



DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Conformément aux dispositions des articles 47 – 1 à 47 – 20 du décret n°86-442 du 14 mars 1986, vous devez transmettre
au bureau des accidents de service,

Par courrier **DSDEN de l'Ain,** **ou par courriel** **ce.ia01-diper@ac-lyon.fr**
DIPER
10 rue de la paix
BP 404
01012 Bourg En Bresse

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 initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1, 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'évènement 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 (heurt, 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 aigüe, 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.



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Document à transmettre par voie postale à la DSDEN de l'Ain, DIPER - 10 rue de la Paix - BP 404 - 01012 Bourg en Bresse ou par courriel à l'adresse ce.ia01-diper@ac-lyon.fr
N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle volet n°1

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 :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

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

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident :

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*)

- 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 habituel 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...*) :

Objet dont le contact a blessé la victime :

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)

Témoignages écrits Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Dépôt de plainte Constat amiable Ordre de mission Bulletin d'hospitalisation

Plans (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ (D) et l'arrivée (A), le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)

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 Brûlure, 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) :

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

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 1986, vous devez transmettre

Par courrier **DSDEN de l'Ain** **ou par courriel** **ce.ia01-diper@ac-lyon.fr**
DIPER
10 rue de la Paix
BP 404
01012 Bourg en Bresse

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 CONTRACTEES 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 COMPLETER 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 inscrite au code de la sécurité sociale : à préciser par votre médecin.

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

Document à compléter et à transmettre par voie postale à la DSDEN de l'Ain – DIPER – 10 rue de la Paix – BP 404 – 01012 Bourg en Bresse
ou par courriel à l'adresse : ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

N'oubliez pas de joindre un certificat médical initial accident du travail maladie professionnelle
volet n°1

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Adresse Personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel personnel :

COORDONNEES ADMINISTRATIVES

Nom du service d'affectation :

Adresse du service d'affectation :

Téléphone professionnel : Courriel professionnel :

STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT

public privé sous contrat Non enseignant Enseignant 1er degré 2nd degré

Stagiaire Titulaire Contractuel 12 mois à temps plein

Catégorie : A B C

Corps : Grade :

Spécialité :

Quotité de travail : Jours travaillés : L M M J V S

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

Activité habituelle :

Bureau Atelier / Terrain Enseignement Laboratoire

Autre (à préciser) :

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...*)

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

Indiquez 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

Attestation de témoins éventuels : OUI NON

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

Pièces jointes : Certificat médical obligatoire Témoignages

Fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels

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)*

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)

LE NOUVEAU CADRE RÉGLEMENTAIRE DES ACCIDENTS DE SERVICE ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

NOTICE EXPLICATIVE DESTINÉE A L'AGENT

Références réglementaires : - Article 21 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983
- Décret n°2019-122 du 21 février 2019 relatif au congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) dans la fonction publique de l'Etat

1 – Qui est concerné ?

Cette notice s'adresse à tous les personnels titulaires et non titulaires à temps plein, bénéficiaires d'un contrat de 12 mois gérés par le rectorat de Lyon ou par les DSDEN de l'Ain, de la Loire ou du Rhône.

Tous les agents qui sont affectés dans l'enseignement supérieur sont gérés par les universités ou les grandes écoles.



- Pour les AED ayant un contrat avec un EPLE, la décision est prise par l'établissement employeur et les factures prises en charge par l'établissement mutualisateur.
- Les personnels non titulaires bénéficiaires d'un contrat inférieur à 1 an et/ou à temps incomplet sont pris en charge par la CPAM.

2 – Comment faire ma déclaration d'accident de service, de trajet, de mission ou de maladie professionnelle ?

Un dossier accident de service ou maladie professionnelle est constitué de 2 pièces :

- **Une déclaration** d'accident de service ou de maladie professionnelle **remplie, signée et datée par l'agent.**
- **Un certificat médical initial original volet 1** établi de préférence le jour même ou le lendemain de la date de l'accident et indiquant la nature et le siège des lésions ainsi que la durée probable de l'arrêt de travail et / ou des soins.

La déclaration d'accident est à transmettre au service des accidents de services et maladies professionnelles **dans un délai maximal de 15 jours à compter de la date de l'accident**, le cachet de la poste faisant foi ou par courriel. Si ces délais prévus à l'article 47-3 du décret n°86-442 du 14 mars 1986,

n'ont pas été respectés par l'agent et s'il ne peut justifier d'un cas de force majeure, d'impossibilité absolue et de motifs légitimes, la déclaration d'accident sera rejetée.



Le dossier accident de service et maladie professionnelle ne transite plus par l'établissement de l'agent et il n'est plus revêtu du visa du supérieur hiérarchique.

L'agent adresse directement son dossier constitué de la déclaration et du certificat médical initial volet n°1 original au service de gestion, soit par voie postale, soit par courriel.

Comme pour un congé maladie ordinaire, l'agent adresse impérativement dans les 48 h à son établissement d'affectation ou à son IEN de circonscription le volet n°2 certificat médical accident du travail - maladie professionnelle.

3 - Auprès de quel service dois-je transmettre ma déclaration ?

Enseignant du premier degré public, selon mon département d'affectation

DSDEN de l'Ain
DIPER
10 rue de la Paix
BP 404
01012 Bourg-en-Bresse
ce.ia01-diper@ac-lyon.fr

DSDEN de la Loire
Gestion des ressources humaines
11 rue des Docteurs Charcot
42100 Saint Etienne
ce.ia42-diatos@ac-lyon.fr

DSDEN du Rhône
DPA 2
21 rue Jaboulay
69309 Lyon cedex 07
ce.ia69-dpa2@ac-lyon.fr

Pour tous les autres personnels enseignants et non enseignants de l'académie

Rectorat de l'académie de Lyon
DBF 4
92 rue de Marseille BP 7227
69354 Lyon cedex 07
dbf4@ac-lyon.fr

4 - La prise en charge des frais et honoraires médicaux

Dès que votre supérieur hiérarchique aura connaissance de l'accident, il pourra vous délivrer un « certificat de prise en charge » des frais d'accident afin de vous éviter d'en faire l'avance auprès des prestataires de santé (médecin, hôpital, pharmacien, auxiliaires médicaux...). Les frais seront directement payés aux différents prestataires par l'administration.

Si vous avez avancé des frais et que l'accident est reconnu imputable, ils vous seront remboursés.

Il vous faudra joindre :

- l'(les)original(aux) de(s) la facture(s) acquittée(s)
- Une copie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Une copie du livret de famille
- Un relevé d'identité bancaire ou postal

Vous ne devez envoyer aucune demande de remboursement à votre caisse de sécurité sociale ou à une mutuelle. **La carte vitale ne doit pas être utilisée.**



Le « certificat de prise en charge » n'engage pas l'administration quant à l'imputabilité de l'accident. En conséquence, s'il s'avère suite à l'instruction du dossier, que l'accident n'est pas reconnu imputable au service, l'agent devra payer les frais engagés directement aux prestataires de santé.

5 - Dans quel délai l'administration doit-elle prendre une décision ?

En cas d'accident de service, de trajet ou de mission

L'administration doit se prononcer : **dans un délai de 1 mois** à compter de la date de réception du dossier complet.
dans un délai de 4 mois à compter de la date de réception du dossier complet, s'il y a la nécessité de diligenter une expertise médicale auprès d'un médecin agréé ou en cas d'enquête administrative pour la production de pièces complémentaires.

En cas de maladie professionnelle

L'administration doit se prononcer : **dans un délai de 2 mois** à compter de la date de réception du dossier complet et si la maladie professionnelle est inscrite aux tableaux du code de la sécurité sociale.
dans un délai de 5 mois à compter de la date de réception du dossier complet, s'il y a la nécessité de diligenter une expertise médicale auprès d'un médecin agréé ou en cas d'enquête administrative pour la production de pièces complémentaires.

6 - La période durant laquelle je suis en congé d'invalidité temporaire imputable au service (CITIS)

La notification, par l'administration, d'une décision reconnaissant l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie, place l'agent en situation de CITIS (congé d'invalidité temporaire imputable au service).

L'agent perçoit, durant cette période, l'intégralité de son traitement, de l'indemnité de résidence, du supplément familial de traitement ainsi que des primes et indemnités afférentes à son grade et à l'échelon auquel il est parvenu.

Comme indiqué dans la partie 4, les frais de santé sont tous ceux qui sont réalisés pour traiter les conséquences sur l'état de santé de l'agent de l'accident ou de la maladie dont il est atteint, à la double condition :

- que ces conséquences soient effectivement rattachées à l'accident ou à la maladie reconnu imputable au service.
- que ces frais soient directement liés au traitement de ces conséquences.

Ces frais sont pris en charge dès que la décision de placer l'agent en CITIS est prise. Lorsque l'agent a engagé de tels frais dans l'attente de la décision de l'administration, ils lui sont alors remboursés.

Les frais sont pris en charge jusqu'à ce que l'agent soit guéri ou consolidé.



* Au-delà d'une période de 6 mois de CITIS, l'agent peut être convoqué pour une expertise auprès d'un médecin agréé et il ne peut pas s'y soustraire.

* Lorsqu'un fonctionnaire est en CITIS depuis plus de 12 mois consécutifs, son poste peut être déclaré vacant.

7 – Je sors du CITIS

La stabilisation de l'état de santé de l'agent peut prendre différentes formes :

- guérison totale avec retour à l'état antérieur à l'accident ou la maladie.
- consolidation, ou guérison partielle avec des séquelles liées à l'accident ou la maladie.

- incapacité permanente de continuer toute fonction.

La consolidation correspond à un état de santé stabilisé qui a atteint un stade auquel il ne peut plus s'améliorer et ne nécessite plus de soins en dehors de soins d'entretien visant à ce qu'il ne se dégrade pas.

En conséquence, lorsque l'agent est guéri ou que les lésions résultant de l'accident de service, de l'accident de trajet ou de la maladie professionnelle sont stabilisées, le fonctionnaire transmet un certificat final de guérison ou de consolidation. Un médecin agréé mandaté par l'administration pour expertiser un agent peut produire aussi ce type de conclusions.



Il peut arriver qu'un agent en CITIS développe une pathologie qui n'est pas en lien avec l'accident ou la maladie professionnelle. L'agent peut être déclaré guéri ou consolidé et rester en congé maladie ordinaire au titre de cette nouvelle pathologie.

La déclaration de rechute :

La rechute d'un accident se caractérise par la récurrence ou l'aggravation subite et naturelle de l'affection initiale après sa consolidation, sans intervention d'une cause extérieure.

La déclaration de rechute est effectuée par l'agent dans les mêmes conditions qu'une déclaration initiale. A partir de la constatation médicale, le délai de transmission de la déclaration auprès de l'administration est de 1 mois.



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

L'inaptitude définitive : reclassement et retraite pour invalidité :

- Lorsque la stabilisation de l'état de santé de l'agent conduit à un constat d'inaptitude permanente et définitive à continuer d'exercer ses fonctions, le fonctionnaire est reclassé si son état de santé lui permet d'exercer des fonctions relevant d'un autre grade ou corps de la fonction publique de l'Etat.
- Lorsque l'agent est définitivement inapte à toutes fonctions et à tout reclassement, il est radié des cadres et admis à la retraite pour invalidité.



Le constat d'inaptitude définitive peut intervenir dans le cadre d'une contre visite sur demande de l'employeur à tout moment ou de l'expertise annuelle obligatoire au-delà de 6 mois de CITIS.

8 – Je suis en mobilité

Accident ou maladie pendant la mobilité :

Si un agent a un accident ou une maladie pendant sa mobilité, et, pour la maladie, si elle est liée à l'activité professionnelle exercée pendant cette mobilité, **il doit faire une déclaration auprès de son employeur d'accueil** qui prendra en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS ainsi que les frais et honoraires médicaux liés à l'accident ou à la maladie.

Accident ou maladie avant la mobilité :

- Si la maladie survient pendant sa mobilité et si elle est liée à son activité professionnelle antérieure à cette mobilité, sa déclaration est à faire auprès de son employeur d'accueil qui prendra l'attache de l'employeur auprès duquel il exerçait ses fonctions à l'origine de sa maladie. Au terme de l'instruction, si l'imputabilité au service de cette maladie est reconnue, l'employeur d'accueil prend la décision de reconnaissance et prend en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS, ainsi que les frais et honoraires médicaux.

- En cas d'accident, il convient d'appliquer les mêmes règles.



Dans ces deux cas, les délais d'instruction seront de 5 mois pour la maladie et de 4 mois pour l'accident.

Rechute liée à un accident ou une maladie reconnu par un autre employeur :

Si l'agent a été victime, avant sa mobilité et en tant que fonctionnaire, d'un accident ou d'une maladie reconnu imputable au service, il peut, en cas de rechute durant sa mobilité, bénéficier d'un CITIS.

Sa déclaration sera à transmettre à son employeur d'accueil qui prendra l'attache de l'employeur ayant pris en charge l'accident ou la maladie. Au terme de l'instruction, si la rechute est reconnue imputable à l'accident ou la maladie d'origine, son employeur d'accueil le placera en CITIS et prendra en charge les arrêts de travail éventuels au titre du CITIS ainsi que les frais et honoraires médicaux.



Dans ce cas, les délais d'instruction seront de 5 mois pour la maladie et de 4 mois pour l'accident.

Mobilité dans un emploi ne conduisant pas à une pension :

En cas d'accident ou de maladie durant une période de disponibilité, l'agent ne peut pas bénéficier des dispositions de l'article 21 bis de la loi du 13 juillet 1983.