

DIVISION FINANCIÈRE

DIFIN/12-575-542 du 15/10/2012

ACCIDENTS DE SERVICE - ACCIDENTS DE TRAVAIL - PUBLIC ET PRIVE - MALADIES PROFESSIONNELLES

Destinataires : Tous destinataires

Dossier suivi par : Mmes TOURNIER - AMALBERT et LANDINI - Tel : 04 42 91 73 04 (05-06) - M. BIGOT pour la facturation - Tel : 04 42 91 73 07

REPARTITION DES COMPETENCES (depuis le 01^{er} septembre 2008)

le Rectorat assure l'intégralité de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles des personnels du 2^d degré public, des personnels enseignants du 1^{er} et 2^d degré privé, et la gestion administrative des AED et AVSCO inscrits dans l'application EPP et recrutés par les EPLE.

les DASEN assurent l'intégralité de la gestion des accidents du travail des personnels du 1^{er} degré public, des personnels du 1^{er} degré affectés dans un établissement du second degré (professeur des écoles en SEGPA et EREA), et des AVSI et toutes rechutes d'accident antérieur au 01.09.2008 pour les personnels du 2^d degré.

Je vous rappelle les dispositions statutaires concernant l'application de l'article 34.2 de la loi 84-16 du 11.01.1984 portant sur la législation des accidents de service et de travail.

I - ACCIDENT DE SERVICE PERSONNEL PUBLIC ET PRIVE (TITULAIRES)

L'accident de service est géré selon le statut général du fonctionnaire pour le personnel titulaire de l'enseignement public et les maîtres contractuels et agréés de l'enseignement privé (à compter du 1^{er} septembre 2005 selon l'article 31 de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale parue au B.O. N° 31 du 01.09.05).

A RECONNAISSANCE DE L'ACCIDENT OU IMPUTABILITE AU SERVICE

La Cour de Cassation définit l'accident comme « un événement ou une série d'événements survenus par le fait ou à l'occasion du travail, dont il résulte une lésion corporelle ».

Il doit être reconnu imputable selon la réglementation en vigueur.

B PROCEDURE DE DECLARATION

- **à l'établissement ou au service :**
 - L'agent victime d'un accident **doit prévenir son chef d'établissement ou de service** le plus rapidement possible afin que celui-ci lui délivre le dossier de déclaration.
 - La remise des imprimés aux victimes **ne peut en aucun cas leur être refusée**, même si le caractère professionnel de l'accident paraît discutable. Si vous estimez devoir faire des réserves, celles-ci doivent figurer au bas de l'imprimé de déclaration, ou si nécessaire sur papier libre (rapport du chef d'établissement pour les expliciter et les motiver).
 - Toutes les rubriques doivent être renseignées, ces éléments étant nécessaires à la détermination du caractère professionnel de l'accident.
 - Indiquer l'adresse mail de l'établissement pour des correspondances éventuelles.

Le dossier comprend :

- a) La déclaration d'accident (voir modèle joint) : les circonstances exactes et détaillées de l'accident doivent être précisées (glissades et chutes, dangerosité des lieux, éléments extérieurs etc) ainsi que le ou les rapports des témoins oculaires ou de la personne à qui l'accident a été immédiatement déclaré (même si c'est un élève)
- b) pour les accidents de trajet : questionnaire + plan officiel matérialisé (départ, lieu de l'accident, arrivée)
- c) la photocopie du registre de l'infirmerie ou le rapport de l'infirmière si la victime a sollicité ses services
- d) **l'original du certificat médical initial**, (c'est-à-dire le **volet n°1**) **daté, lisible**, mentionnant toutes les lésions constatées dues à l'accident (la partie employeur doit comporter obligatoirement l'établissement d'exercice de la victime et non le Rectorat)
- e) l'ordre de mission éventuel spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet de l'activité de service hors du lieu de travail habituel.
- f) le certificat de prise en charge (**annexe 2 à garder par la victime**) complété selon la catégorie de personnels et signé par le supérieur hiérarchique (voir **V** informations complémentaires)
- g) quelques feuilles de remboursement des frais à remplir par les créanciers pour la gratuité des soins (annexe 1).
- h) la notice explicative : à garder par l'intéressé(e)

Les certificats médicaux de prolongation (y compris avec reprise du travail ou uniquement pour soins) doivent être transmis régulièrement jusqu'au certificat médical final et doivent impérativement se suivre de date à date même pendant les congés scolaires..

TOUTE DECLARATION INCOMPLETE OU ERRONEE RISQUE D'ENTRAINER UN REFUS DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA LEGISLATION. AUCUN DOSSIER NE SERA OUVERT SUR PRESENTATION DE PHOTOCOPIES

Les déclarations tardives ne sont pas irrecevables mais il appartient à l'intéressé(e) d'apporter la preuve de la matérialité de l'accident.

• **Transmission :**

▪ **Au DASEN**

pour les personnels du 1^{er} degré public : aucun certificat médical n'est à transmettre au Rectorat

▪ **au Rectorat :**

Les dossiers doivent être transmis complets à la DIFIN service des accidents du travail en double exemplaire

- pour les personnels CROUS, CREPS, CRDP, DRJSCS, ENSAM, Ecole d'Ingénieurs.
- pour les personnels du rectorat – des DASEN
- pour les maîtres de l'enseignement privé 1^{er} et 2d degré
- pour les personnels du second degré : enseignants, administratifs, personnels de santé et sociaux.

Pour les agents titulaires, la saisie des congés doit se faire au titre maladie par vos services dans GI/GC ; après décision d'imputabilité, il sera transformé par le service accidents du travail du Rectorat en congé accident et fera l'objet d'un arrêté de congés qui vous sera transmis. . En cas de refus, le congé reste en congé de maladie ordinaire et les frais retournés à l'intéressé(e).

C **INFORMATIONS**

a) temps partiel thérapeutique

Après un congé pour accident ou maladie professionnelle le travail à temps partiel thérapeutique peut être accordé pour une période de 6 mois renouvelable 1 fois.

Le fonctionnaire doit en faire la demande auprès de mon service deux mois avant la date présumée de reprise d'activité, sur simple lettre accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant à condition que l'intéressé(e) n'ait jamais repris le travail.

Le dossier est transmis **obligatoirement à la commission de réforme** pour décision, par mes soins.

LA REPRISE DU TRAVAIL NE PEUT S'EFFECTUER QU'APRES RECEPTION DE LA DECISION RECTORALE.

A l'issue de ce temps partiel, soit le travail est repris, soit l'inaptitude à l'emploi est prononcée.

b) Les recours

Pour qu'un recours gracieux ou hiérarchique puisse être pris en considération, et afin de pouvoir procéder à un nouvel examen du dossier par le Recteur, des pièces justificatives (médicales ou administratives) doivent être jointes à la réclamation de l'intéressé (e).

Je vous précise que seules les décisions d'imputabilité prises par le Recteur ont une valeur juridique et peuvent être contestées, les autres correspondances sont transmises à titre d'information.

Les taux d'incapacité égaux ou supérieurs à 10% ne sont donnés qu'à titre d'information sur les décisions. Le Ministère accorde ou refuse l'allocation temporaire d'invalidité et les recours doivent lui être adressés

II – MALADIE PROFESSIONNELLE

Le droit au bénéfice de l'article 34.2 a également été reconnu aux fonctionnaires atteints de maladie contractée dans l'exercice des fonctions. Celle-ci est généralement reconnue par référence aux tableaux des affectations professionnelles qui figurent dans le Code de Sécurité Sociale.

Le dossier comprend :

- a) la déclaration de maladie professionnelle (voir ci-après)
- b) l'original du certificat médical précisant la date de la maladie
- c) le rapport précis du chef d'établissement sur les fonctions de l'agent (Fiche de poste)
- d) des feuilles de remboursement de frais si nécessaire (annexe 1)
- e) un certificat de prise en charge (annexe 2) à conserver par la victime .
- f) la notice explicative

Le dossier complet et signé par l'intéressé(e) et le supérieur hiérarchique sera transmis à mon service

III - ACCIDENT HORS SERVICE

C'est un accident survenu en dehors des heures de service (ou au cours d'une période de congés annuels) dont la responsabilité incombe à un tiers et ayant entraîné un arrêt de travail de l'intéressé. Celui-ci remet à son supérieur hiérarchique un certificat médical de maladie qui mentionne « arrêt de

travail dû à un accident », le congé est accordé au titre maladie. Un exemplaire du certificat médical doit m'être transmis pour remboursement de la créance de l'Etat.

IV - ACCIDENT DU TRAVAIL enseignement public (NON TITULAIRES)

L'accident du travail est géré selon le livre IV du Code de la Sécurité Sociale

1. Reconnaissance

Vous reporter au paragraphe A des accidents de service.

2. Procédure

Vous reporter au paragraphe B des accidents de service. Je vous rappelle **que le certificat médical original volet n°1 doit être joint ; tout dossier incomplet fera l'objet d'un retour à l'établissement.**

3. Transmission

- **à l'établissement mutualisateur de chaque département** : les dossiers des AED, AVSCO inscrits dans l'application EPP Vous trouverez ci-dessous la liste de ces établissements :
 - pour le 04 : lycée P.G. de Gennes – qu. St Christophe - 04000 DIGNE
 - pour le 05 : lycée D.Villars – place de Verdun – 05010 GAP CEDEX
 - pour le 13 : lycée St Exupéry- 529 Ch.de la Madrague Ville - 13326
MARSEILLE
 - pour le 84 : lycée P.de Girard – 138 av. de Tarascon – 84082 AVIGNON
- les factures concernant ces personnels doivent être envoyées à ces établissements et en aucun cas au Rectorat

Rappel : le service accidents du travail n'assure que l'instruction de la partie médicale et l'établissement mutualisateur est chargé de la partie financière.

- **au Rectorat** : pour les personnels contractuels à l'année, du second degré et des services administratifs à temps complet ou partiel .
- **à la Sécurité Sociale** :
pour les agents contractuels nommés pour une durée inférieure à 12 mois ou exerçant à temps incomplet, assistants d'éducation, ATER, Allocataires de Recherches, vacataires, personnels d'enseignements publics et privés...., le dossier à compléter est celui de la sécurité sociale– Il doit être transmis dans les 24H par le chef d'établissement ou de service à la Caisse départementale (MARSEILLE, GAP, DIGNE, AVIGNON) de sécurité sociale.
L'attestation de salaire est à remplir par le service des traitements de l'intéressé(e).
Les imprimés de déclaration peuvent être téléchargés sur le site Ameli.fr option formulaires
- **au Dasen - pour le 1^{er} degré -**
pour les agents non-titulaires de l'Etat (contractuels à l'année du 1^{er} degré, AVSI...) nommés à temps complet pour une durée au moins égale à 12 mois.

V - Informations complémentaires

Je vous précise que le service des accidents du travail du Rectorat (DIFIN) gère :

- les personnels du 2d degré public
- les personnels du Rectorat et des DASEN
- les maîtres contractuels et agréés de l'Enseignement Privé 1^{er} et 2d degré

La décision d'imputabilité vous est transmise en 2 exemplaires :

- l'original est à conserver par l'intéressé(e) (sauf l'accusé de réception qui doit m' être retourné) et le second exemplaire à garder par l'établissement – en aucun cas elle ne doit être modifiée ou raturée.

- **Le certificat de prise en charge délivré par vos soins est à garder par l'intéressé(e) et doit être présenté aux divers praticiens pour exonération des frais médicaux. Ce certificat ne concerne pas les non titulaires pris en charge par la Sécurité Sociale (voir paragraphe IV transmission à la Sécurité Sociale). Les intéressés ne doivent pas faire d'avance. En aucun cas, la carte vitale ne doit être donnée pour paiement.(annexe 2)**
- **Les frais médicaux et pharmaceutiques sont transmis au Rectorat DIFIN Bureau des Accidents du Travail au fur et à mesure de leur arrivée dans l'établissement et doivent être établis sur imprimés réglementaires en double exemplaire, accompagnés d'un RIB ou RIP du créancier. Le tampon du praticien doit être apposé lisiblement ainsi que son numéro de SIRET (14 chiffres). (annexe 1)**

Si les imprimés ne sont pas renseignés par les créanciers, ils seront complétés en totalité (y compris la partie acte médical) par vos soins avant de m'être transmis accompagnés des originaux des pièces justificatives (ordonnances, factures des infirmiers, kinésithérapeutes, médecins...).

Aucun paiement ne pourra être effectué sans cette modalité.

Aucun certificat médical et aucun frais ne doivent être envoyés à la CPAM ou MGEN pour les dossiers gérés par le rectorat.

Vous trouverez ci-après :

- le modèle ministériel de déclaration pour la maladie professionnelle
- le modèle ministériel de déclaration d'accident
- un modèle de certificat de prise en charge (annexe 2)
- un modèle de feuille de remboursement de soins (annexe 1)
- la notice explicative à donner avec le dossier de déclaration à chaque victime.

En raison des nouvelles applications ministérielles, les imprimés antérieurs à cette circulaire sont périmés et ne seront donc plus acceptés par mon service.

LA PLUS LARGE DIFFUSION DE CES INFORMATIONS DOIT ETRE FAITE AUPRES DE TOUT LE PERSONNEL.

Signataire : Didier LACROIX, Secrétaire Général de l'Académie d'Aix-Marseille



Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)

Accident du travail :

Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE L'ACCIDENT : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

<input type="checkbox"/> Accident sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/> Accident de trajet	<input type="checkbox"/> Accident en mission
--	---	--

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme Mlle M.

Nom de naissance :	Nom d'épouse :
Prénoms :	

Situation familiale (facultatif) : célibataire marié(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e)
 veuf(ve)

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique (facultatif) :@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire Maître à titre définitif A B C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique professionnelle :@.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_| Heure de l'accident : |_|_|_| h |_|_|_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	de h à h
de h à h	de h à h	de h à h

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué) :

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- le lieu de l'accident **X**,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? OUI NON

- heure de départ du domicile : |_|_|_| h |_|_|_|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |_|_|_| h |_|_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? OUI NON

- heure de départ du lieu de travail : |_|_|_| h |_|_|_|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |_|_|_| h |_|_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? OUI NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet : |_|_|_| h |_|_|_|

Si le trajet a été détourné, motifs :

Si le trajet a été interrompu, motifs :

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? AVANT APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance :

.....N°de police :

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? OUI NON

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

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

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès immédiat

SIEGE DES LESIONS

.....

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? OUI NON (*Remplir la rubrique 1 ou 2 **obligatoirement** :*)

1) Dans l'**affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

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

Date |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

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

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent) sollicite le bénéfice des dispositions :

- 1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),
- 2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 2005,
- 3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature de l'agent

Fait à, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Déclaration de maladie professionnelle

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

- Agents stagiaires ou titulaires (administration centrale, services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire des 1^{er} et 2nd degrés, enseignement supérieur, maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2nd degrés)
- Agents non-titulaires de l'Etat recrutés à temps complet pour une durée égale ou supérieure à un an

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE DE LA MALADIE :

|_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme Mlle M.

Nom de naissance :
.....

Nom d'épouse :
.....

Prénoms :
.....
....

Situation familiale (*facultatif*) : célibataire marié(e) pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Date de naissance : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Numéro d'agent (NUMEN) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro INSEE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :
.....
.....
.....

Code postal |_|_|_|_|_| | Ville
.....

Téléphone (*facultatif*) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| | ou |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique (*facultatif*) :
.....@.....

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire Maître à titre définitif A B C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

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

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

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

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

.....

Téléphone professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique professionnelle :

.....@.....

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de la constatation de la maladie : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DEPOSITION DE L'AGENT DECRIVANT L'ACTIVITE EXERCEE (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire, etc..., tâche exécutée, geste effectué, machine, outil ou produits utilisés, etc...*) :

A compléter par la fiche de poste établie par le supérieur hiérarchique ¹

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

DESCRIPTION DU SIEGE ET DE LA NATURE DE LA OU DES PATHOLOGIES :

Fournir obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les pathologies

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

sans arrêt de travail avec arrêt de travail décès immédiat

L'agent a-t-il déjà été victime d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ou d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ? OUI NON Si oui :

¹ Joindre à la déclaration le rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : Académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent)

sollicite le bénéfice des dispositions :

1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005, le décret n°2005-1404 du 15 novembre 2005,

3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Signature de l'agent

Fait à, le |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.

¹ Joindre à la déclaration le rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique une allocation, un paiement ou un avantage indu (article 441-6 du code pénal).

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui (article 441-7 du code pénal).

ANNEXE 1

ACCIDENT PERSONNEL TITULAIRE ET NON TITULAIRE
ACCIDENT PERSONNEL DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE

Cet imprimé est à établir en double exemplaire, à compléter par le créancier et à retourner à l'établissement ci-dessous

AGENT

NOM – PRENOM _____	FONCTIONS _____
DATE D ACCIDENT _____	ETABLISSEMENT :
DATE DE RECHUTE _____	

CREANCIER

POUR LES PHARMACIES : La totalité de la facture doit être accompagnée des vignettes

N° SIRET (14 chiffres) :
(obligatoire pour le règlement)

NOM DU CREANCIER

INTITULE DU COMPTE : JOINDRE R.I.B. OU R.I.P.

SIGNATURE ET CACHET DU CREANCIER

ACTE MEDICAL

<u>DATE</u>	<u>NATURE</u>	<u>MONTANT</u>	
			Partie réservée à l'administration
			N° DP _____
			DATE _____
			IMPUTATION _____
		TOTAL _____	
Dossier arrivé le :			

A CONSERVER PAR L'INTERESSE(E)**CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE**

Je soussigné(e) M.....chef d'établissement certifie que
M.....
a été victime d'un accident le.....

L'intéressé(e) (rayer les mentions inutiles) :

agent non titulaire de l'Etat, relève de la législation applicable en matière d'accident du travail du Livre IV du Code de la Sécurité Sociale. (*)sous réserve de la reconnaissance de l'accident

agent titulaire de l'Etat ou stagiaire relève de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2) sous réserve de la reconnaissance de l'accident

maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1^{er} et 2^d degrés, relève des articles L712-1 et L712-3 du 1^{er} alinéa de l'article L712-9 et L712-10 du Code de la Sécurité Sociale dispositions de la loi 2004-1370 du 20.12.2004.sous réserve de la reconnaissance de l'accident.

Les demandes de remboursement doivent être transmis uniquement à l'établissement ci-dessus et être accompagnées des **originaux** des prescriptions, des factures et des coordonnées bancaires .

Fait à.....le.....

Le Chef d'Etablissement

N B : ATTENTION NE PAS SE SERVIR DE LA CARTE VITALE ET NE PAS ENVOYER LES FRAIS A LA MGEN OU CPCAM

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais (les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (art L432-3 du code de la Sécurité Sociale) ;

(*)Il ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM

Notice explicative à conserver par la victime

La déclaration d'accident de service ou de travail, la déclaration de maladie professionnelle est remplie, signée et datée par la victime ; elle doit être visée par le supérieur hiérarchique et transmise à mon service par l'établissement le plus rapidement possible en 2 exemplaires.

L'imputabilité de l'accident étant appréciée sur dossier, la déclaration doit être remplie complètement et notamment faire état de tout élément et toute pièce justificative de nature à établir le lien de causalité entre l'accident et le service : témoignages oculaires, à défaut attestations des premières personnes auxquelles l'accident a été relaté, certificat **médical initial original (volet n°1) indiquant la nature et le siège des lésions** ainsi que, éventuellement la durée d'incapacité totale de travail et des soins, établi de préférence le jour même.

Toute déclaration incomplète retarde l'instruction du dossier et peut conduire à un refus de prise en charge faute d'éléments d'appréciation suffisants ; tout dossier non conforme sera retourné à l'établissement.

I – pièces complémentaires à fournir à l'appui de la déclaration

a) pour un accident de service ou du travail :

- témoignage écrit ou, à défaut, attestation de la première personne (même si c'est un élève) à laquelle les faits ont été relatés .

b) pour un accident survenu hors du lieu de travail habituel :

- ordre de mission, convocation ou justificatif du supérieur hiérarchique spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet de l'activité de service hors du lieu de travail habituel

c) pour un accident survenu lors du trajet aller ou retour entre le domicile et le lieu de travail ou le lieu de travail et le lieu habituel des repas :

- copie de la carte routière ou d'un plan de ville sur lequel seront reportés, selon le cas : le domicile, le lieu de travail, le lieu habituel des repas et le lieu de l'accident, ainsi que le trajet habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent

- copie lisible du constat amiable

- copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers

d) pour une maladie professionnelle :

- rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent

II – prise en charge des frais médicaux et des soins liés à l'accident

NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE, NI TRANSMETTRE A LA CPAM OU MGEN

La délivrance par l'établissement du « certificat de prise en charge » vous permet de ne pas faire l'avance des frais sous réserve de la reconnaissance de l'accident au titre de la législation.

En cas de refus du dossier il vous appartiendra de demander le remboursement des frais à votre caisse de Sécurité Sociale dans le cadre de l'assurance maladie.

Les **originaux** des feuilles de soins et des ordonnances établies par les professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien.....) seront à adresser (avec leur coordonnée bancaire) à votre établissement accompagnés des feuilles de remboursement (annexe 1) pour règlement.

Les frais engagés par l'agent, lui seront remboursés à titre exceptionnel, sur présentation des feuilles de soins et des ordonnances originales accompagnées des coordonnées bancaires et de l'annexe 1.

Les soins en ostéopathie ne sont pas pris en charge par la législation accidents

III- informations diverses

a – la réparation de l'accident ne concerne que les dommages corporels

b – le **certificat de prise en charge est à garder par vous** et à présenter aux professionnels de santé afin de ne pas faire l'avance de frais.

c – **il est indispensable de transmettre au fur et à mesure les certificats médicaux originaux (volet n°1) de prolongation jusqu'au certificat médical final de guérison ou de consolidation ; ils doivent donc se suivre impérativement de date à date– la reprise du travail n'est pas considérée comme certificat médical final. J'attire votre attention sur le fait qu'en accident le suivi médical ne tient pas compte des congés scolaires , jours fériés et week-end ; vous devez fournir un certificat médical vous autorisant à vous déplacer en dehors de votre domicile pendant ces périodes si vous êtes en arrêt de travail pour accident.**

d – l'original de la décision d'imputabilité transmise doit être conservé à l'exception de l'accusé de réception (à me retourner)- en aucun cas elle ne doit être modifiée ou raturée par vos soins

e – les fonctionnaires titulaires ou stagiaires victimes d'un accident ou de trajet reconnu imputable au service par l'administration ont droit :

à un congé rémunéré à plein traitement jusqu'à ce qu'ils soient en état de reprendre leur service ou jusqu'à leur mise à la retraite pour les fonctionnaires titulaires, ce congé ne pouvant excéder cinq ans pour les fonctionnaires stagiaires

à la prise en charge des honoraires et des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins. Des expertises médicales sont diligentées par l'administration.

f – les agents non titulaires de l'Etat victimes d'un accident de travail ou de trajet dont le caractère professionnel est reconnu ont droit :

#à un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant la guérison ou la consolidation, ils perçoivent des indemnités journalières

à la prise en charge selon les tarifs de la Sécurité Sociale, des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins.

Des expertises médicales sont diligentées par l'administration.

IV - Droit d'accès

Les informations que vous porterez sur l'imprimé de déclaration seront saisies dans une application informatique. Conformément aux articles 32, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous êtes expressément avisé(e) :

-que les informations demandées présentent un caractère obligatoire. A défaut d'y répondre, vous vous exposez à retarder l'examen de votre demande voire, si vous persistez dans votre refus, à un rejet de votre requête, faute d'éléments d'appréciation suffisants ;

- que les informations enregistrées pourront être communiquées, dans la limite des besoins inhérents à la gestion de votre dossier, au médecin agréé de l'administration, au médecin de prévention, aux membres de la Commission de Réforme, aux services de gestion du personnel et si vous êtes en détachement, au service qui assure votre rémunération.