

Notice explicative - 1/2 (à conserver par la victime)
Déclaration d'accident de service, du travail ou de maladie professionnelle

Rectorat de Lille
DPP – Bureau des accidents professionnels
144 rue de Bavay
BP 709
59033 LILLE CEDEX

Quand parle-t-on d'accident de service et de maladie professionnelle ?

La notion d'accident de service s'applique à tout accident survenu dans le temps de travail et au sein du service d'affectation ainsi qu'aux accidents survenus en dehors du temps ou du lieu de service (dans le cadre d'une mission par exemple), et aux accidents de trajet entre le lieu de travail et le domicile.

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

Les maladies professionnelles correspondent à des maladies inscrites à des tableaux spécifiques du Code de la Sécurité Sociale ou qui sont essentiellement et directement causées par l'activité professionnelle.

La déclaration d'accident de service pour les fonctionnaires titulaires ou stagiaires, ou du travail pour les agents non-titulaires, **est remplie, signée et datée par la victime (sauf empêchement majeur).**

Il est bien sûr toujours possible, si nécessaire, de préciser ou de compléter 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. **Toute déclaration incomplète retarde l'instruction du dossier et peut conduire à un refus de prise en charge, faute d'éléments d'appréciation suffisants.**

Pièces à fournir lors du 1^{er} envoi

1 - Pièces à fournir pour un accident de service ou du travail à l'appui de la déclaration :

- Certificat médical initial pour accident de travail (**volets 1 et 2**) indiquant la nature et le siège des lésions
- Avis d'arrêt de travail (le cas échéant)
- Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité
- Un RIB
- Tous les éléments médicaux en rapport avec l'accident (bulletin d'hospitalisation, comptes rendus d'examen, rapports, courriers médicaux...)

2 - Pièces complémentaires 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 intégral habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent
- Copie du constat amiable ou copie du rapport de police, de gendarmerie ou des pompiers (le cas échéant)

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

- Certificat médical initial pour maladie professionnelle original descriptif de la maladie ou des symptômes **précisant le numéro de la maladie professionnelle**
- Avis d'arrêt de travail (le cas échéant)
- Profil de poste **détaillé**, visé par le supérieur hiérarchique précisant la nature des travaux effectués, la fréquence des mouvements (X fois par jour ou par semaine...), le matériel utilisé...
- Relevé de carrière établi par la victime depuis l'entrée dans la vie active, y compris dans le privé (sous forme chronologique avec mention des lieux d'exercice et une description succincte des postes occupés)

Notice explicative - 2/2 (à conserver par la victime)

Déclaration d'accident de service, du travail ou de maladie professionnelle

Quels sont les délais à respecter ?

■ **Pour un accident**, le délai de la déclaration est de 15 jours à compter de la date de l'accident. Au-delà, la déclaration est possible pendant 2 ans à compter de l'accident mais doit être effectuée dans les 15 jours de la constatation médicale.

■ **Pour une maladie**, le délai d'envoi de la déclaration de maladie professionnelle est de 2 ans. Ce délai court :
- soit à compter de la date de la première constatation médicale de la maladie,
- soit à compter de la date du certificat médical établissant un lien entre une maladie déjà constatée et l'activité professionnelle.

Prise en charge

■ Lorsque l'Administration a reconnu l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie :
- elle prend en charge les honoraires médicaux et les frais correspondants selon la réglementation,
- en cas d'arrêt maladie, un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) est accordé, pendant lequel l'intégralité du traitement est conservé.

■ Quand se termine le dossier ?

Lorsque le médecin traitant ou un médecin agréé considère que l'état de santé est stabilisé (guérison ou consolidation, en cas de séquelles).

■ Et s'il y a rechute ?

Il faut faire établir un certificat médical de rechute par un médecin et remplir une déclaration de rechute qui pourra être prise, éventuellement, en charge de la même façon que l'accident ou la maladie d'origine.

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 du bureau gestionnaire ;
- 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 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).

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 (en pourcentage) :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT OU DE LA RECHUTE (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) **A rédiger/compléter sur papier libre si nécessaire :**

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

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 **intégral** suivi le jour de l'accident entre le domicile et l'établissement,
- 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

(dans l'affirmative joindre les justificatifs)

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/a-t-elle été transportée après l'accident ?

La victime a-t-elle travaillé le jour de l'accident ? OUI NON

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"/> accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> chute d'objet | <input type="checkbox"/> exposition | <input type="checkbox"/> risques psychosociaux |
| <input type="checkbox"/> activité sportive | <input type="checkbox"/> contact (produit) / heurt (meuble...) | <input type="checkbox"/> glissade | <input type="checkbox"/> torsion |
| <input type="checkbox"/> agression | <input type="checkbox"/> électrisation / électrocution | <input type="checkbox"/> heurt de personne | |
| <input type="checkbox"/> chute de personne | <input type="checkbox"/> explosion | <input type="checkbox"/> manutention | |
| <input type="checkbox"/> autre | | | |

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

LES BLESSURES OU LESIONS SONT LES SUIVANTES (préciser côté droit ou gauche le cas échéant) :

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

Joindre obligatoirement le certificat médical initial pour accident de travail (volets 1 et 2) décrivant les lésions et prescrivant des soins, ainsi que, le cas échéant, l'avis d'arrêt de travail (volets 1 et 2).

SIEGE DES LESIONS :

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Face :
<input type="checkbox"/> front
<input type="checkbox"/> nez | <input type="checkbox"/> Yeux :
<input type="checkbox"/> oeil droit
<input type="checkbox"/> oeil gauche | <input type="checkbox"/> Dent(s) :
<input type="checkbox"/> mâchoire inférieure
<input type="checkbox"/> mâchoire supérieure |
| <input type="checkbox"/> Membre supérieur :
<input type="checkbox"/> épaule
<input type="checkbox"/> rachis cervical
<input type="checkbox"/> bras
<input type="checkbox"/> avant bras
<input type="checkbox"/> coude
<input type="checkbox"/> poignet | <input type="checkbox"/> Membre inférieur :
<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> fessier
<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> genou
<input type="checkbox"/> jambe
<input type="checkbox"/> mollet
<input type="checkbox"/> cheville | <input type="checkbox"/> Tronc :
<input type="checkbox"/> cou
<input type="checkbox"/> colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> thorax
<input type="checkbox"/> côtes
<input type="checkbox"/> poumons
<input type="checkbox"/> rachis dorsal
<input type="checkbox"/> rachis lombaire
<input type="checkbox"/> bassin
<input type="checkbox"/> abdomen
<input type="checkbox"/> coccyx | <input type="checkbox"/> Peau |
| <input type="checkbox"/> Main :
<input type="checkbox"/> pouce
<input type="checkbox"/> autre(s) doigt(s)
(préciser) | | | <input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> orteil(s) (préciser) |
| | | | <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"/> dermatite, eczéma | <input type="checkbox"/> inflammation | <input type="checkbox"/> plaie-piqûre |
| <input type="checkbox"/> amputation | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> intoxication | <input type="checkbox"/> traumatisme crânien |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> écrasement | <input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire | <input type="checkbox"/> traumatisme interne |
| <input type="checkbox"/> brûlure, gelure | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> lésion neurologique | <input type="checkbox"/> trouble auditif |
| <input type="checkbox"/> cervicalgie | <input type="checkbox"/> fracture | <input type="checkbox"/> lésion / traumatisme psychologique | <input type="checkbox"/> trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> lumbago et sciatique | <input type="checkbox"/> trouble visuel |
| <input type="checkbox"/> contusion | | | |
| <input type="checkbox"/> autres : | | | |

TEMOIGNAGE : Joindre obligatoirement la/les déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom, prénom, fonction, adresse, rédigée(s) sur papier libre :

- du/des témoin(s) direct(s) de l'accident,

- ou, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, de la première personne **de l'établissement** à laquelle l'accident a été signalé (**qui devra préciser la date et l'heure à laquelle l'accident lui a été signalé**)

ACADEMIE DE LILLE



Adresse du service chargé du règlement des prestations :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE LILLE
DPP - Bureau des accidents professionnels
144 rue de Bavay
BP 709
59033 LILLE CEDEX

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

→→ A remettre à la victime ←←

Ce certificat est remis par le chef d'établissement. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.

*Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute tant que l'imputabilité au service n'a pas été reconnue. **Il ne pourra être délivré qu'après reconnaissance de la maladie professionnelle par le Rectorat.***

Ce document ne doit pas être délivré aux agents 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,

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 DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) **SONT A TRANSMETTRE AU SERVICE CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS** (cf. adresse ci-dessus) **et DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES ET DES COORDONNEES BANCAIRES.**

Je soussigné(e) (nom et prénom du supérieur hiérarchique)

M

fonction

Etablissement :

certifie que

M

Corps - grade

a déclaré un accident de service ou du travail le

Fait à, le

Signature et timbre du supérieur hiérarchique