

**ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE
CONTRACTÉE EN SERVICE : FO VOUS
AIDE A FAIRE RESPECTER VOS
DROITS**

De nombreux collègues subissent des **agressions verbales ou physiques** sur leur lieu de travail, agressions qui ont des conséquences sur leur santé.

De nombreux collègues contractent sur leur temps de travail des **maladies qui sont transmises par les élèves.**

Dans tous ces cas **l'arrêt de travail éventuel, les soins, sont imputables au service**. Ce qui signifie concrètement :


- Qu'il ne doit **pas** y avoir **de jour de carence** supporté par le collègue,
- Que l'ensemble des **frais** doit être **pris en charge par l'employeur**.

Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service définis aux II, III et IV du présent article. (Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017, article 10)

Pour faire valoir vos droits, il est nécessaire de faire une **déclaration d'accident de service ou de travail**.

Cette déclaration doit être transmise à l'IEN ou au chef d'établissement dans les meilleurs délais. Il vous faut :

- Compléter la déclaration d'accident de service en deux exemplaires (voir modèle)
- Faire compléter par le médecin le certificat médical initial (voir modèle)



LIBERTÉ ÉGALITÉ FRATERNITÉ
REPUBLIQUE FRANÇAISE

Déclaration d'absence 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 COMPLÉTER EN 2 EXEMPLAIRES ORIGINAUX

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 (faultraff)
 ☐ 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 (obligatoire) : ou

Adresse électronique (obligatoire) : @

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 : @



certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial
 ☐ de prolongation

☐ final
 ☐ de recluse

Vol 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 48 heures

(articles L. 441-6, L. 441-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

régime :

général

agricole

autre

lequel ?

numéro d'immatriculation

norm de famille (du conjoint, mari, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse du victime peut être visitée (à différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal :

ville :

n° téléphone :

appartement :

code d'accès de la résidence

(1) l'assuré/président de votre caisse ou OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il

d'un accident du travail ?

d'une maladie professionnelle ?

pour notice (1)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui

non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés dans la 433-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) pour notice (1)

conséquences

soins (suite aux soins de travail) :

jusqu'à :

arrêt de travail :

jusqu'à :

en unités légitimes et de complément d'indemnité

en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui

à partir du :

(1 semaine(s) dès l'état présent) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice (1)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non

à partir du :

voir notice (1)

prescription d'un travail léger pour raison médicale :

du

au

voir L.441-6 du Code excepté activité l'entretien

reprise de travail à temps complet :

voir notice (1)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire voir notice (1)

conclusions (à remplir uniquement en cas de certificat final) voir notice (1)

guérison apparente retour à l'état antérieur

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure

date

consolidation avec séquelles

date

identification du praticien

(nom et prénom)

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

date

signature du praticien

n° de la structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

CM-PRE 5609

- joindre les éventuels témoignages (dans le cas où aucun témoignage ne peut être recueilli, la victime doit certifier sur l'honneur l'authenticité de l'accident)

En cas d'**accident de trajet** il est nécessaire d'ajouter à ces documents :

- La copie du constat amiable, du procès verbal de police/gendarmerie, dressé lors de l'accident, s'il existe
- La 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
- La déclaration sur l'honneur précisant que le trajet emprunté est le trajet habituel de l'agent

A noter : Le médecin établit un **certificat initial**, il peut ensuite établir un certificat de prolongation. Il ne doit pas y avoir d'interruption entre chaque certificat médical fourni, y compris durant les vacances scolaires, jusqu'à la production du certificat médical final.

La question des délais : Le décret 2019-22 dans son article 47-3 prévoit un délai de 15 jours pour déclarer un accident de service ou de trajet.

Que se passe t-il ensuite ?

- Le dossier est transmis par l'IEN ou le chef d'établissement au service du rectorat chargé de la gestion des accidents de service par le biais de la plateforme ANAGRAM

Deux possibilités :

- L'administration **accepte d'accorder l'imputabilité au service**
- L'administration **refuse d'accorder l'imputabilité au service**, la **commission de réforme** doit être saisie

La FNEC-FP FO 81 siège à la commission de réforme départementale pour les professeurs des écoles et pour les certifiés.

Dans tous les cas il est absolument **nécessaire de faire suivre votre dossier** par les syndicats de la FNEC-FP FO, pour le premier degré, **le SNUDI FO**, pour le second degré, **le SNFOLC**.

Contactez votre syndicat :

Premier degré : SNUDI FO 81

snudi.fo81@gmail.com

tel : 06.41.85.14.53

Second degré : SNFOLC 81

snfolc.81@gmail.com

tel : 06.48.22.13.68

