

académie
Grenoble



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Savoie
éducation
nationale



Division du 1^{er} Degré

Bureau 311

Affaire suivie par :
Sonia MAISTRE

Téléphone
04.79.69.16.36
Télécopie
04 79.69.90.39

Mél :
sonia.maistre@ac-grenoble.fr

131 avenue de Lyon
73018 Chambéry Cedex

site internet
<http://ia73.ac-grenoble.fr>

Chambéry, le 15 octobre 2015

L'Inspecteur d'Académie
-Directeur Académique
des Services de l'Éducation Nationale de la
Savoie

à

Mesdames et Messieurs les inspecteurs de
l'éducation nationale,
Mesdames et Messieurs les directeurs d'écoles

Objet : Accident de service, de travail ou de trajet et maladie professionnelle

Je porte à votre connaissance la circulaire relative aux accidents de service, de travail et de trajet, et aux maladies professionnelles applicable pour l'année scolaire 2015/2016.

Elle s'adresse au personnel enseignant en qualité de titulaire et de stagiaire, ainsi qu'au personnel non titulaire ayant un contrat de travail de 12 mois au minimum et une quotité de service de 100%.

Les autres personnels relèvent du régime général de la sécurité sociale y compris les AED et les AVS. La déclaration est à saisir sur le site internet AMELI.fr.

1- DEFINITION DE L'ACCIDENT DE SERVICE

L'accident de service doit résulter d'un événement provoquant une lésion constatée, pendant les heures de travail ou lors d'une activité prévue par la hiérarchie ou enfin lors d'un trajet domicile-travail.

La relation de cause à effet entre l'accident et le service doit être établie de manière précise et certaine. Il appartient à la victime d'un accident d'apporter la preuve formelle de cette imputabilité en démontrant l'existence d'un lien indiscutable entre la ou les lésions constatées et l'accident lui-même.

2- DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

L'agent victime d'un accident doit prévenir son supérieur hiérarchique et faire établir un certificat médical par un médecin dans les meilleurs délais. Ce délai peut, en effet, faciliter la détermination du lien de causalité entre l'accident et le service.

• COMPOSITION DU DOSSIER

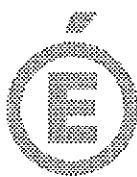
Le dossier se compose :

- d'un formulaire de déclaration d'accident

Cette pièce doit obligatoirement comporter la date, le cachet et la signature de l'IEN.

- d'un certificat médical initial (CERFA bleu)

Il indique le nom, l'adresse et le tampon du médecin, ainsi que les lésions occasionnées par l'accident. Ce certificat est établi par le praticien dans les 48h00 suivant l'accident.



2/3

Pour un accident survenu lors d'un stage, d'une sortie pédagogique ou d'une activité socio-éducative, le dossier doit contenir en plus du formulaire et du certificat, les documents suivants :

- pour un stage : la **convocation** précisant le lieu, le nombre de jours et l'objet de la convocation
- pour une autre activité : l'**ordre de mission** ou l'**autorisation du supérieur hiérarchique**.

Il appartient au supérieur hiérarchique de remettre, à l'accidenté le **certificat de prise en charge des soins**, qui le dispense de faire l'avance des frais engagés par les conséquences de l'accident. Ceux-ci sont pris en charge sur la base de 100% du tarif sécurité sociale. Cette prise en charge ne sera effective qu'après la reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service.

Tout dossier incomplet sera retourné.

La circulaire, la déclaration d'accident et le certificat de prise en charge sont téléchargeables sur le site internet de la DSDEN 73 : <http://www.ac-grenoble.fr/ia73/spip/> Espace des Personnels, puis Rubrique Service médical et social en faveur du personnel, Accident de service.

Un guide des accidents de service, de travail ou de trajet, à l'attention des personnels, est disponible sur le site internet de l'académie.

(http://www.ac-grenoble.fr/admin/spip/IMG/pdf/action_soc/Guide_type_AT_MEN.pdf)

• ENVOI DU DOSSIER

Le dossier complet (formulaire de la déclaration d'accident et certificat médical du médecin) doit être envoyé à la :

Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de la Savoie
Division du 1^{er} degré –Bureau des Affaires médicales, à l'attention de Madame Sonia MAISTRE
131 avenue de Lyon
73018 CHAMBERY CEDEX

Les dossiers sont ensuite examinés par le bureau des affaires médicales.

La reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service ou au trajet est prise par un arrêté d'imputabilité, sur décision de Monsieur le Directeur académique. L'imputabilité reconnue permet à l'accidenté de bénéficier des dispositions prévues à l'article 34.2, 2^{ème} alinéa de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, c'est-à-dire :

- le maintien de l'intégralité du traitement jusqu'à la reprise du service ou la mise à la retraite,
- le remboursement des honoraires médicaux et des frais directement causés par l'accident.

Avant toute décision de reconnaissance d'imputabilité, le Directeur académique peut demander, au préalable, un diagnostic d'un médecin expert. En revanche, pour toute décision de rejet d'imputabilité, le Directeur académique doit solliciter l'avis de la Commission de réforme.

3. SUIVI DU DOSSIER

• CERTIFICAT MÉDICAL

Postérieurement à la déclaration initiale, les documents à fournir sont :

- le **certificat de prolongation** de soins ou d'arrêt de travail.

Attention, les prolongations doivent se suivre sans interruption et couvrir les périodes de vacances, les week-end et les jours fériés ;

- le **certificat médical final**, à l'issue de la période d'arrêt de travail ou de soins, indiquant la date de guérison ou de consolidation avec ou sans séquelles.



3/3

- **DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE APRÈS ACCIDENT DE SERVICE**

Deux mois avant la date envisagée de reprise de fonction, la demande de réintégration à temps partiel pour raison thérapeutique, après un accident de service, doit être transmise à la Division du 1^{er} degré – Bureau des Affaires médicales. Elle est obligatoirement soumise à l'avis d'un médecin expert et à celui de la Commission de réforme. Elle est limitée à six mois, renouvelable une fois.

- **CONGES POUR CURE THERMALE AU TITRE D'ACCIDENT DE SERVICE**

Il n'y a pas de congé spécifique pour une cure thermale. En raison de son caractère préventif, elle est effectuée durant une période de congé annuel.

La demande de prise en charge d'une cure thermale est donc adressée à la Division du 1^{er} degré - Bureau des Affaires médicales au moins trois mois avant la date prévue de départ en cure en indiquant précisément la période.

L'accord de l'administration n'est donné qu'après avoir recueilli l'avis du médecin expert.

- **DECLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE**

La maladie professionnelle se distingue de l'accident de service par l'exposition plus ou moins prolongée à un risque physique, chimique, biologique ou qui résulte des conditions exercées durant l'activité professionnelle.

Un guide pratique des maladies professionnelles, ainsi que le formulaire de déclaration à l'attention des personnels, sont disponibles sur le site internet de l'académie.

(http://www.ac-grenoble.fr/admin/spip/IMG/pdf/maladie/Guide_maladies_professionnelles.pdf)

Pour le Recteur et par délégation,
L'Inspecteur d'Académie – Directeur académique
des services de l'éducation nationale de la Savoie

Frédéric GILARDOT

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Année scolaire 2015-2016

Je soussigné (e)

M, Mme,

Fonction

certifie que

M, Mme,

a été victime d'un accident de service le ____ / ____ / 20__

L'intéressé (e) : *rayez la mention inutile*

- fonctionnaire (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2)
- maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat, relève des articles L712-1 et L712-3 du 1^{er} alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005 (article 31).

Fait à, le ____ / ____ / 20__

Signature et timbre du Directeur d'école

NB : Ce certificat est remis à l'intéressé à titre provisoire. Il ne lie pas l'Administration qui statuera sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art.L432-3 du code de la Sécurité Sociale)

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

⇒ Les demandes de remboursement (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) sont à transmettre uniquement au service suivant :

Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de la Savoie
DIV 1 – Affaires médicales Mme MAISTRE
131, avenue de Lyon
73000 CHAMBERY

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner à Sonia MAISTRE au 04.79.69.16.36.

⇒ Les demandes de remboursement doivent être accompagnées des originaux des prescriptions, des factures, du numéro SIRET et d'un relevé d'identité bancaire mentionnant l'adresse du praticien.

⇒ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

Date de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| | Heure de l'accident : |_|_| h |_|_|

Date d'affectation dans le poste occupé au moment de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

HORAIRES DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT :

Matin	Après-midi	Soir
de h à h	de h à h	de h à h
de h à h	de h à h	de h à h

QUOTITE DE SERVICE :

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

.....
.....

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT (*environnement : salle de cours, bureau, escalier, laboratoire etc..., tâche exécutée, geste effectué*) :

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

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET :

Joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- le trajet suivi le jour de l'accident,
- le point de départ D et le point prévu pour l'arrivée A,
- le lieu de l'accident X,
- le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ? OUI NON

- heure de départ du domicile : |_|_| h |_|_|

- heure à laquelle l'accidenté commence d'habitude son travail : |_|_| h |_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile ? OUI NON

- heure de départ du lieu de travail : |_|_| h |_|_|

- heure à laquelle l'accidenté termine d'habitude son travail : |_|_| h |_|_|

L'accident est-il survenu sur le trajet du lieu de travail au lieu de repas habituel ? OUI NON

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ?.....

Combien de temps dure le trajet : |_|_| h |_|_|

Si le trajet a été détourné, motifs :

Si le trajet a été interrompu, motifs :

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? AVANT APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

.....

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé par l'administration) :

Nom et prénom du tiers :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance :

.....

N°de police :

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un constat amiable a-t-il été établi ? OUI NON

Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable.

NATURE DE L'ACCIDENT :

chute de personne chute d'objet manutention heurt (meuble...)

projection explosion agression contact

glissade exposition, rayonnement accident de la voie publique

autre :

Élément matériel associé à l'accident (machine, outil, outil à main, véhicule, etc...) :

.....

LES BLESSURES OU LESIONS APPARENTES SONT LES SUIVANTES :

.....

.....

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS :

Joindre obligatoirement un certificat médical initial original décrivant les lésions et établi dans les 24 ou les 48 heures qui ont suivi l'accident.

sans arrêt de travail

avec arrêt de travail

décès immédiat

SIEGE DES LESIONS (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

Tête

Visage

Yeux

Dent(s)

Membre supérieur :
sauf main :
épaule, bras, coude,
avant bras, poignet

Membre inférieur :
sauf pied :
hanche, cuisse,
genou, jambe,
cheville

Tronc :
cou, colonne
vertébrale, thorax,
bassin, abdomen

Autre lésion

Main :
pouce, autre doigt

Pied

Lésions multiples

.....

NATURE DES LESIONS (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

<input type="checkbox"/> affection respiratoire	<input type="checkbox"/> dermite	<input type="checkbox"/> gelure	<input type="checkbox"/> luxation
<input type="checkbox"/> amputation	<input type="checkbox"/> douleur	<input type="checkbox"/> hernie	<input type="checkbox"/> plaie-piqûre
<input type="checkbox"/> asphyxie	<input type="checkbox"/> écrasement	<input type="checkbox"/> inflammation	<input type="checkbox"/> traumatisme interne
<input type="checkbox"/> brûlure	<input type="checkbox"/> eczema	<input type="checkbox"/> intoxication	<input type="checkbox"/> traumatisme psychologique
<input type="checkbox"/> cervicalgie	<input type="checkbox"/> électrisation / électrocution	<input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire	<input type="checkbox"/> trouble auditif
<input type="checkbox"/> commotion	<input type="checkbox"/> entorse	<input type="checkbox"/> lésion psychologique	<input type="checkbox"/> trouble sensoriel
<input type="checkbox"/> contusion	<input type="checkbox"/> état anxio-dépressif	<input type="checkbox"/> lésion neurologique	<input type="checkbox"/> trouble visuel
<input type="checkbox"/> corps étranger	<input type="checkbox"/> fracture	<input type="checkbox"/> lumbago et sciatique	<input type="checkbox"/> lésions multiples
<input type="checkbox"/> Autre :			

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ? OUI NON (Remplir la rubrique 1 ou 2 obligatoirement) :

1) Dans l'affirmative, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déposition(s) datée(s) et signée(s) avec nom(s), prénom(s), fonctions, adresse(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date

Signature du/des témoins :

2) Dans la négative, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre l'attestation de la première personne à laquelle l'accident a été signalé en indiquant ses coordonnées :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Préciser la date et l'heure à laquelle la victime a signalé l'accident à la personne signataire).

Date

Signature

L'agent a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents de service ou du travail ou d'une ou de plusieurs maladies professionnelles ? OUI NON Si oui :

	1 ^{er} accident ou MP	2 ^{ème} accident ou MP	3 ^{ème} accident ou MP
Date			
Incapacité partielle permanente en %			
Etablissement d'affectation lors de l'accident : académie/nom/adresse			

Je soussigné(e), (nom et prénom de l'agent)
sollicite le bénéfice des dispositions :

1) pour les agents stagiaires ou titulaires : de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

2) pour les maîtres et documentalistes en fonction dans les établissements privés liés à l'Etat par contrat : des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, applicables au regard de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005,

3) pour les agents non titulaires : du décret n°86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale.

Fait à, le | | | | | | | |

Signature de l'agent

Fait à, le | | | | | | | |

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

En cas de réserve sur l'accident, établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments.