

Déclaration d'accident de service ou du travail – 1^{er} degré

Personnels directement rémunérés sur le budget de l'Etat

Accident de service :

*Agents stagiaires ou titulaires (établissements d'enseignement scolaire
du 1er degré)*

Accident du travail :

*Agents non-titulaires sur budget 'Etat recrutés à temps complet pour
une durée égale ou supérieure à un an*

**D.S.D.E.N.
de Seine et Marne**

DIPATE 3

*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 ...).*

A REMPLIR EN 2 EXEMPLAIRES

DATE DE L'ACCIDENT |__|_|_|_|_|_|_| |__|_|_|_|_|_|_| JOUR de la semaine L / M / M / J / V / S

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 M.

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénoms :

Situation familiale 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

Catégorie A B C

stagiaire titulaire non titulaire Contrat définitif ou provisoire (ens. privé)

CORPS/GRADE 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 |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_|

HORAIRE DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT → entourer le jour concerné : L / M / M / J / V / S

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 seront précisés :

- 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

Quel(s) moyen(s) 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

- chute de personne chute d'objet manutention heurt (meuble...)
- projection explosion agression contact
- glissade exposition, rayonnement accident de la voie publique
- 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"/> Membre supérieur <input type="checkbox"/> épaule <input type="checkbox"/> bras <input type="checkbox"/> avant bras <input type="checkbox"/> coude <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> pouce <input type="checkbox"/> autres(s) doigt(s) (préciser)	<input type="checkbox"/> Visage (préciser) <input type="checkbox"/> Membre inférieur <input type="checkbox"/> hanche <input type="checkbox"/> cuisse <input type="checkbox"/> genou <input type="checkbox"/> jambe <input type="checkbox"/> cheville <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> orteil(s) (préciser)	<input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> œil droit <input type="checkbox"/> œil gauche <input type="checkbox"/> Tronc <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/> colonne vertébrale <input type="checkbox"/> abdomen <input type="checkbox"/> bassin	<input type="checkbox"/> Dent(s) <input type="checkbox"/> mâchoire supérieure <input type="checkbox"/> mâchoire inférieure <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"/> amputation <input type="checkbox"/> asphyxie <input type="checkbox"/> brûlure <input type="checkbox"/> cervicalgie <input type="checkbox"/> commotion <input type="checkbox"/> contusion <input type="checkbox"/> corps étranger <input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> dermite <input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> écrasement <input type="checkbox"/> eczéma <input type="checkbox"/> électrisation / électrocution <input type="checkbox"/> entorse <input type="checkbox"/> état anxio-dépressif <input type="checkbox"/> fracture	<input type="checkbox"/> gelure <input type="checkbox"/> hernie <input type="checkbox"/> inflammation <input type="checkbox"/> intoxication <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire <input type="checkbox"/> lésion psychologique <input type="checkbox"/> lésion neurologique <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique	<input type="checkbox"/> luxation <input type="checkbox"/> plaie-piqûre <input type="checkbox"/> traumatisme interne <input type="checkbox"/> traumatisme psychologique <input type="checkbox"/> trouble auditif <input type="checkbox"/> trouble sensoriel <input type="checkbox"/> trouble visuel <input type="checkbox"/> lésions multiples
---	---	---	--

L'accident a-t-il eu UN ou 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), fonction(s), adresse(s) :

.....

.....

.....

.....

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

Signature du/des témoins :

2) Dans la **négative**, s'il n'y a pas eu de témoin oculaire, 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 accident(s) de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladie(s) professionnelle(s) ? 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,
- 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.

Article 441-6 du code pénal : * 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 ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu.
Article 441-7 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. *

**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 (plus cachet) par le supérieur hiérarchique immédiat et transmise, sous pli confidentiel, par la voie hiérarchique (cachet de l'établissement ou de la structure).

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 la durée d'arrêt de travail et/ou 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 obligatoires, 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 → Les prolongations doivent se suivre de date à date.
- ✓ Copie du contrat de travail de l'agent non titulaire ou agent de l'enseignement privé.
- ✓ **Emploi** du temps informatisé (enseignants – logiciel de gestion des emplois du temps) ou attestation d'horaires certifiée exacte par le supérieur hiérarchique pour les autres personnels. Pour l'accident de trajet : attestation en sus de l'emploi du temps.
- ✓ Copie d'un bulletin de salaire (de l'année scolaire en cours si changement d'affectation au 1^{er} septembre). Les montants peuvent être occultés.
- ✓ En cas d'arrêt de travail, le certificat médical de reprise est obligatoire, en fin de soins, le certificat final.

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. Contrat passé avec le prestataire du séjour (activités physiques).

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, s'il existe, ou déclaration à l'assurance.
- ✓ Copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers, s'il existe.

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).
- ✓ Toutes les pièces médicales : compte(s) rendu(s) d'intervention(s), radiographie(s), analyse(s)...

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

Ne pas utiliser la carte Vitale. Le parcours de soins coordonnés doit être respecté.

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. Si l'imputabilité au service apparaît contestable, le supérieur hiérarchique peut refuser l'attribution du certificat de prise en charge. 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 professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien...) délivrent des **feuilles de soins** et des **ordonnances** qui devront m'être adressées, complétées de leur SIRET et coordonnées bancaires (dont IBAN) pour le règlement. La note de frais pharmaceutiques doit comporter les **vignettes**. Le dernier volet de « demande de renouvellement de la feuille d'accident » permet à la victime de demander au service de gestion le renouvellement du volet récapitulatif qui serait épuisé (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 (avec les éventuelles vignettes) accompagnées des coordonnées bancaires (RIB avec IBAN).

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

Le « certificat de prise en charge » **ne doit pas** être délivré par l'employeur. Il sera remis par l'administration, avec la décision favorable.

3 – En cas de rechute :

Le « certificat de prise en charge » **ne doit pas** être délivré par l'employeur. Il sera remis par l'administration, avec la décision favorable.

III - Informations diverses

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

2 – Les absences doivent être enregistrées en « congé de maladie ordinaire ». Régularisation par les services rectoraux.

3 - 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 sans certains accessoires (Ils au service fait) 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 dans le cadre des frais pris en charge par le régime général (tarifs, codifications et demandes d'entente préalable...). Par exemple les soins d'un ostéopathe ou d'un psychothérapeute... ne sont pas pris en charge).

Lorsque les frais sont supérieurs au tarif conventionné Sécurité Sociale, l'administration peut éventuellement les prendre en charge (à concurrence de 70 % du tarif sécurité sociale) dans la mesure où ils ont fait l'objet d'une prescription médicale du praticien le justifiant, qu'ils sont en relation directe avec l'accident de service ou de trajet et qu'ils ont fait l'objet d'un accord préalable. Prise en charge de la monture de lunette = 22,87€.

Des expertises médicales sont diligentées par l'administration, y surseoir peut suspendre la rémunération.

4 - Les agents non titulaires de l'État victimes d'un accident du travail ou de trajet dont le caractère professionnel est reconnu doivent faire la déclaration dans les 24 heures et ont droit :

✓ à un congé pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à ce qu'ils soient en état de reprendre leur service. Durant ce congé, ils perçoivent des indemnités journalières de sécurité sociale.

✓ 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, y surseoir peut suspendre la rémunération.

IV - Droit d'accès et de rectification

Les informations que vous porterez sur l'imprimé de déclaration seront saisies dans une application informatique. Conformément à l'article 27 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 ;

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 ;

4 – et 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 des personnels, 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.