



**ACADÉMIE  
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Bulletin académique spécial

**n°514**

du 6 mai 2024

Accidents de service et  
maladies professionnelles



**ACADÉMIE  
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Rectorat - division de l'accompagnement des  
personnels (DAP) et directions des services  
départementaux de l'éducation nationale (DSDEN)**

### **ACCIDENTS DE SERVICE ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

Destinataires : tous les personnels

Référence(s) :

- Articles L822-18 à L822-25 du code général de la Fonction Publique– Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié, relatif à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires - Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat.

Dossier suivi par :

division de l'accompagnement des personnels (DAP) rectorat - DSDEN de chaque département  
(coordonnées en annexe 1 en fonction des personnels concernés)

Ce bulletin académique a pour objet de présenter les démarches à effectuer pour déclarer un accident de service ou de travail, un accident de trajet ou une maladie professionnelle.

Les dispositions qui suivent sont applicables aux fonctionnaires titulaires, stagiaires, et aux agents contractuels de l'éducation nationale.

## SOMMAIRE

### I – Définitions

- 1-1 : L'accident de service
- 1-2 : L'accident de trajet
- 1-3 : La maladie professionnelle

### II – Démarches de l'agent

- 2-1 : Première démarche : informer son supérieur hiérarchique
- 2-2 : Pièces à transmettre

### III – Délais de transmission des documents

- 3-1 : Délai de transmission de l'arrêt de travail
- 3-2 : Délai de transmission de la déclaration d'accident de service ou de trajet
- 3-3 : Délai de transmission de la déclaration d'une maladie professionnelle

### IV – Instruction de la demande

- 4-1 : Instruction par les services académiques
- 4-2 : Avis du conseil médical départemental

### V – Décision et situation de l'agent

- 5-1 : Délais
- 5-2 : Notification de la décision

### VI – Sortie du dispositif

- 6-1 : Reprise des fonctions de l'agent après guérison ou consolidation de l'agent
- 6-2 : Reprise des fonctions à temps partiel thérapeutique
- 6-3 : Incapacité permanente d'exercer ses fonctions

### VII – Rechute

- 7-1 : Définition d'une rechute
- 7-2 : Déclaration d'une rechute

### VIII – Situation des agents contractuels :

- 8-1 : Agent contractuel ayant un contrat (CDD ou CDI) d'une durée supérieure ou égale à 12 mois et à temps complet
- 8-2 : Agent contractuel ayant un contrat CDD d'une durée inférieure à 12 mois et/ou à temps incomplet et agent contractuel en CDI employé à temps incomplet

### Annexes :

- Annexe 1 : formulaire de déclaration d'un accident de service ou de trajet
- Annexe 2 : formulaire de déclaration d'une maladie professionnelle
- Annexe 3 : liste indicative des pièces à produire
- Annexe 4 : services destinataires des déclarations par type de personnels.

Le fonctionnaire ou stagiaire en activité peut bénéficier d'un **congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)** lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service (accident de service), à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service (maladie professionnelle ou d'origine professionnelle).

L'agent contractuel ne peut pas bénéficier d'un CITIS. Il est placé en accident de travail ou maladie professionnelle dès lors que l'imputabilité au service est reconnue. La procédure est différente selon la durée et la quotité du contrat (cf paragraphe VIII situation des agents contractuels).

## **I – Définitions des différents types d'accidents et de maladies ouvrant droit au CITIS :**

### **1-1 : L'accident de service :**

Un accident correspond à l'apparition d'un évènement soudain, qu'il est possible de décrire et de dater et qui a pour conséquence une atteinte à l'état de santé de la victime.

Selon la réglementation, est présumé imputable au service un accident survenu dans le temps de travail et le lieu de service, en l'absence de faute personnelle de l'agent ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service. Il peut également s'agir d'accidents survenus lorsque l'agent est en formation, en réunion ou en mission pour le compte de l'administration. Les accidents survenus en situation de télétravail relèvent des accidents de service sous réserve qu'ils aient lieu pendant les heures de télétravail et dans le cadre des fonctions exercées par l'agent en télétravail.

### **1-2 : L'accident de trajet :**

Selon le code général de la fonction publique, « est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droits en apportent la preuve ou lorsque l'enquête permet à l'autorité administrative de disposer des éléments suffisants, l'accident de trajet dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration, et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service ».

Un accident de trajet peut donc être reconnu imputable s'il intervient sur un itinéraire normal entre le lieu de travail et le lieu du domicile ou entre le lieu du travail et le lieu de restauration, et dans un temps normal par rapport aux horaires de l'agent et aux modalités du trajet. Cet itinéraire ne doit pas être détourné sauf dans le cas de nécessités de la vie courante (par exemple détour pour déposer des enfants en établissement scolaire).

### **1-3 : La maladie professionnelle :**

A la différence des accidents qui se caractérisent par la survenance d'un évènement soudain, les maladies professionnelles résultent de l'exposition prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de son activité professionnelle.

Une affection peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au code de la sécurité sociale qui indiquent : la description de la maladie, le délai de prise en charge entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie, les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause et pour certaines affections, la durée d'exposition au risque.

Lorsqu'une affection ne remplit pas toutes les conditions d'un tableau, voire n'apparaît dans aucun tableau, elle peut néanmoins être reconnue comme maladie d'origine professionnelle. Dans ce cas, l'agent doit établir que sa maladie est directement causée par son activité professionnelle. Par ailleurs, cette maladie doit entraîner une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25% (taux fixé après avis d'un expert médical).

## **II - Démarches de l'agent :**

### **2-1 : Première démarche : informer son supérieur hiérarchique :**

En cas d'accident sur le lieu du travail ou en télétravail ou en cas d'accident de trajet ou de maladie professionnelle, la victime en informe dans les plus brefs délais son supérieur hiérarchique. Si elle n'est pas en capacité de le faire, le supérieur hiérarchique peut être informé par la première personne avisée de cet accident.

### **2-2 : Pièces à transmettre :**

- **Original** du formulaire de déclaration (annexe 1 ou 2) : celui-ci doit être complété par l'agent lui-même, ou si son état de santé ne lui permet pas de le faire, par un ayant-droit ou une personne de confiance. Ce formulaire doit décrire précisément les circonstances de lieu, de temps, et d'activité dans lesquelles l'accident ou la maladie s'est produit, la façon dont il s'est produit, et ses conséquences sur l'état de santé de l'agent. L'ensemble des items de la déclaration doit être complété avec soin et doit comporter toutes précisions utiles pour permettre à l'administration de se prononcer sur l'imputabilité au service.
- **Original** du certificat médical, volet 1, comportant la lésion constatée et sa localisation, les dates d'un éventuel arrêt de travail, et la date prévisible de la fin des soins.
- Toutes pièces nécessaires à l'instruction de la demande (cf annexe 3).

**NB 1:** L'ensemble de ces pièces est à remettre au supérieur hiérarchique qui transmettra ensuite au service compétent (cf annexe 4). Cependant, un envoi direct par voie postale au service concerné est possible. Dans ce cas, il appartient à l'agent d'informer son supérieur hiérarchique de cet envoi. A défaut, les services académiques transmettront le dossier au supérieur hiérarchique pour prise de connaissance. En cas de nécessité, un rapport sera demandé au chef d'établissement et devra être visé par l'agent.

**NB 2:** Les originaux sont nécessaires (les impressions de scan de photo ou d'imprimés CERFA sont très souvent illisibles et nuisent à l'avancée du dossier).

## **III - Délais de transmission des documents :**

### **3-1 : Délai de transmission de l'arrêt de travail :**

Lorsque l'état de santé de l'agent donne lieu à un arrêt de travail, ce dernier doit être transmis à l'administration (supérieur hiérarchique) dans les **48h** suivant la date à laquelle il a été établi (décompte par jour ouvrable). Le volet 1 portant mention de la lésion est indispensable. Si ce délai n'est pas respecté, des conséquences financières sont prévues par décret.

### **3-2 : Délai de transmission de la déclaration d'accident de service ou de trajet :**

Le formulaire de déclaration avec les pièces éventuelles doit être adressé dans un délai de **15 jours** à compter de la date de l'accident.

Néanmoins, dans la situation où l'impact de l'accident sur l'état de santé de la victime n'est pas immédiatement décelé, la déclaration d'accident demeure possible pendant un délai de **2 ans** à compter de la date de l'accident mais la déclaration doit alors être établie dans les 15 jours suivant la constatation médicale.

### **3-3 : Délai de transmission de la déclaration d'une maladie professionnelle :**

La déclaration de maladie professionnelle doit être adressée dans un délai de 2 ans à compter, soit de la première constatation médicale de la maladie, soit, le cas échéant, à compter de la date d'un certificat médical établissant un lien entre une maladie déjà constatée et l'activité professionnelle de l'agent.

**Remarque :** Ces délais incombant à l'agent ne lui sont pas applicables lorsque les circonstances de l'accident relèvent d'un cas de force majeure ou d'impossibilité absolue.

## **IV – Instruction de la demande :**

### **4-1 : Instruction par les services :**

L'instruction des déclarations d'accidents de service, de trajet ou de maladie professionnelle relève de services différents selon la situation de l'agent (cf annexe 4).

Au vu des éléments transmis par l'agent, et le cas échéant des informations collectées auprès de son supérieur hiérarchique, l'administration peut faire procéder à une expertise médicale par un médecin agréé. Dans certaines situations, un rapport d'activité professionnelle décrivant les tâches habituelles de l'agent peut également être demandé au supérieur hiérarchique.

En cas de déclaration de maladie professionnelle, le médecin du travail est obligatoirement saisi par les bureaux des accidents du travail. Il établira si la maladie de l'agent répond ou non aux différents critères des maladies inscrites au tableau du code de la sécurité sociale. Il peut à cette occasion demander à l'agent des éléments d'informations complémentaires.

### **4-2 : Avis du conseil médical :**

Le conseil médical est saisi pour avis lorsque les éléments constituant le dossier de l'agent ne permettent pas à l'administration de reconnaître l'imputabilité au service, que ce soit pour un accident de service, de trajet, ou de maladie professionnelle.

Le conseil médical émet un avis sur l'imputabilité et s'il y a lieu, propose un taux d'incapacité permanente que l'accident ou la maladie est susceptible d'entraîner.

**Remarque :** si la saisine du conseil médical est obligatoire dans certains cas, cet avis ne lie pas l'administration.

## **V – Décision et situation de l'agent :**

### **5-1 : Délais :**

Pour se prononcer sur l'imputabilité d'un accident de service ou de trajet, l'administration dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du dossier complet (formulaire de déclaration, certificats médicaux et pièces annexes).

Pour une déclaration de maladie professionnelle, l'administration dispose d'un délai de 2 mois à compter du dossier complet (déclaration + certificat médical + résultats des examens médicaux complémentaires prescrits par les tableaux de la sécurité sociale + pièces annexes).

Un délai supplémentaire de 3 mois s'ajoute à ces délais en cas d'examen par un médecin expert, d'enquête administrative ou de saisine du conseil médical.

Au terme de ces délais, si l'instruction par l'administration n'est pas terminée, l'agent est placé en CITIS à titre provisoire à plein traitement par décision administrative, en cas seulement d'arrêt de travail.

Au terme de l'instruction, si l'imputabilité n'est pas reconnue, la décision de placement en CITIS provisoire est retirée, et la situation de l'agent est régularisée rétroactivement en congés ordinaires de maladie.

## **5-2 : Notification de la décision :**

La décision accordant ou refusant l'imputabilité est notifiée à l'agent. Son supérieur hiérarchique et son service de gestion de carrière sont systématiquement informés de cette décision.

Les frais médicaux liés à l'accident ou à la maladie ne sont pris en charge que sur décision d'imputabilité.

### **a) Décision reconnaissant l'imputabilité :**

Dans l'attente de la décision, l'agent a été placé en congé ordinaire de maladie s'il avait fourni un arrêt de travail. Dès lors que l'imputabilité est reconnue, cette période est requalifiée en CITIS (décision + arrêtés notifiés), avec maintien du plein traitement, à compter du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de maladie initialement accordé, et pour la durée indiquée sur le certificat.

Au-delà de 6 mois de CITIS, l'administration a l'obligation de faire examiner l'agent par un médecin agréé afin de s'assurer que son état de santé justifie son maintien en arrêt de travail au titre de l'accident ou de la maladie reconnus imputables, et que la prise en charge des frais médicaux demandée est bien en lien avec cet accident ou maladie. En dehors de cette visite obligatoire, l'administration a la possibilité, à tout moment, de faire procéder à une expertise.

Au-delà de douze mois de CITIS continu, l'administration peut diligenter une expertise en vue d'examiner l'aptitude de l'agent à ses fonctions. (cf paragraphe 6-2)

➤ L'agent est tenu de se rendre aux expertises pour lesquelles il reçoit une convocation. En cas de refus de se soumettre à l'expertise, la réglementation permet la possibilité d'interrompre le versement de sa rémunération jusqu'à que cette visite soit effectuée.

➤ L'agent en CITIS est tenu de fournir les prolongations d'arrêts à son établissement/service (formulaire CERFA volet 1) qui transmettra au bureau des accidents du travail compétent pour saisie dans les bases informatiques. En cas de soins sans arrêt de travail, le certificat devra préciser la date prévisible de fin des soins ou à défaut l'agent devra produire une ordonnance prescrivant les soins.

### **b) Décision refusant l'imputabilité :**

La décision de l'administration est motivée et notifiée à l'agent (avec copie au supérieur hiérarchique et au service de gestion de carrière). Tous les arrêts éventuels relèvent alors du congé ordinaire de maladie.

Si l'agent était placé en CITIS provisoire, cette décision est retirée avec une obligation pour l'agent de reverser les sommes indûment perçues au titre de cette période.

## **VI – Sortie du dispositif :**

### **6-1 : Reprise des fonctions après guérison ou consolidation :**

Lorsque l'agent est considéré par son médecin guéri ou consolidé, il devra adresser à son établissement ou service (qui transmettra ensuite au bureau des accidents de travail DAP ou DSDEN) un certificat médical final de guérison ou de consolidation.

**NB** : A défaut de réception du certificat médical final, de certificats de prolongation d'arrêt de travail ou de date prévisionnelle de fin des soins indiquée sur le certificat médical initial, le dossier sera clos à la date du dernier certificat médical reçu, avec arrêt des prises en charge des frais médicaux à cette date.

Pour toute demande de reprise à temps partiel thérapeutique, l'agent est invité à consulter le bulletin académique sur les congés pour raisons de santé.

#### **6-2 : Inaptitude à reprendre ses fonctions :**

- a) **Inaptitude définitive à ses fonctions statutaires** : l'agent déclaré inapte de façon absolue et définitive à ses fonctions après avis d'expertise médicale et avis du conseil médical, est invité à formaliser un projet professionnel de reconversion s'il souhaite bénéficier d'un reclassement. L'agent est informé des modalités et orienté par le bureau des accidents du travail vers le service en charge d'engager la procédure de reclassement.
- b) **Inaptitude à toutes fonctions** : lorsque l'agent est déclaré inapte de façon absolue et définitive à son poste et à tout poste dans la fonction publique, une procédure de retraite pour invalidité est engagée.

#### **VII – Rechute :**

La constatation de la guérison ou de la consolidation de l'état de santé de l'agent n'exclut pas l'éventualité d'une rechute qui peut être prise en charge par l'administration sous certaines conditions.

##### **7-1 : Définition d'une rechute :**

La rechute d'un accident doit se caractériser par une récurrence ou une aggravation subite et naturelle de l'affection initiale sans cause extérieure et qui nécessite un traitement médical. Le caractère spontané des nouveaux troubles doit résulter de l'évolution de l'état de santé de l'agent et non d'un nouveau fait traumatique, auquel cas il s'agit d'un nouvel accident. L'imputabilité de ces nouveaux troubles à l'accident de service initial sera vérifiée à l'aide d'une expertise médicale.

##### **7-2 : Déclaration d'une rechute :**

La déclaration de rechute doit être transmise dans un délai d'un mois à compter de sa constatation médicale. Elle est effectuée par l'agent selon la même procédure qu'une déclaration d'un accident à l'aide du formulaire annexe 1 qui décrira uniquement les conditions de la rechute et non celles de l'accident de travail initial (cf paragraphe II démarches de l'agent). En cas d'arrêt de travail, cet arrêt doit impérativement être transmis au supérieur hiérarchique dans un délai de 48h.

#### **VIII – Situation des agents contractuels :**

La notion du CITIS n'est réservée qu'aux fonctionnaires. En cas d'accident reconnu imputable au service, les agents contractuels sont placés en accident du travail

##### **8-1 : Agent contractuel ayant un contrat (CDD ou CDI) d'une durée supérieure ou égale à 12 mois et à temps complet :**

L'agent disposant de ce type de contrat peut solliciter une reconnaissance d'accident de travail ou de maladie professionnelle selon la même procédure que celle décrite ci-dessus au paragraphe II.

La déclaration à l'aide des formulaires joints en annexe 1 ou 2 ainsi que le certificat médical et les pièces complémentaires sont à adresser au supérieur hiérarchique dans un délai de 48h. Le supérieur hiérarchique



transmettra l'ensemble du dossier au service compétent (rectorat DAP, DSDEN ou établissement mutualisateur) (cf annexe 4). Cependant, un envoi direct par voie postale ux services concernés est possible. Dans ce cas, il appartient à l'agent d'informer son supérieur hiérarchique de cet envoi. A défaut les services académiques transmettront le dossier au supérieur hiérarchique pour prise de connaissance.

La procédure d'instruction est la même que celle décrite au paragraphe IV.

Si l'accident ou la maladie est reconnu imputable au service, et si l'agent est en arrêt de travail, il est alors placé en accident du travail ou en maladie professionnelle (décision + arrêté notifiés) pour la durée précisée sur le certificat. Les services de gestion de carrière établiront les attestations de salaires nécessaires au calcul des indemnités journalières qui seront versées à l'agent.

### **8-2 : Agent contractuel ayant un contrat CDD d'une durée inférieure à 12 mois et/ou à temps incomplet et agent contractuel en CDI employé à temps incomplet :**

Pour ces agents, la première démarche est d'informer le responsable de la structure (direction établissement, chef de service, directeur d'école etc...) en précisant par écrit les circonstances et lieu de l'accident.

L'agent doit faire établir dans les plus brefs délais (sous 24h) un certificat médical initial par son médecin traitant qui doit indiquer avec précision la nature des lésions et leur localisation. L'agent doit ensuite transmettre le certificat médical et la déclaration d'accident au service concerné dans un délai de 48h.

Le dossier sera transmis par le service à la caisse d'assurance maladie qui se prononcera sur le caractère professionnel ou non de l'accident. Des délais supplémentaires sont prévus dans le cadre de demande d'informations complémentaires (avis d'experts, recherches de témoins etc...).

En cas d'arrêt de travail, l'agent doit se rapprocher du service qui gère sa rémunération et qui établira les attestations de salaires nécessaires au calcul des indemnités journalières qui seront versées à l'agent.

Les informations complémentaires et les formulaires à renseigner sur les accidents de travail des agents contractuels ayant un contrat à temps incomplet ou d'une durée inférieure à 1 an sont accessibles en ligne sur le site :

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/accident/accident-travail-trajet>

*Signataire : Pour le Recteur et par délégation, Bruno MARTIN, Secrétaire Général de l'Académie d'Aix-Marseille*



**Déclaration d'accident de service ou de trajet**

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail  
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom d'usage ..... Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

N° de Sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

Tel personnel ..... Mail personnel .....

**Coordonnées administratives**

Nom du service d'affectation .....

Adresse du service d'affectation .....

.....

.....

Tel professionnel ..... Mail professionnel .....

**Statut et catégorie de l'agent**

Stagiaire     Titulaire    Catégorie     A     B     C

Corps : ..... Discipline : ..... Grade : .....

Contractuel (CDI / CDD 12 mois, et à temps complet)

Quotité : ..... % (joindre l'emploi du temps visé par le supérieur hiérarchique)

Métier / Fonction : ..... Date d'entrée sur le poste : .....

Activité habituelle :

Bureau                       Atelier / terrain                       Enseignement

Laboratoire                       Autre (à préciser) : .....



**Déclaration d'accident de service ou de trajet**

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail  
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

Date de l'accident initial : ..... / ..... / .....      Heure de l'accident : ..... h .....

Date de rechute : ..... / ..... / .....

Horaires de travail le jour de l'accident : .....

Horaires habituels (si différents, à expliquer) : .....

**Lieu précis de l'accident** : .....

.....

**Préciser s'il agit** : (plusieurs réponses possibles)

- Lieu de travail habituel                       Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel                       Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration habituel                       Au cours du trajet entre le lieu de restauration et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette ....)

**Activité de la victime lors de l'accident** (Environnement – bureau, escalier, route.... Et tâche exécutée) :

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

**Description et nature de l'accident** (ex : Chute, agression, collision ...) Merci de détailler les faits :

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

**Qu'avez-vous fait après l'accident ?** ( Passage infirmerie, appel pompiers, accompagnement chez le médecin... merci de joindre les éventuelles pièces justificatives)

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

**Déclaration d'accident de service ou de trajet**

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail  
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

**Témoins**       Oui (*Joindre le témoignage + la copie de la carte d'identité du témoin*)  
 Non

Nom, prénom, qualité :  
.....

**Premier personnel de l'établissement informé (Chef d'établissement, chef de service, secrétariat de direction.  
Fournir son rapport circonstancié)**

Nom, prénom, qualité  
.....

**Accident causé par un tiers**       Oui       Non

Tiers (si connu) : Nom .....Prénom.....

Adresse.....

Société d'assurance du tiers (*si connu*) : .....

**Pièces jointes**       Certificat médical (*obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail*)

- Témoignages écrits (+ copies CNI)       Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
- Emploi du temps daté et signé par le supérieur hiérarchique
- Dépôt de plainte       Constat amiable recto-verso (lisible)
- Ordre de mission       Bulletin d'hospitalisation ou attestation passage infirmerie

Plans (*pour les accidents de trajets, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ (A), l'arrivée (C) et le point de collision (B). (Plan google maps conseillé)*)

Autres (*à préciser*) : .....

**CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT**

*Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration*

Nature des lésions médicalement constatées :

- Plaie et blessure       Fracture       Luxation, entorse, foulure
- Amputation       Commotion, traumatisme       Brulure, gelure
- Empoisonnement, infection       Asphyxie, noyade       Choc
- Effets de température, de lumière, de radiations       Effets du bruit, des vibrations, de la pression
- Blessures multiples
- Autres (*à préciser*) : .....

Siège des lésions (*préciser le ou les membres atteints*) : .....

Votre supérieur hiérarchique a-t-il été informé de cette déclaration ?       Oui \*       Non

Je soussigné (prénom, nom) .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à ..... Le (date de déclaration) : ..... / ..... / .....

Signature de l'agent

\* Visa du supérieur hiérarchique

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

## Déclaration de maladie professionnelle

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail  
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom d'usage ..... Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

N° de Sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

Tel personnel ..... Mail personnel .....

### Coordonnées administratives

Nom du service d'affection .....

Adresse du service d'affectation .....

.....

.....

Tel professionnel ..... Mail professionnel .....

### Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire     Titulaire    Catégorie     A     B     C

Corps : ..... Discipline : ..... Grade : .....

Contractuel (CDI / CDD 12 mois, et à temps complet)

Quotité : ..... % (joindre l'emploi du temps visé par le supérieur hiérarchique)

Métier / Fonction : ..... Date d'entrée sur le poste : .....

Activité habituelle :

Bureau     Atelier / terrain     Enseignement

Laboratoire     Autre (à préciser) : .....



## **Déclaration de maladie professionnelle**

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail  
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MALADIE**

Désignation de la maladie .....

Le cas échéant, numéro et titre du tableau correspondant à la maladie inscrite aux tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale et figurant en annexe II de ce code : .....

Lieu précis d'exposition au risque et nature du risque (*s'il est connu*)

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

Circonstances de l'apparition des troubles et description des fonctions liées à leur apparition (*environnement, tâche exécutée, geste effectué, etc.*)

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

Élément matériel éventuellement associé à la maladie professionnelle (*machine, appareil, produit...*)

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

## Déclaration de maladie professionnelle

*A compléter et à transmettre au bureau des accidents du travail  
Si transmission directe, en informer le supérieur hiérarchique*

Description du siège et de la nature de la ou des pathologies

**Indiquer les manifestations de la maladie que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration**

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

Date de la première constatation médicale de la maladie : ..... / ..... / .....

Le cas échéant, date des arrêts de travail : du ..... au .....

du ..... au .....

du ..... au .....

**Attestations de témoins éventuels**

Oui

Non

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....  
.....

**Pièces jointes**

Certificat médical (*obligatoire*)

Témoignages (*+copies CNI*)

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

Fiche de poste

Pli confidentiel – secret médical (**à l'exception de la présente déclaration et du certificat médical, tous les documents joints comportant des informations à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe cachetée indiquant clairement « pli confidentiel – secret médical »**)

Examens médicaux requis par le tableau correspondant à la maladie inscrit au code de la sécurité sociale

Autres documents médicaux (*copie des ordonnances, bulletins d'hospitalisation ou tout autre document médical en lien avec la maladie, à lister*)

.....  
.....

Votre supérieur hiérarchique a-t-il été informé de cette déclaration ?  Oui \*  Non

Je soussigné (prénom, nom) .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à ..... Le (date de déclaration) : ..... / ..... / .....

Signature de l'agent

\* Visa du supérieur hiérarchique

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)



**Liste indicative des pièces susceptibles d'être jointes à un  
formulaire de déclaration**


Le certificat médical est obligatoirement fourni (à adresser dans les 48h à son supérieur hiérarchique).  
Au regard des circonstances de l'accident ou de la maladie, tout ou partie des pièces suivantes pourront être jointes( liste non exhaustive) :

	Accident Service	Accident de trajet	Maladie pro.
Ordre de mission / Convocation (pour les agents en mission, convoqués à une réunion, conseil de classe ...)	X	X	
Emploi du temps de la semaine de l'accident déclaré, daté et signé par le supérieur hiérarchique ou une attestation d'horaires	X	X	
Témoignages (avec copies des CNI) et/ou rapport circonstancié du supérieur hiérarchique	X	X	X
Copie du rapport d'incident adressé au chef d'établissement ou au CPE	X		
Rapport de police / de gendarmerie	X	X	
Document de prise en charge par les pompiers / le SAMU	X	X	
Bulletin de situation ou d'hospitalisation	X	X	X
Photographies des lieux	X	X	
Constat amiable	X	X	
Plan du trajet précisant : Départ ( <b>Point A</b> )– Arrivée ( <b>Point B</b> ) – Itinéraire emprunté le jour de l'accident – Itinéraire habituellement effectué par l'agent (si différent) – Endroit exact où s'est produit l'accident ( <b>Point C</b> chaussée-trottoir, parties privatives-parties collectives-espace public...) Plan Google Maps conseillé		X	
Compte(s) rendu(s) d'analyses / d'intervention	X	X	X
Fiche de poste			X
Fiche d'exposition au risque ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels)			X
Liste des différentes professions exercées intégrant toutes les expositions aux risques chimiques, mécaniques, psychologiques ou autres, y compris celles qui n'ont été que ponctuelles			X






**A qui s'adresser**

Vous êtes :	Transmettre le dossier à :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnels enseignant, d'éducation et d'orientation du <b>2<sup>nd</sup> degré public</b></li> <li>- Psychologues de l'éducation nationale</li> <li>- Personnels d'inspection</li> <li>- Personnels de direction</li> <li>- Personnels administratif, technique, social et de santé</li> <li>- Personnels enseignant du <b>1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré privé</b></li> <li>- Personnels jeunesse et sport</li> </ul>	<p><b>RECTORAT :</b> Division de l'accompagnement des personnels Bureau des accidents de service Place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence cedex 1 <a href="mailto:ce.dap@ac-aix-marseille.fr">ce.dap@ac-aix-marseille.fr</a> 04 42 91 72 93</p>
<p>Professeur des écoles du <b>1<sup>er</sup> degré public</b>,</p> <p><i>y compris si vous êtes affecté (e) dans un établissement du second degré (professeurs des écoles en SEGPA et EREA)</i></p>	<p><b>DSDEN 04 :</b> 3 av. du Plantas , BP 224-Digne les Bains cedex <a href="mailto:bam04@ac-aix-marseille.fr">bam04@ac-aix-marseille.fr</a></p> <p><b>DSDEN 05 :</b> 12 av. Marechal Fox- BP 1001-Gap cedex <a href="mailto:bam05@ac-aix-marseille.fr">bam05@ac-aix-marseille.fr</a></p> <p><b>DSDEN 13 :</b> 28 bd Charles Nédélec- Marseille cedex 1- <a href="mailto:ce.dpe13-at@ac-aix-marseille.fr">ce.dpe13-at@ac-aix-marseille.fr</a></p> <p><b>DSDEN 84 :</b> 49 rue Thiers – Avignon cedex 4 <a href="mailto:ce.bam84@ac-aix-marseille.fr">ce.bam84@ac-aix-marseille.fr</a></p>
<p style="text-align: center;">AESH</p> <p style="text-align: center;">( en CDI ou CDD )</p> <p> Les déclarations d'accident doivent être adressées dans un délai de 48 h au service concerné.</p>	<p>► <b>Dans les départements 04, 05 et 84 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DSDEN 04 : <a href="mailto:bam04@ac-aix-marseille.fr">bam04@ac-aix-marseille.fr</a></li> <li>▪ DSDEN 05 : <a href="mailto:bam05@ac-aix-marseille.fr">bam05@ac-aix-marseille.fr</a></li> <li>▪ DSDEN 84 : <a href="mailto:ce.bam84@ac-aix-marseille.fr">ce.bam84@ac-aix-marseille.fr</a></li> </ul> <p>► <b>Dans le département 13 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ si votre paye est gérée par la DSDEN : <a href="mailto:ce.dpne13-chef2@ac-aix-marseille.fr">ce.dpne13-chef2@ac-aix-marseille.fr</a></li> <li>▪ Si votre paye est gérée par l'établissement mutualisateur, le lycée Saint Exupéry : Lycée Saint Exupéry Service mutualisateur – Cellule AESH 529 chemin de la Madrague Ville 13326 MARSEILLE Cedex 15 Mails des gestionnaires paye AESH : <a href="mailto:aed13-stex1@ac-aix-marseille.fr">aed13-stex1@ac-aix-marseille.fr</a> lettres noms A à CO <a href="mailto:aed13-stex2@ac-aix-marseille.fr">aed13-stex2@ac-aix-marseille.fr</a> lettres noms CP à GH <a href="mailto:aed13-stex3@ac-aix-marseille.fr">aed13-stex3@ac-aix-marseille.fr</a> lettres noms GI à LA <a href="mailto:aed13-stex6@ac-aix-marseille.fr">aed13-stex6@ac-aix-marseille.fr</a> lettres noms LB à MO <a href="mailto:aed13-stex4@ac-aix-marseille.fr">aed13-stex4@ac-aix-marseille.fr</a> lettres noms MP à RU <a href="mailto:aed13-stex7@ac-aix-marseille.fr">aed13-stex7@ac-aix-marseille.fr</a> lettres RV à Z</li> </ul>



Vous êtes :	Adresser le dossier à :
<p style="text-align: center;">AED (en CDD ou CDI)</p> <p> Les déclarations d'accident doivent être adressées dans un délai de 48 h au service concerné.</p> <p>-</p>	<p><b>Départements 04 :</b></p> <p>S'adresser au <a href="mailto:bam04@ac-aix-marseille.fr">bam04@ac-aix-marseille.fr</a></p> <p><b>Département 05 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ si AED en CDI et à temps complet : s'adresser à la DSDEN 05 : <a href="mailto:bam05@ac-aix-marseille.fr">bam05@ac-aix-marseille.fr</a></li><li>▪ si AED en CDD : s'adresser au lycée D Villars à Gap : <a href="mailto:polepaie05.villars@ac-aix-marseille.fr">polepaie05.villars@ac-aix-marseille.fr</a></li></ul> <p><b>Département 13 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ AED en CDI : s'adresser à la DSEN : <a href="mailto:aedcdi-13@ac-aix-marseille.fr">aedcdi-13@ac-aix-marseille.fr</a></li><li>▪ AED en CDD : s'adresser au lycée Saint Exupéry : Lycée Saint Exupéry Service mutualisateur – Cellule AESH 529 chemin de la Madrague Ville 13326 MARSEILLE Cedex 15</li></ul> <p>Mail gestionnaire paye AED en CDD : <a href="mailto:aed13-stex4@ac-aix-marseille.fr">aed13-stex4@ac-aix-marseille.fr</a></p> <p><b>Département 84 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Si AED en CDI ou avec contrat ≥ 1an et à temps complet : S'adresser à la DSDEN : <a href="mailto:ce.bam04@ac-aix-marseille.fr">ce.bam04@ac-aix-marseille.fr</a></li><li>▪ Pour les AED en CDD avec contrat &lt; 1an ou à temps incomplet : S'adresser au Lycée Philippe de Girard à Avignon : <a href="mailto:ce.0840028Z@ac-aix-marseille.fr">ce.0840028Z@ac-aix-marseille.fr</a></li></ul>