



académie  
Aix-Marseille



# académie

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



## Bulletin académique spécial

Accidents de service - Accidents de travail - Accidents de  
trajet - Maladies professionnelles ou d'origine  
professionnelle public et privé

**n° 330**  
du 6 juin 2016

**Références :**

- Loi N° 84-16 du 11 janvier 1984 articles 34-2, 34 bis – Décret 60-1089 du 06 octobre 1960.
- Loi 2004-1370 du 20 décembre 2004 article 31 portant sur la législation des accidents de service et de travail pour les maîtres contractuels et agréés de l'enseignement privé.
- Articles L411-1 à L411-4, R441-2, R441-3, R441-5 et R411-11 du Code de la Sécurité Sociale
- Décret 86-442 du 14 mars 1986

**Destinataires :** Tous destinataires

**Dossier suivi par :**

- **RECTORAT :** Mme SALIBA Patricia (Chef de Bureau)      Tel : 04 42 91 73 04  
Mme JOUGLAS-GEINDREAU Laurence      Tel : 04 42 91 73 05  
Mme VENTURI Caroline      Tel : 04 42 91 73 06  
M. BIGOT Laurent      Tel : 04 42 91 73 07  
Mail : ce.daf@ac-aix-marseille.fr
- **DSDEN 04 :** Mme THOMAS Jacqueline      Tel : 04 92 36 68 72 - mail : ce.pgrhm04@ac-aix-marseille.fr
- **DSDEN 05 :** Mme VIAL Valérie      Tel : 04 92 56 57 25 - mail : ce.sante05@ac-aix-marseille.fr
- **DSDEN 13 :** Mme DESCOS Valérie      Tel : 04 91 99 67 07 - mail: ce.dp313@ac-aix-marseille.fr
- **DSDEN 84 :** Mme LAUNAY Michelle      Tel : 04 90 27 76 55 - mail : pole.1d84@ac-aix-marseille.fr

# **SOMMAIRE**

## **INTRODUCTION**

## **DEFINITIONS**

## **LES SERVICES GESTIONNAIRES**

### **I - LA DECLARATION D'ACCIDENT DES TITULAIRES.**

- A- LE DOSSIER A REMETTRE A L'AGENT
- B- LE DOSSIER A RENVOYER

### **II - MALADIE PROFESSIONNELLE OU D'ORIGINE PROFESSIONNELLE.**

### **III - LE TRAITEMENT DU DOSSIER.**

- A- LA DECISION D'IMPUTABILITE AU SERVICE.
- B- LA SAISIE DES CONGES.
- C- LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MEDICAUX.
- D- TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE.
- E- LA GUERISON OU LA CONSOLIDATION.
- F- LES RECOURS

### **IV - ACCIDENT DU TRAVAIL- MALADIE PROFESSIONNELLE DES NON-TITULAIRES.**

- A. Déclaration d'accident, de maladie professionnelle ou d'origine professionnelle.
- B. Transmission des dossiers et des pièces par le supérieur hiérarchique.

### **V - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES.**

## **ANNEXES.**

Annexe n°1 : Déclaration d'accident de service - de travail- de trajet.

Annexe n°2 : Déclaration de maladie professionnelle ou d'origine professionnelle.

Annexe n°3 : Certificat de prise en charge.

Annexe n°4: Bordereau de transmission des factures de soins.

Annexe n°5 : Notice explicative.

Annexe n°6 : Imprimé "Cerfa" Certificat médical.

## INTRODUCTION

Cette note vise à définir les notions d 'accident de service, de travail, de maladie professionnelle et d'origine professionnelle ainsi que les modalités de traitement des dossiers pour les agents titulaires et non titulaires.

## DEFINITIONS :

**ACCIDENT DE SERVICE, ACCIDENT DE TRAVAIL** : doit résulter d'un évènement soudain provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion constatée de l'organisme humain qu'elle soit physique ou mentale.

Lorsque l'agent est titulaire ou stagiaire, le terme utilisé est "**accident de service**".

Lorsque l'agent est non titulaire, le terme utilisé est "**accident du travail**".

L'accident peut survenir :

- ✓ pendant le temps de travail et sur le ou les lieux (en cas d'affectations multiples par exemple) où l'agent exerce habituellement son activité professionnelle,
- ✓ lors d'une activité prévue et organisée par sa hiérarchie (réunion organisée par l'administration, déplacement pour le compte de l'établissement, stage, sortie d'élèves, voyage scolaire ....),
- ✓ lors du trajet aller-retour entre son domicile et le lieu, ou les lieux, où il exerce son activité professionnelle, le lieu où il prend habituellement ses repas, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi. Certaines dérogations sont admises pour nécessité de la vie courante (ex : aller chercher un enfant à l'école...). Le terme alors utilisé est "**accident de trajet**".

**MALADIE PROFESSIONNELLE** : Une maladie est "professionnelle" si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle, selon la définition donnée par l'Institut National de la Recherche et de Sécurité.

Elle se distingue de l'accident en ce qu'elle résulte d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession.

### **Il existe deux catégories de maladies professionnelles :**

- La **maladie professionnelle** (MP) figurant dans un des tableaux de maladies professionnelles annexés au code de la sécurité sociale.
- La **maladie reconnue d'origine professionnelle** (MROP)

Pour être reconnue comme telle la maladie doit répondre aux critères suivants :

- ✓ soit être désignée dans un des tableaux de maladies professionnelles du Code de la Sécurité Sociale sans que toutes les conditions de prise en charge exigées par ces tableaux soient réunies, mais dont il est établi qu'elle est **directement** causée par le travail habituel de la victime
- ✓ soit, non désignée dans les tableaux, mais être **essentiellement et directement** causée par le travail habituel de la victime et entraînant son décès ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L.434-2 du CSS et au moins égal à un pourcentage déterminé à 25 %.

## SERVICES CHARGES DU TRAITEMENT DU DOSSIER :

CATEGORIE	STATUT	ADRESSER LE DOSSIER par la voie hiérarchique (sous couvert du chef d'établissement ou de service à :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnel enseignant du <b>2<sup>nd</sup> degré public</b></li> <li>- personnel enseignant du <b>1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré privé</b></li> <li>- personnel d'inspection, de direction, d'orientation et d'éducation</li> <li>- personnel administratif, technique, social et de santé affecté en EPLE, au rectorat, en DSDEN, en CIO, en secrétariat d'IEN, CROUS, CRDP, ONISEP.....</li> </ul>	  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titulaire, stagiaire</li> <li>- Contractuel ayant un <b>contrat à l'année et à temps complet</b></li> </ul>	<p><b>RECTORAT</b> Bureau des accidents de travail Place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence Cedex 01</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnel enseignant ou administratif relevant de l'enseignement scolaire <b>mais affecté en Université, à l'IEP, à l'Ecole Centrale de Marseille</b></li> </ul>		Président ou Directeur de <b>l'établissement d'affectation</b> qui le transmettra au service des accidents (Rectorat ou DSDEN) <b><u>dans les meilleurs délais</u></b> en vue de la prise de décision d'imputabilité.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnel enseignant du <b>1er degré public</b>, y compris si vous êtes affecté dans un établissement du second degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA),</li> <li>- AED ayant un contrat à l'année <b>et</b> à temps complet</li> </ul>		<p><b>DSDEN</b> <b>du département de votre établissement</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- toute catégorie de personnel (enseignant, administratif, vacataire, .....)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contractuel à temps incomplet <b>ou</b> ayant un contrat inférieur à 12 mois</li> <li>- AED ayant un contrat à temps incomplet <b>ou</b> inférieur à 12 mois</li> </ul>	<p><b>CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE</b></p> <p><b>Attention!!</b> Ne pas utiliser le dossier Education Nationale mais l'imprimé "CERFA". <b>Délai de 48 heures pour adresser le dossier <u>non compris les dimanches et jours fériés.</u></b></p>

### ATTENTION!!

- à **compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016**, tous les dossiers des AED ayant un contrat à l'année et à temps complet, sont gérés par la DSDEN du département de l'établissement de l'intéressé, qui prend la décision relative à l'imputabilité. La gestion financière du dossier incombe aux établissements mutualisateurs.

- toute **rechute** d'accident est **gérée par le service qui a géré l'accident initial.**

## I - LA DECLARATION D'ACCIDENT DES TITULAIRES

L'agent victime d'un accident **doit informer 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 **ne peut en aucun cas être refusée** à la victime même si le caractère professionnel de l'accident paraît discutable.

Si le responsable hiérarchique estime 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, ou de service, pour les expliciter et les motiver).

### A- Le dossier à remettre à l'agent comprend :

- a) la déclaration d'accident (annexe n°1) ou de **maladie professionnelle** (annexe n°2)
- b) le certificat de prise en charge (annexe n°3) complété selon la catégorie de personnels et signé par le supérieur hiérarchique. Ce certificat, à présenter aux professionnels de santé pour **obtenir la gratuité des soins**, est à garder par la victime (voir §V informations complémentaires).
- c) quelques bordereaux de transmission de factures de soins (annexe n°4) à remettre aux professionnels de santé afin d'obtenir la gratuité des soins.
- d) la notice explicative (annexe n°5) : à garder par l'intéressé(e).

**ATTENTION!! Le seul dossier désormais accepté est à télécharger : annexes n° 1 à 5.**

**Ce dossier doit être complété par l'agent, en double exemplaire, et remis au chef d'établissement ou de service, qui doit le contresigner et envoyer les deux exemplaires, DANS LES MEILLEURS DELAIS, au service chargé de le traiter (cf. encadré ci-dessus).**

### B- Le dossier à renvoyer comprend :

1. la déclaration d'accident renseignée par la victime (annexe 1) indiquant clairement et **OBLIGATOIREMENT** :
  - les circonstances exactes et détaillées de l'accident (glissades, chutes, dangerosité des lieux, éléments extérieurs etc.)
  - l'heure exacte et réelle de l'accident
  - les horaires effectifs et précis de l'emploi du temps du jour de l'accident (en cas d'horaires tardifs ou inhabituels, joindre une déclaration du chef d'établissement lui-même)
  - l'identité éventuelle du tiers responsable de l'accident,
  - le ou les rapports des témoins oculaires ou de la personne à qui l'accident a été immédiatement déclaré. L'identité et la qualité des personnes citées doivent être clairement indiquées (même s'il s'agit d'élèves).
2. pour les accidents de trajet : plan officiel matérialisé (départ, lieu de l'accident, arrivée), **copie du constat amiable, recto/verso, ou de police, ou de gendarmerie.**
3. la photocopie du registre de l'infirmerie ou le rapport de l'infirmière si la victime a sollicité ses services
4. **l'original du certificat médical initial**, c'est-à-dire le **volet n°1 de l'imprimé de type "cerfa- accident du travail"** (annexe n°6) 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 ou la DSDEN).
5. 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.
6. tout élément permettant une bonne compréhension des circonstances de l'accident.

En cas d'accident à l'étranger merci de joindre la traduction des pièces éventuellement rédigées en langue étrangère.

## **ATTENTION!!**

**TOUTE DECLARATION INCOMPLETE OU ERRONNEE OU ETABLIE SUR UN FORMULAIRE AUTRE QUE CELUI FIGURANT EN ANNEXE DE LA PRESENTE, NE SERA PAS ACCEPTEE ET SERA RETOURNEE A L'ETABLISSEMENT.**

**Aucun dossier ne sera ouvert sur production de photocopies.**

## **II - MALADIE PROFESSIONNELLE OU D'ORIGINE PROFESSIONNELLE.**

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

Comme pour l'accident de service, le dossier (annexe 2), en double exemplaire, complet et signé par l'intéressé(e) et le supérieur hiérarchique, est transmis au service en charge du dossier (cf. encadré ci-dessus)

Un rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent doit être joint.

**Joindre impérativement l'original du certificat médical initial, c'est-à-dire le volet n°1 de l'imprimé de type "cerfa- maladie professionnelle" (Annexe n°6)**

**N.B. Le certificat de prise en charge (annexe n°3) ainsi que les bordereaux de transmission des factures de soins ne sont remis à l'agent qu'après la décision d'imputabilité au service de la maladie.**

A réception du dossier, et avant toute décision, l'intéressé est adressé à un médecin expert. Après expertise, le dossier est transmis à la Commission de Réforme pour avis, la décision rectorale intervenant ultérieurement.

Un avis est également demandé au médecin de prévention et, le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT) peut être éventuellement saisi.

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

## **III - LE TRAITEMENT DU DOSSIER**

### **A- LA DECISION D'IMPUTABILITE AU SERVICE.**

A réception du dossier complet, **le service des accidents prend une décision d'imputabilité au service ou rejette le dossier.**

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".

L'imputabilité au service est prononcée par le Recteur (ou le DASEN par délégation) selon la réglementation en vigueur. Il peut, en cas de nécessité s'appuyer sur l'avis d'un médecin expert et/ou de la Commission de Réforme.

La décision d'imputabilité est notifiée par la voie hiérarchique, par lettre simple à l'agent qui doit en accuser réception aussitôt.

En cas de refus, la notification est adressée au domicile de l'agent, par lettre recommandée avec avis de réception, et copie à l'établissement ou au service.

Les décisions notifiées sont accompagnées des voies et délais de recours.

Seules les décisions d'imputabilité prises par le Recteur (ou le DASEN par délégation) ont une valeur juridique et peuvent être contestées.

**Elles ne doivent en aucun cas être annotées par vos soins.**

## **B- LA SAISIE DES CONGES.**

Pour les agents titulaires, la saisie du congé doit être faite, par l'établissement, au titre maladie. Après la décision d'imputabilité, le congé est transformé par le service accidents du travail en congé accident et fait l'objet d'un arrêté de congé qui est transmis à l'intéressé(e), par la voie hiérarchique. En cas de refus, le congé reste qualifié en congé de maladie ordinaire et les factures pour frais médicaux retournées à l'intéressé(e) pour prise en charge au titre de l'assurance maladie.

**Les prolongations doivent suivre la même procédure que l'arrêt initial et faire l'objet d'une transmission IMMEDIATE au service gestionnaire des AT.**

## **C- LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MEDICAUX.**

La reconnaissance de l'imputabilité entraîne la prise en charge des frais médicaux consécutifs à l'accident ou à la maladie professionnelle, selon la réglementation en vigueur.

Toute prise en charge particulière (transport, appareillage, séjour en service de convalescence ou rééducation, cures, etc...) doit faire l'objet d'une **demande d'accord préalable auprès du service des accidents**. Certaines pouvant nécessiter l'avis d'un expert et/ou de la Commission de Réforme, il convient de respecter un délai préalable permettant ces consultations.

Les factures des professionnels de santé doivent être adressées directement (**sans passer par les établissements**) au bureau des accidents de service **DANS LES MEILLEURS DELAIS**.

## **D- TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE.**

Après un congé pour accident ou maladie professionnelle, le travail à temps partiel thérapeutique peut être accordé, à condition que l'intéressé(e) n'ait jamais repris le travail, pour une période de 3 mois renouvelable, dans la limite d'un an.

Le fonctionnaire doit en faire la demande auprès du service accidents **deux mois avant la date présumée de reprise d'activité**, sur simple lettre accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant.

L'agent est alors convoqué pour une expertise.

Le dossier est transmis **obligatoirement à la Commission de Réforme** après expertise.

**La reprise de travail ne peut s'effectuer qu'APRES NOTIFICATION, par le service en charge du dossier (Rectorat ou DSDEN).**

A l'issue de ce temps partiel, soit le travail est repris à temps plein, soit une procédure pour inaptitude à l'emploi est initiée.

## **E- LA GUERISON OU LA CONSOLIDATION.**

Lorsque l'état de santé du patient le justifie, le médecin traitant, par production d'un certificat médical final établi sur l'imprimé de type "cerfa", peut prononcer :

- la guérison avec retour à l'état antérieur
- la guérison avec possibilité de rechute
- la consolidation avec séquelles.

Dans les deux premiers cas, le bureau des accidents adresse une "décision finale" à l'agent qui doit en accuser réception aussitôt.

Dans le dernier cas, l'agent est convoqué pour une consultation auprès d'un médecin expert, afin de déterminer un taux probable d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) consécutif aux séquelles indiquées par le médecin traitant.

Si ce taux est supérieur ou égal à :

- 10% dans le cas d'un accident,
- 25% dans le cas d'une maladie d'origine professionnelle,
- dès 1 % dans le cas d'une maladie professionnelle,

le dossier est alors examiné par la Commission de Réforme, qui confirme ou non, le taux attribué.

Le bureau des accidents adresse à l'agent, la décision finale indiquant le taux d'IPP retenu.

L'agent est alors appelé à remplir un dossier de demande d'ATI (Allocation Temporaire d'invalidité) qui sera ensuite transmis au Service des Retraite de l'Education Nationale à Guérande. Cette allocation est soumise à la condition de reprise du travail.

Les taux attribués suite à d'autres accidents antérieurs se cumulent avec le dernier afin d'évaluer le droit à ATI.

Les taux d'incapacité égaux ou supérieurs à 10% ou 25% ne sont donnés qu'à titre d'information. Le Ministère accorde ou refuse l'allocation temporaire d'invalidité et les recours doivent lui être adressés.

Les dossiers des personnels non titulaires ne sont pas susceptibles d'être examinés par la Commission de Réforme. De la même façon, ces personnels ne bénéficient pas de l'ATI, mais selon l'article R430-2 du Code de la Sécurité Sociale, d'une rente calculée sur la base du salaire annuel de référence et du taux d'incapacité déterminé par l'expert.

Si le taux est inférieur à 10% la rente est versée sous forme d'une indemnité en capital.

## **F- LES RECOURS**

Les décisions administratives sont susceptibles de recours. Les voies et délais de recours sont joints aux décisions (au dos).

Il existe trois types de recours :

- gracieux auprès du Recteur et adressé au service en charge du dossier
- hiérarchique auprès du Ministre
- contentieux auprès du Tribunal Administratif.

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

## **IV - ACCIDENT DU TRAVAIL DES NON-TITULAIRES AYANT UN CONTRAT A L'ANNEE ET A TEMPS COMPLET.**

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

### **A. Déclaration d'accident, de maladie professionnelle ou d'origine professionnelle :**

La procédure est identique à celle des titulaires : se reporter aux paragraphes ci-dessus.

### **B. Transmission des dossiers et des pièces par le supérieur hiérarchique :**

- ✓ **aux DSDEN de chaque département,** pour les personnels du **1<sup>er</sup> degré, les agents non-titulaires de l'Etat (contractuels à l'année du 1<sup>er</sup> degré, AVSI, ...)** nommés à **temps complet** pour une **durée au moins égale à 12 mois.**
- ✓ **au Rectorat** pour les personnels **contractuels** du **second degré** et des services **administratifs à temps complet et à l'année.**
- ✓ **au service de la DSDEN** pour les AED et AVSCO inscrits dans l'application EPP.

### ***ATTENTION !!***

***Ce service assure l'instruction*** de la partie administrative et médicale.

L'établissement mutualisateur **de chaque département** est en revanche chargé de la partie financière (remboursement des frais médicaux) :

- pour le 04 : Lycée P.G. de Gennes – quartier 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 de soins concernant ces personnels doivent être envoyées à ces établissements et en aucun cas à la DSDEN**

- ✓ **à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie** pour les agents **contractuels** (administratifs et enseignants du public et privé) **nommés pour une durée inférieure à 12 mois ou exerçant à temps incomplet, assistants d'éducation, vacataires.**  
Dans ces cas, le dossier à compléter est celui de la sécurité sociale (type "CERFA").  
**Il doit être transmis dans les 48H, non compris les dimanches et jours fériés** 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 en charge des traitements de l'intéressé(e).

## V - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**1 - La décision d'imputabilité : en aucun cas elle ne doit être modifiée ou raturée.** Elle est transmise en double exemplaire. L'original est à conserver par l'intéressé(e) qui doit en accuser réception auprès du service émetteur. Le second exemplaire à garder par l'établissement, au dossier de l'intéressé(e).

**2 - Le certificat de prise en charge délivré par le chef d'établissement ou de service, 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 l'avance des frais. En aucun cas, la carte vitale ne doit être donnée pour paiement.

Ce certificat de prise en charge n'engage pas l'administration quant à l'imputabilité de l'accident. Si lors de l'instruction du dossier, il s'avère que **l'imputabilité n'est pas reconnue, il appartiendra à la victime de payer directement les frais engagés auprès des prestataires, puis d'en réclamer le remboursement auprès de sa caisse d'assurance maladie.**

**3 - Les frais médicaux et pharmaceutiques sont transmis directement au service gestionnaire des Accidents du Travail** et doivent être établis sur l'imprimé réglementaire (annexe n°4) en double exemplaire, accompagné de **l'ordonnance et de la facture originale**, d'un RIB ou RIP du créancier.

Le tampon du praticien doit être apposé lisiblement ainsi que son numéro SIRET (14 chiffres).

**Pour les dossiers gérés par le rectorat, les DSDEN et les établissements mutualisateurs, aucun certificat médical, aucun frais ne doit être envoyé à la CPAM ou à la MGEN.**

En cas de **refus du praticien de pratiquer la gratuité**, l'agent ne doit pas donner sa carte vitale. Il règle les frais en échange d'une facture acquittée, établie par le professionnel de santé. Il devra, sans délai, en informer le bureau des accidents et lui adresser les factures acquittées, accompagnées d'un RIB pour obtenir le remboursement des sommes avancées.

**4 - Le bureau des accidents de service peut, à tout moment, solliciter l'avis d'un expert** sur l'évolution de la pathologie et son lien avec le service. Cette expertise peut donner lieu à consolidation et proposition de taux d'IPP.

**L'agent doit obligatoirement déférer à toute convocation pour expertise.** En cas d'impossibilité de se rendre à une expertise, l'agent doit, dès réception de la convocation, se mettre en relation avec le médecin et informer le service émetteur, par tout moyen à sa disposition.

**Toute déclaration de rechute d'un accident** guéri ou consolidé, avec ou sans incapacité permanente partielle, doit être faite par un **certificat médical de type "Cerfa-accident de travail"**, transmis dans les plus brefs délais au service des accidents qui a géré le dossier initial. Celui-ci fera procéder systématiquement à une expertise médicale pour établir le lien entre la rechute et l'accident initial.

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

MERCI D'ASSURER LA PLUS LARGE DIFFUSION DE CES INFORMATIONS AUPRES DE TOUT LE PERSONNEL.
--

*Signataire : Pour le Recteur et par délégation, Blandine BRIOUDE, Secrétaire Générale Adjointe de l'Académie d'Aix-Marseille*



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :**

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

**HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :**

<b>Matin</b>	<b>Après-midi</b>	<b>Soir</b>
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** : .....

**DECRIRE LES CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT**

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

**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 une copie du constat amiable recto-verso.*







**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 <sup>1</sup>**

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

**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 <sup>er</sup> accident ou MP	2 <sup>ème</sup> accident ou MP	3 <sup>ème</sup> 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.

**<sup>1</sup> 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).

**ORIGINAL A CONSERVER PAR L'INTERESSE(E)**  
**A PHOTOCOPIER AUTANT QUE DE BESOIN**

**CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE (\*)**  
**sous réserve de la reconnaissance de l'accident**

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.**

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

L'intéressé(e) (cocher la case utile) :

**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)

**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,

**maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1<sup>er</sup> et 2<sup>d</sup> degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3 du 1<sup>er</sup> 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.

**Les factures de frais médicaux, accompagnées de l'annexe n°4 doivent être transmises directement à:**

- personnel enseignant du <b>2<sup>nd</sup> degré public</b> - personnel enseignant du <b>1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré privé</b> - personnel d'inspection, de direction, d'orientation et d'éducation - personnel administratif, technique, social et de santé affecté en EPLE, au rectorat, en DSDEN, en CIO, en secrétariat d'IEN, CROUS, CRDP, ONISEP.....	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un <b>contrat à l'année et à temps complet</b>	<b>RECTORAT</b> Bureau des accidents de travail Place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence Cedex 01
- personnel enseignant du <b>1<sup>er</sup> degré public</b> , y compris si vous êtes affecté dans un établissement du second degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA),	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un <b>contrat à l'année et à temps complet</b>	<b>DSDEN</b> <b>du département de</b> <b>l'établissement indiqué en</b> <b>haut de page</b>
- AED et AESH ayant un contrat à l'année <b>et</b> à temps complet		<b>Etablissement mutualisateur :</b> - <b>pour le 04 : Lycée P.G. de Gennes quartier St Christophe 04000 DIGNE</b> - <b>pour le 05 : Lycée D. Villars place de Verdun 05010 GAP CEDEX</b> - <b>pour le 13 : Lycée St Exupéry 529 Ch.de la Madrague Ville 13326 MARSEILLE</b> - <b>pour le 84 : Lycée P.de Girard 138 av. de Tarascon 84082 AVIGNON</b>

et être **OBLIGATOIREMENT** accompagnées des **originaux** des prescriptions, des factures et des coordonnées bancaires.

Fait à.....le.....

Signature du Chef d'Etablissement  
ou de Service

**N.B. : ATTENTION NE PAS SE SERVIR DE LA CARTE VITALE ET NE PAS ENVOYER LES DOCUMENTS A LA MGEN OU CPAM.**

**BORDEREAU DE TRANSMISSION DES FACTURES DE SOINS**

Cet imprimé est à établir en double exemplaire par le créancier  
et à adresser au bureau des accidents de service indiqué sur la prise en charge, accompagné de toutes les pièces  
justificatives (prescription médicale, factures etc....

**AGENT**

NOM – PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ETABLISSEMENT : .....

DATE DE L'ACCIDENT : .....

DATE DE RECHUTE : .....

**CREANCIER****N° CHORUS\* :**

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

**NOM DU CREANCIER (ou RAISON SOCIALE) :****INTITULE DU COMPTE BANCAIRE OU POSTAL : (JOINDRE R.I.B. OU R.I.P).****SIGNATURE ET CACHET DU CREANCIER :****ACTE MEDICAL**

<u>DATE</u>	<u>NATURE</u>	<u>MONTANT</u>
.....	.....	.....€
.....	.....	.....€
.....	.....	.....€
.....	.....	.....€
.....	.....	.....€
.....	.....	.....€
.....	.....	.....€
.....	.....	.....€
	<b>TOTAL</b>	.....€

\*réservé à l'administration

Notice explicative à conserver par la victime

Le **dossier de déclaration** d'accident de service ou de travail, ou de maladie professionnelle est rempli, signé et daté **par vous** (et **non par le secrétariat**). Il doit être visé par le supérieur hiérarchique et transmis sans délai, en 2 exemplaires, par l'établissement, au service des accidents au rectorat ou à la DSDEN.

L'imputabilité de l'accident étant appréciée sur dossier, la déclaration doit être la plus complète possible et faire état de tout élément nécessaire à l'appréciation.

Toute pièce, de nature à établir le lien de causalité direct et indiscutable entre l'accident et le service, doit être jointe au dossier :

- témoignage(s) comportant le(s) nom(s), prénom(s), coordonnées et la fonction du(es) témoin(s),
- attestations des premières personnes auxquelles l'accident a été signalé,
- certificat **médical initial original (volet n°1)** établi de préférence le jour même ou le lendemain de la date de l'accident et **indiquant la nature et le siège des lésions** ainsi que la durée probable d'arrêt de travail et des soins.

**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 :** vous devez fournir la photocopie d'un plan officiel correspondant à la totalité du trajet effectué en précisant départ, arrivée et lieu de l'accident.

- copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers.
- copie lisible du constat amiable si il y a un tiers.

**d) pour une maladie professionnelle ou d'origine professionnelle:**

- fiche de poste de l'agent
- rapport du supérieur hiérarchique décrivant le poste de travail de l'agent. Un avis sera demandé au médecin de prévention par mon service.

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 et n'engage pas l'administration quant à son imputabilité au service.

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

L'annexe 4 "Factures" accompagnée des **originaux** de feuilles de soins et des ordonnances établies par les professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien.....) sont à adresser directement à:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnel enseignant du <b>2<sup>nd</sup> degré public</b></li> <li>- personnel enseignant du <b>1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré privé</b></li> <li>- personnel d'inspection, de direction, d'orientation et d'éducation</li> <li>- personnel administratif, technique, social et de santé affecté en EPLE, au rectorat, en DSDEN, en CIO, en secrétariat d'IEN, CROUS, CRDP, ONISEP.....</li> </ul>	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un <b>contrat à l'année et à temps complet</b>	<p><b><u>RECTORAT</u></b> Bureau des accidents de travail Place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence Cedex 01</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnel enseignant du <b>1<sup>er</sup> degré public</b>, y compris si vous êtes affecté dans un établissement du second degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA),</li> </ul>	Titulaire, stagiaire et contractuel ayant un <b>contrat à l'année et à temps complet</b>	<p><b><u>DSDEN</u></b> <b>du département de</b> <b>l'établissement indiqué en</b> <b>haut de page</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- AED et AESH ayant un contrat à l'année <b>et</b> à temps complet</li> </ul> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Bulletin académique spécial n° 330 du 6 juin 2016</p>		<p><b>Etablissement mutualisateur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>pour le 04 : Lycée P.G. de Gennes quartier St Christophe 04000 DIGNE</b></li> <li>- <b>pour le 05 : Lycée D. Villars place de Verdun 05010 GAP CEDEX</b></li> <li>- <b>pour le 13 : Lycée St Exupéry 529 Ch.de la Madrague Ville 13326 MARSEILLE</b></li> <li>- <b>pour le 84 : Lycée P.de Girard 138 av. de Tarascon 84082 AVIGNON</b></li> </ul>



# certificat médical

## accident du travail maladie professionnelle

### notice

#### à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole victimes d'accidents du travail, 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.

#### ① 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.

#### ② 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.

#### ③ 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'exams médicaux.

#### ④ 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 ».

#### ⑤ 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.

#### ⑥ Reprise de travail à temps complet :

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

#### ⑦ Eléments d'ordre médical :

Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

#### ⑧ 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

# 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 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelleprésentation 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 ②)

## ● 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 ③)

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

non  oui  à partir du (voir notice ④)- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ⑥)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ⑦)

## ● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

guérison avec retour à l'état antérieur  dateguérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure  dateconsolidation avec séquelles  dateidentification du praticien  
(nom et prénom)identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

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

date signature du praticien

CM-PRE S6909c

# 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 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle \_\_\_\_\_ (voir notice 1)  
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 2)  
\_\_\_\_\_

● **conséquences**  
- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au \_\_\_\_\_

- arrêt de travail  jusqu'au \_\_\_\_\_ inclus  
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres : \_\_\_\_\_

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 3)  
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le \_\_\_\_\_ (voir notice 6)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 3)  
guérison avec retour à l'état antérieur  date \_\_\_\_\_  
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure  date \_\_\_\_\_  
consolidation avec séquelles  date \_\_\_\_\_

<p>identification du praticien (nom et prénom)</p> <p>identifiant _____</p>	<p>identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)</p> <p>n° de la structure (AM, FINISS ou SIRET) _____</p>
---	--

date \_\_\_\_\_ signature du praticien \_\_\_\_\_

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).

# 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 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle \_\_\_\_\_ (voir notice 1)  
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 2)

### • conséquences

- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au \_\_\_\_\_

- arrêt de travail  jusqu'au \_\_\_\_\_ inclus  
 - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)  
 et  
 - en chiffres : \_\_\_\_\_

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 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le \_\_\_\_\_ (voir notice 6)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice 7)

### • conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)

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)

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

identifiant \_\_\_\_\_

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

date \_\_\_\_\_ signature du praticien

CM-PRE S6909c

## certificat d'arrêt de travail

(ne cocher qu'une seule case)

accident du travail

 initial de prolongation

maladie professionnelle

 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 1<sup>ère</sup> 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 dunon 

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

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

non oui  à partir du

(voir notice ❸)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du

au

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

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice ❺)

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 S6909c