

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La présente fiche décrit les diverses liaisons entre les caisses d'assurance maladie et les établissements de santé concernant la prise en charge des soins relatifs aux accidents du travail.

1. Les textes de référence

- Code de la sécurité sociale :
 - o Articles [L 411-1](#) (définition de l'accident du travail), [L 431-1](#) (prestations prises en charge), [L 432-1](#) (versement aux établissements des remboursements relatifs aux prestations en nature), [L 432-3](#), [L 432-4](#) (frais d'hospitalisation dans un établissement privé) ;
 - o Articles [L 441-5](#) (obligation de délivrance par l'employeur d'une feuille d'accident nécessaire à la prise en charge des soins), [R 441-8](#) et [R 441-9](#) (modalités d'utilisation de la feuille accident du travail) ;
 - o Article [R 174-4](#) (carte Vitale et demande de prise en charge).
- Circulaire n°122 du 15 novembre 1985 relative aux délais de transmission des informations de séjour en cas de demande de prise en charge (règle du délai de 45 jours) ;
- Circulaire DSS/2A/DHOS/F3 n°2006-290 du 3 juillet 2006 relative à la mise en œuvre dans les établissements de santé du ticket modérateur forfaitaire.

2. La gestion du risque accident du travail

2.1. Les généralités

Ce risque couvre à 100% la totalité des frais d'hospitalisation, y compris le forfait journalier.

Par ailleurs, les assurés du régime général notamment ne sont pas concernés par le **ticket modérateur forfaitaire** (18 €) pour les actes supérieurs à 91 €, prévu par l'article [R 322-8](#) du code de la sécurité sociale.

A la différence des autres risques, le risque accident du travail n'est pas systématiquement pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Dans certains cas, d'autres dispositifs se substituent aux régimes d'assurance maladie, par exemple :

- Certains employeurs gèrent eux-mêmes ce risque (exemple : les établissements publics de santé) ;
- Les assurés non salariés peuvent souscrire une assurance privée (exemple : les exploitants agricoles, les travailleurs indépendants).

2.2. Le rôle de l'hôpital

Lors de l'admission du patient, qu'il s'agisse de consultations externes, y compris dans les services d'urgence, ou d'hospitalisation, il convient de recueillir avec exactitude la date de l'accident du travail, les références de l'employeur (nom, adresse, n° de téléphone) et se procurer le plus rapidement possible **la feuille d'accident du travail délivrée par l'employeur (anciennement dénommée « triptyque accident du travail »)**.

Dans tous les cas, le patient doit présenter cette **feuille d'accident du travail établie par l'employeur**, qu'il s'agisse des premiers soins ou de suite de soins. Le renouvellement de la feuille est réalisé par la caisse d'assurance maladie. En l'absence de ce document, le patient doit demander à l'employeur de fournir ce document sous 48 h. **Il est très fréquent que le patient dispose de ce document immédiatement après l'accident.**

Dans le cas de suite de soins, il est nécessaire de demander un certificat de suite d'accident du travail, précisant que les soins ou l'hospitalisation sont bien en rapport avec l'accident du travail cités dans la feuille de l'employeur.

Dans toutes les hypothèses, la carte Vitale et une pièce d'identité doivent être utilisées pour recueillir les informations relatives aux coordonnées de la personne.

2.3. Le rôle des caisses d'assurance maladie

L'ouverture des droits :

La dispense de demande de prise en charge qui prévaut pour les risques maladie et maternité ne s'applique pas au risque accident du travail.

Des demandes de prise en charge doivent être systématiquement effectuées auprès de la caisse pivot, qui les ventile vers les caisses gestionnaires concernées.

Le rôle des caisses gestionnaires et de la caisse pivot :

- Les caisses gestionnaires vérifient si l'hospitalisation est en rapport avec la déclaration d'accident par l'employeur ;
- La caisse pivot dispose d'un délai de 50 jours (45 jours + 5 jours à compter de la réception des demandes de prise en charge) pour faire parvenir aux hôpitaux les réponses des organismes gestionnaires. Au delà de ce délai, la prise en charge est présumée acquise, conformément au principe des accords tacites (☞ **circulaire ministérielle n°122 du 15/11/1985**) : l'hôpital peut facturer en AT, sauf si l'organisme gestionnaire, qui n'a pu traiter la demande dans le délai de 50 jours, lui adresse, par l'intermédiaire de la caisse pivot, une décision suspensive.

3. Les accidents gérés par les employés, ou des assurances privées, ou par des régimes autres que le régime général

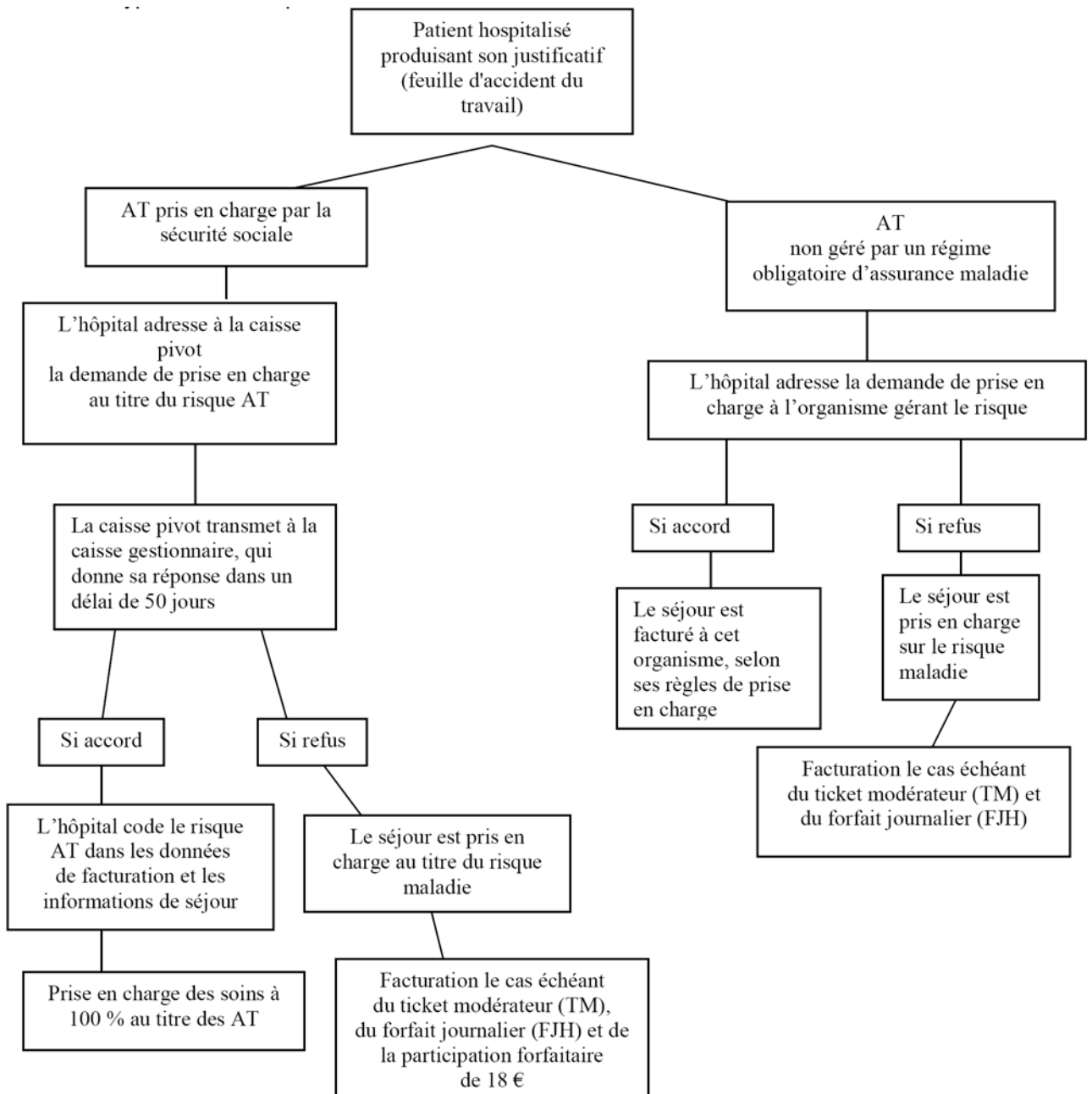
La prise en charge doit être demandée directement auprès de l'organisme gérant le risque.

Pour les principaux régimes d'assurance maladie autres que le régime général :

- **Régime des exploitants agricoles** : depuis le 1er avril 2002, il existe une assurance AT/MP obligatoire pour les exploitants agricoles (les salariés agricoles bénéficient du risque AT) ;
- **Régime des indépendants (RSI)** : le risque AT n'est pas couvert, les assurés doivent souscrire une assurance privée ;
- **SNCF, RATP** : le risque AT est couvert par ces régimes ;
- **Fonctionnaires** : le risque AT est géré par l'employeur ;
- **Personnel de la Banque de France** : le risque AT est géré par l'employeur ;
- **Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines** : gestion du risque AT par l'employeur pour les agents des houillères ou par les sociétés de secours minières (potasse, fer, ardoisières) ;
- **Caisse d'assurance maladie des cultes (CAMAC)** : le risque AT n'est pas couvert.

Schéma de facturation

Selon les hypothèses évoquées, en cas d'hospitalisation, les différents cas sont retracés dans le tableau ci-dessous :



Pour les accidents du travail imputables à une personne autre que l'employeur ou ses préposés et pouvant donner lieu à recours contre tiers (article [L 454-1](#) du code de la sécurité sociale), on pourra se référer à la fiche « Les accidents de la vie privée causés par des tiers ».