

**Déclaration d'accident de service  
ou de travail****Accident de service :**

Agents stagiaires ou titulaires : services déconcentrés, établissements d'enseignement scolaire du 2<sup>nd</sup> degré, enseignants assimilés fonctionnaires de l'enseignement privé sous contrat  
Enseignement supérieur : uniquement ENSMM Besançon

**Accidents du travail :**

Assistants d'éducation (AED) et Accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) recrutés à temps complet pour une année scolaire complète  
Enseignants et administratifs en contrat à durée indéterminée (CDI) des établissements publics

Ne pas utiliser cet imprimé pour les personnels pris en charge par la CPAM

A REMPLIR EN 1 EXEMPLAIRE

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.

☐ OUI    ☐ NON

- heure de départ du domicile : [ ] [ ] h [ ] [ ]
- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : [ ] [ ] h [ ] [ ]

☐ OUI    ☐ NON

- heure de départ du lieu de travail : | | h | |
- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : | | h | |

☐ 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 : .....

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

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 <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 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 originairement 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).



# GUIDE A L'ATTENTION DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE

## LES ACCIDENTS DE SERVICE ou LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Si vous êtes un agent titulaire, stagiaire ou un agent non titulaire recruté sur un contrat à durée déterminée d'une durée égale ou supérieure à 12 mois à temps complet ou recruté sur un contrat à durée indéterminée à temps complet, ce guide a pour objet de vous informer des procédures de déclaration, de reconnaissance et des modalités de prise en charge des conséquences de ces accidents.

① Si vous êtes agent non titulaire dont le contrat à durée déterminée est inférieur à 12 mois et/ou à temps incomplet ou agent non titulaire recruté sur un contrat à durée indéterminée employé à temps incomplet, c'est votre caisse primaire d'assurance maladie qui est chargée de la gestion de votre accident de travail. La déclaration d'accident du travail doit être faite par votre employeur au plus tard dans les quarante huit heures, non compris les dimanches et jours fériés, à compter du jour où il a eu connaissance de l'accident auprès de cette caisse.

### Qu'est ce qu'un accident de service ou du travail, un accident de trajet, un accident de mission ?

Au cours de votre activité professionnelle, vous pouvez être victime d'un accident ayant un lien avec votre travail.

Si vous êtes agent titulaire ou stagiaire, le terme utilisé est « accident de service ». Est considéré comme accident de service, l'accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions.

Si vous êtes un agent non titulaire, le terme utilisé est « accident du travail ». Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Les termes accident de trajet et accident de mission sont également couramment utilisés.

L'accident de service ou de travail doit résulter d'un événement provoquant une lésion constatée qu'elle soit physique ou mentale.

L'accident peut survenir :

- pendant votre temps de travail et sur le ou les lieux (en cas d'affectations multiples par exemple) où vous exercez habituellement votre activité professionnelle,
- lors d'une activité prévue et organisée par votre 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 votre domicile et le lieu où vous exercez votre activité professionnelle, le lieu où vous prenez habituellement vos 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...).

### Que devez vous faire si vous êtes victime d'un accident ayant un lien avec votre activité professionnelle ?

#### ➤ Vous rendre chez un médecin pour faire constater les lésions.

Le médecin doit établir un certificat (qui sera dénommé « certificat médical initial ») indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, éventuellement, la durée probable d'arrêt de travail et de soins. Il doit être établi dans les meilleurs délais, de préférence le jour même ou le lendemain de la date de l'accident.

#### ➤ Prévenir votre employeur

Vous ou une autre personne, en cas d'empêchement majeur de votre part, **informez immédiatement de l'accident votre supérieur hiérarchique direct** de vive voix, par téléphone ou voie électronique.

- Si vous êtes agent titulaire ou stagiaire, aucun délai ne peut vous être opposé pour déclarer l'accident.
- Agent non titulaire, quel que soit le type de contrat sur lequel vous êtes recruté, vous devez déclarer l'accident à votre employeur au plus tard dans les 24 heures sauf en cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes..

① Si vous êtes agent non titulaire dont le contrat à durée déterminée est inférieur à 12 mois et/ou à temps incomplet ou agent non titulaire recruté sur un contrat à durée indéterminée employé à temps incomplet, c'est votre caisse primaire d'assurance maladie qui est chargée de la gestion de votre accident de travail.

Dès qu'il a connaissance de l'accident, et en l'absence de doute sérieux sur l'imputabilité de l'accident, **votre supérieur hiérarchique vous délivre un « certificat de prise en charge »** des frais d'accident afin de vous éviter de les avancer auprès des prestataires de santé (médecin, hôpital, pharmacien, auxiliaires médicaux,...). Les frais seront directement payés aux différents prestataires par l'administration. Si vous avez engagé des frais et que l'accident est reconnu imputable, ils vous sont remboursés sur présentation des feuilles de soins et des ordonnances originales. Vous ne devez envoyer aucune demande de remboursement à votre caisse de sécurité sociale ou à une mutuelle. **La carte vitale ne doit pas être utilisée.**

① Ce certificat de prise en charge n'engage pas l'administration quant à l'imputabilité de l'accident. En conséquence, s'il s'avère suite à l'instruction du dossier que l'accident n'est pas reconnu imputable, vous devrez payer les frais engagés directement aux prestataires de santé puis en réclamer le remboursement au titre de l'assurance maladie auprès de votre caisse de sécurité sociale.



## Quelles sont les conditions pour que l'accident dont vous avez été victime soit reconnu imputable ?

### *Si vous êtes agent titulaire ou stagiaire*

La relation de cause à effet entre l'accident et le service doit être établie de manière précise et certaine pour qu'il soit reconnu imputable. Il vous appartient d'apporter la preuve formelle de cette imputabilité en démontrant l'existence d'un lien direct et indiscutable entre la ou les lésions constatées et l'accident lui-même. Le lien entre l'accident et le service est établi si la lésion est jugée occasionnée de façon directe, certaine et déterminante par l'activité exercée.

Lorsque le lien avec le service ne fait aucun doute, la décision d'imputabilité au service est prise directement par l'administration.

En revanche, si les circonstances d'un accident ne sont pas clairement définies (divergence entre l'accidenté et le responsable hiérarchique, constat médical tardif...) ou si le lien entre l'accident et les lésions constatées n'est pas établi de manière certaine, l'administration recueille l'avis de la Commission de Réforme en organisant préalablement, selon les cas, une expertise médicale.

### *Si vous êtes agent non titulaire*

Vous n'avez pas à démontrer l'existence d'un lien direct et indiscutable entre la ou les lésions constatées et l'accident lui-même.

La décision de reconnaissance ou de refus de reconnaissance de l'accident est prise directement par l'administration. Cette décision doit intervenir dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle l'administration a eu connaissance de la déclaration, à défaut l'accident est reconnu imputable de fait. Ce délai peut être reporté lorsque l'administration se réserve la possibilité d'enquête ou d'examen avant de statuer sur le caractère professionnel de l'accident. La prise de décision peut nécessiter l'organisation préalable d'une expertise médicale auprès d'un médecin agréé.

Dans votre cas la commission de réforme n'intervient pas dans la procédure.

## Quels sont les documents nécessaires à l'instruction de votre dossier ?

### ➡ La déclaration d'accident de service ou du travail

Vous devez remplir soigneusement et complètement la déclaration d'accident de service ou du travail (ou la faire remplir par une autre personne, en cas d'empêchement majeur de votre part). La déclaration est ensuite visée par votre supérieur hiérarchique direct et transmise par la voie hiérarchique au service chargé de la gestion des accidents et des maladies professionnelles au rectorat ou à la direction du service départemental de l'éducation nationale dont vous relevez.

### ➡ Les certificats médicaux

Vous devez transmettre au service gestionnaire le certificat médical initial et tous les certificats médicaux de prolongation de soins et/ou d'arrêts et, à la fin des soins, un certificat médical final indiquant la date de guérison ou de consolidation des lésions avec ou non persistance de séquelles. En l'absence de production de ce certificat médical final, l'administration procédera à un contrôle médical par un médecin expert afin de déterminer la date de guérison ou de consolidation de l'accident. Le « certificat médical final » ne doit pas être confondu avec le « certificat médical de reprise », ce dernier n'indiquant que la date de reprise du travail.

## Quelques précisions

| Sur les circonstances de l'accident                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sur le traitement et la transmission des documents médicaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>L'heure de l'accident doit être en cohérence avec les horaires de travail</b> mentionnés sur la déclaration. Si vous êtes enseignant vous devez fournir un emploi du temps signé de votre chef d'établissement. Si l'accident n'a pas eu lieu pendant les horaires habituels de travail, un justificatif signé du supérieur hiérarchique doit être impérativement joint.</p> <p><b>En cas d'accident de trajet</b>, vous devez fournir la photocopie des plans officiels correspondant à la totalité du trajet effectué entre votre domicile et votre lieu de travail (plan de rues, de métro, d'autobus, de trains...). Aucun croquis n'est accepté.</p> <p><b>En cas d'accident lors d'une activité prévue par l'administration</b>, vous devez fournir tout document émanant de votre hiérarchie établissant que vous avez été mandaté pour cette activité (ordre de mission, convocation, tout justificatif de déplacement</p> | <p>Les gestionnaires de votre dossier d'accident de service ou du travail sont destinataires, dans la limite de leurs attributions et du besoin d'en connaître, d'informations, y compris à caractère médical, strictement nécessaires à leur mission. Ils ont l'obligation de faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, les pièces médicales nécessaires à l'instruction de votre dossier doivent être transmises, directement par vos soins, au service chargé de la gestion des accidents de service ou du travail et des maladies professionnelles.</p> <p>Pour ce qui concerne les certificats médicaux établis sur des imprimés qui vous sont délivrés par votre médecin :</p> <p>Vous adressez les volets n°1 et n°2, sur lesquels figurent les constatations détaillées des lésions, sous pli confidentiel, au service chargé de la gestion de votre accident de service ou du travail. Vous conservez le volet n° 3. Vous remettez ou adressez, le cas échéant, le volet « certificat arrêt de travail » à votre supérieur hiérarchique pour justifier de votre absence...).</p> |



## Quels sont vos droits si l'accident de service ou du travail est reconnu imputable ?

| <i>Si vous êtes un agent titulaire ou stagiaire</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <i>Si vous êtes un agent non titulaire</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prise en charge des frais médicaux et des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins nécessaires au rétablissement de votre état de santé,</li> <li>- un congé rémunéré à plein traitement jusqu'à ce que vous soyez en état de reprendre votre service ou jusqu'à votre mise à la retraite pour les fonctionnaires titulaires. Le jour de carence ne s'applique pas dans le cas d'un accident de service ou du travail,</li> <li>- sous certaines conditions, la reprise de vos fonctions à temps partiel thérapeutique pour une durée maximale de six mois, renouvelable une fois,</li> <li>- le cas échéant l'indemnisation des séquelles résultant de votre accident de service,</li> <li>- le cas échéant l'aménagement, l'adaptation de votre poste de travail ou un reclassement.</li> </ul> <p>En cas d'inaptitude absolue et définitive à exercer vos fonctions ou toute autre fonction 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.</p> <p>① <b>Les stagiaires</b> sont soumis à des dispositions particulières, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le congé rémunéré à plein traitement ne peut excéder cinq ans,</li> <li>- en cas d'inaptitude absolue et définitive à exercer ses fonctions, 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.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prise en charge, selon les tarifs de la Sécurité Sociale, des frais nécessaires à la mise en œuvre des soins,</li> <li>- un congé pendant toute la période d'incapacité de travail précédant la guérison ou la consolidation. Durant ce congé, vous percevez des indemnités journalières. Elles sont portées par l'administration au montant du plein traitement :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pendant un mois dès votre entrée en fonctions,</li> <li>• pendant deux mois après deux ans de services,</li> <li>• pendant trois mois après trois ans de services.</li> </ul> <p>A l'expiration de la période de rémunération à plein traitement, vous bénéficiez des indemnités journalières prévues dans le code de la sécurité sociale,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la possibilité de reprendre un travail léger c'est-à-dire d'un aménagement de votre activité, en termes de durée ou de pénibilité, avec maintien du versement de tout ou partie de vos indemnités journalières,</li> <li>- l'aménagement de votre poste de travail ou votre réemploi sur un emploi ou une occupation similaire assorti d'une rémunération équivalente,</li> <li>- l'indemnisation des séquelles résultant de votre accident du travail.</li> </ul> <p>En cas d'impossibilité totale de reprise du travail en raison d'une inaptitude physique totale et définitive constatée par le médecin agréé au cours d'une expertise médicale, vous pouvez être licencié.</p> |

## Que se passe-t-il si vous faites une rechute de l'accident de service ou du travail ?

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

① Le « *certificat de prise en charge* » des frais d'accident n'est pas remis en cas de rechute tant que l'imputabilité de la rechute n'est pas établie, vous devez avancer les frais et en demander le remboursement auprès du service chargé de la gestion des accidents de service ou du travail.

## Informations, contacts et sites utiles

**Outre votre supérieur hiérarchique direct, vous pouvez contacter le service chargé de la gestion des accidents de service, du travail et des maladies professionnelles**

*(Préciser la localisation du service, le cas échéant, en fonction du niveau de gestion des dossiers. Par exemple :*

*- Si vous êtes personnels enseignants du 2<sup>nd</sup> degré, personnels administratifs en exercice dans les services du rectorat, ....)*

*- Si vous êtes personnels enseignants du 1<sup>er</sup> degré, personnels administratifs en exercice dans les services de la direction du service départemental de l'éducation nationale de....*

Nom du service – Téléphone – Adresse)

**Site dédié aux accidents de service ou du travail de l'académie**

Lien

① Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à une enquête :

*- en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées*

*- en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.*



### Qu'est ce que la commission de réforme ?

**Seuls les dossiers des fonctionnaires titulaires ou stagiaires peuvent être soumis à la commission de réforme.**

La commission de réforme départementale est une instance consultative composée de deux membres de l'administration, deux médecins généralistes du comité médical et, le cas échéant, un médecin spécialiste du comité médical, ainsi que deux représentants du personnel. La commission de réforme départementale est placée sous l'autorité du préfet de chaque département, elle se réunit généralement tous les mois (*Par exception, les dossiers des agents relevant de l'académie de Paris sont examinés par la commission de réforme ministérielle (2ème section) siégeant au rectorat de Paris*). Outre le cas de l'imputabilité au service évoqué ci-dessus, la commission de Réforme est consultée, suite à une expertise médicale auprès d'un médecin agréé, notamment dans les cas suivants :

- prolongation de congés et/ou de soins en cas d'avis défavorable du médecin agréé; demande de prise en charge de frais de traitements spéciaux ou onéreux ou de cure thermale, octroi ou renouvellement de période de temps partiel thérapeutique, détermination de la date de consolidation et d'éventuels taux d'incapacité permanente partielle (I.P.P.) ouvrant droit éventuellement à une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.), recours gracieux ou hiérarchique de la victime.

Le fonctionnaire ou stagiaire dont le dossier est soumis à l'avis de la commission de réforme est averti de l'examen de son cas au moins huit jours avant la réunion de cette instance et informé que, pendant ce délai, il peut prendre connaissance personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant, de la partie administrative de son dossier. Il peut être convoqué par la commission de réforme pour être entendu. Dans ce cas, il peut se faire accompagner par la personne de son choix. En l'absence de convocation, il peut présenter des observations écrites des certificats médicaux ou demander que la personne de son choix soit entendue.

Après consultation de la Commission de Réforme, la décision prise par l'administration est adressée à l'agent qui a la possibilité de contester cette décision selon les voies et délais de recours mentionnés.

### Qu'est ce que la consolidation des lésions et l'incapacité permanente partielle ?

**La consolidation peut être définie comme la stabilisation de l'état de santé, étant peu susceptible d'amélioration ou d'aggravation**, dans un court délai, et qui permet d'évaluer les séquelles laissées par l'accident. Il ne s'agit en aucun cas d'une guérison. Lorsque le médecin a fixé une date de consolidation sur le certificat médical final, l'administration organise une expertise médicale auprès d'un médecin agréé qui confirme ou infirme la date de consolidation et précise le taux d'incapacité permanente partielle (I.P.P.).

#### L'incapacité permanente partielle (IPP)

**Les fonctionnaires stagiaires ou titulaires peuvent bénéficier d'une allocation temporaire d'invalidité (A.T.I.)** lorsque le taux d'I.P.P. est au moins égal à 10 % à la date de consolidation. La demande d'ATI doit, sous peine de déchéance, être présentée dans un délai d'un an à partir du jour de la consolidation des séquelles. La demande d'ATI est transmise au service des pensions. L'ATI est d'abord attribuée pour cinq ans. Au terme de cette période ou avant le terme de cette période en cas de radiation des cadres, la situation médicale du fonctionnaire est réexaminée pour statuer sur les droits à ATI qui peuvent alors être accordés sans limitation de durée. Le ou les taux d'IPP ouvrant droit à l'ATI peuvent être ensuite de nouveau révisés sur la demande du bénéficiaire de l'ATI, cinq ans après le dernier examen, ou en cas de nouvel accident.

**Pour les personnels non titulaires**, la décision relative à la date de consolidation et au taux d'IPP est établie directement au vu des conclusions du médecin agréé.

Lorsque le taux d'IPP est inférieur à 10% l'agent non titulaire perçoit **une indemnité en capital**.

Lorsque le taux d'IPP est égal ou supérieur à 10%, il perçoit **une rente** revalorisée chaque année. La rente est payée mensuellement lorsque le taux d'incapacité est au moins égal au supérieur à 50%. Dans le cas contraire, elle est payée trimestriellement.

La révision du taux d'incapacité permanente partielle peut avoir lieu à tout moment dans les deux premières années qui suivent la date de consolidation de la blessure. Elle nécessitera une expertise auprès d'un médecin agréé.

### Les principaux textes réglementaires

#### Pour les fonctionnaires titulaires et stagiaires

- les articles 34-2°-2<sup>ème</sup> alinéa et 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions relatives à la fonction publique de l'Etat,
- le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié, relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés de maladie,
- les articles L.27, L.28 et L.30 du code des pensions civiles et militaires et le décret n°60-1089 du 6 octobre 1960 modifié.

#### Pour les agents non titulaires

- le décret n°86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat,
- les dispositions du régime général prévues au titre IV du livre IV du code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.411-1 pour les accidents du travail, L.411-2 pour les accidents de trajet et L.461-1 pour les maladies professionnelles.