fériés, basées sur le salaire de la dernière paie antérieure à la date de l'accident.
Le salaire du jour de l'accident est à la charge de l'employeur.
- fixées à **60%** du salaire journalier de base pendant les **28 premiers jours** : puis à **80%** : *elles sont supérieures aux indemnités versées en maladie.*
- éventuellement maintenues en cas de reprise partielle du travail avec l'accord du médecin traitant, du médecin conseil de la sécurité sociale et l'avis du médecin du travail de façon à favoriser une réadaptation progressive au travail : ; le prescripteur doit se contenter d'indiquer sur le volet d'accident du travail comportant la

prolongation d'arrêt : "à mi-temps thérapeutique" et bien préciser à la victime qu'elle doit consulter le médecin du travail de son entreprise avant la reprise ; la caisse de sécurité sociale interroge son médecin conseil à la réception du volet.

Elles ne sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Pendant l'arrêt de travail jusqu'à la visite de reprise faite par le médecin du travail, le licenciement par l'employeur est interdit.

Les cas particuliers :

✓ **L'accident de travail chez les étudiants (articles L 412-8-2 et 412-6 du code de la sécurité sociale)**

- **La législation des accidents du travail peut s'appliquer aux étudiants ou élèves** des établissements d'enseignement technique secondaire ou supérieur pour les accidents survenus au cours de cet enseignement.
- et pour les autres établissements de l'enseignement secondaire, supérieur ou spécialisé pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou laboratoires.
- pour ces deux catégories d'établissements, les accidents ayant lieu par le fait ou à l'occasion de stages, destinés à mettre en pratique en dehors de l'établissement, l'enseignement dispensé par celui-ci.

✓ **Accident du travail et risque de contamination par le V.I.H.**

Des tests sérologiques doivent être réalisés avant le 8^{ème} jour qui suit l'accident, aux 3^{ème} et 6^{ème} mois et leurs résultats seront adressés dans les meilleurs délais sous pli confidentiel au médecin conseil auprès de votre caisse d'assurance maladie

Si le test réalisé avant le 8^{ème} jour est positif, le patient se voit opposé un refus de prise en charge au titre de l'accident du travail.

Si tous les tests sont négatifs ou non transmis à échéance de 6 mois, le patient est considéré comme guéri - une séroconversion ultérieure sera étudiée comme toute rechute avec recherche de l'imputabilité de la séroconversion à l'accident initial.

Si une séroconversion intervient dans les 6 mois de l'accident du travail, la caisse notifie la prise en charge au patient, mais toute transmission de nature médicale se fait par l'intermédiaire du médecin traitant du patient.

Les cures thermales en accident du travail

L'avis du service médical reste obligatoire en accident du travail

Deux cas :

- La cure thermale se situe avant la date de guérison ou de consolidation : la cure thermale dont le motif médical est en rapport avec l'accident du travail et les indemnités journalières sont prises en charge en accident du travail.
- La cure thermale est prescrite après la date de guérison ou de consolidation :
Les soins thermaux en rapport avec l'accident ou ses séquelles sont pris en charge s'ils sont justifiés par la nécessité médicale d'éviter une rechute ou l'aggravation desdites séquelles.
Par contre, l'arrêt de travail (indemnités journalières) pendant la cure thermale (Cour de Cassation) n'est pas justifié par celle-ci, sauf si le montant total des ressources de la victime ne dépasse pas en 1998 la somme de 169 080 F, majoré de 50% pour le conjoint et chaque personne à charge.

La consolidation, l'incapacité partielle permanente

- Cet accident va donner lieu à **un suivi et justifier des certificats de prolongation** rédigés par le médecin traitant (sur le même imprimé que le certificat initial, final et de rechute) ; il comportera une description précise de l'état clinique du patient justifiant la poursuite des soins et éventuellement des arrêts de travail et **signalant tout fait nouveau notamment d'aggravation** par rapport au certificat médical initial.
L'accident va évoluer vers la guérison ou la consolidation
- Qui décide? Le médecin traitant ou la caisse sur avis de son médecin conseil

Au terme de la période de soins ou d'arrêt de travail, la guérison ou la consolidation peut être proposée par le médecin traitant sur le **certificat final descriptif** (C.F.D.) ou par notification

de la caisse sur proposition de son médecin conseil en l'absence de certificat final produit par le médecin traitant.

- **La guérison** ne laisse subsister aucune séquelle fonctionnelle, donc aucune incapacité permanente (mais laisse la porte ouverte aux rechutes : voir plus loin)
- **La consolidation** a une définition précise

◆ "C'est le moment où, à la suite d'un état transitoire qui constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutif à l'accident, sous réserves de rechutes et de révisions possibles."

◆ La consolidation ne coïncide pas nécessairement avec la reprise d'une activité professionnelle : dans certains cas, les séquelles sont trop importantes pour permettre une reprise de l'activité professionnelle ; à l'inverse, avant la consolidation, la reprise du travail est possible avec poursuite des soins .

◆ Évoquer sur le Certificat Final Descriptif une consolidation au lieu d'une guérison n'apporte pas d'avantage à l'assuré car une guérison n'est toujours qu'apparente et peut donner lieu ultérieurement à une rechute.

◆ **La poursuite des soins après consolidation est possible si l'état du blessé nécessite des soins d'entretien** ; ces soins doivent être justifiés par les séquelles de l'accident et contribuer à éviter une rechute ou une aggravation des séquelles ; ils sont définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil de la caisse de sécurité sociale ; la caisse délivre alors des volets AT de soins qui permettent le tiers payant. définit cet accord entre le médecin traitant et le médecin conseil.

◆ Dans tous les cas, la consolidation a deux conséquences essentielles :

- la fin des indemnités journalières (il ne **faut donc pas prescrire un arrêt de travail ou une reprise à mi-temps thérapeutique en cas de consolidation**)
- et l'évaluation d'une incapacité permanente.

➤ **L'incapacité partielle permanente (I.P.P.)**

◆ **Dès lors que la consolidation est acceptée, la victime sera convoquée auprès du contrôle médical** de sa caisse pour être examinée par le médecin conseil ; celui-ci rédigera un rapport détaillé et proposera un taux d'incapacité partielle permanente ou taux d'I.P.P.

◆ **Ce taux est déterminé au vu de vos séquelles d'après le barème d'invalidité en accidents du travail** annexé au code de la sécurité sociale : il peut actuellement se consulter sur le site de [l'UCANSS](#) (au format pdf)

-Il doit tenir compte de la nature de l'infirmité, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales ainsi que des aptitudes et qualifications professionnelles de la victime.

-En cas de séquelles multiples d'un même accident, le médecin peut utiliser la formule de Balthazar pour calculer successivement chaque séquelle sur la capacité restante ou la formule de Gabrielli en cas d'accidents successifs.

Ce taux médical peut être majoré d'un coefficient professionnel en cas de perte réelle de salaire ou de capacité de gain.

Le taux médical est transmis aux caisses de sécurité sociale.

◆ **La rente est basée sur le salaire annuel de référence** : rémunération effective totale perçue pendant les 12 mois précédant l'accident multiplié par le taux d'IPP corrigé administrativement ; pour le calcul de la rente, la fraction inférieure à 50% est diminuée de moitié et la fraction supérieure est augmentée d'autant (soit multipliée par 1.5) ; ainsi :

-incapacité de 50% = 25% du salaire

-incapacité de 60% = 40% du salaire

-incapacité de 70% = 55% du salaire

Jusqu'à 9% de taux d'I.P.P, la victime reçoit un capital et à partir de 10%, une rente.(avant correction administrative du taux).

Conclusion

Un accident du travail, cela n'arrive pas qu'aux autres. Il est important de le faire reconnaître comme tel car il offre des droits importants en termes d'indemnités journalières et de remboursements de soins.