

ANNEXE 3

DÉCLARATION 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 37-1 à 37-20 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, 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 À 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 (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

CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER À 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.

DÉCLARATION 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

Tél. personnel E-mail personnel

Coordonnées employeur

Collectivité / Établissement public :

Adresse de l'employeur :

Personne à contacter :

Téléphone : Adresse e-mail

Statut et catégorie de l'agent

☐ Stagiaire ☐ Titulaire Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Emploi : Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

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

Activité habituelle :

☐ Bureau ☐ Atelier/terrain ☐ Police municipale

☐ École/crèche ☐ 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 | ☐ Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail |
| ☐ Lieu de télétravail | |
| ☐ 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 :

.....

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 et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)

☐ Autres (à préciser) :

Période d'arrêts de travail

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail? Oui Non

Arrêt de travail du* au Reprise d'activité le

* Joindre les certificats médicaux

Vous pouvez vous aider des tables de codification en page 6 et choisir pour chaque rubrique, dans les listes déroulantes, le code et la désignation qui correspondent.

FILIÈRE DE L'AGENT

CIRCONSTANCES

LIEU

TÂCHE EXERCÉE LORS DE L'ACCIDENT

ÉLÉMENT MATÉRIEL

NATURE DES LÉSIONS

SIÈGE DES LÉSIONS

Latéralité agent : ☐ Gaucher ☐ Droitier

Lésions : ☐ Gauche ☐ Droite

Je soussigné(e) (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)

Vu par l'employeur le
Cachet

CODIFICATION

FILIERE DE L'AGENT		LIEU		SIÈGE DES LÉSIONS	
A	Administrative	A	Locaux Techniques	1	Région crânienne
T	Technique	B	Restauration	2	Face (sauf nez et bouche)
C	Culturelle	C	Parties communes	3	Nez
S	Sportive	D	Voie publique	4	Bouche (sauf dent)
M	Sociale	E	Locaux administratifs	5	Dents
O	Médico-sociale	F	Complexe sportif	6	Appareil auditif
E	Médico Technique	G	Domicile d'un tiers	7	Cou (sauf vertèbres cervicales)
P	Sécurité	H	Cimetière	8	Yeux
R	Incendie et secours	I	Ecole / Crèche / Centre de Loisirs	9	Epaule
N	Animation	J	Bâtiment annexe	10	Bras
CIRCONSTANCES		K	Parc / jardin / espace vert / forêt	11	Coude
A	Véhicule	L	Déchetterie	12	Avant-bras
B	Déplacement	TÂCHE EXERCÉE LORS DE L'ACCIDENT		13	Poignet
C	Manipulation	A	Travail Administratif	14	Main : index et / ou pouce
ÉLÉMENT MATÉRIEL		B	Restauration scolaire	15	Main : paume et dos
A	Chute / glissade plein pied	C	Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel	16	Main : autres doigts
B	Chute / glissade avec dénivellation	D	Formation / mission	17	Dos (sauf colonne vertébrale)
C	Effort de soulèvement/ faux mouvement/ manipulation de charge	E	Entretien des espaces verts	18	Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
D	Outil à main / machine / appareil	F	Voirie / chantier	19	Colonne vertébrale : cervicales
E	Objet ou masse en mouvement	G	Collecte et traitement ordures ménagères	20	Colonne vertébrale : dorsolombaire
F	Véhicule et engin en mouvement	H	Traitement des eaux / assainissement / Electricité	21	Colonne vertébrale : sacrococcygien
G	Contact : projection de sang – urine- produits biologiques ou toxiques	I	Circulation (locaux /voie publique)	22	Bassin
H	Agression / morsure / violence	J	Accueil / surveillance / contrôle	23	Abdomen
I	Rayonnement / radiation	K	Activité funéraire	24	Thorax
J	Gaz / liquide / vapeur sous pression	L	Incendie / secours et autres interventions	25	Organes génitaux
K	Incendie / explosion	M	Activité physique et sportive	26	Hanche
L	Électricité	N	Animation / enfance	27	Cuisse
M	Manipulation outil / instrument coupant – piquant - tranchant	O	Transport de personnes ou marchandises	28	Genou
N	Pas d'élément matériel	P	Intervention spécialisée	29	Jambe
O	Autres	Q	Manœuvre / exercice	30	Cheville
NATURE DES LÉSIONS		R	Opération diverse / protection des biens	31	Pied : orteils
A	Contusion / hématome	S	Autre tâche	32	Pied : plante et dessus
B	Plaie			33	Pied : talon
C	Piqûre			34	Sièges multiples
D	Entorse / luxation			35	Autres
E	Lumbago				
F	Sciatique / hernie discale / tassement vertébral				
G	Lésion musculaire - tendineuse				
H	Réaction allergique ou inflammatoire muqueuse ou cutanée				
I	Fracture : Fêlure				
J	Lésion nerveuse / neurologique				
K	Lésion interne				
L	Présence de corps étranger				
M	Brûlure / gelure				
N	Écrasement / amputation				
O	Intoxication / contamination				
P	Asphyxie / noyade				
Q	Lésions multiples				
R	Malaise avec ou sans perte de connaissance				
S	Troubles psychologiques				
T	Troubles sensoriels				
U	Tendinite / arthrite				
V	Autres natures de lésions				