Action	Nom, Prénom ou groupe de travail	Fonction	Service	Date
Rédaction	Groupe de travail			
Validation				
Vérification	Service Qualité			

1 – OBJET

Cette procédure s'adresse à l'ensemble des professionnels du CHU-GHSR victimes de situations traumatisantes issues des actes et faits de violence sur son lieu de travail. Cette procédure peut s'appliquer aux personnels des prestataires externes, intérimaires, voire étudiants stagiaires.
Elle a pour objet d'informer la victime sur les démarches à entreprendre, les personnes à rencontrer et les possibilités de recours.
Ce document ne présente pas d'informations exhaustives car chaque cas est un cas particulier et exceptionnel. Toutes les réponses seront donc apportées lors des différents entretiens avec les personnes ou services cités dans le cadre de la présente procédure.

2 – DOMAINE D'APPLICATION

Domaine d'application

- Principalement : personnel du CHU-GHSR (contractuel, stagiaire, titulaire, médecin)
- Subsidiairement : personnel des prestataires externes, intérimaire, étudiants stagiaires, …)

Destinataires du document

- Tous les services

3 – DOCUMENTATION

Documents de référence

- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (art.6-5 ; art.11)
- Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 (Art. L. 222-13 du Code Pénal)

Documents associés

- Certificat médical – Accident du travail (cerfa n°11138*02)
- Déclaration Accident du Travail
- Rapport hiérarchique d'accident
- Attestation de témoin oculaire
- Formulaire de demande de protection juridique

4 – TERMINOLOGIE

CMI : Certificat Médical Initial
AT : Accident du travail
CMI – AT : Certificat Médical Initial _ Accident du travail
FSEI : Fiche de Signalement des Evénements Indésirables

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

CADRE RESERVE A LA DRH

Référence de dossier (à rappeler dans toute correspondance)

Année	AT	MATRICULE AGENT
	AT	

5 – DESCRIPTION

J'applique cette procédure si je suis victime de :

1. **Injures et violences verbales**
2. **Violences physiques et menace d'atteinte aux personnes et aux biens**
   - Sur une personne exerçant une mission de service public
   - Sans ITT (en l'absence de certificat médical)
   - Avec ITT
     - Inférieur à 8 jours (mais avec circonstances aggravantes)
     - Supérieur à 8 jours
   - En flagrant délit (si l'auteur est sur place, il convient d'appeler l'Hôtel de Police de Saint-Pierre au 02 62 35 72 50 ou au 17)
   - Viol (circuit : médecin, police, plainte)

   Note : En tout état de cause, il convient absolument de préserver les traces et les indices, voire les témoignages (noms et coordonnées, photos avec appareil photo numérique ou téléphone portable de la victime, des vêtements, etc.)
3. **Harcèlement moral et sexuel**

5.1. **J'INFORME** l'encadrement (le jour J – dans les premières 24 heures)

Dans tous les cas, prévenir le supérieur hiérarchique ou son remplaçant :

- Pendant les heures et jours « ouvrables » :
  - le cadre de l'unité pour les services de soins
    ou
  - Le responsable de service pour le personnel des services administratifs, logistiques et techniques
- En dehors des heures et jours « ouvrables » :
  - Le cadre de garde ou l'administrateur de garde

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

CADRE RESERVE A LA DRH

Référence de dossier (à rappeler dans toute correspondance)

Année	AT	MATRICULE AGENT
	AT	

Le rôle du supérieur hiérarchique ou son remplaçant :
Dans les plus brefs délais après l'agression, un entretien a lieu avec le cadre et/ou son suppléant, ceux-ci sont chargés :

- Ecouter la personne agressée si son état le permet
- Evaluer la situation (niveau de gravité) et le niveau d'impact (victime, services, institution. En fonction du niveau de gravité et de l'impact alerter la Direction des soins et la Direction Générale
- Mettre en place une cellule psychologique d'écoute (*defusing*) avec l'unité de psychotraumatologie
- Rappeler à la ou les victimes la procédure de prise en charge des victimes de violence
- L'accompagner dans les démarches à suivre : FSEI, déclaration d'AT, rapport circonstancié, RDV médecine du travail, RDV psychologue du personnel.
- Mettre en place un groupe de parole avec l'équipe concernée
- Tracer l'évènement critique

5.2. **JE CONSULTE** un médecin (le jour J – dans les premières 24 heures)

Immédiatement après l'agression :

- L'agent doit se faire examiner par un médecin de son choix ou se rendre au service des URGENCES. Le médecin établit un certificat descriptif des blessures et mentionne l'ITT préconisée sur le volet bleu qui servira de certificat médical initial d'accident de travail (CMI-AT).

Note :

1. *Le certificat médical doit mentionner :*
   - *mon identité*
   - *mon témoignage*
   - *la description précise de mes blessures, lésions ou traumatismes subis et leur compatibilité avec mes déclarations*
   - *les conséquences physiques et psychologiques des blessures constatées (nombre de jours ou de mois d'incapacité totale de travail)*
2. *L'incapacité totale de travail ou ITT, c'est la période pendant laquelle je ne peux pas vivre normalement. Elle est évaluée par le médecin mais* ***ce n'est pas un arrêt de travail.*** *Elle est nécessaire pour mesurer le préjudice subi et l'indemnisation éventuelle.*

- La consultation avec le service de consultation psychotraumatologie et/ou la psychologue du personnel est laissée à votre appréciation.

Urgences (24H-24H)
☎ : poste 5-52 14
Consultation de Psychotraumatologie
☎ : poste 5-48 81
(Permanence téléphonique du lundi au vendredi de 8H à 16H)
Psychologue du personnel
☎ : 02 62 35 95 22
(Jeudi matin, Vendredi toute la journée et Samedi matin)

5.3. **JE PORTE PLAINTE** (le jour J – dans les premières 24 heures)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

CADRE RESERVE A LA DRH

Référence de dossier (à rappeler dans toute correspondance)

Année	AT	MATRICULE AGENT
	AT	

Porter **plainte** est un droit de l'agent, auquel nul ne peut faire obstacle. Toutefois, il est possible de relater les faits :

- Sur une déclaration de main courante à l'HOTEL DE POLICE
- Sur un procès-verbal de renseignement judiciaire à la GENDARMERIE

Dans tous les cas, l'agent victime mentionne l'adresse du CHU-GHSR, à savoir :

Avenue François Mitterrand, Terre Rouge

POUR LES AGENTS DU SITE DE SAINT PIERRE

Où aller ?
Hôtel de Police de St Pierre
Qui demander ?
L'Officier de Permanence du service de quart
A quel numéro ?
02 62 35 72 50
A quel moment ?
24H/24 et 7J/7

Note : les agents victimes, peuvent, préalablement, appeler le service de quart pour indiquer qu'ils viendront porter plainte.

POUR LES AGENTS DES SITES PERIPHERIQUES :
AU POSTE DE GENDARMERIE LE PLUS PROCHE

Site de Cilaos	74 rue du Père Boiteau **02 62 31 70 39**
Site de St Louis	41, rue Père Laporte 97421 RIVIERE SAINT LOUIS **02 62 39 00 22**
	20, avenue Docteur Raymond Vergès 97450 SAINT LOUIS **02 62 45 82 82**
Site de St Joseph	7, Rue Roland Garros 97480 SAINT JOSEPH **02 62 56 50 12**
Site du Tampon	167 r Hubert Delisle 97430 LE TAMPON **02 62 27 00 08**
CMP/EA	Poste de gendarmerie le plus proche

IMPORTANT : Il est nécessaire que je récupère le procès verbal de dépôt de plainte pour faire valoir mes droits statutaires à la protection fonctionnelle (cf. : 5.5)

5.4. JE DECLARE mon Accident du Travail (dans les 48 heures après l'accident)

- Je transmets à la DRH le CMI-AT le plus rapidement possible.
- Après avoir reçu de la part du supérieur hiérarchique le formulaire de déclaration d'accident (Annexe 1A) et l'attestation de témoin oculaire (Annexe 1C) et après les avoir renseignés, je les transmets à la DRH.
- Je transmets à la DRH les certificats de prolongation-AT.
- J'appelle le service de santé au travail pour leur signifier la situation et prends un rendez-vous pour une consultation de reprise.

Service de santé au travail : ☎ :02 62 35 90 39

Si besoin, l'assistante sociale du personnel se tient à ma disposition pour m'accompagner dans ses démarches.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

CADRE RESERVE A LA DRH

Référence de dossier (à rappeler dans toute correspondance)

Année	AT	MATRICULE AGENT
	AT	

Assistante Sociale du personnel : ☎ : poste 5-97 04

Rôle de l'assistante sociale :

- Elle évalue, accompagne et oriente la victime dans les démarches administratives et sociales
- Elle se situe dans un rôle d'interface « employeur/employé »
- Elle informe la victime sur ses droits et ses devoirs

Rôle du cadre :

- Il remet les Annexes 1A et 1C à l'agent.
- Il renseigne le rapport hiérarchique (Annexe 1B) après réception des Annexes 1A et 1C remplies par l'agent.

5.5. JE DEMANDE la protection juridique (art. 11 de la loi de 1983)

- Je récupère auprès du cadre le formulaire de demande de protection juridique et je le remplis. Ne pas oublier d'y annexer impérativement la copie du procès verbal de dépôt de plainte.

- J'adresse ces deux documents à Monsieur Le Directeur du CHU-GHSR par lettre recommandée avec accusé de réception.

Nota : la protection juridique me donne droit à la prise en charge de mes frais d'avocats dès que je reçois l'avis à victime en vue d'une convocation en audience. Pour plus d'informations, s'adresser à :

Attaché d'Administration Hospitalière DRH : ☎ (5- 4872).

5.6. JE CONSULTE avant la reprise

- Je consulte mon médecin traitant qui me délivre un Certificat Médical Final-AT

- Avant la reprise de mon activité professionnelle, je confirme mon rendez-vous avec le service de santé au travail pour une « visite de reprise suite à un accident du travail ».

Service de santé au travail : ☎ : 02 62 35 90 39

*Nota : la visite de reprise est **obligatoire**, car elle permet au médecin du travail de donner un avis sur mon aptitude au poste de travail.*

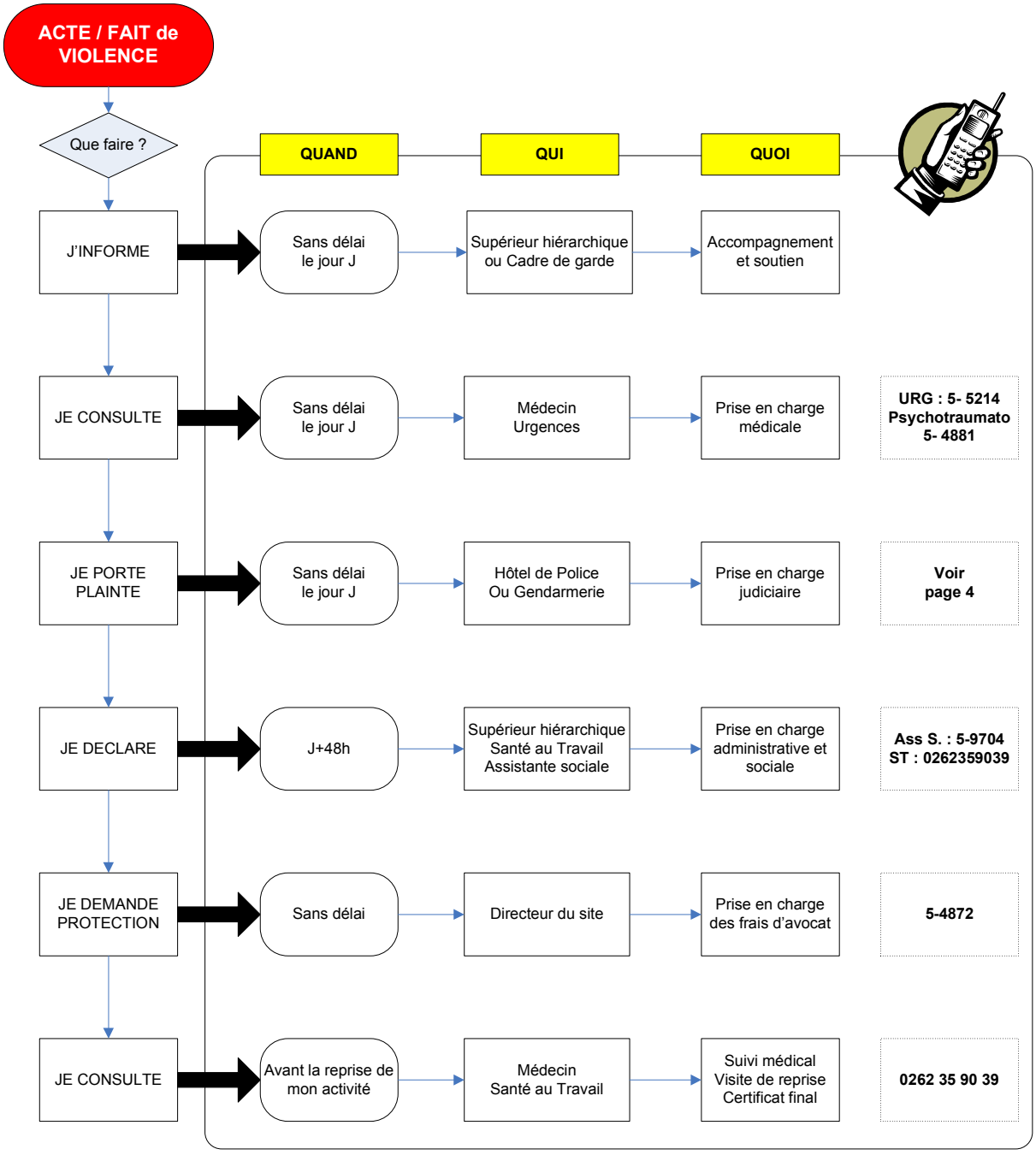
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

CADRE RESERVE A LA DRH

Référence de dossier (à rappeler dans toute correspondance)

Année	AT	MATRICULE AGENT
	AT	

6 – ANNEXES : LOGIGRAMME



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

CADRE RESERVE A LA DRH

Référence de dossier (à rappeler dans toute correspondance)

Année	AT	MATRICULE AGENT
	AT	

Annexe 1 (A)

DECLARATION D'ACCIDENT

TITULAIRE – STAGIAIRE

ACCIDENT DE TRAVAIL/SERVICE ACCIDENT DE TRAJET

A faire parvenir au gestionnaire D.R.H. 1, dans les 48 H qui suivent l'accident, et après information du cadre. Au delà, expliquer le motif de votre déclaration tardive.

EMPLOYEUR

- Site, Pôle et Service
- NOM et qualité du cadre du secteur d'activité
- Numéro de poste

VICTIME

- Immatriculation sécurité sociale
- Date de naissance
- NOM
- NOM de jeune fille
- Prénoms :
- Adresse personnelle et Numéro de POSTE
- Grade
- Date de stagiairisation
- Poste occupé
- Activité habituelle de l'agent (bureau, laboratoire, atelier, etc.)

- Ancienneté dans le poste

- Formations suivies en rapport avec le poste (joindre, éventuellement, copie des attestations de formation)
    - o
    - o
    - o
    - o

- Equipements de protection individuelle en rapport avec le poste
    - o
    - o
    - o

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

- Date et heure de l'accident
- Information du cadre le
- Dépôt de la déclaration au gestionnaire DRH. le
- En cas de déclaration tardive de votre part au-delà des 48 h, expliquer
- Préciser le jour de la semaine
- Horaires de travail habituel
- Horaires de travail le jour de l'accident
- Lieu de l'accident

- L’accident est-t-il survenu au cours d’une mission ?
    - Réunion
    - Formation
    - Autre

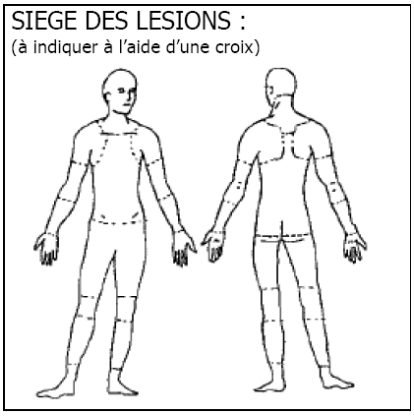
  S’il s’agit d’une mission ponctuelle, joindre un justificatif.

- L’accident a été cause par un tiers responsable oui non

Si oui, précisez le NOM, prénom, adresse et compagnie d’assurance du tiers (si possible)

- Circonstances détaillées de l’accident (expliquer dans le détail votre accident)

- Nature et siège des lésions : Joindre le Certificat Médical Initial (CMI) de votre médecin traitant ou, à défaut, un bulletin de situation en cas d’hospitalisation ou de passage aux urgences.



- Témoins oculaires

Si oui, joindre l’attestation de témoignage (Annexe 2) avec copie recto-verso de la pièce d’identité, dès que possible au gestionnaire DRH 1.

- NOM
- Prénom
- Adresse

- Numéro de GSM

- En l'absence de témoins oculaires, indiquer les NOM, Prénom et numéro de téléphone de la 1ère personne avisée à remettre dès que possible au gestionnaire DRH 1.

- Un PV de police ou de gendarmerie a été établi oui non

  Indiquer, si possible, le numéro de PV

- Avez-vous déjà été victime d'un ou plusieurs accidents antérieurs ?
  Si oui, préciser.

- En cas d'un accident de trajet :
  1. Quel est votre moyen de locomotion le jour de l'accident ?

  2. Il y a eu un constat d'accident de circulation oui non
     Si oui, fournir une copie du constat ; Si non, fournir un schéma explicatif (joindre, éventuellement un plan de votre trajet).

  3. Quel est le temps nécessaire pour parcourir ce trajet ?

  4. Le trajet a été détourné ou interrompu oui non
     Si oui, pour quel motif ?

DECLARATION SUR L'HONNEUR DE L'AGENT

Je soussigné, (NOM et prénoms) ……, certifie sur l'honneur l'exactitude des causes et des circonstances de l'accident et sollicite le bénéfice des dispositions relatives à l'article 41 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
Je suis informé qu'en application du décret n°2000-1277 du 26 décembre 2000, toute fausse déclaration exposera son auteur à des sanctions pénales.

Fait à ……le ……

Signature de l'agent

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

CADRE RESERVE A LA DRH

Référence de dossier (à rappeler dans toute correspondance)

Année	ATF	MATRICULE AGENT
	ATF	

RAPPORT HIERARCHIQUE
ACCIDENT - FONCTIONNAIRE ET STAGIAIRE
(A REMPLIR PAR LE CADRE EXCLUSIVEMENT)

TITULAIRE – STAGIAIRE

ACCIDENT DE SERVIVE ACCIDENT DE TRAJET

A faire parvenir au gestionnaire D.R.H. 1, le plus rapidement possible.

- NOM PRENOM
- Site et service
- Numéro de poste
- Agent concerné
- Date et heure de l'accident
- Lieu de l'accident
- Horaires de travail habituel (joindre copie du planning, éventuellement)
- Horaires de travail le jour de l'accident
- Circonstances détaillées de l'accident (expliquer dans le détail le fait accidentel)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

- Avez-vous été prévenu de l'accident ? oui non

Si oui, indiquez quand ? et par qui ?

- Y-a-t-il eu des témoins occulaires ? oui non

Dans l'affirmative, indiquez de qui il s'agit ?

- Décrivez les tâches habituellement effectuées par l'agent victime :

- Avez-vous des réserves éventuelles ainsi que des commentaires sur l'accident (à remplir uniquement en cas de doute, sinon indiquer « Néant »).

Fait à ……Le ……

Signature et cachet

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

Annexe 1 (C)

ATTESTATION DU TEMOIN QUI A VU L'ACCIDENT SE PRODUIRE

(Joindre impérativement une photocopie recto/verso de la Carte Nationale d'Identité)

****

NOM et Prénom de la victime

Date de l'accident

Heure de l'accident

****

Je soussigné(e) : NOM Prénoms

Adresse

Profession

ATTENTION : Le témoignage doit être le compte rendu loyal, sincère et véritable tel qu'il s'est déroulé. Il ne doit pas être une interprétation, mais l'exposé des faits.
Sachant que l'attestation pourra être utilisée en justice, et connaissance doit être prise des dispositions de l'article L. 441-7 du Code pénal, réprimant l'établissement d'attestation faisant état de faits matériellement inexacts, ci-après rappelées :

"Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts".

(Cet extrait du Code pénal doit être écrit, ci-dessous, entièrement de votre main)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Vous avez VU l'accident se produire ***oui*** ***non***

Si oui, dans ce cas, répondez par une phrase courte à chacune des questions suivantes :

IMMEDIATEMENT AVANT L'ACCIDENT

Où vous trouviez-vous par rapport à la victime ?

Que faisiez-vous exactement ?

Quelles personnes étaient présentes dans le secteur ? Que faisaient-elles ?

AU MOMENT PRECIS DE L'ACCIDENT

Qu'avez vous **VU** exactement au moment où l'accident s'est produit ?

IMMEDIATEMENT APRES L'ACCIDENT

Qu'a fait la victime ?

Qu'avez vous fait ?

Qu'ont fait les tiers ?

A …….. LE……

Signature du témoin oculaire

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

VOLET à conserver par l'agent

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE D'ACCIDENT OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE AUTORISANT LE BENEFICE DU TIERS PAYANT EN MATIERE DE FRAIS ET SOINS MEDICAUX

(A remplir obligatoirement lors de la délivrance)

Lorsqu'un accident a eu lieu, l'attestation est remise à l'agent par la DRH. La victime parallèlement établit la déclaration d'accident (Annexe 1-A).
Cette attestation est également remise par la DRH lorsque l'agent déclare une maladie professionnelle (Annexe 2-A).
Cette attestation est conservée par l'agent. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical, au pharmacien et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée.
En cas de rechute d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, ou si nécessaire en cas de poursuite de soins, la DRH délivre à l'agent, sur sa demande, une nouvelle attestation.

IDENTIFICATION DE LA VICTIME N°: - MATRICULE-AT-MP-

NUMERO D'IMMATRICULATION SECURITE SOCIALE :
NOM PATRONYMIQUE :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

CHR-Site du GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
BP 350
97448 SAINT-PIERRE CEDEX
0262 359030
Numéro SIRET : 269741179 00015
Code APE : 8610 Z

ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE

Accident du travail
En date du :
Rechute du :

Maladie professionnelle
Certificat médical initial en date du :
Rechute du

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT

A remplir par l'agent si les autres volets de cette attestation sont complets avant la fin des soins.
Je demande le renouvellement de cette attestation de prise en charge :

Date **Signature**

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

VOLET à remettre au médecin

RELEVE DES HONORAIRES MEDICAUX N°……...-MATRICULE-AT-MP

Accident du ou maladie professionnelle en date du :
NOM et PRENOM de la victime :

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

Je soussigné, déclare que pour l'accident ou la maladie professionnelle concernant la victime ci-dessus référencée, les actes médicaux ci-dessous ont été dispensés et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ils s'élèvent à la somme globale de …… €.
Je vous prie de trouver mes coordonnées bancaires (RIB ci-joint).
Fait à ……. le …….

Cachet et signature du praticien

NOTES D'HONORAIRES

Date des actes médicaux	Actes effectués (lettre-clef et coefficient)	I.K.	D.E.	Montant des honoraires	Exécution des ordonnances Montant de la facture
				TOTAL	

Adresser votre note d'honoraire à la :
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES du CHR-GHSR
BP 350
97448 SAINT-PIERRE CEDEX
0262 359030

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

VOLET à remettre au pharmacien

RELEVE DES PRESCRIPTIONS PHARMACEUTIQUES N°…….-MATRICULE-AT-MP

Accident du ou maladie professionnelle en date du :
NOM et PRENOM de la victime :

CADRE RESERVE AU PHARMACIEN

Je soussigné, déclare que pour l'accident ou la maladie professionnelle concernant la victime ci-dessus référencée, les fournitures pharmaceutiques prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été délivrées et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ils s'élèvent à la somme globale de …… €.
Je vous prie de trouver mes coordonnées bancaires (RIB ci-joint).
Fait à ……. le …….

Cachet et signature du pharmacien

RELEVE RECAPITULATIF DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES

Ordonnance du :	Exécutée le :	Montant :
	TOTAL	

Adresser votre récapitulatif de frais à la :
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES du CHR-GHSR
BP 350
97448 SAINT-PIERRE CEDEX
0262 359030

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

VOLET à remettre à l'auxiliaire médical

RELEVE DES HONORAIRES DE L'AUXILIAIRE MEDICAL
N°……..-MATRICULE-AT-MP

Accident du ou maladie professionnelle en date du :
NOM et PRENOM de la victime :

CADRE RESERVE A L'AUXILIAIRE MEDICAL

Je soussigné, déclare que pour l'accident ou la maladie professionnelle concernant la victime ci-dessus référencée, les soins prescrits médicalement par les ordonnances et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ils s'élèvent à la somme globale de …… €.
Je vous prie de trouver mes coordonnées bancaires (RIB ci-joint).
Fait à ……. le …….

Cachet et signature de l'auxiliaire médical

NOTES D'HONORAIRES

Date des soins médicaux	Désignation de l'acte médical dispensé	I.K.	Lettre de coefficient	Décompte de l'auxiliaire médical
			TOTAL	

Adresser votre note d'honoraire à la :
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES du CHR-GHSR
BP 350
97448 SAINT-PIERRE CEDEX
0262 359030

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

Notice explicative à l'attention de l'agent victime d'un accident et demandant la reconnaissance d'une maladie professionnelle

Sous quel délai dois-je déclarer ?

- Accident : 48H à compter de l'évènement
- Maladie professionnelle : dès que possible à compter de la production du certificat médical initial de maladie professionnelle

Auprès de qui ?

- Accident :
  - Informer le cadre par tous moyens (ex. par téléphone, par mail, etc.)
  - Produire la déclaration (Annexe 1 (A) à récupérer dans votre service) au gestionnaire DRH 1, ou à défaut mettre dans la boîte aux lettres
- Maladie professionnelle : produire la déclaration (Annexe 2 (A) à récupérer auprès de votre service) au gestionnaire DRH 1, ou à défaut mettre dans la boîte aux lettres

J'ai des témoins ? Leur faire remplir l'Annexe 1 (C)

ATTENTION : En cas d'accident, ne pas oublier de produire, dès que possible, le certificat médical initial d'accident de travail délivré par votre médecin traitant, ou à défaut le bulletin de situation en cas d'hospitalisation ou attestation de passage aux urgences.

Comment remplir la déclaration ? L'assistante sociale du personnel, **Corinne PAYET (poste 5-9704)** se tient à votre disposition pour remplir les documents déclaratifs et constituer votre dossier.

La prise en charge de mes frais et soins ? En accident, comme en maladie professionnelle, votre gestionnaire DRH 1 vous remettra une ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ET DES SOINS MEDICAUX, dont vous conserverez le premier volet.

En cas de prolongation d'arrêt ou de rechute ? En informer immédiatement le cadre par tous moyens et produire le certificat de prolongation ou de rechute correspondant au gestionnaire DRH (ou boîte aux lettres).
En cas de convocation à l'expertise médicale demandée par l'administration ? Elle est impérative et pourrait aboutir à une suspension de votre traitement en cas de non présentation sans motif valable de votre part (sur justificatif et adressé avec un écrit à la DRH).
En cas de reprise des fonctions suite à arrêt de travail ? Adresser le certificat médical de reprise à votre gestionnaire DRH 1, le plus rapidement possible, afin de planifier, si nécessaire une visite de reprise auprès du médecin du travail.

ATTENTION : A l'issue de prolongations d'arrêts et/ou de soins, n'oubliez pas de demander à votre médecin traitant de vous délivrer un certificat médical final descriptif faisant état d'une guérison ou d'une consolidation. Vous adresserez ce document, le plus rapidement possible, à votre gestionnaire DRH.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION
Groupe Hospitalier Sud Réunion

Notice explicative à l'attention du cadre hiérarchique suite à un accident et une demande de reconnaissance de maladie professionnelle (FONCTIONNAIRE ou STAGIAIRE)

En cas d'événement consécutif à un accident ? Vous devez être informé par l'agent victime par tous moyens (ex. téléphone, mail, etc.)

Sous quel délai dois-je adresser mon rapport hiérarchique ?

- Accident : 48H à compter de l'information par l'agent (ex. téléphone, mail, etc.)
- Maladie professionnelle : dès que possible (sous 8 jours maximum) à compter de la demande écrite adressée par la DRH

A qui dois-je adresser le rapport hiérarchique ?
A la DRH par courrier interne.

ATTENTION : NE PAS FAIRE REMPLIR L'IMPRIME PAR L'AGENT !

En cas de prolongation d'arrêt ou de rechute ? Vous devez être informé par l'agent par tous moyens.
En cas de convocation à l'expertise médicale chez un médecin agrée par la DRASS de votre agent, et demandée par l'administration ? Elle est impérative et pourrait aboutir à une suspension de son traitement en cas de non présentation sans motif valable de sa part.

ATTENTION : EN TOUT ETAT DE CAUSE, VOUS DEVEZ L'AUTORISER A S'ABSENTER A TITRE EXCEPTIONNEL POUR S'Y RENDRE (CODE CLEPSYDRE :AAE).

En cas de reprise des fonctions suite à arrêt de travail ?
Au-delà de 8 jours d'arrêts en cas d'accident ou quelque soit le nombre de jours d'arrêts en cas de maladie professionnelle, l'agent ne doit pas reprendre ses fonctions sans être passé au préalable par une visite de reprise obligatoire auprès du médecin du travail.
Comment décrypter la fiche d'aptitude délivrée par le médecin du travail ? Elle a un caractère impératif et inéluctable. 4 cas de figure :

1. L'agent est apte : il reprend ses fonctions sur son poste
2. L'agent est apte avec restrictions (ou réserves) : il reprend ses fonctions sur son poste aménagé pour tenir compte des restrictions (ou réserves). En cas d'ambiguïté sur le contenu des restrictions (ou des réserves), ne pas hésiter à demander un complément d'informations au médecin du travail par écrit (adresser une copie à la DRH).
3. L'agent est inapte temporairement à son poste avec proposition de reclassement : un changement d'affectation, à titre provisoire, doit être envisagé sur un autre poste le temps de l'inaptitude. A ce titre, se rapprocher de la médecine du travail pour la confirmation d'aptitude à la nouvelle affectation ainsi que de la DRH pour la validation.
4. L'agent est inapte définitivement :
    a. A son poste : La procédure de reclassement statutaire est alors déclenchée et la recherche de reclassement doit être effective. A défaut de reclassement possible, envisager la procédure de radiation des cadres.
    b. A tous postes : la procédure de radiation des cadres est alors déclenchée aboutissant à une mise à la retraite pour invalidité.

Date

Monsieur Le Directeur du CHU-GHSR
BP 350
97448 Saint-Pierre Cedex

Objet: Demande de protection juridique (article 11 de la Loi du 13 juillet 1983)

P.J. : Procès-verbal de dépôt de plainte, avis à victime

PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION

Monsieur le Directeur,

Je fais suite à :

Résumer les faits.

Aussi, je vous prie de bien vouloir m'accorder la protection fonctionnelle prévue par l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

A cet égard, je vous adresse, ci-joint, copie du dépôt de plainte/avis à victime.

Dans cette attente, je vous prie de croire, **Monsieur le Directeur**, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signature de l'agent