



Division des Affaires Financières

DAF/14-648-8 du 3/11/2014

ACCIDENTS DE SERVICE – ACCIDENTS DE TRAVAIL PUBLIC ET PRIVE MALADIES PROFESSIONNELLES ET D'ORIGINE PROFESSIONNELLES

Références : Loi 84-16 du 11 janvier 1984 article 34.2 portant sur la législation des accidents de service et de travail - 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

Destinataires : Tous destinataires

Dossier suivi par : Mme TOURNIER (jusqu'au 31.12.2014) – Mme SALIBA - Tel : 04 42 91 73 04 – Mme AMALBERT (Gestion) - Tel 04 42 91 73 05 – Mme LANDINI (Gestion) Tél : 04 42 91 73 06 - M. BIGOT (facturation) – Tel : 04 42 91 73 07

les anciens imprimés ne seront plus acceptés

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 2d degré public**, des personnels **enseignants du 1^{er} et 2d degré privé**,
- la gestion administrative des **AED et AVSCO inscrits dans l'application EPP** et recrutés par les EPLE.

les DSDEN assurent :

- l'intégralité de la gestion des accidents du travail des **personnels du 1^{er} degré public**, y compris ceux affectés dans un établissement du second degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA), des **AVSI** et
- toutes **rechutes d'accidents antérieurs au 01.09.2008** pour les personnels du 2d degré.

- I – ACCIDENT DE SERVICE TITULAIRES*
- II – ACCIDENT DU TRAVAIL NON TITULAIRES*
- III– INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES*

I - ACCIDENT DE SERVICE 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 ».

L'imputabilité au service est prononcée par le Recteur selon la réglementation en vigueur.

Seules les décisions d'imputabilité prises par le Recteur ont une valeur juridique et peuvent être contestées.

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

Les autres correspondances sont transmises à titre d'information.

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 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 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 les correspondances éventuelles.

Le dossier comprend :

- a) La déclaration d'accident **renseignée par la victime** (voir annexe 1) : 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 : plan officiel matérialisé (départ, lieu de l'accident, arrivée), copie du constat amiable, ou de police, ou de gendarmerie
- 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 4 à garder par la victime) complété selon la catégorie de personnels et signé par le supérieur hiérarchique (voir III informations complémentaires)
- g) quelques feuilles de remboursement des frais à remplir par les créanciers pour la gratuité des soins (annexe 5).
- 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 sont recevables mais il appartient à l'intéressé(e) d'apporter la preuve de la matérialité de l'accident.

Transmission :

- ***pour les personnels du 1^{er} degré public :*** aux DSDEN de chaque département.
- ***pour tous les personnels du second degré, du rectorat et des DSDEN.***
- ***pour les personnels administratifs des CROUS, CREPS, CRDP, DRJSCS.***
- ***pour les maîtres de l'enseignement privé 1^{er} et 2^d degré :*** les dossiers doivent être transmis complets au RECTORAT, DAF, service des accidents du travail, **en double exemplaire.**

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 TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

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 du service accidents (cf. ci-dessus transmission) 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** après expertise.

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.

D 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 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 annexe 2).
- b) un certificat de prise en charge (annexe 4) à conserver par la victime.
- c) les feuilles de remboursement de frais si nécessaire (annexe 5)..
- d) l'original du certificat médical précisant la date de la maladie.
- e) le rapport précis du chef d'établissement sur les fonctions de l'agent (Fiche de poste).
- f) la notice explicative.

Le dossier complet et signé par l'intéressé(e) et le supérieur hiérarchique sera transmis au service accidents (cf. ci-dessus transmission).

E ACCIDENTS DU TRAVAIL 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 et de l'annexe 3, doivent être transmis au service Accidents DAF.

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, les pièces justificatives (médicales ou administratives) doivent être jointes à la réclamation de l'intéressé (e).

Les taux d'incapacité égaux ou supérieurs à 10% 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.

II- ACCIDENT DU TRAVAIL 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 des dossiers et des pièces

- **pour les AED et AVSCO inscrits dans l'application EPP** : à l'établissement mutualisateur de chaque département :

- 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.

- **pour les personnels contractuels du second degré et des services administratifs à temps complet et à l'année** : au Rectorat.

- **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, ...** : à la Sécurité Sociale.

Le dossier à compléter est celui de la sécurité sociale. **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 des traitements de l'intéressé(e).

- **pour les personnels du 1^{er} degré, 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 : aux DSDEN de chaque département.

III INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

-Toute déclaration de rechute d'un accident guéri ou consolidé, avec ou sans incapacité permanente partielle, doit être faite par un certificat médical, transmis dans les plus brefs délais au service des accidents qui a géré le dossier initial, qui fera procéder systématiquement à une expertise médicale pour établir le bien-fondé de cette demande.

- 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 être retourné au service) 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 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. (annexe 4).

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.

-Les frais médicaux et pharmaceutiques sont transmis au service gestionnaire 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 5)

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.

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 MGEN.

Vous trouverez ci-après :

- le modèle ministériel de déclaration d'accident (annexe1)
- la notice explicative à donner avec le dossier de déclaration à chaque victime (annexe 1bis).
- le modèle ministériel de déclaration pour la maladie professionnelle ou d'origine professionnelle (annexe2).
- le modèle ministériel de déclaration d'accident hors service (annexe 3).
- un modèle de certificat de prise en charge (annexe 4).
- un modèle de feuille de remboursement de soins (annexe 5).

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 : Pour le Recteur et par délégation, Patrick ARNAUD, 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 :

DECRIRE LES CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT en précisant les raisons de la chute

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).

ANNEXE 1 BIS

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 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 faire état de tout élément et toute pièce justificative de nature à établir le lien de causalité direct et indiscutable entre les séquelles de 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)** établi de préférence le jour même ou le lendemain de la date de l'accident (il peut être transmis avec le dossier sous pli cacheté) **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:

- 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 l'imputabilité de l'accident.

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.

Les **originaux** des feuilles de soins et des ordonnances établies par les professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien.....) sont à adresser (avec leurs coordonnées bancaires et numéro de SIRET)) à votre établissement accompagnés des feuilles de remboursement (annexe 5) pour règlement.

Les frais engagés par vous, pourront être remboursés à titre exceptionnel, sur présentation de l'annexe 1 complété par vos soins (avec RIB et n° de sécurité sociale) et accompagnée des feuilles de soins et des ordonnances originales

Les soins en ostéopathie et les frais pour chambre particulière, 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.
- 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.

g – pour les agents titulaires : en cas d'inaptitude absolue et définitive à l'emploi et en l'absence de possibilité de reclassement, vous pouvez être mis à la retraite pour invalidité imputable au service à votre demande ou d'office.

- pour les stagiaires : s'il est déjà fonctionnaire, il est remis à la disposition de son administration d'origine ; s'il n'est pas fonctionnaire il peut être licencié et a droit à une rente.

-pour les non titulaires : en cas d'impossibilité totale de reprise du travail en raison d'une inaptitude physique et totale et définitive constatée par le médecin agréé au cours d'une expertise médicale, vous pouvez être licencié.

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.

ANNEXE 2

Déclaration de maladie professionnelle ou d'origine 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 hiérarchique¹

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

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 ^{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 3

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

DAF

Service ACCIDENT du Travail

Place Lucien Paye

13621 Aix en Provence

M (Nom et Prénom)

Grade

Adresse

Etablissement d'affectation

ACCIDENT HORS SERVICE (uniquement avec tiers responsable)

Afin de permettre à l'état de recouvrer, le cas échéant, auprès d'un tiers, les sommes qu'il aura engagées au titre de cet accident, conformément aux dispositions de l'ordonnance n°59-76 du 7 janvier 1959, je vous demande de bien vouloir compléter le questionnaire ci-dessous et de le retourner à mes services.

Il convient de souligner que l'éventuelle intervention de l'Etat n'est nullement susceptible de nuire à vos droits.

Date de l'accident :

L'accident s'est-il produit pendant une période de congé légal ? :

Congés obtenus à la suite de l'accident :

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance :

Numéro de votre police :

Nom et prénom du tiers :

Adresse du tiers :

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance :

Numéro de sa police :

Numéro sous lequel le sinistre est enregistré :

Date :

Signature de l'intéressé (e) :

Pièces à joindre : - Votre déclaration relatant les circonstances de l'accident, visée par votre chef hiérarchique.
- Joindre une photocopie du constat amiable ou PV de police.
- Certificats médicaux de maladie précisant la durée de l'indisponibilité (volet 2).

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

ANNEXE 5ACCIDENT PERSONNEL TITULAIRE ET NON TITULAIRE
ACCIDENT PERSONNEL DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE**créancier****Cet imprimé est à établir en double exemplaire, à compléter par le
et à retourner à l'établissement ci-dessous****AGENT**

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

CREANCIER

La totalité de la facture doit être adressée à l'établissement ci-dessus

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 : _____