Faire reconnaître un traumatisme psychologique comme accident du travail

FEVRIER 2023

Table des matières

Préambule 3
Qu'est-ce qu'un accident du travail ? 4
Qu'est-ce que la présomption d'imputabilité ? 4
Comment déclarer l'accident du travail ? 5
Les formalités du médecin 6
Un médecin peut-il refuser d'établir un certificat médical initial ? 6
Les formalités de la CPAM 7
La commission de recours amiable 8
La prise en charge des soins 8
Les indemnités journalières 9
L'indemnité temporaire d'inaptitude 9
La prise en charge en cas de rechute 9
La protection contre le licenciement 9
L'obligation de sécurité de résultat de l'employeur 10
La faute inexcusable de l'employeur 11
L'intervention volontaire du syndicat 12
Annexe 1 Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise 14
Annexe 2 Focus sur les réserves motivées de l'employeur 21
Annexe 3 Exemple de lettre pour demander à l'employeur d'effectuer une déclaration d'accident du travail 24
Annexe 4 Exemple de lettre de demande de Dossier Médical de Médecine du Travail 25
Annexe 5 Exemple de lettre de recours amiable contre un refus de prise en charge en accident du travail 27
Annexe 6 Model de témoignage 29
Cerfa n°14463-02 – Déclaration d'accident du travail 31
Cerfa n°11383-02 - Feuille d'accident du travail 34
Cerfa n°11138-04 – Certificat Médical Initial (CMI) 36

Préambule

Est-ce qu'il vaut mieux déclarer un accident du travail ou une maladie professionnelle ?

Contrairement à l'accident du travail, qui nécessite un événement soudain, la maladie professionnelle implique une dégradation progressive de l'état de santé de la victime, en lien avec le travail.

Dans la réalité, les choses sont parfois floues : un choc psychologique soudain peut très bien arriver au terme d'une lente dégradation des conditions de travail de la victime, déjà fragilisée.

On déclarera un accident du travail lorsqu'il existe un événement suffisamment significatif, datable, et dont la preuve pourra être rapportée : une agression, une altercation, des remontrances publiques, une réunion houleuse...

On déclarera une maladie professionnelle lorsqu'on peut démontrer que c'est la dégradation des conditions de travail qui est à l'origine de la dégradation de l'état de santé de la victime. Ici, la preuve à rapporter n'est plus centrée sur un seul événement, mais sur un contexte.

La meilleure stratégie doit donc être décidée au cas par cas, en fonction des éléments de preuve que la victime aura pu réunir.

Trop souvent, nous sommes confrontés à un argumentaire de la CPAM selon lequel une dépression, (qui s'installe nécessairement dans le temps), ou un harcèlement moral (qui ne résulte pas d'un fait unique, mais d'une série d'événements), ne peuvent pas être la cause d'un accident du travail.

C'est évidemment faux : un événement soudain, pouvant être daté, peut être « la goutte d'eau qui fait déborder le vase » dans un contexte de difficultés professionnelles. Un accident du travail peut alors être déclaré.

Faire reconnaitre un traumatisme psychologie en accident du travail est difficile.

Dans un premier temps, il convient d'établir le lien entre le traumatisme constaté par votre médecin traitant et le travail, sans quoi la CPAM pourra dire que votre traumatisme est réel mais qu'il n'est pas lié à votre travail. Votre dossier doit donc être instruit prioritairement du côté du fait accidentel.

Mettre en évidence une cohérence chronologique entre le fait accidentel, les événements qui ont suivis et les éléments médicaux est important.

Etayer un dossier peut s'avérer difficile et requière des compétences particulières car l'instruction de votre dossier par la CPAM répond à des exigences précises relevant de la médecine et du code de la sécurité sociale.

Vous ne devez pas rester seule, votre syndicat, vos représentant au CSE sont disponibles pour vous assister à chaque étape de « la procédure ».

Pour les situations les plus complexe vous pouvez solliciter le soutient d'association tels :

– https://www.fnath.org/: Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés

– http://asdpro.fr/ Association d'aide aux victimes et aux organisations, confrontées aux Suicides et Dépressions Professionnels.

Au-delà de l'importance sociale pour les victimes, la reconnaissance des traumatismes psychiques au travail est un des éléments participant à la mise en visibilité des risques professionnels et ce problème de santé publique. Elle peut être, dans l'entreprise, le facteur déclenchant pour débattre du travail et de son organisation, préalable nécessaire à d'éventuelles actions transformatrices.

Philippe QUEULIN
Pour ASD Pro

Qu'est-ce qu'un accident du travail ?

Le Code de la Sécurité sociale définit l'accident du travail ainsi : « Est considéré comme accident du travail, **quelle qu'en soit la cause**, l'accident survenu **par le fait ou à l'occasion du travail** de toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

À l'origine de l'accident du travail, on doit donc retrouver deux éléments :

- Un fait accidentel pouvant être daté avec précision et qui est à l'origine d'une lésion corporelle ou psychique ;
- L'existence d'un lien de subordination entre la victime et son employeur au moment de l'accident.

Qu'est-ce que la présomption d'imputabilité ?

Si votre la lésion corporelle ou psychique est survenue sur le lieu de travail et au moment où le salarié devait s'y trouver, il bénéficie de la présomption d'imputabilité.

Le caractère professionnel de l'accident est en principe reconnu, sauf si l'employeur ou la caisse d'Assurance Maladie prouvent que la lésion a une origine autre ou que le salarié n'était pas sous l'autorité de son employeur au moment de l'accident.

Si le traumatisme psychologique est **survenu au temps et au lieu du travail**, la victime peut bénéficier de la présomption d'imputabilité.

Depuis 2003 la Cour de cassation (Cass. 2e civ. 1er juillet 2003, n° 02-30.576 FP) a ouvert la voie de la **qualification d'accidents du travail pour des états de souffrance psychique, indépendamment de toute lésion corporelle**, **dépression nerveuse soudaine, invalidante et traumatisante, causée,** constatée deux jours après un entretien avec le supérieur hiérarchique au cours duquel sa rétrogradation a été annoncée.

De nombreuses cassations ont précisé cette évolution : Sont des accidents du travail tous les « malaises » survenus sur le temps du travail par exemple les « chocs émotionnels ne laissant pas de trace » (Annexe 1).

La Cour d'Appel de Grenoble a jugé que constitue un fait accidentel au sens de l'article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale le cas d'une personne ayant développé un syndrome anxio-dépressif et un tableau de surmenage psychologique en lien avec l'activité professionnelle, et qu'on a trouvée sur son lieu de travail **en état de choc, en grand stress, en pleurs et tremblante**. (Cour d'appel de Grenoble, arrêt du 13 mai 2008, RG n° 07/02934).

Il est important de noter qu'un **accident du travail peut être reconnu alors même que la victime peut avoir depuis un certain temps été fragilisée** par un harcèlement moral, un surmenage professionnel, ou un « burn out ».

La condition la plus importante est qu'il soit mis **en évidence un événement soudain, pouvant être daté**, qui serait en quelque sorte « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ». La Cour de cassation a ainsi jugé que constitue un accident du travail une dépression soudaine, constatée par le médecin traitant du salarié deux jours après un entretien d'évaluation, au cours duquel il a appris sa rétrogradation (Cass. 2e civ., 1er juill. 2003, no 02-30.576, Bull. civ. II, no 218).

Le 4 mai 2017, la Cour de Cassation a rappelé que tout choc ou malaise arrivé sur le lieu du travail, à condition évidemment qu'une lésion psychologique soit médicalement constatée, doit donc être reconnu comme accident du travail (Cass. Civ. 2ème, 4 mai 2017 ; pourvoi n°15-29411**).**

Un seul événement traumatique peut suffire à caractériser un accident du travail, peu importe le contexte précédent. La Cour de cassation a déjà admis qu'un fait unique puisse constituer un accident du travail même s'il ne présentait pas de gravité ou d'anormalité, dès lors qu'il était établi que ce fait a eu lieu au temps et au lieu du travail et qu'il était à l'origine de l'arrêt de travail du salarié. Il en a été de même de la brusque dépression obligeant un salarié à interrompre son activité et se situant dans la continuité d'entretiens professionnels, dont un se déroulant devant un jury composé de 4 personnes (Cass. 2e civ. 19 septembre 2013 n° 12-22.295).

La Cour de cassation ne subordonne pas la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie à l'existence d'une relation professionnelle anormale. Elle a ainsi admis le caractère professionnel de la décompensation psychique d'un salarié handicapé en raison du stress provoqué par son activité professionnelle et ce, même si aucune faute ne pouvait être reprochée à son employeur, lequel avait satisfait aux obligations d'aménagement de son poste de travail conformément aux préconisations que lui avaient transmises la médecine du travail (Cass. 2e civ., 20 mai 2010, no 09-13.984).

Si l'accident est survenu en dehors du temps de travail par exemple, vous ne bénéficiez plus de la présomption d'imputabilité. C'est alors à vous d'apporter tous les éléments de preuve faisant le lien entre votre accident et votre activité professionnelle.

Malheureusement, cette preuve est alors très difficile à apporter. Ce n'est pour autant pas impossible. Par un arrêt du 1er juillet 2003, la Cour de Cassation a reconnu, après expertise médicale, l'accident du travail d'un salarié ayant développé une dépression nerveuse deux jours après avoir été avisé par son supérieur hiérarchique, au cours d'un entretien d'évaluation, qu'il ne donnait pas satisfaction, et qu'il était rétrogradé (Cass. Soc. 1er juillet 2003, pourvoi n° 02-30576). Elle a également jugé « qu'un accident du travail qui se produit à un moment où le salarié ne se trouve plus sous la subordination de l'employeur [donc hors temps de travail] constitue un accident du travail dès lors que le salarié établit qu'il est survenu par le fait du travail » (Cass. Soc. 22 juillet 2007, pourvoi n° 05-13771)

Comment déclarer l'accident du travail ?

Dans les 24 heures, le salarié doit **informer ou faire informer son employeur** de l'accident (sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes), lui préciser les lieux et circonstances, l'identité des témoins éventuels et du tiers responsable éventuel.

L'employeur a ensuite 48 heures pour déclarer l'accident à l'Assurance Maladie et **10 jours pour émettre des réserves** motivées à la CPAM quant au caractère professionnel de l'accident en remplissant la déclaration (Annexe 2).

Cette déclaration doit être faite même en l'absence de prescription d'arrêt de travail. Elle ne saurait dépendre de l'appréciation de l'employeur du caractère professionnel ou non de l'accident (cassation sociale du 26 janvier 1972, n° 70-13.569 – cassation sociale du 10 novembre 1971, n° 70-14.370). **L'employeur n'a pas à juger de la gravité de l'accident ou de l'opportunité de déclarer l'accident** (cassation sociale du 15 novembre 2001, n° 99-21.638).

La déclaration reste possible dans le délai de deux ans après le fait accidentel et son caractère tardif ne supprime pas la présomption d'imputabilité.

L'employeur doit fournir à la victime une feuille d'accident du travail (Cerfa n°11383-02), à conserver précieusement : **elle ouvre une prise en charge à 100 % des frais médicaux liés à l'accident**, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie, sans avance de frais. Face à une carence ou un refus de l'employeur, la caisse d'Assurance Maladie peut en délivrer une.

Si l'employeur n'a pas effectué la déclaration d'accident du travail le salarié peut lui adresser une demande par courrier (Annexe 3), s'il refuse d'établir la déclaration, le salarié à la possibilité de faire lui-même auprès de sa caisse d'Assurance Maladie (Cerfa n°14463-02).

Le décret n° 2013-6 du 3 janvier 2013, entré en vigueur le 6 janvier 2013, expose à une sanction pénale les employeurs qui n'ont pas :

- Procédé à la déclaration d'accident du travail prévue à l'article L. 441-2 du code de la sécurité sociale selon les modalités prévues aux articles R. 441-1, R. 441-3 et R. 441-4 ;
- Respecté l'obligation de remise de la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5.

Par ailleurs, il a été jugé que l'employeur qui omet de déclarer l'accident du travail d'un salarié dans le délai prévu par la réglementation **cause un préjudice au salarié** (Cass. soc. 18 janvier 2012, n° 10-15665). En l'espèce les juges en ont déduit que **la salariée avait de ce fait été privée de l'enquête qui aurait pu être immédiatement diligentée, ce qui caractérise un préjudice**.

Le code pénal (art. L471-4) sanctionne d'une amende de 12 000 € et d'un emprisonnement de trois mois quiconque aura **influencé ou tenté d'influencer la victime ou une personne témoin d'un accident du travail** à l'effet d'altérer la vérité.

La victime d'un accident du travail ne peut renoncer à la déclaration d'accident du travail qui constitue une disposition d'ordre public.

Aux termes de l'article L. 482-4 du code de la sécurité sociale, toute convention contraire aux dispositions relatives aux accidents de travail et maladies professionnelles (AT/MP) est nulle de plein droit (Cass. soc., 17 nov. 1994, n° 92-15.841 ; Cass. civil, 1er juin 2011, n° 10-20178).

Cette règle a été édictée par le Code de la Sécurité sociale afin d'éviter qu'employeur et salarié ne règlent, à l'amiable et en dehors du cadre légal, les conséquences d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont le salarié a été victime. Cette règle participe du principe commun selon lequel la législation de sécurité sociale est d'ordre public (art. 6 du code civil) et que les assurés ne peuvent lui substituer leurs propres règles, à leur convenance.

Les formalités du médecin

Le salarié doit faire établir dans les plus brefs délais un certificat médical initial par son médecin traitant. Ce certificat peut être réalisé de manière dématérialisée ou via un formulaire papier (Cerfa n°11138-04). Il doit y indiquer avec précision état de la victime (localisation et nature des lésions avec les symptômes éventuels) et les conséquences éventuelles de l'accident (séquelles fonctionnelles).

Une attention particulière doit être apportée au descriptif des lésions :

- **Lésions constatées recevables par la CPAM (CMI descriptif)**

  Anxiété, maux de tête, troubles du sommeil, irritabilité, palpitations, réminiscence, stress post-trauma, insomnie, état de stress aigue (ESA), symptômes d'évitement...

- **Lésions constatées non-recevables par la CPAM ((CMI non descriptif)**

  La seule mention de facteurs de risque tels que : « harcèlement moral », « stress », « fatigue », « crise de larmes », « crise de nerfs », « craquage » ou « burnout », « épuisement professionnel » …

Si le certificat est réalisé sur le formulaire papier, le salarié doit adresser les volets 1 et 2 à sa caisse d'Assurance Maladie. S'il a été dématérialisé électroniquement, le salarié n'a aucune démarche à faire.

Dans tous les cas, le salarié doit conserver le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, le médecin doit délivrer un **certificat d'arrêt de travail**, à remettre à l'employeur.

Certaines autres démarches sont parfois nécessaires :

- En cas de prolongation des soins et de l'arrêt de travail éventuel : le médecin établit un **certificat médical de prolongation.**
- À l'issue de la période de soins et éventuellement d'arrêt de travail : il délivre un **certificat médical final** indiquant les conséquences de l'accident du travail : guérison ou consolidation.
- En cas de rechute après la guérison ou de consolidation : il remet un **certificat médical de rechute.**

Un médecin peut-il refuser d'établir un certificat médical initial ?

Dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle inscrite au tableau des maladies professionnelles ce refus est sans objet puisque, dans ce cadre, le médecin a pour unique fonction de constater la maladie et d'en attester, sans référence au lien qui est réglementairement imputable la victime.

Dans la situation de déclaration d'une maladie professionnelle hors tableau (RPS notamment), le médecin atteste avoir constaté le lien entre le diagnostic de la maladie et les paroles de la victime. Il y rapporte les dires de la victime sur le mode déclaratif et entre guillemets (« X dit avoir été victime de… »). Le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. **Le médecin n'a donc pas de raison de s'opposer à l'établissement d'un certificat médical initial**.

Le médecin peut cependant demander des examens supplémentaires et d'autres avis si nécessaire et peut renvoyer la victime vers d'autres spécialistes voir un autre médecin s'il ne se considère pas comme suffisamment indépendant (c'est un proche) ou qu'il n'est pas suffisamment compétent.

> Code de déontologie médical
>
> **Article 76 (Article R. 4127-76 du code de la santé publique)**
> *« **L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et règlementaires**.*
> *Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci* ».

Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)
*« **Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit**.*
A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ».

Quels certificats médicaux le médecin doit-il refuser ?

- Ceux qui reposent sur une demande abusive ou illicite
- Ceux qui sont demandés par un tiers, sauf exception prévue par un texte

Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique)
« La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Les formalités de la CPAM

Dès réception de la déclaration d'accident et du certificat médical décrivant les lésions, la caisse d'assurance maladie dispose de :

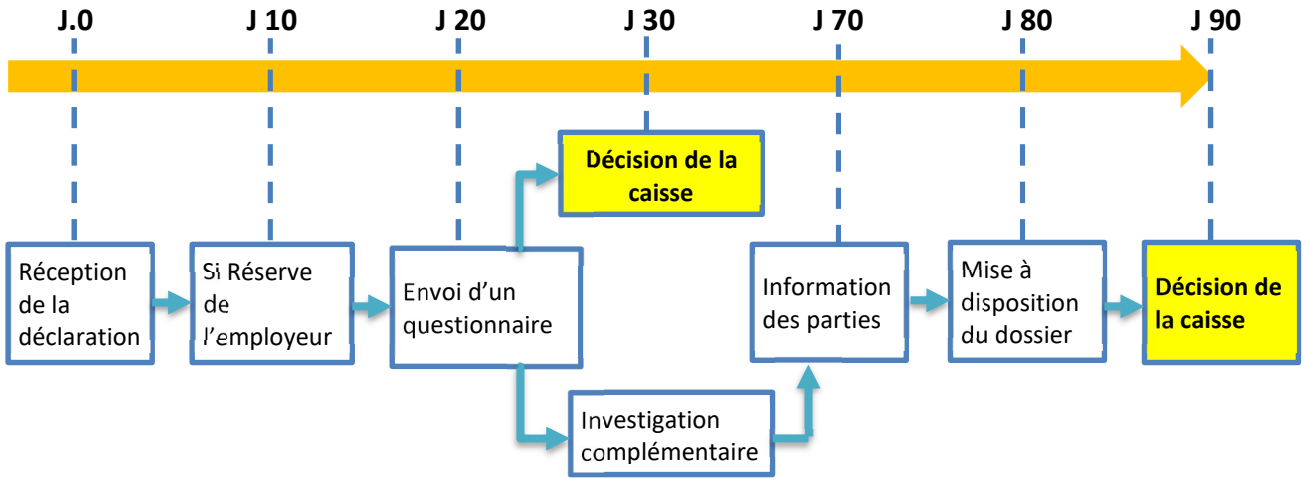
- **30 jours** francs pour soit statuer sur le caractère professionnel de l'accident, soit engager des investigations lorsqu'elle l'estime nécessaire ou lorsqu'elle a reçu des réserves motivées de la part de l'employeur.
- **90 jours** franc pour statuer si des mesures d'investigations sont mises en œuvre. Dans ce cas elle adresse un questionnaire à l'employeur, au salarié ainsi qu'à d'éventuel(s) témoin(s) qui disposent de 20 jours pour répondre au questionnaire. Au-delà de ce délai, il ne sera plus possible de répondre et la caisse d'assurance maladie. **Si besoin le salarié peut demander au médecin du travail le contenu de son dossier médical de médecine du travail** (Annexe 4).

En l'absence de réponse de la CPAM dans ces délais maximum d'instruction de 30 jours ou de 90 jours, à compter de la date de réception de la déclaration et du certificat médical initial, la reconnaissance en accident du travail est acquise.

A l'issue de ses investigations et au plus tard **70 jours francs** à compter de la date de réception de la déclaration et du certificat médical initial, le salarié est invité à consulter le dossier complet. Cette phase est constituée de deux périodes :

- Pendant 10 jours, le salarié peut consulter les pièces du dossier et faire part de ses observations le cas échéant ;
- Jusqu'à la prise de décision, le salarié peut toujours consulter le dossier mais ne peut plus faire d'observations.

En résumé :



La CPAM dispose d'un moi pour faire connaitre sa décision, si elle engage des investigations complémentaires elle dispose de 2 mois supplémentaires et doit obligatoirement en informer la victime par lettre recommandée.

L'absence d'envoi de la décision vaut reconnaissance implicite.

En cas de rechute

Si le salarié est victime d'une rechute ou d'une nouvelle lésion suite à son accident du travail une nouvelle procédure de reconnaissance est ouverte.

La caisse CPAM a **60 jours**, à compter de la réception du CMI de rechute ou indiquant une nouvelle lésion, pour statuer sur le lien entre la rechute ou la nouvelle lésion et l'accident du travail initial.

La CPAM envoie le CMI à l'employeur pour l'informer de l'ouverture de la procédure de reconnaissance de rechute. Celui-ci dispose de **10 jours** pour formuler des réserves motivées.

Dans ce cas, et s'il l'estime nécessaire, le médecin-conseil peut alors envoyer un questionnaire au salarié en y joignant les réserves.

Le salarié dispose d'un délai de **20 jours** pour y répondre. Passé ce délai, le médecin-conseil donne son avis et la décision de reconnaissance est adressé à l'employeur et au salarié.

La commission de recours amiable

En cas de refus, le salarié peut contester la décision auprès de la commission de recours amiable (Annexe 5). La caisse d'assurance maladie doit indiquer quelles sont les voies de recours et le délai dont dispose le salarié pour faire appel de cette décision.

Rappelons que le caractère professionnel de l'accident est en principe reconnu, sauf si :

- L'employeur démontre que le salarié se livrait au moment de l'accident à une activité totalement étrangère au travail.
- La CPAM doit apporter la preuve que la lésion est totalement étrangère au travail.

La victime n'a donc pas à apporter la preuve du lien de causalité entre le travail et la lésion. **Il lui suffit d'établir la réalité de l'accident et sa survenue aux lieux et au temps de travail. Pour la lésion, celle-ci doit être médicalement constatée**, peu important que cela soit par le médecin du travail, un médecin traitant, ou les pompiers appelés sur les lieux par exemple. Un médecin devra ensuite établir un certificat médical initial pour la CPAM, avec, le plus souvent, un arrêt de travail.

Ainsi, une salariée avait été prise d'un malaise au cours d'un entretien avec son responsable, auquel elle venait d'être convoquée. Au sortir de cet entretien, un médecin constatait un choc psychologique.

La Cour d'Appel, reprenant les propos de la CPAM, avait estimé qu'il ne s'agissant pas d'un accident du travail, car *« la salariée ne démontre pas en quoi l'entretien avait eu un caractère inattendu et s'était déroulé dans des conditions susceptibles d'être à l'origine d'un choc psychologique, que le ton de la supérieure hiérarchique, tout culpabilisant et directif qu'il ait pu être, ne permettait pas d'expliquer un tel choc, et que la salariée ne démontrait pas l'existence d'un lien entre le malaise dont elle avait été victime et l'entretien ».*

Estimant que la Cour d'Appel avait violé le texte relatif à la reconnaissance des accidents du travail la Cour de Cassation (Cass. 4 mai 2017, n°15-29411) a cassé arrêt, **au seul motif que la salariée a été victime d'un malaise survenu aux temps et lieu de travail**.

Si la victime doit bien sûr prouver l'existence de son malaise, **il ne peut pas être exigé** d'elle **un surcroit de preuves, et notamment un lien certain entre ce malaise et le travail**. Dans ces conditions, la présomption d'imputabilité trouve à s'appliquer, et il n'est pas question d'ajouter des conditions supplémentaires à celles posées par la loi.

La prise en charge des soins

La caisse d'Assurance Maladie a reconnu le caractère professionnel de l'accident. Le salarié bénéficie d'une prise en charge à 100 % des soins médicaux et chirurgicaux, frais d'analyse ou de pharmacie liés à son accident, dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie.

L'employeur doit lui remettre une **feuille d'accident du travail qui garantit la prise en charge et dispense le salarié de toute avance de frais.** Le salarié doit la présenter au médecin, au pharmacien ou à l'hôpital, afin que chacun y indique les soins reçus.

Ce formulaire est à utiliser pendant toute la durée du, et être retourné à la caisse d'Assurance Maladie. S'il est entièrement rempli avant la fin du traitement, il doit être renvoyé également, la caisse d'Assurance Maladie en adressera un nouvel exemplaire.

Cette feuille doit être rendu à la caisse d'Assurance Maladie si l'accident n'est pas reconnu comme professionnel, après la guérison ou la consolidation si le médecin considère que le salarié n'a pas de soins particuliers.

Les indemnités journalières

En cas d'arrêt de travail médicalement constaté dû à un accident du travail et pour compenser la perte de salaire, le salarié peut percevoir des indemnités journalières.

S'il est mensualisé, quelle que soit la date de paiement du salaire, l'indemnité journalière est calculée à partir du salaire brut du mois précédant l'arrêt de travail. Ce salaire, divisé par 30,42, détermine **le salaire journalier de base**.

Le montant de des indemnités journalières évolue dans le temps.

- **Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de travail** : l'indemnité journalière est égale à 60 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 198,81 € au 1er janvier 2018.
- **À partir du 29e jour d'arrêt de travail** : l'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % du salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 265,09 € au 1er janvier 2018.
- **Au-delà de trois mois d'arrêt de travail** : l'indemnité journalière peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires après l'accident.

À noter :

- Le montant des indemnités journalières ne peut être supérieur au salaire journalier net.
- Consultez la convention collective, les accords conventionnelles d'entreprise, pour connaître les conditions du maintien de salaire pendant l'arrêt de travail.

Les indemnités journalières seront versées tous les 14 jours, sans délai de carence, à partir du lendemain du jour de l'accident du travail (le salaire du jour de l'accident du travail étant entièrement à la charge de l'employeur) et pendant toute la durée de l'arrêt de travail jusqu'à la date de consolidation ou de guérison.

L'indemnité temporaire d'inaptitude

Si le salarié est déclaré inapte suite à un accident du travail ou de trajet, depuis le 1er juillet 2010, il peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'inaptitude pendant une durée d'un mois maximum à compter de la date de délivrance de l'avis d'inaptitude, sous réserve de remplir les conditions d'attribution et de ne percevoir aucune rémunération au cours de cette période

La prise en charge en cas de rechute

Après guérison ou consolidation, une rechute peut entraîner un traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail.

Si la rechute est prise en charge au titre de l'accident du travail, le salarié a droit, comme lors de la première période de soins :

- À la prise en charge à 100 % des soins médicaux nécessaires au 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 : elles sont calculées sur la base du salaire journalier du mois précédant la rechute, mais elles ne peuvent être inférieures à celles éventuellement perçues lors de l'arrêt de travail initial. Si le salarié perçoit une rente d'incapacité permanente, ces indemnités journalières seront diminuées du montant journalier de sa rente.

La protection contre le licenciement

Le contrat de travail du salarié victime d'un AT ou d'une MP est suspendu pendant la durée de l'arrêt de travail provoqué par l'accident ou la maladie : il ne peut ainsi, en principe, faire l'objet d'un licenciement (art. du L1226-9 code du travail). Cette protection s'applique dès que l'employeur est informé du possible caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie. Peu importe, donc, un refus de prise en charge de la caisse primaire d'assurance-maladie. Précision de la Cour de cassation : cette solution s'applique même si, au jour du licenciement, l'employeur était informé d'un refus de prise en charge par la Sécurité sociale au titre de la législation professionnelle (Cass.

soc., 29 juin 2011 n° 10-11699). Dans cette affaire, le bénéfice de cette protection a été reconnu plusieurs mois après le licenciement car, entre-temps, la caisse était revenue sur sa décision, reconnaissant ainsi le caractère professionnel de l'accident. Attention, la protection s'applique également en cas de rechute d'un AT survenu chez le même employeur. Ces dispositions protectrices s'étendent par ailleurs à la mise à la retraite (Cass. soc., 27 janvier 2009, n° 07-45290) ou à la rupture conventionnelle (circulaire DGT n° 2009-04 du 17 mars 2009).

L'obligation de sécurité de résultat de l'employeur

L'obligation de sécurité de résultat oblige l'employeur de prendre toutes les mesures nécessaires et efficaces pour assurer la sécurité et protéger la santé, physique et mentale, des travailleurs.

Ainsi, l'employeur est tenu, envers ses salariés, de les protéger de la survenue d'accident du travail et de maladie professionnelle.

A défaut, il s'expose à la faute inexcusable qui accorde au salarié concerné, ou à ses ayant-droits, la réparation financière du préjudice subi devant le TGI – Tribunal de grande instance.

Selon le Professeur Pierre Yves VERKINDT, cité par le rapport de la Mission d'information sur le mal-être au travail et de la commission des affaires sociales du Sénat, par M. Gérard Dériot :

« Il s'agit pour l'employeur de prévenir, de former, d'informer et de mettre en place une organisation et des moyens adaptés. ***Le résultat dont il est question dans la notion d'obligation de résultat n'est pas l'absence d'atteinte à la santé physique et mentale, mais l'ensemble des mesures prises (effectivement !) par l'employeur*** *dont la rationalité, la pertinence et l'adéquation pourront être analysées et appréciées par le juge »* (Santé au travail, l'ère de la maturité, Jurisprudence sociale Lamy, n° 239, 1er septembre 2008).

L'article L4121-1 du Code du Travail impose à l'employeur de prendre toutes **les mesures** nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Les termes ne sont pas choisis au hasard :

- Le présent de l'indicatif, correspond à un impératif d'action,
- « **Les mesures** » (et pas "des mesures") correspond à celles qui sont efficaces et adaptées à la situation.

L'article L4121-1 ajoute :

« Ces mesures d'obligation de sécurité envers les salariés comprennent :

> *1° Des actions de prévention des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article L. 4161-1* [énumérant une douzaine de facteurs de risques professionnels] *;*
>
> *2° Des actions d'information et de formation ;*
>
> *3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.*

L'employeur doit veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

Depuis 2002, plusieurs arrêts de la Cour de Cassation ont précisé que l'obligation générale de sécurité des employeurs était **une obligation de sécurité de résultat dans le domaine de la protection de la santé et de la sécurité des salariés.**

Ainsi, les mesures de sécurité sont assorties d'une obligation de résultat pour l'employeur.

Cette obligation de sécurité de résultat s'applique si un salarié est victime sur le lieu de travail de violences physiques ou morales, des agissements de harcèlement moral.

Cependant, depuis 2015 l'employeur peut «se défendre » lorsqu'il est démontré qu'il a agi en mettant en œuvre différents moyens afin d'éviter ou de limiter tout risque sur la santé et la sécurité de ses salariés.

Dans un arrêt 25 novembre 2015 la Cours de cassation énonce « Ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L.4121-1 et L.4121-2 du code du travail ». Il s'agit là d'une **obligation de moyens renforcée** mais l'exonération restera toujours difficile à apporter, car l'employeur doit démontrer avoir pris « **toutes** » les

mesures prévues par le Code du travail. La responsabilité des employeurs, en cas de manquement à l'obligation de sécurité, pourra donc encore être engagée, tant la liste de mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail est imposante.

L'obligation de sécurité de résultat est un Principe Général du Droit dont l'employeur doit assurer l'effectivité et l'efficacité. A défaut, la responsabilité de l'employeur est engagée de plein droit, même s'il avait pris des mesures en vue de faire cesser ces faits.

La Cour de cassation a précisé : l'inefficacité des mesures de protection mises en œuvre caractérise également une faute inexcusable de l'employeur et engage sa responsabilité (Cass. civ. 2, 8 octobre 2020,18-26.677, Publié au bulletin).

En cas de contentieux juridique, l'employeur aura la charge de la preuve qu'il a pris toutes les mesures nécessaires pour remplir son obligation de sécurité et prouver leurs effectivité et efficacité.

La faute inexcusable de l'employeur

La notion de faute inexcusable de l'employeur (FIE) est prévue à l'article L452-1 du Code de la Sécurité Sociale.

La reconnaissance d'une FIE permet au salarié de percevoir des indemnités pendant la durée de son arrêt de travail à hauteur du préjudice subi.

Depuis 2002 la Cour de cassation juge que la FIE est caractérisée lorsque l'employeur « avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver » (Soc., 28 février 2002).

Cette « conscience » du danger peut naître grâce à :

- L'évaluation des risques et l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnel (DUER).
- L'alerte des représentants du personnel (L4131-2 du code du travail), consignée par écrit dans un registre spécial (L4132-2 du même code)
- L'alerte des travailleurs (L4131-1)

En cas de survenance d'un risque postérieur à une alerte, il y a une présomption irréfragable (qui n'est pas susceptible de preuve contraire) de faute inexcusable, comme le précise l'article L4131-4 : l'employeur ayant été informé du risque, il est présumé avoir eu conscience du danger

Ainsi, en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat.

Attention : Depuis 2012, la cour de cassation a remis en cause cette « obligation de sécurité de résultat » au travers de différents arrêts, en lui substituant une « obligation de sécurité et de protection de la santé » (autrement dit une obligation de « moyens ») ; ce qui permet aux employeurs d'arguer du fait qu'ils ont mis en place diverses mesures de prévention (accords QVT, cellules d'écoutes, coaching, etc…). Toutefois, dans un arrêt du 8 octobre 2020 (N°18-26,677) la cour de cassation impose désormais une « obligation d'efficacité des moyens » : il ne suffit donc pas de mettre en œuvre des moyens de protection, encore faut-il prouver que ces moyens sont « efficaces ». (Pour autant, le risque demeure de voir des employeurs avancer la thèse d'un refus de la victime d'appliquer ou de se soumettre à ces mesures de protection).

Le manquement à cette obligation a le caractère de faute inexcusable lorsque **l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger** auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver (et donc des mesures « efficaces, voir supra).

Il n'est pas nécessaire que la faute inexcusable de l'employeur présente un caractère d'exceptionnelle gravité. Pas plus qu'il n'est nécessaire qu'elle ait été la cause déterminante de la maladie ou de l'accident dont a été victime le salarié. Il suffit qu'elle soit une cause nécessaire du dommage pour que la responsabilité de l'employeur se trouve engagée et le fait que le salarié ait lui-même commis une imprudence ayant concouru à son dommage ne peut pas atténuer la faute de l'employeur (Cass. Soc., 31 octobre 2002 n° 00-18.359).

Il n'est donc pas nécessaire de démontrer que cette faute soit la cause unique ou déterminante, il suffit qu'elle soit une **cause nécessaire** à la maladie ou a l'accident (rappel par la cour d'appel de Rennes 6 janvier 2021 N° 18/06864 arrêt 04).

En cas de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par le TGI, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues.

La décision 2010-8 QPC du 18 juin 2010 sur la faute inexcusable de l'employeur a indiqué que le salarié victime d'une faute inexcusable ou sa famille peut demander au Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale, la réparation de tous ses préjudices, mêmes ceux qui ne sont pas explicitement visés par l'article L452-3, par exemple les frais d'adaptation du logement ou du véhicule.

La procédure de reconnaissance de la faute inexcusable par le salarié

Le salarié concerné devra envoyer un courrier en recommandé avec accusé de réception à la caisse de sécurité sociale dont il dépend, en indiquant qu'il invoque la faute inexcusable de son employeur.

Si la conciliation échoue, le salarié devra saisir le TGI – Tribunal de grande instance. Le délai de prescription est fixé à 2 ans à compter du jour de l'accident ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière.

La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur engendre la réparation intégrale des victimes d'accident du travail ou maladie professionnelle.

La réparation financière – les indemnités pour faute inexcusable

En cas de faute inexcusable, indépendamment de la majoration de rente, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale :

- Une majoration de la rente versée par la Sécurité Sociale
- La réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales
- La réparation du préjudice de perte d'emploi en cas de licenciement pour inaptitude physique
- La réparation de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle
- Des indemnités pour les frais d'aménagement du logement et d'un véhicule adapté en raison du handicap, le déficit fonctionnel temporaire, le préjudice sexuel
- Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.
- En cas d'accident suivi de mort, la réparation du préjudice moral pour les ayants droit de la victime m

La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

L'intervention volontaire du syndicat

Le syndicat en ce qu'il a pour mission légale de défendre l'intérêt collectif de la profession peut avoir à agir en Justice dès lors qu'un salarié est victime d'une violation du droit du travail. Dans cette optique, il peut agir à ses côtés et défendre le point de vue et l'argumentation du salarié dans sa démarche de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur (FIE), introduite au TGI – Tribunal de grande instance. Mais il peut aussi faire valoir, qu'au-delà du salarié, la violation du Code du travail invoquée et démontrée par le salarié cause un **préjudice à l'ensemble de la profession**. Dans ce cas, le syndicat sera une partie à part entière lors du procès et aura à prouver **l'atteinte aux intérêts collectifs de la profession**.

Aussi, généralement cette demande est introduite en même temps que celle du salarié puisque c'est le syndicat qui a pu l'accompagner dans sa démarche. Néanmoins, il arrive que certains salariés agissent seul, sans en avertir leur syndicat. Dans ce cas, si le syndicat n'a pas pu introduire une demande à l'ouverture de l'affaire, il pourra le faire au cours de la procédure. On parle alors **d'intervention volontaire du syndicat**.

Celle-ci peut être à titre accessoire, c'est-à-dire dans le seul but d'appuyer par des éléments propres ou identiques à ceux présentés par le salarié, la prétention de ce dernier. L'intervention peut aussi être principale dans la mesure où le syndicat va ajouter une demande nouvelle à celles qui ont déjà été présentées par le salarié. L'intervention volontaire recoupe donc l'hypothèse évoquée précédemment où **le syndicat va demander la réparation d'un préjudice causé à l'intérêt collectif de la profession**.

Il faut, au préalable, s'assurer du respect de certaines conditions posées par le Code de procédure civile pour que le juge ne vienne pas à juger irrecevable l'intervention du syndicat.

Ainsi, il est nécessaire que la demande du syndicat se rattache de manière suffisante aux prétentions soulevées par le salarié (Art. 325, CPC), et qu'il justifie d'un droit d'agir relativement à la prétention qu'il élève (art. 329, al. 2, CPC), c'est-à-dire qu'il **justifie d'un intérêt et d'une qualité à agir**.

Ainsi, il faut mais il suffit que les demandes du syndicat et celle du salarié présentent des similitudes ou qu'elles portent sur le même droit.

Il en est assurément ainsi quand le syndicat se base sur la violation des dispositions du Code du travail qui sont elles aussi invoquées par le salarié.

Qualité à agir. Cette condition peut poser problème à certains groupements (notamment pour les associations) mais pour les syndicats, la loi leur a confié cette qualité. Il résulte en effet de l'article L.2132-3 du Code du travail que les syndicats professionnels peuvent « exercer [en justice] tous les droits réservés à la partie civile concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent. »

Intérêt à agir. Pour agir en justice, il faut nécessairement en avoir intérêt. Cet intérêt à agir va naître principalement, pour le syndicat, lorsque l'intérêt collectif de la profession est en cause. Il reste alors, pour le syndicat, à déterminer si l'action individuelle du salarié cause, en outre, un préjudice distinct que celui que subit le salarié, à savoir un préjudice à l'intérêt collectif qu'il représente.

Rappelons à cet égard que la notion d'« intérêt collectif » de la profession est assez vague pour s'appliquer en de nombreux domaines. Mais à chaque fois que le syndicat voudra intervenir et demander des dommages et intérêts en raison du préjudice cause à cet intérêt collectif, il devra le prouver. Cet intérêt sera très certainement reçu dès lors que le syndicat démontre qu'au travers de la violation du Code du travail en cause, c'est une violation du droit applicable à tous les salariés qui cause nécessairement un préjudice à l'ensemble de la profession dans la mesure où ce droit est une protection pour les salariés. Il en est ainsi de l'obligation de sécurité de résultat.

En résumé, pour se porter partie intervenante dans le litige individuel d'un salarié avec son employeur, le syndicat doit, au préalable, avoir en tête les arguments pour répondre aux conditions de recevabilité de l'intervention que sont un lien suffisant entre les demandes du salarié et les demandes du syndicat, une qualité à agir et un intérêt à agir.

Il faut aussi ne pas oublier que le syndicat, étant une personne morale, doit mandater une personne pour le représenter en justice (dans une affaire si le syndicat connaît l'affaire ou alors dans toutes les procédures où il serait porté atteinte à l'intérêt collectif de la profession que le syndicat représente). A cet égard, il est important de vérifier quel est l'organe du syndicat pouvant donner ce mandat et le signer, pour bien s'y conformer. Ce respect des dispositions statutaires pourrait, en effet, être vérifié par un juge un peu tatillon. C'est pourquoi, il est conseillé que le représentant du syndicat se présente à l'audience avec un exemplaire des statuts du syndicat, le bordereau de dépôt des statuts, la délibération de l'organe habilité à donner mandat et bien sûr, l'exemplaire du mandat accompagné d'une pièce d'identité.

Annexe 1
Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

Cette fiche pose des règles pratiques de gestion des dossiers de malaises lorsqu'ils sont déclarés au titre des accidents du travail (AT) ou de trajets (TR).

Elle a pour objectif d'harmoniser les pratiques des caisses et de garantir ainsi une équité de traitement à l'ensemble des assurés.

Les recommandations décrites dans cette fiche ne concernent pas les malaises suivis de décès, qui relèvent pour leur gestion des directives de la LR-DRP-62/2011, mais elles sont à rapprocher des modalités d'instruction des demandes de prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail décrites dans la LR-DRP-16/2011.

Rappel : quelques définitions

Le terme « malaise » est défini par la Haute autorité de santé (HAS), dans les recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge diagnostique des pertes de connaissance brèves de l'adulte de mai 2008 comme « un terme imprécis », qui ne devrait pas être utilisé par les médecins, « regroupant des situations cliniques différentes ».

Le malaise est un sentiment de trouble, avec parfois défaillance physique, qui peut aller jusqu'à l'évanouissement. D'autres termes peuvent lui être assimilés : syncope, syncope vasovagale ou vagale, syncope réflexe, syncope neurogène, malaise vasovagal ou vagal, choc vagal, perte de conscience, perte de connaissance brève, drop attack, présyncope, lipothymie.

Le malaise vagal est un symptôme bénin défini comme une perte de connaissance, à début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte du tonus postural, avec un retour rapide à un état de conscience normal.

LA CHARTE DES AT-MP FICHE AT

Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

Reconnaissance du caractère professionnel d'un malaise

Cette fiche pose des règles pratiques de gestion des dossiers de malaises lorsqu'ils sont déclarés au titre des **accidents du travail** (AT) ou de **trajets** (TR). Elle a pour objectif d'harmoniser les pratiques des caisses et de garantir ainsi une équité de traitement à l'ensemble des assurés.

Les recommandations décrites dans cette fiche ne concernent pas les malaises suivis de décès, qui relèvent pour leur gestion des directives de la LR-DRP-62/2011, mais elles sont à rapprocher des modalités d'instruction des demandes de prise en charge des traumatismes psychologiques au titre des accidents du travail décrites dans la LR-DRP-16/2011.

1. Quelques définitions

Le terme «malaise» est défini par la Haute autorité de santé (HAS), dans les recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge diagnostique des pertes de connaissance brèves de l'adulte de mai 2008 comme ***« un terme imprécis », qui ne devrait pas être utilisé par les médecins**, «regroupant des situations cliniques différentes»*.

Le malaise est un sentiment de trouble, avec parfois défaillance physique, qui peut aller jusqu'à l'évanouissement. D'autres termes peuvent lui être assimilés : syncope, syncope vasovagale ou vagale, syncope réflexe, syncope neurogène, malaise vasovagal ou vagal, choc vagal, perte de conscience, perte de connaissance brève, drop attack, présyncope, lipothymie.

Le malaise vagal est un symptôme bénin défini comme une perte de connaissance, à début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte du tonus postural, avec un retour rapide à un état de conscience normal.

Les causes générales de malaise vagal : De nombreuses circonstances peuvent stimuler le système parasympathique : vue du sang, phobie de la foule, émotion forte (décès d'un proche, trac, examen...), grossesse, forte douleur, chaleur incommodante, jeûne, station debout (transports en commun...), fatigue physique (liée au manque de sommeil), effort physique soudain. Dans certains cas, le facteur peut ne pas être retrouvé.

Les données épidémiologiques sont principalement issues de la littérature anglo-américaine. L'incidence et la récurrence augmentent avec l'âge, plus particulièrement après 70 ans. Dans la seule étude française prospective publiée, les syncopes représentent 1,21 % des admissions aux urgences. Le taux de personnes hospitalisées s'élève à 58 %, avec une prédominance pour les personnes plus âgées. La cause est trouvée pour 75,6 % de l'ensemble des syncopes. **Parmi les patients quittant directement les urgences pour leur domicile, 57 % ont un diagnostic de malaise vagal.**

Globalement, les recherches sur la cause des malaises permettent de préciser que les malaises sont dans environ :

- 25% des cas d'origine cardiaque (infarctus, troubles du rythme, insuffisance coronarienne, rétrécissement aortique...)

- 25% des cas d'origine non cardiaque (épilepsie, accident vasculaire cérébral, diabète, hypoglycémie, ORL...)
- 50% des cas d'origine « inconnue » (malaise vagal)

La gestion d'un accident de travail ou de trajet pour « malaise » doit s'appuyer pour l'instruction du dossier sur l'application ou non de la présomption d'imputabilité et sur la caractérisation du malaise par le médecin traitant lors de la rédaction du certificat médical initial. A noter que dans le cas d'un accident de trajet, la caisse étudie la notion de trajet protégé (cf : Art. L. 411-2, LR-DRP-79/2008 du 16.09.2008).

2. Modalités pratiques d'instruction de la demande

Comme pour tout AT, la caisse s'assure de la recevabilité de la déclaration d'accident du travail (DAT) et du certificat médical initial (CMI).

2.1. Recevabilité de la DAT *(cf : Annexe 2 du PMS reconnaissance)*

La DAT peut être établie par l'employeur ou par la victime. Elle doit comporter obligatoirement la date de l'accident, la date de la rédaction de la DAT et la signature.

2.2. Recevabilité du CMI *(cf : Annexe 6 du PMS reconnaissance)*

La caisse veillera particulièrement à obtenir un CMI descriptif des lésions : malaise vagal ou vaso vagal ou termes assimilés (cf §1 définitions), malaise hypoglycémique chez un diabétique, malaise d'origine cardiaque....

Les seules mentions de «*malaise» ,«malaise à bilanter», «malaise non étiqueté», ou de «vertige*» ne suffisent pas pour qualifier le CMI de descriptif.

Dans le cas d'un CMI non descriptif, comme pour tout AT, avant enregistrement dans ORPHEE le service RP renvoie le certificat à la victime afin que le médecin traitant décrive les lésions.

En l'absence de retour dans le délai d'un mois d'un certificat recevable, le dossier sera classé sans suite, et pourra être ouvert à nouveau dans la limite de la prescription biennale.

2.3. Instruction de la demande

Rappel : les délais d'instruction ne courent qu'à compter de la date de réception des deux pièces (DAT et CMI) lorsqu'elles sont recevables. (Cf. LR-DRP-59/2009 du 27/08/2009).

2.3.1. La présomption d'imputabilité s'applique

Lorsque le malaise survient au temps et au lieu du travail ou durant le trajet protégé, le salarié bénéficie de la présomption d'imputabilité.

Pour renverser cette présomption, il appartient à l'employeur ou à la caisse de prouver que le travail n'a joué aucun rôle***, si minime soit-il,*** dans la survenance de ce malaise.

2.3.1.1. Cas simples

- le malaise est considéré comme un **malaise bénin** s'il s'agit de :

- **malaise vagal ou choc vagal**
- **malaise vaso-vagal**
- **syncope, syncope vasovagale ou vagale, syncope réflexe, syncope neurogène**
- **perte de connaissance ou de conscience brève**
- **lipothymie**
- **malaise orthostatique**
- **drop attack**
- **présyncope**

et ce, sans mention de lésion traumatique secondaire ou d'état antérieur.

- il y a concordance entre la DAT et le CMI (**circonstances précises de l'accident et concordance des lésions**)

- il n'y a pas de réserves motivées formulées par l'employeur (ex. : la mention d'une grossesse n'est pas une réserve motivée),

- il n'y a pas d'arrêt de travail ou un arrêt de travail initial court ≤ 7 jours

→ **Si toutes ces conditions cumulatives sont remplies,**
il est possible de faire une prise en charge d'emblée.

Il n'y a pas lieu de procéder à une enquête par questionnaires, ni d'interroger le médecin conseil.

La caisse notifie sa décision de prise en charge.

2.3.1.2. Cas complexes

Sont complexes les cas ne correspondant pas aux critères des cas simples cités au paragraphe précédent.

- syncope suivant une crise d'épilepsie,
- malaise cardiaque par trouble du rythme,
- malaise hypoglycémique chez un diabétique

Sont également complexes :
- pas de concordance entre la DAT et le CMI
- les déclarations mentionnant une lésion traumatique secondaire ou un état antérieur,
- les DAT établies avec réserves motivées de l'employeur
- les DAT avec avis d'arrêt de travail > à 7 jours

La caisse procède à des investigations pour rechercher des preuves permettant éventuellement de détruire la présomption d'imputabilité.

L'instruction administrative

La caisse envoie un questionnaire à l'assuré et à l'employeur. Des questions-types sont jointes en annexe de cette fiche. **Le recours à l'enquête administrative doit rester exceptionnel.**

Il y a lieu de veiller au respect du contradictoire tout au long de la procédure.

Au retour des questionnaires :

- **Dans le cas** où les questionnaires sont convergents et permettent d'établir que le malaise (qui est par définition le fait accidentel) n'a pas de lien avec le travail ou le trajet (par ex. absence de lien de subordination au moment du malaise, trajet interrompu ...), **la matérialité n'est pas établie: la caisse notifie un rejet d'ordre administratif** (voie de recours : CRA) **sans interroger le service médical.**
- **Dans le cas où les questionnaires sont convergents et permettent d'établir que le malaise est bien survenu au temps et au lieu du travail ou du trajet**, **la matérialité est établie**. **La caisse interroge le service médical,** par le biais éventuel du colloque médico-administratif.

  - Il existe deux cas possibles:

  - *«Existe-t-il un **état antérieur** qui pourrait être à l'origine exclusive du malaise? »*
  - *«La **lésion mentionnée sur le CMI** est-elle **imputable au malaise**? » (ex. CMI mentionnant une entorse et une DAT mentionnant un malaise ou CMI mentionnant hernie et DAT mentionnant malaise)*

  Le médecin conseil doit prendre en compte l'ensemble des éléments médicaux présents au dossier de l'assuré. Il doit vérifier que la lésion décrite sur le CMI n'a pas été provoquée par un état préexistant, et s'il existe des données cliniques probantes orientant vers un diagnostic étiologique (exemple : cardiopathie, épilepsie, effets médicamenteux ...). Au besoin, il prend contact avec le médecin rédacteur du CMI ou réalise une requête sur la consommation de soins de l'assuré.

  Les conclusions médicales doivent être claires et dénuées d'ambiguïté. Le médecin conseil doit pouvoir préciser les causes non professionnelles à l'origine du malaise.

  Ainsi, si le médecin conseil estime que le malaise est dû à une cause précise connue, totalement étrangère à l'activité professionnelle, il indique à la caisse que le malaise n'est pas imputable au travail. La caisse notifiera un rejet d'ordre médical (Voie de recours : expertise L141-1).

2.3.2. La présomption d'imputabilité ne s'applique pas

Le malaise n'a pas eu lieu au temps et au lieu du travail, ni durant le trajet protégé. Il appartient dans ce cas, à la victime de rapporter la preuve du lien avec le travail.

La victime peut demander à ce que le malaise soit reconnu en tant que sinistre professionnel au regard des conditions de travail (exemples : le malaise survient au domicile avant la journée de travail, le malaise survient au domicile après une journée avec des conditions de travail particulières : chaleur, charge de travail,...).

Bien qu'il revienne à la victime d'apporter la preuve du lien entre le malaise et le travail, la caisse diligente une instruction administrative portant sur les conditions de travail. Cette instruction peut même porter sur des causes extraprofessionnelles dans le cas où la victime ou l'employeur les mentionnent.

A défaut de réponses aux questionnaires, précises et concordantes entre les parties, le recours à l'enquête est indispensable.

L'enquêteur doit notamment rechercher l'existence de conditions inhabituelles de travail et les décrire avec précision : chaleur, stress, surmenage, travaux pénibles afin d'étayer la décision. Il

doit recueillir le maximum d'informations auprès de l'employeur, des collègues, de l'entourage professionnel, sur les circonstances de l'accident et le lien éventuel du malaise avec le travail.

Auprès de la victime, il doit recueillir tous les éléments de preuve du lien du malaise avec le travail.

Pour reconnaître le caractère professionnel, la caisse doit avoir la certitude que les conditions de travail sont directement à l'origine du malaise. A contrario, elle notifie un refus d'ordre administratif (voie de recours : CRA).

Dans le cas où l'enquête administrative apporte la preuve de conditions inhabituelles de travail, la caisse interroge le service médical sur l'imputabilité du malaise à ces conditions particulières.

Le médecin conseil doit répondre à la question suivante:

Le malaise est-il la conséquence directe des conditions inhabituelles de travail ?

La caisse rejettera la prise en charge au titre d'un accident du travail si elle ne peut établir sans doute possible le lien entre le malaise et le travail (refus médical / recours: expertise L 141-1).

A contrario, même en situation de non présomption d'imputabilité, une prise en charge est possible si le médecin conseil répond par l'affirmative à la question posée.

3. Cas particulier des lésions entraînées par le malaise

Le principe est que «l'accessoire suit le principal». Ainsi, si la caisse a arrêté la décision de prendre en charge le malaise, les lésions conséquentes du malaise sont aussi prises en charge (ex. d'une DAT mentionnant un malaise et un CMI décrivant une entorse).
A l'inverse si le caractère professionnel du malaise est refusé, les lésions entrainées par le malaise sont également refusées.

Pour plus d'informations, dans les cas où le malaise serait suivi du décès de la victime, il convient de se reporter à la fiche de la Charte relative aux décès.

4. Gestion des prestations

Les malaises peuvent avoir des conséquences très variables sur la santé des victimes. Il convient donc d'être très vigilant sur les soins et la durée des arrêts de travail prescrits. C'est pourquoi, lorsque la caisse est amenée à demander l'avis du médecin conseil dans le cadre de l'instruction de la reconnaissance du caractère professionnel, elle doit également s'enquérir de la justification de l'arrêt de travail en cours.

Il en est de même dans les cas où la caisse a les éléments pour prendre seule la décision de reconnaissance du caractère professionnel du malaise. Il est recommandé aux caisses de demander l'avis du service du contrôle médical, sur la justification de l'arrêt de travail, sans attendre le contrôle exhaustif des 45 jours. Le service médical intègrera ces avis dans le ciblage qu'il effectue au titre du contrôle des arrêts de courte durée.

Annexe 2
Focus sur les réserves motivées de l'employeur

Si l'employeur doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance, il conserve néanmoins la faculté d'assortir sa déclaration d'accident du travail de réserves motivées.

En effet, si l'employeur n'a pas à se faire juge du caractère professionnel de l'accident qu'il déclare, il peut tout de même assortir sa déclaration de réserves sur le caractère professionnel dans un délai de 10 jours francs à compter de la date à laquelle il a procédé à la déclaration.

D'ailleurs, le formulaire de déclaration d'accident du travail ou d'accident de trajet (Cerfa n°14463*03 précité) comporte une rubrique spécialement dédiée à l'émission de réserves.

Les réserves peuvent faire l'objet d'un courrier annexé à la déclaration d'accident du travail, adressé en recommandé avec demande d'avis de réception à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu du domicile du salarié. Il conviendra alors de préciser sur la déclaration, à la rubrique « Éventuelles réserves motivées », qu'un courrier de réserves est joint à la déclaration d'accident du travail.

L'enjeu des réserves motivées

En présence de réserves motivées, l'article R.441-11, III, du Code de la sécurité sociale pose le principe selon lequel : « *la caisse envoie avant décision à l'employeur et à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie ou procède à une enquête auprès des intéressés. Une enquête est obligatoire en cas de décès.* ».

En d'autres termes, en présence de réserves motivées, la CPAM ne peut pas décider d'office de conférer un caractère professionnel à l'accident déclaré, elle doit obligatoirement déclencher une mesure d'instruction préalable. (Cass.2ème civ., 4 avril 2019, n°18-11.778)

L'enjeu est de taille car si la Caisse n'a procédé à aucune enquête ou instruction malgré les réserves émises par l'entreprise, la décision de prise en charge de l'accident au titre de la législation professionnelle **est inopposable à l'employeur.** (Cass. 2ème civ, 12 février 2015, n°13-28.260 ; Cour d'appel de Paris, 12 janvier 2021, n°17/11616).

L'employeur ne doit toutefois pas se contenter d'indiquer à cette rubrique *« nous émettons des réserves »* sans plus d'explication : les réserves ne seraient alors pas retenues par la caisse primaire d'assurance maladie.

Les réserves doivent être argumentées et doivent porter sur :

- **Les circonstances de temps et de lieu de l'accident :**

Comme par exemples *: accident ne s'est pas produit durant le temps de travail, le salarié n'était pas sous la subordination de son employeur, le salarié n'était pas dans les locaux……*

- **La matérialité du fait accidentel :**

Comme par exemples : *l'absence de témoin, la déclaration tardive….*

- **Sur l'existence d'une cause étrangère au travail :**

Comme par exemples : *l'état pathologique préexistant, la pratique d'un sport de l'extrême…*

Attention, depuis le 1er janvier 2010, les réserves émises par l'employeur doivent être motivées.

Pour la Cour, dans la mesure où les réserves formulées par l'employeur ne visaient ni à remettre en cause les circonstances de lieu et de temps de l'accident, ni à évoquer une cause étrangère à l'activité professionnelle du salarié, ces réserves ne constituaient pas des « réserves motivées » au sens de la législation de sécurité sociale (Cass. 2e ch. civ., 10 octobre 2013, n° 12-25.782 ; Cass. soc., 18/09/2014, n° 13-23.205).

La loi ne définit pas la notion de réserves motivées, laquelle reste toujours soumise à l'appréciation des juges.

C'est la raison pour laquelle des exemples jurisprudentiels pour d'appréhender cette notion sont utiles.

Que sont des réserves motivées ?

Exemples de réserves considérées comme motivés :

- Un employeur qui a expressément mis en doute le fait que l'accident ait pu se produire au temps et au lieu du travail en relevant l'absence de témoins et l'absence de déclaration de l'accident par le salarié à l'employeur le jour supposé de sa survenue (Cass. 2e civ., 18 sept. 2014, n° 13-23.202 Cass. 2e civ., 17 déc. 2015, n° 14-29.783)

- L'employeur se fonde sur la poursuite du travail par la salariée après la survenance de l'accident et son information tardive par la salariée (Cass. 2e civ., 18 sept. 2014, n° 13-23.207)

- L'employeur qui doute de la matérialité de l'accident et qui préconise la prise en charge des lésions décrites par son salarié au titre des maladies professionnelles en se fondant sur l'existence d'un état pathologique préexistant (Cass.2e civ., 17 décembre 2015, n°14-28.312)

- L'employeur relevant l'absence de témoins pouvant corroborer les déclarations du salarié et la constatation d'une simple douleur et non d'une lésion ayant un lien avec le travail. (Cass. 2e civ., 9 mars 2017, n° 16-11.768)

- L'employeur mettant en avant que l'accident a eu lieu après seulement 2 heures de travail, que le salarié était âgé de 25 ans et qu'il portait un colis peu lourd. (Cass. 2e civ., 9 mai 2019, n° 18-15.485)

- La Cour de cassation a pu prendre en compte des réserves se référant à l'état médical de la victime à partir du moment où elles contribuent à porter des doutes quant à la matérialité de l'accident (Cass. 2e civ., 12 févr.2015, no 13-28.260 ; Cass.2e civ.,17 déc.2015, no 14-28.312).

Que sont des réserves non motivées ?

Exemples de réserves considérées comme non-motivées :

- Une lettre de réserves indiquant que le sinistre s'est produit sans témoin et que le salarié avait été victime d'un accident similaire dans les jours précédents. (Cass.2ème civ. 11 juillet 2013, n°12-24.674)

- La lettre de réserves indiquant que l'accident est survenu suite à un dysfonctionnement technique de la machine, à savoir un défaut de sécurité fournisseur constaté par l'inspection du travail. (Cass.2ème civ., 9 mai 2018, n°17-10.335)

- Indiquer le seul fait que le salarié n'ait consulté son médecin que le lendemain de l'accident. (Cass. 2e civ., 18 sept. 2014, n° 13-21.129)

- Un employeur mentionnant une hypothèse sur les causes de l'accident (en l'espèce, une fuite de gaz qui aurait été à l'origine de l'explosion). (Cass.soc.10 juillet 2008, n°07-18.110)

- L'employeur imputant la cause de l'accident à la faute du salarié ou à un tiers. (Cass.2èmeciv., 11 juin 2009, n°08-11.029)

De la preuve et du doute

La 2ème chambre civile de la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser dans un arrêt du 23 janvier 2014 (n°12-35.003) que **l'exigence de réserves motivées ne saurait être interprétée comme imposant à l'employeur**, à ce stade de la procédure, **l'obligation de rapporter la preuve de faits de nature à démontrer que l'accident n'a pas pu se produire au temps et au lieu du travail.**

La chambre civile de la Cour de cassation, l'a confirmé encore par arrêt du 26 novembre 2020 (n° 19-20.058, « l'employeur, au stade de la recevabilité des réserves, n'était pas tenu d'apporter la preuve de leur bien-fondé »).

LA CNAMTS estime toutefois que la réserve doit s'appuyer sur (ou être étayée par) un fait ou un élément de contexte faisant peser un doute sur le caractère professionnel de l'accident. Elles doivent apporter des éléments ou indices de nature à mettre en doute la réalité de l'accident survenu et l'imputabilité des lésions au travail. S'agissant de la preuve d'un fait juridique, cette preuve est libre et peut donc être rapportée par tous moyens, notamment par des présomptions graves, précises et concordantes, au sens de l'article 1382 du code civil.

Ceci implique que les réserves non-motivées n'ont pas à contraindre la CPAM à initier la procédure d'enquête complémentaire, et que les réserves « gratuites » (juste la mention « nous émettons des réserves sur le caractère professionnel de l'accident ») qui ne seraient pas **fondées sur des faits ou des éléments permettant légitimement de jeter le doute sur le caractère professionnel de l'accident** n'ont pas à être prises en compte et sont insuffisantes pour déclencher les investigations obligatoires.

La jurisprudence récente a également rappelé un certain nombre de principes applicables à la motivation des réserves d'un employeur, et notamment par les arrêts suivants :

- Cour d'appel de Paris, 17 décembre 2021 (n° 18/11194) : « les réserves laconiques émises de manière formelle, stéréotypée et non circonstanciée par la seule référence générale à l'absence de témoin et de preuve ne constituent pas des réserves quant aux circonstances de temps et de lieu de l'accident, **la société ne mettant pas en doute, par ses réserves, la réalité d'un accident** survenu aux temps et lieu du travail, ou quant à la matérialité du fait accidentel, la société ne mettant pas en doute l'imputabilité des lésions au travail ».
- Cour d'appel de Paris, 26 novembre 2021 (n° 18/05839) : « les réserves laconiques émises de manière formelle, stéréotypée et non circonstanciée par la seule référence générale à l'absence de témoin et à la possibilité que l'accident soit survenu hors du temps de travail, lesquelles n'impliquent pas par elles-mêmes l'absence du salarié aux temps et lieu de travail, ne sont pas suffisamment développées pour que l'on comprenne en quoi l'employeur conteste concrètement la qualification d'accident du travail telle que définie par l'article L.411-1 du code de sécurité sociale. En ce sens, on ne peut considérer **qu'il s'agit de réserves motivées pouvant faire naître un doute sur la matérialité de cet accident** ».

Annexe 3
Exemple de lettre pour demander à l'employeur d'effectuer une déclaration d'accident du travail

Nom Prénom
Adresse

Monsieur le Directeur xxx
Société xxx
Adresse

xxx xxx le, xxx xxx xxx 20 xxx

RECOMMANDÉ A.R.

DEMANDE D'EFFECUER UNE DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

Monsieur le Directeur des Ressources Humaines,

Je vous demande de bien vouloir établir et envoyer une déclaration d'accident du travail auprès de la CPAM à propos de l'arrêt de travail me concernant du xxx (date).

En effet, bien que le fait accidentel soit survenu par le fait du travail, alors que les formalités de déclaration d'accident doivent être effectuées par l'employeur auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dont je relève, aucune déclaration n'a été effectuée à ma connaissance. Or, l'avis d'arrêt de travail mentionne cependant qu'il s'agit d'un (*syndrome dépressif réactionnel, troubles dépressifs, troubles anxieux, anxiété généralisée, état de stress post traumatique, état de stress aigu,…)*.

Ce fait est consécutif à … *(par exemple aux remontrances très brutales, exercées par mes responsables directs – citer quelques faits survenus, définis comme anormaux, en rupture avec le cours habituel des choses* ***et surtout la dernière date et le dernier fait pour que cela puisque entrer dans la notion de fait accidentel, qui doit être soudain et daté****)* et notamment le xxx (date), à la suite duquel je me suis trouvée extrêmement *(choquée et éprouvée)*. A ce jour, je suis malheureusement toujours en arrêt de travail.

La déclaration reste possible dans le délai de deux ans après le fait accidentel et son caractère tardif ne supprime pas la présomption d'imputabilité.

(Si action aux prud'hommes dans le même temps ajouter : « Vous n'êtes pas sans ignorer le contentieux qui existe entre la société … et moi-même. Cependant cela ne peut avoir pour effet de ne pas procéder à cette déclaration. »)

En l'absence de réponse de votre part, dans un délai de 15 jours ou en cas de refus, je me verrai dans l'obligation de faire moi-même cette déclaration, le refus par l'employeur l'exposant à une sanction pénale.

Comptant sur votre diligence, je vous adresse, Monsieur le Directeur des Ressources Humaines, mes salutations distinguées.

Signature

Copie de ce courrier :

- Monsieur (Madame) xxx Inspecteur du Travail (ou Contrôleur du travail)
- Monsieur (Madame) xxx Délégué Syndicale xxx ;
- Monsieur (Madame) xxx Délégué du Personnel
- Monsieur (Madame) xxx Elu CSE
- Monsieur (Madame) xxx Médecin du Travail

Annexe 4
Exemple de lettre de demande de Dossier Médical de Médecine du Travail

Nom, Prénom
Adresse

Docteur

Adresse

(Ville), le (Date)

Docteur,

Dans le cadre de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, je vous serais reconnaissant(e) de bien vouloir m'adresser, dans le délai légal de huit jours, le contenu de mon dossier médical de médecine du travail.

Dans cette attente, Je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus cordiaux.

L'Accès au Dossier Médical

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant et le décret du 29 avril 2002 a organisé cet accès.

Néanmoins le patient peut toujours, s'il le souhaite, accéder à ces données par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

La communication doit être faite au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt dans les 48 heures. Si les informations remontent à plus de cinq ans, le délai est porté à deux mois. Cette période de cinq ans court à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée.

La présence d'une tierce personne peut être recommandée par le médecin mais ne peut empêcher un accès direct au dossier en cas de refus du patient de suivre cette recommandation.

Qui peut demander l'accès au dossier médical ?

L'accès au dossier médical peut être demandé auprès du professionnel de santé ou de l'établissement de santé, par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, le titulaire de l'autorité parentale, le tuteur ou le médecin désigné comme intermédiaire.

Quelles sont les informations communicables ?

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, c'est à dire à toutes les données qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, les feuilles de surveillance, les correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Ces informations sont communicables qu'elles soient sous forme papier ou sur support informatique. La communication, en langage clair (par exemple, par l'indication de la signification des codes utilisés) doit être conforme au contenu des enregistrements.

Quelles sont les modalités d'accès et de communication ?

La demande est adressée au professionnel de santé ou au responsable de l'établissement ou à la personne désignée à cet effet par ce dernier.

L'accès aux données se fait, au choix du demandeur, soit par consultation sur place avec éventuellement remise de copies, soit par l'envoi des documents (si possible en recommandé avec accusé de réception). Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur et ne sauraient excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Préalablement à toute communication, le destinataire de la demande doit vérifier l'identité du demandeur (ou la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire).

Cas particuliers

- Une **personne mineure** peut s'opposer à ce qu'un médecin communique au titulaire de l'autorité parentale des informations qui la concernant. Le médecin fait mention écrite de cette opposition.

  Si le titulaire de l'autorité parentale saisit le médecin d'une demande d'accès, le praticien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur. Si ce dernier maintient son opposition, la demande du titulaire de l'autorité parentale ne peut être satisfaite.

- **L'ayant droit d'une personne décédée** peut accéder aux informations concernant le défunt dans la mesure ou ces données sont nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir des droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne décédée.

L'ayant droit doit indiquer le motif de sa demande d'accès. Tout refus doit être motivé. La délivrance d'un certificat médical ne comportant pas d'information couverte par le secret professionnel ne peut être refusée.

En cas **d'hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers**, le détenteur des informations peut estimer que la communication doit avoir lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Dans ce cas il en informe l'intéressé. Si le demandeur refuse de désigner un médecin, le détenteur des informations saisit la Commission départementale des Hospitalisations psychiatriques. Le demandeur peut également saisir cette Commission. L'avis de la Commission est notifié au demandeur et au détenteur des données et s'impose à eux.

Annexe 5
Exemple de lettre de recours amiable contre un refus de prise en charge en accident du travail

Nom Prénom
Adresse

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de xxx

Adresse

xxx xxx le, xxx xxx xxx 20 xxx

RECOMMANDÉ A.R.

CONTESTATION DE LA DECISION DE LA CPAM N° …

Madame, Monsieur,

La caisse primaire d'assurance maladie en date du ../../20**xx** (référence de la décision en objet de ce courrier) a refusé la prise en charge de mon arrêt de travail du ../../20**xx** au titre des accidents du travail (pièce jointe N°…) alors que les faits se sont déroulés sur mon lieu de travail, pendant mes heures de travail, en lien de subordination avec mon employeur et qu'il y a eu un fait soudain ayant entrainé une lésion à mon encontre.

Par conséquent, je conteste par la présente les motifs du refus et fait appel de la décision. J'ai l'honneur de saisir la caisse de recours amiable pour requalifier mon arrêt de maladie en accident de travail.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous les éléments de droit et de faits à l'appui de ma demande.

Conformément à l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale définissant l'accident du travail, qui dispose qu'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 », j'ai bien été victime d'un fait accidentel dans le cadre de mon activité professionnelle et ce fait accidentel a entraîné l'apparition soudaine d'une lésion.

Par application de la présomption d'imputabilité découlant de cet article, en tant que victime je n'ai donc pas à apporter la preuve du lien de causalité entre le travail et la lésion. Il devrait me suffire d'établir la réalité de l'accident et sa survenue aux lieux et au temps de travail. C'est ce que j'entends démontrer dans ce recours.

Pour apporter sa contestation du fait accidentel, s'il le conteste, et sa présomption d'imputabilité, il incombe à mon employeur de démontrer qu'au moment de l'accident je me livrais à une activité totalement étrangère au travail. Cela serait totalement faux puisque c'est dans le cadre de l'exécution du travail et des ordres de mon employeur que la lésion ayant entraîné mon arrêt de travail s'est produite.

Pour la lésion, la CPAM doit apporter la « preuve contraire », c'est-à-dire que la lésion serait totalement étrangère au travail. Les éléments présentés ci-dessous et les pièces jointes à ce recours, notamment le certificat du Dr **XX** établiront qu'il n'existe aucun autre élément que ceux du travail à l'origine de la lésion sous forme (syndrome dépressif réactionnel, troubles dépressifs, troubles anxieux, anxiété généralisée, état de stress post traumatique, état de stress aigu,…) consécutif à citer quelques faits survenus, définis comme anormaux, en rupture avec le cours habituel des choses **et surtout la dernière date et le dernier fait pour que cela puisque entrer dans la notion de fait accidentel, qui doit être soudain et daté).**

Des faits et évènements ci-dessus il résulte un état psychologique constaté (le cas échéant par un témoin,) par les certificats médicaux ainsi que par un arrêt de travail.

L'évènement et ses conséquences correspondent donc bien aux dispositions de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale définissant l'accident du travail. Cet événement est soudain, daté, s'est produit au temps et au lieu de travail. Le fait générateur, qui est **XXX** est en rupture avec le cours habituel des choses, (soudain ou brutal et imprévisible ou exceptionnel).

La cour de cassation et notamment par un arrêt du 4 mai 2017 (C. Cass. N°15-29.411) confirme qu'en cas d'altercation l'arrêt de maladie doit être requalifié en accident de travail. Elle ajoute que pour rejeter le recours il est insuffisant que la CPAM mentionne que la salariée ne démontre pas suffisamment l'existence d'un lien entre son état et l'agression verbale dont elle a été victime et qu'en statuant ainsi alors qu'elle constatait que la salariée a été victime d'un malaise survenu au temps et lieu de travail la cour d'appel, reprenant les propos de la CPAM, avait violé le texte relatif à la reconnaissance des accidents du travail.

La Cour de Cassation s'en tient à la définition légale de l'accident du travail au seul motif que la salariée a été victime d'un malaise survenu aux temps et lieu de travail. La présomption d'imputabilité trouve donc à s'appliquer sans ajouter des conditions supplémentaires à celles posées par la loi.

> Nota :
> Lorsque l'accident ne s'est pas produit sur le lieu de travail, ou au temps du travail, il appartient à la victime de démontrer malgré tout l'existence d'une lésion soudaine, et d'apporter la preuve d'un lien de causalité avec le travail.
> Par un arrêt du 1er juillet 2003, la Cour de Cassation a reconnu, après expertise médicale, l'accident du travail d'un salarié ayant développé une dépression nerveuse deux jours après avoir été avisé par son supérieur hiérarchique, au cours d'un entretien d'évaluation, qu'il ne donnait pas satisfaction, et qu'il était rétrogradé (Cass. Soc. 1er juillet 2003, pourvoi n° 02-30576).

L'employeur ne démontre aucunement que j'effectuais une activité étrangère au travail.

La CPAM n'apporte pas la « preuve contraire », c'est-à-dire que la lésion serait totalement étrangère au travail.

Les éléments de fait et de droit étant réunis, la présomption d'imputabilité doit s'appliquer et cet accident doit donc être reconnu au titre des accidents du travail.

Veuillez agréer Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses.

Annexe 6
Model de témoignage

ATTESTATION

(articles 200 à 203 du nouveau code de procédure civile, article 441-7 du nouveau code pénal)

Je soussigné,

NOM : Melle Mme M. .....

PRÉNOMS: .....

Date de naissance : jour ..... mois ..... année .....

Lieu de naissance : .....
(ville, département)

Profession : .....

Demeurant à : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

Lien de parenté, d'alliance, de subordination, de collaboration ou de communauté d'intérêts avec les parties :

OUI NON
(Rayer la mention inutile)

Si oui, précisez quel est ce lien : .....

Sachant que l'attestation sera utilisée en justice, et connaissance prise des dispositions de l'article 441-7 du code pénal, réprimant l'établissement d'attestation faisant état de faits matériellement inexacts, ci-après rappelées :

"Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts".

"Je suis informé que cette attestation est établie en vue de sa production en justice et que toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales."
(cette phrase doit être écrite, ci-dessous, entièrement de votre main)

.....
.....
.....
.....
.....

Indiquez ci-dessous les faits auxquels vous avez assisté ou que vous avez constatés personnellement :

....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

Ajoutez autant de ligne que nécessaire

Signature :

Fait à : ....

Le : jour .... mois .... année ....

PIECES A JOINDRE :

Un original ou une photocopie recto verso d'un document officiel justifiant de votre identité et comportant votre signature.

Cerfa n°14463-02 – Déclaration d'accident du travail

cerfa

N° 14463*02
DAT-PRE

DÉCLARATION
D'ACCIDENT DU TRAVAIL ☐ D'ACCIDENT DE TRAJET ☐

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DECLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE QUATRIEME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) *(se reporter à la notice)*

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur

Adresse

Code postal | N° de Téléphone

N° SIRET de l'établissement d'attache | N° de risque Sécurité Sociale

Nom du service de santé au travail
Adresse | Code postal

LA VICTIME *(se reporter à la notice)*

N° d'immatriculation | À défaut, sexe F M | Date de naissance

Nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse

Code Postal

Nationalité { Française ☐ / EEE, Suisse ☐ / Autre ☐

Date d'embauche | Profession

Qualification professionnelle | Ancienneté dans le poste de travail

Contrat de travail : CDI ☐ CDD ☐ Apprenti/Elève ☐ Intérimaire ☐ Autre ☐

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT *(se reporter à la notice)*

Date | heure H mn

Lieu de l'accident
(Nom et adresse du lieu de l'accident
ou Nom et adresse du chantier)

Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps

- lieu de travail habituel ☐
- lieu de travail occasionnel ☐
- lieu du repas ☐
- au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail ☐
- au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas ☐
- au cours d'un déplacement pour l'employeur ☐

Numéro de SIRET du lieu de l'accident
(En cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquer le SIRET de l'établissement utilisateur).

Activité de la victime lors de l'accident

Nature de l'accident

Objet dont le contact a blessé la victime

Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)

Siège des lésions

Nature des lésions

La victime a été transportée à : | L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI ☐ NON ☐

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de H mn à H mn et de H mn à H mn

Accident { ☐ constaté / ☐ connu le | heure H mn | par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime ☐

☐ l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le | sous le N°

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) ☐ DÉCÈS ☐

Un rapport de police a-t-il été établi ? NON ☐ OUI ☐ par qui ?

LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE *(cocher la case correspondante)*

Le témoin ☐ **ou la 1ère personne avisée** ☐ *(en cas d'absence de témoin)*

Nom et prénom

Adresse | Code postal

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, nom et adresse du tiers

Société d'assurance du tiers

Nom et prénom du signataire

Qualité | Signature

Fait à | le

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.

DAT-PRE S6200h

N° 50261#03

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'ACCIDENT DE TRAJET

NOTICE D'UTILISATION

Un(e) salarié(e) de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail ou de trajet. A cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à l'Assurance Maladie.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions ci-dessous.

Envoyez, à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets* de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanche et jours fériés) après avoir eu connaissance de l'accident.

* destinataires des volets : un volet pour la CPAM, un volet pour la CARSAT (ou la CRAMIF pour l'Ile de France) ou la CGSS, un volet pour l'Inspection du travail.

IMPORTANT :

Dans le cas d'un accident avec ARRET DE TRAVAIL, merci d'établir l'ATTESTATION DE SALAIRE référencée S 6202 dans le meilleur délai afin de permettre à la caisse primaire de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

Si la victime est un salarié mis à disposition par une Entreprise de Travail Temporaire, en tant qu'entreprise utilisatrice de ce salarié, remplissez immédiatement le formulaire «INFORMATION PREALABLE A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL » référencé S 6209.
Dans ce cas, c'est l'employeur (l'Entreprise de Travail Temporaire) qui déclarera l'accident à l'Assurance Maladie à l'aide du présent formulaire.

Nous vous informons que vous avez également la possibilité d'établir cette déclaration par le biais de NET-ENTREPRISES. Elle sera alors télétransmise directement à la Caisse.

Dans le cas où l'entreprise a centralisé la gestion des AT, le service de la déclaration d'accident du travail électronique permet de plus à l'entreprise d'indiquer une adresse de correspondance où tous les courriers doivent être envoyés. Si l'entreprise fait ce choix, plus aucun courrier ne sera adressé à l'établissement d'attache et les **courriers envoyés à l'adresse de correspondance seront opposables.** Pour accéder à ce service, l'entreprise est invitée à se connecter sur le portail Net-Entreprises pour déclarer ses sinistres au moyen de la déclaration électronique IDAT. Par la suite, une modification de cette adresse de correspondance pourra intervenir à tout moment selon des modalités décrites sur le site.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime)

Dans tous les cas, indiquez le SIRET de l'établissement d'attache, ainsi que les coordonnées du Service inter-entreprises de santé au travail (Médecine du travail) dont relève cet établissement d'attache, ou, le cas échéant, celles du service de santé intégré dans l'entreprise.

Dans le cas d'un accident survenu lors d'une mission d'intérim, indiquez le SIRET de l'agence où est inscrite la victime.

Dans tous les cas, indiquez le numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

LA VICTIME

Indiquez le n° de sécurité sociale de la victime, ses nom et prénom, ses coordonnées personnelles (adresse et code postal, son n° de téléphone), sa date d'embauche et sa profession, sa qualification professionnelle et son ancienneté dans le poste.

- qualification professionnelle - précisez : cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, apprenti, élève de l'enseignement technique, ouvrier non qualifié, ouvrier qualifié…
- ancienneté : précisez si la victime est à son poste depuis : moins d'une semaine, une semaine à moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois à moins d'un an, un an et plus.
- contrat de travail : cochez la case correspondant au type de contrat de travail (durée déterminée ou indéterminée…)

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Précisez la date et l'heure de l'accident.

- lieu de l'accident :
  - dans les cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquez le SIRET de l'établissement utilisateur de la victime ;
  - dans le cas où la victime d'un accident est salariée d'un groupement d'entreprise, indiquez le SIRET de l'établissement pour lequel travaillait la victime au moment de l'accident si celui-ci est différent de l'établissement d'attache ;
  - dans tous les cas, indiquez l'adresse du lieu de l'accident et le code postal.
- activité de la victime, nature de l'accident….. :
  - activité de la victime : précisez l'activité ou la tâche de la victime au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que faisait la victime.
  - nature de l'accident : décrire l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression…), ou comment s'est blessée la victime (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse…).
  - objet dont le contact a blessé la victime, c'est-à-dire avec quoi s'est blessée la victime : matériau, déchet, outil [tournevis, cutter, perceuse…], machine, véhicule, chariot de manutention, substance chimique, élément de construction [porte, mur,…], sol…
- réserves motivées :
  Indiquez le cas échéant, les réserves motivées qui ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (art. R. 441-11 du Code de la sécurité sociale).
- siège des lésions :
  Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.
- horaire de travail de la victime le jour de l'accident :
  Indiquez les heures de travail effectuées par votre salarié(e), **ou les heures prévues**, le jour de l'accident.
- conséquences :
  Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, vous devez OBLIGATOIREMENT établir et envoyer le formulaire « attestation de salaire accident du travail ou maladie professionnelle » - référencé S6202, à la Caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime.
  Par la suite, en cas de nouvel arrêt après une période de soins ou une reprise du travail, sur un mois différent, vous devrez également remplir cette même formalité.
- le témoin ou la 1ère personne avisée :
  Indiquez le nom, le prénom et l'adresse du témoin.
  En l'absence de témoin, indiquez la 1ère personne de l'entreprise qui a été avisée de l'accident.
- le tiers :
  Lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident du travail ou de trajet, cette mention doit impérativement être reportée dans cette partie.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.

Aux termes des articles L. 114-17-1, L. 471-1 et R.471-3 du Code de la sécurité sociale, sont punis d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la Caisse primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident.
En outre, la Caisse primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident et prononcer une pénalité financière.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La Loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Comment remplir **la déclaration d'accident du travail**

L'employeur doit déclarer l'accident du travail (AT) dans les 48 heures à compter du jour où il en a été informé, sous peine de sanctions pénales et civiles[1]. Cette déclaration est très souvent l'élément déclencheur de l'indemnisation du salarié et influe sur le taux AT de l'employeur[2].

Précision et vigilance sont donc les mots d'ordre en la matière.

Attention : la déclaration doit être établie dans tous les cas, même si la lésion paraît insignifiante, que l'accident n'a pas entraîné d'arrêt ou que l'employeur a un doute sur l'accident ou son caractère professionnel ; il pourra alors émettre des réserves.

cerfa
N° 14463*01
DAT-PRE

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL ☐ D'ACCIDENT DE TRAJET ☐

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE LA BÉNÉFICIÉE LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE QUATRIÈME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement de rattache permanent de la victime) *(se reporter à la notice)*

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur
Adresse
Code postal — N° de Téléphone
N° SIRET de l'établissement d'attache — N° de risque Sécurité Sociale
Nom du service de santé au travail
Adresse — Code postal

LA VICTIME *(se reporter à la notice)*

N° d'immatriculation — À défaut, sexe F M — Date de naissance
Nom et prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse(se))
Adresse
Code Postal — Nationalité : Française ☐ EEE, Suisse ☐ Autre ☐
Date d'embauche — Profession
Qualification professionnelle — Ancienneté dans le poste de travail
Contrat de travail : CDI ☐ CDD ☐ Apprenti/Élève ☐ Intérimaire ☐ Autre ☐

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT *(se reporter à la notice)*

Date — heure (H mn)
Lieu de l'accident (Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps — Numéro de SIRET du lieu de l'accident
lieu de travail habituel ☐ — au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail ☐
lieu de travail occasionnel ☐ — au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas ☐
lieu du repas ☐ — au cours d'un déplacement pour l'employeur ☐
(En cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquer le SIRET de l'établissement utilisateur).
Activité de la victime lors de l'accident
Nature de l'accident
Objet dont le contact a blessé la victime
Éventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)
Siège des lésions
Nature des lésions
La victime a été transportée à : — L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI ☐ NON ☐
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de (H mn) à (H mn) et de (H mn) à (H mn)
Accident ☐ constaté ☐ connu le — heure (H mn) — par l'employeur ☐ par ses préposés ☐ décrit par la victime ☐
☐ l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le — sous le N°
Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL ☐ AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) ☐ DÉCÈS ☐
Un rapport de police a-t-il été établi ? NON ☐ OUI ☐ par qui ?

LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE *(cocher la case correspondante)*

Le témoin ☐ **ou la 1ère personne avisée** ☐ *(en cas d'absence de témoin)*
Nom et prénom
Adresse
Code postal

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI ☐ NON ☐
Si OUI, nom et adresse du tiers
Société d'assurance du tiers

Nom et prénom du signataire
Qualité — Signature
Fait à — le

(*) : Important , si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202

DAT-PRE S6200h

Cocher la case correspondante.

Raison sociale et **coordonnées** de l'établissement qui paie les salaires et les charges, et non celles du siège social ou du lieu de l'accident (lieu d'attache permanent).

Numéro SIRET attribué par l'Insee (15 chiffres).

Coordonnées du **service interentreprises de santé au travail.**

Numéro de sécurité sociale de la victime (13 chiffres + clé à deux chiffres). À défaut, mentionner sexe et date de naissance.

Préciser : cadre, agent de maîtrise, employé, technicien, ouvrier qualifié ou non qualifié, apprenti, etc.

Mentionner **nom et adresse** du lieu de l'accident et **préciser** s'il s'agit du lieu de travail habituel, d'un lieu de travail occasionnel, d'une mission ou d'un accident de trajet.

Décrire la cause de l'accident.

Ce avec quoi s'est blessée la victime.

Pour constituer valablement une contestation du caractère professionnel de l'accident, les réserves ne peuvent porter que sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail[3].

La case « constaté » doit être cochée uniquement si le chef d'entreprise ou un de ses préposés ont été directement témoins de l'accident (jamais la victime) : la date et l'heure de la constatation seront obligatoirement celles de l'accident. À défaut, il faut cocher la case « connu » : si le salarié était seul, il faut cocher « décrit par la victime ».

Uniquement si la personne a **vu réellement** l'accident. *Recueillir, le cas échéant, des témoignages écrits.* S'il n'y a pas de témoin, bien préciser la mention **« pas de témoin ».**

Numéro de risque figurant sur la notification du taux applicable à l'activité correspondant au salaire de la victime (ex. : 45,4 CE).

Préciser si la victime est en poste depuis moins d'une semaine, une semaine, moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois à moins d'un an, un an et plus.

Cocher la case correspondante.

Date et **heure** de survenance de l'accident.

SIRET de l'établissement où travaillait la victime (si différent du lieu d'attache permanent, cas notamment des intérimaires et des groupements d'employeurs).

Préciser l'activité ou la tâche de la victime lors de l'accident.

Indiquer l'endroit du corps où la victime a été atteinte, à savoir les **lésions apparentes juste après l'accident. Préciser la latéralité de la lésion, exemple : main droite.**

Horaires de travail de la victime **le jour de l'accident** : mentionner les horaires réels effectués par le salarié le jour de l'accident.

En cas **d'arrêt de travail,** communiquer impérativement une **attestation de salaire AT ou MP** (S6202) à la CPAM.

À remplir en cas **d'implication d'un tiers** lors de la survenance de l'accident (ex. : accident de la circulation, agression...). **Préciser ses coordonnées.** L'information permet, le cas échéant, à la CPAM d'exercer un « recours contre tiers ».

Attention à la date portée ici par rapport à la date à laquelle l'employeur a pris connaissance de l'accident : **le délai ne doit pas dépasser 48 heures à compter de la date de connaissance de l'AT par l'employeur ou son préposé.**

- La déclaration d'accident du travail (DAT) doit être adressée dans les 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés, à la CPAM dont relève la victime, par lettre recommandée avec accusé de réception.
  Elle peut être établie par voie dématérialisée sur le site www.net-entreprises.fr.
- Cas particuliers
  En cas d'accident d'un salarié intérimaire, l'entreprise utilisatrice en informe l'entreprise de travail intérimaire avec le formulaire « Informations préalables à la déclaration d'accident du travail », référence S6209. Cette procédure de déclaration s'applique également aux entreprises membres des groupements d'employeurs. Les trois autres volets sont destinés à la Carsat, à l'inspection du travail et le dernier est à conserver par l'entreprise.
  Lorsqu'un salarié, non affilié au régime français, détaché temporairement en France par une entreprise étrangère est victime d'un accident de travail, l'accident doit être déclaré directement à l'inspection du travail du lieu de l'accident dans les 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés, par lettre recommandée avec accusé de réception.
  La déclaration est établie sur l'imprimé de DAT par l'entreprise utilisatrice si le salarié est détaché dans le cadre d'un contrat d'intérim ou par le donneur d'ordre en cas de sous-traitance (Code du travail, art. L. 1262.1 et R. 1262.2).

1. Amendes de 750 € pour une personne physique et de 3 750 € pour une personne morale, portées à 1 500 € et 7 500 € en cas de récidive (CSS, art. R. 471-3) et/ou restitution des prestations versées au salarié (CSS, art. L. 471-1). À ces sanctions s'ajoute la possibilité pour le directeur de la CPAM d'infliger une pénalité financière à l'employeur, en cas de non-respect de ses obligations (CSS, art. L. 162-1-4).
2. Que doit faire un employeur qui reçoit un certificat médical initial AT/MP, alors que le salarié ne l'a pas informé de la survenance d'un sinistre ? L'employeur doit établir la DAT avec des réserves.
3. **Exemples de réserves motivées :**
   – quant aux circonstances de temps et de lieu : *le salarié s'est blessé à l'occasion d'un match de football le dimanche et a essayé de faire passer cela en accident de trajet le lundi matin ;*
   – quant à une cause totalement étrangère au travail : *le salarié a quitté le poste de travail pour se livrer à une activité personnelle (ex. : réparation de son cyclomoteur).*

Ne pas hésiter à formuler les réserves par courrier joint à la DAT ou, sinon, le faire le plus tôt possible.

cerfa

N° 11383*02
DIAD

feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L 441.5, R 441.8 et R.441.9 du Code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur lors de la délivrance)

SPECIMEN

l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

- **identification**

nom de l'organisme

adresse

code de l'organisme gestionnaire

la victime

- **identification**

nom *(suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se))*

prénom — date de naissance

adresse

code postal — commune

numéro d'immatriculation

l'employeur

- **identification**

nom et prénom ou raison sociale

adresse

code postal — commune

numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime

êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ? oui ☐ non ☐

l'accident du travail ou la maladie professionnelle

- **accident du travail**

date

rechute du

- **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale

rechute du

- **lésions**

nature

siège

- **numéro AT/MP** *(à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)*

demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse

code postal — commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident ☐

date

signature

DIAD S6201c

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 471-3 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

récapitulatif des soins et fournitures

(à remplir par les professionnels de santé)

€

dates des actes médicaux	actes effectués (lettres-clef et cœfficient)	i.k.	D.E.	montant total des honoraires	exécution des ordonnances montant de la facture

L'exécutant des actes, le pharmacien ou le fournisseur attestera une seule fois la prestation des actes en apposant sa signature et son cachet dans une des cases prévues ci-dessous à cet effet.

signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes

cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste

cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur

SPECIMEN

cerfa
n° 50513#04

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle
notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale) ou de rechutes.
Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Les **volets 1 et 2** sont adressés directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale).
Le **volet 3** et le **volet « certificat d'arrêt de travail »** sont à remettre à la victime.

❶ Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :
La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

❷ Constatations détaillées :
Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés.
Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

❸ Sorties autorisées :
Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux.

❹ Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :
Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.
Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

❺ Reprise d'un travail léger :
Permet le service des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. Un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise d'un travail léger n'est pas exigé dès lors que l'accident du travail ou la maladie professionnelle a entraîné un arrêt de travail à temps complet d'au moins une journée.

❻ Reprise de travail à temps complet :
Une reprise de travail à temps complet peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

❼ Eléments d'ordre médical :
Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

❽ Conclusions :
En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».
Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les **volets 1 et 2** sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.
Vous conservez le **volet 3**.
En cas d'arrêt de travail, vous adressez le **volet « certificat d'arrêt de travail »** à votre employeur ou au Pôle emploi si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- **de respecter les heures de présence à domicile** sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- **de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie**, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- **de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical** (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- **de vous abstenir de toute activité non autorisée** (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières

SPECIMEN

cerfa

n° 11138*04
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation

☐ final ☐ de rechute

Volet 1, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :

code postal ville : n° téléphone :

batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐

date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle *(voir notice ❶)*

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non *(2)* ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) *(voir notice ❷)*

● **conséquences**

- **soins** *(sans arrêt de travail)* ☐ jusqu'au
- **arrêt de travail** ☐ jusqu'au *- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* et *- en chiffres :* inclus

sorties autorisées : oui ☐ **à partir du** **non** ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ **oui** ☐ **à partir du** *(voir notice ❹)*

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** ☐ **du** **au**

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- **reprise de travail à temps complet le** *(voir notice ❻)*
- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** *(voir notice ❼)*

● **conclusions** *(à remplir seulement en cas de certificat final)* *(voir notice ❽)*

guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐ date

consolidation avec séquelles ☐ date

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

SPECIMEN

cerfa

n° 11138*04
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

Volet 2, à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures *(service administratif)*

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation
nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :
prénom :
adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :
code postal ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐
date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle *(voir notice ❶)*
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non *(2)* ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :
adresse :
n° téléphone :
courriel :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) *(voir notice ❷)*

• **conséquences**

- **soins** *(sans arrêt de travail)* ☐ jusqu'au
- **arrêt de travail** ☐ jusqu'au [*- en toutes lettres :* *(à compléter obligatoirement)* et *- en chiffres :*] inclus

sorties autorisées : oui ☐ **à partir du** **non** ☐
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non ☐ **oui** ☐ **à partir du** *(voir notice ❹)*

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** ☐ **du** **au**
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)
- **reprise de travail à temps complet le** *(voir notice ❻)*

• **conclusions** *(à remplir seulement en cas de certificat final)* *(voir notice ❽)*

guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐ date
consolidation avec séquelles ☐ date

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

SPECIMEN

cerfa

n° 11138*04
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation

☐ final ☐ de rechute

Volet 3, à conserver par la victime
(à apporter lors de chaque consultation)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :

code postal ville : n° téléphone :

batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐

date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle *(voir notice ❶)*

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non *(2)* ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) *(voir notice ❷)*

● **conséquences**

- **soins** *(sans arrêt de travail)* ☐ jusqu'au
- **arrêt de travail** ☐ jusqu'au *- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* et *- en chiffres :* inclus

sorties autorisées : oui ☐ **à partir du** **non** ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ **oui** ☐ **à partir du** *(voir notice ❹)*

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** ☐ **du** **au**

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- **reprise de travail à temps complet le** *(voir notice ❻)*
- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** *(voir notice ❼)*

● **conclusions** *(à remplir seulement en cas de certificat final)* *(voir notice ❽)*

guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐ date

consolidation avec séquelles ☐ date

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date signature du praticien

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

SPECIMEN

cerfa

n° 11138*04
CM-PRE

certificat d'arrêt de travail

accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)
☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation
nom de famille *(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)* :
prénom :
adresse où la victime peut être visitée *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* :
code postal ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☐
date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle *(voir notice ❶)*
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui ☐ non *(2)* ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :
adresse :
n° téléphone :
courriel :

l'arrêt de travail

- **arrêt de travail** ☐ jusqu'au [*- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* et *- en chiffres :*] inclus

sorties autorisées : oui ☐ **à partir du** **non** ☐
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non ☐ **oui** ☐ **à partir du** *(voir notice ❹)*

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** ☐ **du** **au**
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- **reprise de travail à temps complet le** *(voir notice ❻)*

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE

OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

SPECIMEN