



ACADÉMIE DE TOULOUSE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Secrétariat Général
Pôle des Ressources Humaines
Direction des Personnels Administratifs, Techniques et
d'Expertise - DPATE
Plateforme ANAGRAM - Bureau DPATE1

Toulouse, le 6 octobre 2025

Monsieur le recteur de l'académie de Toulouse

Tél : 05 36 25 77 55
Mél : resp-accidents@ac-toulouse.fr

75, rue Saint Roch CS 87703
31077 TOULOUSE Cedex

A

L'ensemble des personnels de l'académie de Toulouse

S/c de Mesdames et messieurs les directeurs
académiques des services de l'éducation nationale,

Mesdames et messieurs les chefs d'établissement,

Mesdames et messieurs les inspecteurs de l'éducation
nationale,

Mesdames et messieurs les conseillers techniques,

Mesdames et messieurs les directeurs de service,

Objet : Procédure de déclaration d'un accident de service, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle

Références :

- Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat
- Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, 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

Pièces jointes :

- Fiche d'information à destination des agents « Mes démarches – Accidents de service ou de trajet / maladies professionnelles »
- Formulaire de « déclaration accident de service ou de trajet »
- Formulaire de « déclaration de maladie professionnelle »
- Certificat médical « accident de travail maladie professionnelle » et avis d'arrêt de travail

La présente note précise les démarches à accomplir auprès du rectorat (DPATE – Plateforme ANAGRAM) pour les agents souhaitant déposer un dossier d'accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle.

A compter de la rentrée scolaire 2025, les déclarations d'accident ou de maladie sont réalisées sur **Démarche Simplifiée** avec le lien suivant : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-accident-travail-trajet-maladie-pro>

Ou le QR code suivant :



Vous trouverez la documentation relative aux accidents de service, de trajet et maladies professionnelles sur l'**intranet académique**, partie « Ressources humaines » > « Accidents de service, accidents du travail et maladies professionnelles » : [https:// web.ac-toulouse.fr/web/personnels/9325-accidents-de-service-accidents-du-travail-et-maladies-professionnelles.php](https://web.ac-toulouse.fr/web/personnels/9325-accidents-de-service-accidents-du-travail-et-maladies-professionnelles.php)

1) Les définitions

L'**accident de service** est un évènement soudain survenu à une date certaine, dont il résulte une lésion.

Article L822-18 du code général de la fonction publique : « Est présumé imputable au service tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service. »

L'**accident de trajet** est un évènement soudain dont il résulte une lésion et qui s'est produit sur l'itinéraire normal entre votre résidence et votre lieu de travail, ou entre votre lieu de travail et votre lieu de restauration habituel.

Article L822-19 du code général de la fonction publique : « Est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit 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. »

La **maladie professionnelle** résulte de l'exposition prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de votre activité professionnelle.

Article L822-20 du code général de la fonction publique : « Est présumée imputable au service toute maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau. »

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, on parle de **maladie d'origine professionnelle**.

Article L822-20 du code général de la fonction publique (suite) : « Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée par un tableau peut être reconnue imputable au service lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions. Peut également être reconnue imputable au service une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente à un taux déterminé [25%] et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. »

2) Le statut des personnels et la détermination du service de gestion compétent

Relèvent de la **Plateforme ANAGRAM** :

- **Les personnels stagiaires et titulaires** : corps d'inspection, personnels de direction, personnels administratifs, techniques et médico-sociaux, personnels d'éducation et d'orientation, enseignants des 1er et 2nd degrés publics ;
- **Les maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés** ;
- **Les personnels contractuels de droit public bénéficiant d'un contrat d'une durée minimale de 12 mois et exerçant à temps complet** :
 - Délégués auxiliaires et suppléants de l'enseignement privé ;
 - Agents contractuels de droit public, assistants d'éducation (AED), accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH).

Relèvent :

Des collectivités territoriales : les adjoints techniques territoriaux (ex TOS détachés ou intégrés auprès des collectivités territoriales).

De la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du domicile de l'agent :

- Les agents contractuels de droit public nommés pour une durée inférieure à 1 an ou / et à temps partiel ou incomplet.
- Les agents contractuels de droit privé (apprenti par exemple) affectés en EPLE ou dans les services académiques, quelle que soit la quotité de travail et la durée du contrat,

Pour les personnels contractuels, l'agent dispose de 24 heures pour informer de la survenance de l'accident son supérieur hiérarchique et son gestionnaire RH (DPATE4, DPAS, DPE4, DSDEN), puis faire constater médicalement les lésions.

Dès connaissance de l'accident, le service gestionnaire fournit à l'agent une feuille d' « accident du travail ou de maladie professionnelle (formulaire S 6201) » et transmet à la CPAM compétente dans les 48 heures suivant la survenance de l'accident une « déclaration d'accident de travail (formulaire S6200) » ou effectue cette déclaration en ligne sur le site **net-entreprise**. Les formulaires et des informations complémentaires sont accessibles sur le site **Ameli.fr**.

En cas de doute sur le service compétent pour examiner la demande de l'agent, vous pouvez prendre l'attache de la DPATE – Plateforme ANAGRAM au 05 36 25 77 55.

> **L'annexe 1** détaille le service compétent en fonction de votre situation.

3) La déclaration d'un accident ou d'une maladie professionnelle a. Les démarches de l'agent

La déclaration de l'accident ou de la maladie doit être réalisée par l'agent victime. Elle ne saurait être réalisée par le secrétariat de l'établissement ou du service.

L'agent victime d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle doit en **informer dans les plus brefs délais son supérieur hiérarchique**.

A sa demande, un **certificat de prise en charge** peut lui être délivré par la Plateforme ANAGRAM, sous certaines conditions. Ce document, à présenter aux professionnels de santé, permet à l'agent d'être dispensé de l'avance des frais médicaux.

Dans le cadre de la déclaration, les lésions corporelles ou psychiques liées au fait accident doivent être **constatées médicalement par un médecin**. En cas d'incapacité temporaire de travail, il doit transmettre dans un délai de **48 heures** (jours ouvrés) son avis d'arrêt de travail à son supérieur hiérarchique et à son service de gestion des personnels.

Par la suite, l'agent doit transmettre une **déclaration d'accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle** avec les pièces nécessaires à l'examen de son dossier dans les **délais prescrits par le décret** :

- Pour les accidents de service ou de trajet, dans les **15 jours suivant le fait accidentel OU** dans les **15 jours suivant la date de cette constatation médicale** qui doit avoir lieu dans les 2 ans à compter de la date de l'accident ;
- Pour les maladies professionnelles, dans un délai de **2 ans à compter de la première constatation de la maladie OU de la date à laquelle le fonctionnaire est informé du lien entre sa maladie et le service OU à compter de la date d'inscription de la maladie au tableau des maladies professionnelles**.

> **L'annexe 2** présente les pièces à fournir dans le cadre de la déclaration de l'accident de service, de trajet ou

de la maladie professionnelle.

Le **dossier complet** doit parvenir à la DPATE – Plateforme ANAGRAM dans les délais énoncés ci-dessus, via la **Démarche simplifiée** suivante :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-accident-travail-trajet-maladie-pro>

Ou par courrier, à l'adresse :

Rectorat de Toulouse
DPATE – Plateforme ANAGRAM
75 rue Saint Roch
CS87703
31077 Toulouse Cedex 4

Tout dossier incomplet sera classé sans suite.

POINTS D'ATTENTION

- Les services destinataires d'une déclaration (circonscriptions, EPLE...) sont invités à informer l'agent des modalités de déclaration via **Démarche simplifiée** ou par courrier adressé par l'agent.
- La transmission du seul certificat médical initial ou du seul formulaire de déclaration à la DPATE – Plateforme ANAGRAM ne vaut pas dépôt du dossier complet. Par ailleurs, la remise d'un certificat de prise en charge ne vaut pas reconnaissance de la complétude du dossier.
- En prévision d'une éventuelle demande d'allocation temporaire d'invalidité, il est demandé de fournir des témoignages à l'appui à votre déclaration (a minima, la première personne de l'institution informée de votre déclaration).
- La partie « *Description et nature de l'accident* » du formulaire de déclaration doit être rédigée avec précision. En cas de description insuffisamment précise, le dossier ne pourra être instruit.

b. Les démarches du supérieur hiérarchique

Dès que le supérieur hiérarchique a connaissance d'un accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle, il remet à l'agent :

- La **fiche d'information** « Mes démarches - Accident de service, de trajet / Maladie professionnelle », jointe à la présente note ;
- Le **formulaire de déclaration** d'accident de service/trajet ou de maladie professionnelle, que vous trouverez également en pièce jointe.

4) L'instruction de la demande par le service mutualisé des accidents de service et maladie professionnelle

Les dossiers sont instruits dans un délai d'un mois pour les accidents et de deux mois pour les maladies professionnelles à réception du dossier complet.

Un délai supplémentaire de trois mois s'ajoute aux délais, ci-dessus, si l'administration :

- Diligente une enquête administrative,
- Saisit un médecin agréé ou le comité médical départemental.

Dans l'attente de l'instruction de la déclaration par le service compétent, les éventuels arrêts de travail sont saisis en congés de maladie ordinaire.

Au cours de l'instruction du dossier, l'agent doit remplir certaines **obligations** :

- Il est tenu de se rendre aux expertises pour lesquelles il reçoit une convocation. **En cas de refus de se soumettre à l'expertise, le versement de sa rémunération peut être interrompu jusqu'à ce que cette visite soit effectuée.**
- Il transmet les arrêts de travail de prolongation à la Plateforme ANAGRAM. **Il ne doit pas y avoir d'interruption entre les arrêts de travail, même pendant les vacances.**
- Il informe la Plateforme ANAGRAM en cas de **changement de domicile et de toute absence supérieure à 15 jours.**

En cas de déclaration de maladie professionnelle, le **médecin du travail** est obligatoirement saisi dans le cadre de l'instruction.

Lorsque l'instruction est terminée, l'administration informe l'agent, son supérieur hiérarchique et son service de gestion RH, de la suite donnée à sa demande :

- **Si l'imputabilité au service n'est pas reconnue**, les arrêts de travail et soins relèvent de la législation relative à la maladie ordinaire.
- **Si l'imputabilité au service est reconnue**, les frais et honoraires médicaux mentionnés dans la décision sont pris en charge. En cas d'arrêt maladie, un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) rémunéré à plein traitement est mis en œuvre.

Lorsqu'un fonctionnaire est en congé pour invalidité temporaire imputable au service, l'administration peut faire procéder à tout moment à son **examen par un médecin agréé**. Elle fait en outre procéder obligatoirement à cet examen au moins une fois par an au-delà de six mois de prolongation du congé initialement accordé.

5) La sortie du dispositif

Au terme du congé octroyé, l'agent reprend son poste. Il doit **impérativement** transmettre à la DPATE – Plateforme ANAGRAM, un **certificat médical de guérison ou de consolidation** permettant de clore son dossier.

Toute modification dans l'état de santé du fonctionnaire, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison ou de consolidation de la blessure et qui entraîne la nécessité d'un traitement médical, peut donner lieu à un nouveau congé pour invalidité temporaire imputable au service et au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement correspondants. On parle alors de **rechute**.

La rechute est déclarée **dans le délai d'un mois** à compter de sa constatation médicale, dans les mêmes conditions que celles détaillées ci-dessus. **A défaut de transmission dans le délai d'un mois, le dossier sera rejeté.**

La Plateforme ANAGRAM reste à votre disposition pour toute information complémentaire ou précision concernant la procédure relative aux accidents de service, de trajet et maladies professionnelles, aux coordonnées ci-dessous :

DPATE – Plateforme ANAGRAM
resp-accidents@ac-toulouse.fr
 Tel : 05 36 25 77 55

Pour le Recteur et par délégation,
 Pour le Secrétaire général empêché,
 La Directrice des Personnels Administratifs,
 Technique et d'Expertise

Virginie LACABANNE

Annexe 1 : Service à contacter

Je suis...		Je transmets le dossier à...
<p>Personnels stagiaires et titulaires : corps d'inspection, personnels de direction, personnels administratifs, techniques et médico-sociaux, personnels d'éducation et d'orientation, enseignants des 1er et 2nd degrés publics ;</p> <p>Maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés ;</p> <p>Personnels contractuels de droit public bénéficiant d'un contrat d'une durée minimale d'un an <u>et exerçant à temps complet</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délégués auxiliaires et suppléants de l'enseignement privé ; - Agents contractuels de droit public, assistants d'éducation (AED), accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH). 		<p>Rectorat</p> <p>Plateforme des accidents de service, de trajet et maladies professionnelles (ANAGRAM)</p> <p>Sur <u>Démarche simplifiée</u></p>
<p>Personnels bénéficiant d'un contrat de moins d'un an <u>ou exerçant à temps incomplet</u></p> <p>La déclaration doit être adressée dans un délai de 48 heures au service concerné</p>	<p>AESH ou AED</p>	<p>Rectorat - DPAS</p>
	<p>Personnel <u>contractuel</u> enseignant du 1^{er} degré</p>	<p>Ma DSDEN de rattachement</p>
	<p>Personnel <u>contractuel</u> enseignant du 2nd degré</p>	<p>Mon établissement</p>
	<p>Personnel <u>contractuel</u> administratif, technique, sanitaire ou social</p>	<p>Rectorat - DPATE4</p>

Annexe 2 : Pièces à fournir (liste indicative)

		Accident de service	Accident de trajet	Maladie professionnelle
Obligatoire	Formulaire de déclaration d'accident de service- accident de trajet <u>ou</u> de maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Certificat médical Cerfa n°11138 volet 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Témoignage(s) A minima la première personne de l'institution que j'ai informée de mon accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avis d'arrêt de travail, le cas échéant Cerfa n°10170*07 volet 1 à transmettre en cas d'arrêt en lien avec l'accident ou la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emploi du temps visé par mon supérieur hiérarchique Si je suis enseignant du second degré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Attestation sur l'honneur indiquant que le trajet emprunté est bien mon trajet habituel		<input type="checkbox"/>	
	Plan indiquant l'itinéraire Départ (Point A) - Arrivée (Point B) - Endroit exact où s'est produit l'accident (Point C chaussée-trottoir, parties privatives-parties collectives-espace public...)		<input type="checkbox"/>	
Facultatif	Annexes complémentaires Eléments non médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Contrat Si je suis personnel contractuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Constat ou procès-verbal		<input type="checkbox"/>	
	Fiche de poste			<input type="checkbox"/>



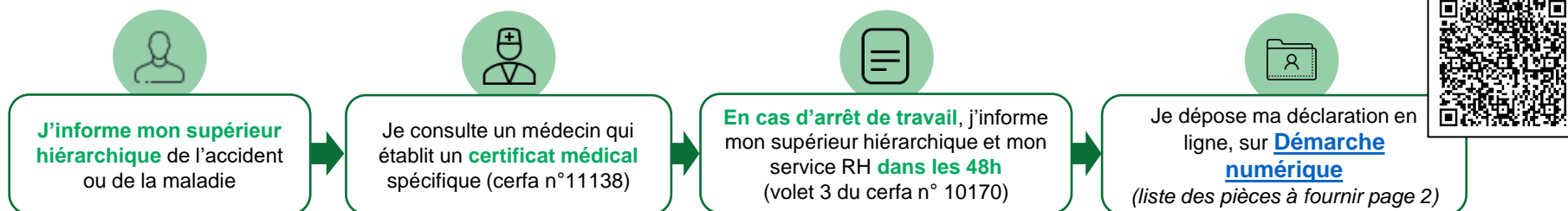
Mes démarches auprès de la Plateforme ANAGRAM

Accidents de service ou de trajet / Maladies professionnelles

A qui transmettre mon dossier, en fonction de ma situation ?

Je suis...		Je transmets le dossier à...
<p>Personnels stagiaires et titulaires : corps d'inspection, personnels de direction, personnels administratifs, techniques et médico-sociaux, personnels d'éducation et d'orientation, enseignants des 1er et 2nd degrés publics ;</p> <p>Maîtres à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés ;</p> <p>Personnels contractuels de droit public bénéficiant d'un contrat d'une durée minimale d'un an <u>et</u> exerçant à temps complet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délégués auxiliaires et suppléants de l'enseignement privé ; - Agents contractuels de droit public, assistants d'éducation (AED), accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH). 		<p>Rectorat</p> <p>Plateforme des accidents de service, de trajet et maladies professionnelles (ANAGRAM)</p> <p>Sur Démarche numérique</p>
<p>Personnels bénéficiant d'un contrat de moins d'un an <u>ou</u> exerçant à temps incomplet</p> <p>La déclaration doit être adressée dans un délai de 48 heures au service concerné</p>	AESH ou AED	Rectorat - DPAS
	Personnel <u>contractuel</u> enseignant du 1 ^{er} degré	Ma DSDEN de rattachement
	Personnel <u>contractuel</u> enseignant du 2 nd degré	Mon établissement
	Personnel <u>contractuel</u> administratif, technique, sanitaire ou social	Rectorat - DPATE4
<p>Je ne relève pas de la Plateforme ANAGRAM : je me renseigne auprès du service ciblé dans ce tableau.</p>		

A Les étapes de ma déclaration d'accident de service, de trajet ou de maladie professionnelle auprès de la Plateforme ANAGRAM



Je dois déposer ma déclaration

Pour un accident de service ou de trajet : **au plus tard 15 jours après la date du certificat médical**

Pour une maladie professionnelle : **au plus tard 2 ans après la date du certificat médical** OU de la date à laquelle je suis informé(e) du lien entre ma maladie et le service



Mes démarches auprès de la Plateforme ANAGRAM

Accidents de service ou de trajet / Maladies professionnelles

A Les documents que je dois fournir pour ma déclaration sur Démarche numérique et l'instruction du dossier par la Plateforme ANAGRAM

! Tout dossier incomplet sera classé sans suite.
L'administration n'effectuera qu'une relance.

Pièces à fournir (liste indicative)

	Accident de service	Accident de trajet	Maladie professionnelle	
Obligatoire	Formulaire de déclaration d'accident de service- accident de trajet <u>ou</u> de maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Certificat médical Cerfa n°11138 volet 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Témoignage(s) A minima la première personne de l'institution que j'ai informée de mon accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avis d'arrêt de travail, le cas échéant Cerfa n°10170*07 volet 1 à transmettre en cas d'arrêt en lien avec l'accident ou la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emploi du temps visé par mon supérieur hiérarchique Si je suis enseignant du second degré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Attestation sur l'honneur indiquant que le trajet emprunté est bien mon trajet habituel		<input type="checkbox"/>	
	Plan indiquant l'itinéraire Départ (Point A) - Arrivée (Point B) - Endroit exact où s'est produit l'accident (Point C chaussée-trottoir, parties privatives-parties collectives-espace public...)		<input type="checkbox"/>	
Facultatif	Annexes complémentaires Eléments non médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Contrat Si je suis personnel contractuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Constat ou procès-verbal		<input type="checkbox"/>	
	Fiche de poste			<input type="checkbox"/>

Au cours de l'instruction de mon dossier

Je transmets, sous 48 heures, à la Plateforme ANAGRAM les **certificats médicaux de prolongation**.

Il ne doit pas y avoir d'interruption entre les certificats, même pendant les vacances.
Je me rends aux **examens prescrits** par mon employeur et **j'informe la Plateforme ANAGRAM d'un changement de domicile et de toute absence supérieure à 15 jours**.
A l'issue de l'instruction, je reçois une décision administrative.

✗ Si l'imputabilité au service n'est pas reconnue

Mes arrêts et soins relèvent de la **législation relative à la maladie ordinaire**.

✓ Si l'imputabilité au service est reconnue

Je bénéficie de la **prise en charge des frais et honoraires médicaux** mentionnés dans la décision. En cas d'arrêt maladie, je bénéficie d'un **congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS)** rémunéré à plein traitement. Je continue à **transmettre à la Plateforme ANAGRAM mes arrêts de travail** en lien avec l'accident ou la maladie.

En cas de mutation en dehors de mon académie d'origine, je prends contact avec le service des accidents de mon administration d'accueil et informe la Plateforme ANAGRAM.

Clôture du dossier

Lorsque mon état de santé est reconnu stabilisé par mon médecin, j'en informe le gestionnaire de mon dossier et lui transmet le certificat médical final.

En cas de rechute

Je fais constater mon état par un médecin et je transmets le certificat médical de rechute au gestionnaire de mon dossier.

Mes contacts : En fonction de la première lettre de mon nom d'usage :

Lettres A / D / N / O resp-accidents@ac-toulouse.fr 05 36 25 77 55

Lettres B / C / P / Q gest-accidents1@ac-toulouse.fr 05 36 25 76 70

Lettres F / M / R à Z gest-accidents2@ac-toulouse.fr 05 36 25 76 53

Lettres E / G à L gest-accidents4@ac-toulouse.fr 05 36 25 76 61

Mes informations en ligne : sur l'intranet académique

<https://web.ac-toulouse.fr/web/personnels/9325-accidents-de-service-accidents-du-travail-et-maladies-professionnelles.php>

« Ressources humaines », puis « Accidents de service, accidents du travail et maladies professionnelles »

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986¹, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.



Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement



INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurte, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

¹ Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, 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



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance / /

N° Sécurité sociale :

Adresse personnelle

.....

Tel personnel Mail personnel

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation

Adresse du service d'affectation

.....

Tel professionnel Mail professionnel

Identité du supérieur hiérarchique (NOM Prénom) :

Mail professionnel du supérieur hiérarchique :

Fonction du supérieur hiérarchique :

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Contractuel (contrat d'au moins un an et temps complet) Catégorie A B C

Corps : Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

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

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Enseignement

Laboratoire Autre (à préciser) :

Accidents de service ou maladies professionnelles antérieurs reconnus : Oui Non

Si oui, indiquer la ou les dates :

.....

.....

.....



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

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

Horaires de travail le jour de l'accident :

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

Lieu précis de l'accident :

.....

.....

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

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

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...*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objet dont le contact a blessé la victime :

.....

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical**

Témoins Oui Non (en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

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

.....
.....

Accident causé par un tiers Oui Non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :

.....
.....

Société d'assurance du tiers (si connu) :

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Témoignages écrits | <input type="checkbox"/> Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers |
| <input type="checkbox"/> Dépôt de plainte | <input type="checkbox"/> Constat amiable |
| <input type="checkbox"/> Ordre de mission | <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Plans (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident) | |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plaie et blessure | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Luxation, entorse, foulure |
| <input type="checkbox"/> Amputation | <input type="checkbox"/> Commotion, traumatisme | <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure |
| <input type="checkbox"/> Empoisonnement, infection | <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade | <input type="checkbox"/> Choc |
| <input type="checkbox"/> Effets de température, de lumière, de radiations | <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations, de la pression | <input type="checkbox"/> Blessures multiples |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | | |

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

Je soussigné (prénom et nom)
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

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

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

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé que vous-même ou votre médecin estimez causée par votre activité professionnelle.

Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986¹, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, une déclaration comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de la maladie ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège de la maladie ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Cette déclaration doit être transmise dans un délai de deux ans à compter de :

- la date de la première constatation médicale de la maladie,
- ou de la date à laquelle vous avez été informé par un certificat médical du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle,
- ou, en cas de modifications des tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale alors que vous êtes déjà atteint d'une maladie correspondant à ces tableaux, de la date d'entrée en vigueur de ces modifications.



Si la maladie entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement



MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE

Article 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

1. Il s'agit tout d'abord des maladies désignées par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.
2. Peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle, les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par l'exercice des fonctions et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux).
3. Une maladie ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles peut également être reconnue imputable au service s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

COMMENT COMPLÉTER LE FORMULAIRE

Désignation, numéro et titre du tableau de maladie professionnelle : se reporter au certificat médical.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

Lieu d'exposition au risque : indiquer le ou les lieux d'exposition en précisant pour chaque lieu la période d'exposition (du ... au ...)

Fiche d'exposition au risque (Article L. 4163-1 du Code du travail) : fiche de suivi établie par un employeur lorsqu'une activité professionnelle expose à certains facteurs de risques ou fiche individuelle d'exposition spécifique (amiante, activités exercées en milieu hyperbare, exposition aux rayonnements ionisants ou rayonnements optiques artificiels).

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

N'hésitez pas à fournir toutes précisions qui pourraient vous apparaître utiles

¹ Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, 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

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical
DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance / /

N° Sécurité sociale :

Adresse personnelle

.....

Tel personnel Mail personnel

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation

Adresse du service d'affectation

.....

Tel professionnel Mail professionnel

Identité du supérieur hiérarchique (NOM Prénom) :

Mail professionnel du supérieur hiérarchique :

Fonction du supérieur hiérarchique :

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Contractuel (contrat d'au moins un an et temps complet) Catégorie A B C

Corps : Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

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

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Enseignement

Laboratoire Autre (à préciser) :

Accidents de service ou maladies professionnelles antérieurs reconnus : Oui Non

Si oui, indiquer la ou les dates :

.....

.....

.....

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale), de rechutes ou lorsqu'il survient des lésions nouvelles qui n'avaient pas été mentionnées sur le certificat initial.

Vous devez compléter les renseignements concernant la victime et l'employeur à l'aide des informations fournies par la victime.

Si l'état de la victime nécessite un arrêt de travail, vous devez également compléter l'imprimé "avis d'arrêt de travail", le présent formulaire ne permettant pas la prescription d'un arrêt de travail.

Vous adressez directement les **volets 1 et 2** sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du code de la sécurité sociale).

Le **volet 3** est à remettre à la victime.

❶ Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement. Il peut s'agir de la date d'établissement du certificat.

❷ Eléments justifiant la date de la première constatation médicale :

Si cette date est différente de la date d'établissement du certificat, indiquez les éléments vous permettant de la déterminer : la date de prescription d'un examen médical, la date du premier arrêt de travail en lien avec la pathologie, la date de début de l'ALD : en rapport avec la pathologie, et préciser si possible, le nom du médecin ayant constaté les lésions ou symptômes.

❸ Constatations détaillées :

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés, la latéralité le cas échéant.

Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

❹ Conséquences prévisibles :

Indiquez si des soins sont nécessaires ainsi que leur durée prévisible.

Ces données, informatives, ne conditionnent pas le droit à remboursement de la victime.

❺ Conclusions :

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les **volets 1 et 2** sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le **volet 3**.

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

 initial nouvelle(s) lésion(s)
 final rechute
Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L.441-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.461-9 du code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :numéro d'immatriculation :

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de son adresse habituelle) :

code postal :

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

s'agit-il :

d'un accident de travail ?

date :

ou

d'une maladie professionnelle ?

date de la première constatation médicale :

voir notice ¹Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : voir notice ²

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, latéralité le cas échéant, séquelles fonctionnelles) voir notice ³

- **conséquences prévisibles** voir notice ⁴

soins prévisibles jusqu'au

date :

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice ⁵

guérison

date :

consolidation avec séquelles

date :

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure

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

identifiant

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date :

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

initial nouvelle(s) lésion(s)
 final rechute

Volet 2, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures
(service administratif)

(articles L.441-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.461-9 du code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation :

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de son adresse habituelle) :

code postal :

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

s'agit-il :

d'un accident de travail ?

date :

ou

d'une maladie professionnelle ?

date de la première constatation médicale :

voir notice ¹

Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : voir notice ²

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, latéralité le cas échéant, séquelles fonctionnelles) voir notice ³

- **conséquences prévisibles** voir notice ⁴

soins prévisibles jusqu'au

date :

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice ⁵

guérison

date :

consolidation avec séquelles

date :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

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

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date :

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial nouvelle(s) lésion(s)
 final rechute

Volet 3, à conserver
par la victime
(à apporter lors de
chaque consultation)

(articles L.441-6, L.461-5, R.441-7, R.441-10, R.441-16 et R.461-9 du code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :numéro d'immatriculation :

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de son adresse habituelle) :

code postal :

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence :

s'agit-il :

d'un accident de travail ?

date :

ou

d'une maladie professionnelle ?

date de la première constatation médicale :

voir notice ¹Éléments justifiant le choix de la date de première constatation médicale (à remplir uniquement en cas de certificat médical initial) : voir notice ²

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, latéralité le cas échéant, séquelles fonctionnelles) voir notice ³

- **conséquences prévisibles** voir notice ⁴

soins prévisibles jusqu'au

date :

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) voir notice ⁵

guérison

date :

consolidation avec séquelles

date :

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

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

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date :

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

avis d'arrêt de travail

Notice à destination du praticien

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous sont remises avec les avis d'arrêt de travail.

EXCEPTION : En cas d'arrêt lié à un accident de travail ou une maladie professionnelle, il vous revient d'adresser directement l'avis au médecin conseil de la caisse dont relève votre patient.

1 Dispositions relatives aux affections de longue durée :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

2 Dispositions relatives à l'assurance maternité :

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire de 14 jours au titre de l'assurance maternité.

3 Dispositions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle reconnue ou non ainsi que la date présumée de l'accident ou de la maladie.

Pour rappel, lorsque l'arrêt est en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle, vous adressez directement l'avis d'arrêt de travail au service médical de la caisse d'affiliation de votre patient.

4 Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties, et dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

5 Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire

Si pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "oui". Dans ce cas, l'assuré(e) n'a pas à respecter les heures de présence à domicile. Vous devez justifier cette dispense exceptionnelle à la rubrique "éléments d'ordre médical".

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

6 Activité(s) autorisée(s)

Vous devez indiquer explicitement la nature de l'activité autorisée et préciser la date à compter de laquelle elle est autorisée.

7 En application des articles L.321-1 et L.433-1 du Code de la sécurité sociale, si vous estimez que la reprise d'une activité est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de votre patient ou est de nature à lui permettre de recouvrer un emploi compatible avec son état de santé, vous pouvez prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique ou un travail aménagé.

Vous devez indiquer la date de début et la date de fin de l'arrêt à temps partiel ou du travail aménagé.

Pour les travailleurs(eus) indépendant(e)s, un arrêt de travail à temps complet indemnisé doit précéder immédiatement la reprise du travail à temps partiel.

En revanche, l'exigence d'un arrêt de travail à temps complet, précédant immédiatement la reprise à temps partiel, n'est pas opposable aux assurés(e)s travailleurs(eus) indépendant(e)s atteint(e)s d'une affection mentionnée à l'art. L.324-1 dès lors que l'impossibilité de poursuivre le travail à temps complet procède de cette affection et que l'(les) intéressé(es) ont déjà observé un arrêt à temps complet antérieurement indemnisé au titre de cette affection.

Nota bene : L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'un travail aménagé n'est pas prévue pour une profession indépendante.

8 En application de l'article L.321-1-1 du code de la sécurité sociale, en cas de décès d'un enfant ou d'une personne à charge de l'assuré, avant l'âge de 25 ans, le premier arrêt de travail prescrit pour incapacité de continuer ou de reprendre le travail dans les 13 semaines qui suivent la date du décès est exonéré du délai de carence appliqué pour le paiement des indemnités journalières de l'assurance maladie.

Si l'arrêt de travail que vous prescrivez répond à ces conditions, vous devez cocher la case correspondante sur les volets 1 et 2 de l'imprimé.

9 Eléments d'ordre médical :

L'article L.162-4-1, 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale impose la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, en cas de dispense exceptionnelle, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire. Pour préciser les éléments d'ordre médical, vous pouvez soit reporter la codification du motif médical en vous référant à la liste qui figure sur le site internet "www.ameli.fr" ou sur la fiche transmise par votre caisse, soit reporter en toutes lettres ces éléments.

avis d'arrêt de travail

Botice

à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("l'assuré(e)" et "l'employeur"), puis selon votre situation :

• **Si vous êtes salarié(e) ou travailleur(euse) indépendant(e) ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.**

* si vous êtes salarié(e), adressez le volet 3 à votre employeur et faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur,

* si vous êtes travailleur(euse) indépendant(e), **conservez** le volet 3.

• **Si vous êtes fonctionnaire ①**

Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.

• **Si vous êtes non salarié(e) agricole ①**

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** **Conservez** le volet 3.

• **Si vous avez plusieurs activités ①**

Cochez les cases correspondantes.

• **Si vous êtes sans emploi ①**

Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.

Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** Adressez le volet 3 au pôle emploi.

En cas d'envoi tardif, y compris dans le cadre de l'indemnité journalière, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

• **Accident causé par un tiers ②**

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

• **Prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie ③**

La prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant **sauf dans les cas** qui est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.

En dehors de ces cas, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

Dans tous les cas, le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.

IMPORTANT : Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans :

- dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

En effet, le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal ville n° téléphone

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e) fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice 2)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date : non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de retraite ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation
autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone

adresse e.mail :

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au []-en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)

- en cas de [] inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : []

sans rapport* en rapport* avec un décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès : []

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée (voir notice 3)

sorties autorisées : oui à partir du [] non (voir notice 4)

sorties sans restriction : oui à partir du [] (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui à partir du [] non (voir notice 6)

• et prescrit un arrêt de travail aménagé pour raison médicale du [] au [] (voir notice 7)

sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP : []

** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien
(nom et prénom)

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

