



Réunion collective employeurs en partenariat avec la CGPME

Risques Professionnels : définitions

- ◆ **Accident du travail (AT)** : accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail (*fait soudain*)
- ◆ **Accident de trajet (TR)** : accident de travail survenu pendant le **trajet aller-retour du domicile au lieu de travail**
- ◆ **Maladie professionnelle (MP)** : conséquence de **l'exposition à un risque** plus ou moins prolongée lié à l'exercice habituel de la profession

Risques Professionnels : nouvelles modalités 2010

- ◆ **Procédure d'instruction des accidents du travail et des maladies professionnelles**
 - **Point de départ du délai d'instruction** : effectif à réception de la déclaration **et** du certificat médical initial
 - **Émettre des réserves motivées** sur les circonstances de temps et/ou de lieu de l'accident du travail
 - Instauration d'un **délai franc pour la consultation**
 - **Notification des prises en charge** adressée par LRAR aux employeurs à tarification mixte ou individuelle
 - **Délai de contestation** : **2 mois** à réception de la notification

Risques professionnels : les obligations du salarié

- ◆ **Pour les accidents du travail / accidents de trajet**
 - **Signaler le fait sous 24 heures** à son employeur ou à son représentant
 - **En cas d'arrêt de travail** : transmettre à l'employeur le volet 3 du certificat médical initial



- ◆ **Pour les maladies professionnelles**
 - **Aucune obligation** du salarié vis-à-vis de l'employeur sauf en cas d'arrêt de travail

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

- ◆ **Pour les accidents du travail / accidents de trajet**
 - Établir la **Déclaration d'Accident du Travail (DAT)** dans les 48 heures qui suivent la connaissance du fait accidentel
 - **L'envoyer à la CPAM** de rattachement de l'assuré en pli recommandé avec accusé de réception
 - Délivrer à l'assuré **la feuille d'accident de travail (S6201)**
 - En cas d'arrêt de travail, établir **l'attestation de salaires (S6202 bleu)**
- ◆ **Pour les maladies professionnelles**
 - La déclaration incombe à l'assuré
 - En cas d'arrêt de travail, établir **l'attestation de salaires (S6202 bleu)**

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

◆ Établir la **Déclaration d'Accident du Travail** (DAT)

 N° 60-3682 000000 ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → si oui, remplissez IMMÉDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire. → si non, remplissez uniquement cette déclaration.	DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL <small>(Articles L 441.1 à L 441.4 et Articles R 441.2, R 441.3 et R 441.5) - (Décret du 17-12-85)</small> L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ, LES 3 PREMIERS VOLETS DE LA LIASSE PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVÉ LE 4 ^e VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE.	SÉCURITÉ SOCIALE 
EMPLOYEUR		
Nom, Prénom ou raison sociale		
Adresse		
	N° de Téléphone	
ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME <small>(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)</small>		
Adresse		
	N° de Téléphone	
N° SIRET de l'établissement		
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.		
		CTN <input type="text"/>
		Groupes d'activités <input type="text"/>
		RÉSERVÉ CPAM

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

VICTIME	
N° d'immatriculation	
À défaut sexe	Date de naissance
NOM, Prénom <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux)</small>	Nationalité
ADRESSE	<input type="checkbox"/> Française
Date d'embauche	Profession
Qualification professionnelle	Ancienneté dans le poste
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	CPAM

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

ACCIDENT

Date Heure H mn

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

Lieu de l'accident (1)

Circonstances détaillées de l'accident (1)

(indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)

Siège des lésions (1)

Nature des lésions (1)

Victime transportée à

Accident constaté } le Heure par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu }
 inscrit au regist. d'infirmerie le sous le N°

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) DÉCÈS

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

TÉMOINS	
Nom, prénom et adresse	<input type="text"/>
Un rapport de police a-t-il été établi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
par qui ?	<input type="text"/>
TIERS	
L'accident a-t-il été causé par un tiers :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, nom et adresse du tiers	<input type="text"/>
Sté d'assurance du tiers	<input type="text"/>
Nom, prénom du signataire	Fait à
Qualité	Signature
(1) Se reporter à la notice d'utilisation	le

UCANSS - *Édition 06/96* S 6200f

Établir et transmettre une Déclaration d'Accident du Travail (DAT)

- ◆ Comment procéder
 - Un site dédié et gratuit net-entreprises.fr



Établir et transmettre la DAT et l'attestation de salaires en ligne

◆ Les avantages

- Respect du délai de **48 heures**
- **Économique** (*suppression des envois en recommandé*)
- Possibilité **d'éditer la feuille d'accident du travail**
- Lien entre **DAT** et **Attestation de salaire**

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

- ◆ Établir **l'attestation de salaires** dès qu'il a connaissance de l'arrêt de travail

cerfa **ATTESTATION DE SALAIRE** **Sécurité Sociale**
ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

No 11137*02 (Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8.1, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la Sécurité Sociale)
ATTENTION Dans le cas d'un accident avec arrêt de travail, les zones "EMPLOYEUR" et "VICTIME" peuvent être remplies par duplication avec la liasse de la déclaration d'accident du travail S6200

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale _____
Adresse _____
N° de Téléphone _____

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(Le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse _____
N° de Téléphone _____
N° SIRET de l'établissement _____

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime _____

Réservé CPAM

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

VICTIME	
N° d'immatriculation	<input type="text"/>
A défaut sexe	<input type="text"/> Date de naissance <input type="text"/>
NOM, Prénom <small>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux)</small>	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>
Date d'embauche	Profession <input type="text"/>
Qualification professionnelle	Ancienneté dans le poste <input type="text"/>
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> C.E.E. <input type="checkbox"/> Autre	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DU TRAVAIL

Nom, adresse

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la 1 ^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle	<input type="text"/>	Motif de l'arrêt <input type="checkbox"/>	Accident du travail
Date du dernier jour de travail	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie professionnelle
Date de reprise du travail	<input type="text"/>	Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>	

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

SALAIRES DE REFERENCE (en euros) (en fonction de la date d'arrêt de travail)														
A SALAIRE DE BASE ET ACCES- SOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE									
	Date d'échéance de la paye	Période		Montant brut	Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées avec la même périodicité que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	FRAIS PROFES.						
	1	du	au					2	3	4	5	6	7	8

B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base					C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie						
Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant brut	Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12	Interruption du travail			S'il s'agit d'une interruption autorisée		Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18	
	du	au			Motif	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ?	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu		
9	10	11	12	13	14	15	16	OUI 17	NON	18	19
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
								SI OUI, précisez :			
								<input type="checkbox"/>	Intégral		
								<input type="checkbox"/>	Partiel		

D Cas particuliers	Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans
	→ pour les apprentis précisez le N° et la date du contrat

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base					C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie					
Date de versement 9	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant brut 12	Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12 13	Interruption du travail			S'il s'agit d'une interruption autorisée		Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18 19
	du 10	au 11			Motif 14	du 15	au 16	La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ? 17	Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu 18	
								<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
								SI OUI, précisez : <input type="checkbox"/> Intégral <input type="checkbox"/> Partiel		

D Cas particuliers	Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans → pour les apprentis précisez le N° et la date du contrat

Risques Professionnels : les obligations de l'employeur

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE	
A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR	A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation du <input type="text"/> au <input type="text"/> Pendant cette période le salaire sera maintenu <input type="checkbox"/> Intégralement <input type="checkbox"/> Partiellement N° compte postal ou bancaire employeur <input type="text"/> et intitulé <input type="text"/>	J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre Signature de l'assuré(e) <input type="text"/>
Fait à <input type="text"/> Nom du signataire <input type="text"/> Qualité du signataire <input type="text"/>	le <input type="text"/> Signature de l'employeur <input type="text"/>

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 Sécurité Sociale, 441.1 du Code P énal).
La loi 78-17 du 6.1.78 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, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S6202i

Établir et transmettre une attestation de salaire en ligne

◆ Les avantages

- Plus **rapide**
- **Économique** (*pas d'affranchissement*)
- **Suppression** du papier
- Échanges **sécurisés** (*code confidentiel*)
- **Accusé** de dépôt et de réception
- **Aide** au remplissage en ligne

Risques Professionnels : les obligations de la CPAM

- ◆ **Reconnaître ou non la prise en charge au titre des Risques Professionnels** : possibilité d'investigations complémentaires par questionnaire ou enquêteur assermenté
- ◆ Dans l'attente de la décision, **obligation de payer en maladie tout arrêt de plus de 14 jours**
- ◆ **Respecter les délais d'instruction et d'information** de l'employeur et de l'assuré
- ◆ Mettre à disposition des parties les pièces consultables

Risques Professionnels : La mission de l'enquêteur

- ◆ **Recueillir les éléments** pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie
 - **Étudier le caractère professionnel** : *malaise, acte suicidaire, rixe et accident déclarés par la victime ou par un tiers*
 - **Enquêter** dans tous les cas d'accident mortel
 - **Observer les postes de travail** : *gestes, postures, ambiance de travail*
 - **Rechercher** les produits manipulés ou inhalés au travail
 - **Instruire** les dossiers de souffrance au travail
 - **Auditionner** des témoins
 - **Rencontrer** victime et employeur dans le cadre du contradictoire
- ◆ **Réaliser les contrôles** de présence à domicile des assurés en arrêt de travail.

Risques Professionnels : les phases contentieuses (1)

- ◆ **Contestations** : soumises à la **Commission de Recours Amiable** (*instance administrative*)
- ◆ Elle **réexamine le dossier et les décisions** prises par les services administratifs
- ◆ La **commission compétente** : celle de l'organisme qui a notifié la décision contestée
- ◆ **Délai de saisine : 2 mois** à compter de la notification (*en cas de contestation tardive la forclusion pourra être opposée*)
- ◆ **Délai d'examen de la demande** par la commission : **1 mois** (à compter de la date de réception de la réclamation par la Cnam)

Risques Professionnels : les phases contentieuses (2)

- ◆ **Documents produits par le demandeur après le dépôt de sa réclamation** : le délai d'**1 mois** court à la **date de réception des documents**
- ◆ **Décisions d'accord des Commission de Recours Amiable** soumises depuis le janvier 2010 à la **Mission Nationale de Contrôle et d'Audit des organismes de sécurité sociale** ; elle a **8 jours** pour se prononcer
- ◆ **La décision est notifiée à l'intéressé** : elle doit être motivée, indiquer délais et modalités de recours devant le **Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale**

Les contacts utiles

- ◆ 4 chargés de clientèle employeurs selon votre secteur géographique

L'Assurance Maladie et vous... **employeurs**

@ Vos services en ligne

www.net-entreprises.fr
Le site internet unique mis en place par les organismes de protection sociale pour toutes vos déclarations sociales en ligne.

www.espace-employeurs.fr
Le site **gratuit et sécurisé**, pour consulter et suivre en ligne les versements effectués par l'Assurance Maladie sur votre compte bancaire, si vous pratiquez la subrogation pour vos salariés en arrêt de travail.

www.ameli.fr
employeurs > votre Caisse > les informations locales de votre Caisse d'Assurance Maladie

www.risquesprofessionnels.ameli.fr
Le site d'information sur les accidents du travail et les maladies professionnelles qui vous permet aussi, sur votre compte, de consulter en ligne votre taux de cotisation AT/MP.



Vos contacts

Votre chargé de clientèle employeurs selon votre secteur géographique

- **Chalon-sur-Saône / Louhans**
Chantal Fournier - Tél. : 06 07 30 55 28
- **Autun / Le Creusot / Montceau-les-Mines**
Jocelyne Petrocelli - Tél. : 06 32 15 87 55
- **Paray-le-Monial / Bourbon Lancy**
Marie-Laure Mouillevois - Tél. : 06 07 14 42 06
- **Mâcon / Tournus**
Nicole Piccolin - Tél. : 06 07 11 58 70

Courriel contact-employeurs@cpam-macon.cnamts.fr

Contactez votre Caisse d'Assurance Maladie

 **36 46**
(prix d'un appel local d'un poste fixe), du lundi au vendredi de 8h à 18h, non stop

 **CPAM 71**
71022 Mâcon Cedex 9

@courriel
contact-employeurs@cpam-macon.cnamts.fr

Les contacts utiles

- ◆ **Votre adresse mail en Saône-et-Loire :**
contact-employeurs@cpam-macon.cnamts.fr
- ◆ **Vos sites internet :**
 - **www.net-entreprises.fr** pour vos **attestations de salaire et DAT**
 - **www.espace-employeurs.fr** pour vos **décompte IJ subrogées**
 - **www.ameli.fr > espace employeurs > rubrique votre caisse**, le site de l'Assurance Maladie