



Déclaration d'accident de service ou du travail

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

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

Accident du travail :

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

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

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE L'ACCIDENT : |____| |____| |____| |____|

TYPE D'ACCIDENT (cocher la case correspondante) :

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

Mme Mlle M.

Nom de naissance : Nom d'épouse :

Prénoms :

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

Date de naissance : |____| |____| |____| |____|

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

Numéro INSEE : |____| |____| |____| |____| |____| |____|

Adresse personnelle :

Code postal |____| |____| Ville.....

Téléphone (facultatif) : |____| |____| |____| |____| ou |____| |____| |____|

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

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

stagiaire titulaire non titulaire Maître à titre définitif A B C

CORPS DISCIPLINE FONCTION (en toutes lettres) :

SERVICE ET ADRESSE ADMINISTRATIVE :

Nom et adresse du lieu d'affectation :

Code postal |____| |____| Ville.....

Téléphone professionnel : |____| |____| |____|

Adresse électronique professionnelle :@.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| Heure de l'accident : |_____| h |____|

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

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

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

QUOTITE DE SERVICE (si travail à temps partiel) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

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

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

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

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

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

- heure de départ du domicile : |_____| h |____|

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

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

- heure de départ du lieu de travail : |_____| h |____|

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

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

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?

Combien de temps dure le trajet : |_____| h |____|

Si le trajet a été détourné, motifs :

Si le trajet a été interrompu, motifs :

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

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

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

Nom et prénom du tiers :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance :

N°de police :

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

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

NATURE DE L'ACCIDENT :

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> chute d'objet | <input type="checkbox"/> manutention | <input type="checkbox"/> heurt (meuble...) |
| <input type="checkbox"/> projection | <input type="checkbox"/> explosion | <input type="checkbox"/> agression | <input type="checkbox"/> contact |
| <input type="checkbox"/> glissade | <input type="checkbox"/> exposition, rayonnement | <input type="checkbox"/> accident de la voie publique | |
| <input type="checkbox"/> autre | | | |

Elément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

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 (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tête (préciser) | <input type="checkbox"/> Visage (préciser) | <input type="checkbox"/> Yeux | <input type="checkbox"/> Dent(s) |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur : □ épaule □ bras □ avant bras □ coude □ poignet | <input type="checkbox"/> Membre inférieur : □ hanche □ cuisse □ genou □ jambe □ cheville | <input type="checkbox"/> oeil droit <input type="checkbox"/> oeil gauche | <input type="checkbox"/> mâchoire inférieure <input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <input type="checkbox"/> Main : □ pouce □ autre(s) doigt(s) (préciser) | <input type="checkbox"/> Pied □ orteil(s) (préciser) | <input type="checkbox"/> Tronc : □ cou □ colonne vertébrale □ thorax □ bassin □ abdomen | <input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) (préciser) |

NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire | <input type="checkbox"/> dermite | <input type="checkbox"/> gelure | <input type="checkbox"/> luxation |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> traumatisme interne |
| <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> électrisation / électrocution | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire | <input type="checkbox"/> trouble auditif |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion psychologique | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> contusion | <input type="checkbox"/> état anxi-o-dépressif | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> trouble visuel |
| <input type="checkbox"/> corps étranger | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> lésions multiples |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | |

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 _____

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^e, 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 originiairement 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).

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Déclaration d'accident de service, du travail ou de maladie professionnelle
notice explicative à conserver par la victime

La déclaration d'accident de service pour les fonctionnaires titulaires ou stagiaires qui demandent l'octroi des garanties prévues par l'article 34-2° 2ème alinéa de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984, ou du travail pour les agents non-titulaires désireux de bénéficier des dispositions du livre IV du code de la Sécurité Sociale, est remplie, signée et datée par la victime (sauf empêchement majeur); elle doit être visée par le supérieur hiérarchique immédiat et transmise, sous pli confidentiel, par la voie hiérarchique.

Il est bien sûr toujours possible, si nécessaire, de préciser ou de compléter ultérieurement sur papier libre, les éléments relatifs aux circonstances de l'accident et témoignages mentionnés dans la déclaration initiale.

L'imputabilité de l'accident au service ou au travail étant appréciée sur dossier, la déclaration doit être remplie soigneusement et complètement et notamment faire état de tout élément et toute pièce justificative de nature à établir le lien de causalité entre l'accident et le service : témoignages oculaires, à défaut attestations des premières personnes auxquelles l'accident a été relaté, certificat médical initial (original) indiquant la nature et le siège des lésions ainsi que, éventuellement, la durée probable d'incapacité totale de travail et des soins, établi à la suite de l'accident, de préférence **le jour même**. Toute déclaration incomplète retarde l'instruction du dossier et peut conduire à un refus de prise en charge faute d'éléments d'appréciation suffisants.

I - Pièces à fournir à l'appui de la déclaration

1 - Pièces à fournir pour un accident de service ou du travail :

- ✓ Certificat médical initial original descriptif des lésions
- ✓ Témoignage écrit ou, à défaut, attestation de la première personne à laquelle les faits ont été relatés le jour même
- ✓ Copie du contrat de travail de l'agent non titulaire
- ✓ Copie de l'emploi du temps informatisé (enseignant) ou attestation du supérieur hiérarchique (administratif ...).

2 - Pièce complémentaire à fournir 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

3 – Pièces complémentaires à fournir pour un accident survenu lors du trajet aller ou retour entre le domicile et le lieu de travail ou le lieu de travail et le lieu habituel des repas :

- ✓ Copie de la carte routière ou d'un plan de ville sur lequel seront reportés, selon le cas : le domicile, le lieu de travail, le lieu habituel des repas et le lieu de l'accident, ainsi que le trajet habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent
- ✓ Déclaration sur l'honneur précisant que le trajet emprunté est le trajet habituel
- ✓ Copie du constat amiable
- ✓ Copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers

4 – Pièces à fournir pour une demande de reconnaissance de maladie professionnelle :

- ✓ Certificat médical initial original descriptif de la maladie ou des symptômes précisant le numéro du tableau annexé au code de la Sécurité Sociale
- ✓ Rapport du supérieur hiérarchique décrivant le(s) poste(s) de travail de l'agent (ce rapport peut être envoyé directement au service par le supérieur hiérarchique)

II - Prise en charge des frais médicaux et des soins directement entraînés par l'événement

Ne pas utiliser la carte Vitale.

1 – En cas d'accident :

La délivrance par l'administration du « certificat de prise en charge » directe des frais d'accident ne préjuge pas de la décision qui sera prise au terme de l'instruction du dossier. En cas de refus de prise en charge de l'accident ou de dossier incomplet du fait de l'agent, les frais seront à la charge de la victime et il lui appartiendra d'en demander le remboursement à sa caisse de Sécurité Sociale dans le cadre de l'assurance maladie.

Les feuilles de soins et les ordonnances établies par les professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien...) me seront adressées avec leurs coordonnées bancaires pour le règlement. Le dernier volet de « demande de renouvellement de la feuille d'accident » permet à la victime de demander le renouvellement du volet récapitulatif qui serait épousé (n'utiliser en aucun cas des photocopies de ces imprimés).

Les frais engagés par l'agent sont remboursés sur présentation des feuilles de soins et des ordonnances originales accompagnées des coordonnées bancaires.

2 – En cas de demande de reconnaissance de maladie professionnelle :

La prise en charge n'est accordée qu'après décision favorable de l'administration. Le « certificat de prise en charge » n'est pas délivré.

3 – En cas de rechute :

La prise en charge n'est accordée qu'après décision favorable de l'administration. Le « certificat de prise en charge » n'est pas délivré.

III - Informations diverses

1 - La réparation de l'accident ne concerne que les dommages corporels.

2 - Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires victimes d'un accident de service ou de trajet reconnu imputable au service par l'administration ont droit :

- ✓ à un congé rémunéré à plein traitement jusqu'à ce qu'ils soient en état de reprendre leur service ou jusqu'à leur mise à la retraite pour les fonctionnaires titulaires, ce congé ne pouvant excéder cinq ans pour les fonctionnaires stagiaires.
- ✓ à la prise en charge des honoraires médicaux et des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins.

Lorsque les frais sont supérieurs au tarif conventionné et dans la limite de 170 %, l'administration peut éventuellement les prendre en charge dans la mesure où ils ont fait l'objet d'une prescription médicale du praticien et qu'ils sont en relation directe avec l'accident de service ou de trajet. Lorsque ces frais sont supérieurs à 170 % du tarif sécurité sociale, le fonctionnaire doit prouver qu'ils sont médicalement utiles, c'est-à-dire nécessaires à l'amélioration de son état de santé ; dans le cas contraire, la prise en charge est limitée à 170 % du tarif de la sécurité sociale.

Des expertises médicales sont diligentées par l'administration.

3 - Les agents non-titulaires de l'État victimes d'un accident du 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. Durant ce congé, ils perçoivent des indemnités journalières.
- ✓ à la prise en charge, selon les tarifs de la Sécurité Sociale, des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins.

Des expertises médicales sont diligentées par l'administration.

IV - Droit d'accès et de rectification

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) :

1 - 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 ;

2 - que vous avez la possibilité, sur demande écrite de votre part, d'obtenir, soit par courrier, soit par consultation sur place, la communication des informations vous concernant auprès de la DPAE (05 61 17 76 20) ;

3 - qu'à la suite de l'exercice de votre droit d'accès, vous avez la possibilité de solliciter la rectification de toute donnée erronée. Celle-ci sera mise à jour dès réception de votre demande de rectification écrite et motivée, et, si vous le désirez, un nouvel état récapitulatif des informations vous concernant vous sera adressé par ce même bureau ;

4 - enfin, que les informations enregistrées pourront être communiquées, dans la limite des besoins inhérents à la gestion de votre dossier d'accident ou de maladie, au médecin agréé de l'administration, au médecin de prévention, aux membres des comités médicaux, aux services de gestion du personnel, et, si vous êtes en position de détachement, au service qui assure votre rémunération.

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 15 000 € 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 originialement 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).