

La déclaration des accidents de service



Législation applicable

- Décret 85-603



Conditions de Travail (CHSCT) :

Le CHSCT ou à défaut le CT doivent être tenus informés des accidents survenant dans leurs collectivités. Ils peuvent ainsi analyser l'accidentologie et déterminer des mesures générales de prévention. Lors de la survenance d'accidents graves ou répétitifs, le comité mène une analyse de l'accident afin d'en déterminer les causes et aider à la recherche de mesures correctives.

Plusieurs types de déclaration :

• La déclaration à l'organisme assureur :

La déclaration d'un accident de service doit prioritairement être faite à l'organisme assureur (sécurité sociale pour les agents ne relevant pas de la CNRACL et le cas échéant assureur pour les agents CNRACL).

Elle permet à la collectivité d'obtenir le remboursement des frais engagés dans le cadre de la prise en charge de l'accident.

• La déclaration au médecin de médecine préventive :

La collectivité a pour obligation de signaler au médecin de médecine préventive chargé du suivi de ses agents tous les accidents dont ces derniers sont victimes (ainsi que tous les arrêts de travail).

• La déclaration au Comité Technique (CT) ou au Comité d'Hygiène et Sécurité et des

La déclaration à l'organisme assureur :

Les imprimés nécessaires à cette déclaration sont fonction du statut de l'agent et/ou de l'assureur de la collectivité. Ainsi pour les agents relevant du régime général (agents non CNRACL), la collectivité doit déclarer l'accident à la Sécurité Sociale via le document cerfa n° 60-3682 « déclaration d'accident du travail ». La collectivité dispose de 48 heures pour déclarer l'accident à la Sécurité Sociale.

Pour les agents CNRACL, la collectivité doit déclarer l'accident à son assureur « risques statutaires » (lorsqu'elle a choisi de s'assurer) via un imprimé de déclaration fourni par son assureur. Le délai dont dispose la collectivité pour déclarer son accident est déterminé par l'assureur.

La déclaration au médecin de médecine préventive :

Elle doit être réalisée pour chaque accident de service. Elle permet au médecin de prendre connaissance des accidents dont un agent peut être victime.

Elle est réalisée soit via un formulaire interne à la collectivité (pour celles qui ont mis en place ce type de document), soit via le document intitulé « enquête administrative » (cf. au verso).

La déclaration au CT ou au CHSCT

Elle doit être réalisée pour chaque accident de service.

Elle est faite soit via un formulaire interne à la collectivité (pour celle qui ont un CHSCT propre), soit via une copie de la déclaration faite à l'assureur et le document intitulé « enquête administrative ».

NB : Pour les collectivités dont le CT est hébergé au Centre de Gestion (collectivités de moins de 50 agents) et qui adhèrent au service de médecine préventive du Centre de Gestion : la déclaration de l'accident au médecin et au CT se fait en une seule fois. Il n'est pas nécessaire d'envoyer deux fois le document.

L'enquête administrative

Elle est demandée par l'organisme assureur et sert de support à la déclaration au médecin et au CT ou au CHSCT.

Elle doit être complétée dans sa totalité avec un maximum de précision afin que les destinataires puissent appréhender au mieux les circonstances de l'accident.

L'accident de trajet (aller ou retour) survient lors du trajet habituel de l'agent entre son lieu de travail et son domicile ou son lieu de restauration.

L'accident de circulation correspond à tous les accidents pouvant survenir en tant que piéton ou automobiliste pendant le temps de travail.

Précisez la **date** à laquelle l'agent a déclaré l'accident à la collectivité.

Indiquez le **numéro de maladie professionnelle** si le médecin l'a précisé dans le certificat médical.

Précisez si la collectivité a des doutes sur **l'imputabilité au service**.

Les **dates d'entrée dans la fonction** (voire de cessation) font référence à la période pendant laquelle l'agent a exercé l'activité susceptible d'être à l'origine de la maladie professionnelle.

ENQUÊTE ADMINISTRATIVE

COLLECTIVITÉ/ÉTABLISSEMENT

Raison sociale : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Numéro de SIRET : _____ Contact dans la collectivité/établissement : _____

Téléphone du contact : _____ Email du contact : _____

AGENT

Numéro de SS : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lateralité de l'agent Droitier Gaucher

Date d'entrée dans la collectivité/l'établissement : _____ Date d'embauche dans la fonction publique : _____

STATUT AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/CNRCANTEC AGENTS ORAC

N° CNRACL : _____ Titulaire Stagiaire Non titulaire

Temps complet Temps partiel Taux activité : _____ + 200 h/trimestre* - 200 h/trimestre*

Temps non complet Nb heures travaillées/mois : _____ mn

SERVICE ET GRADE Code grade : _____ Cadre rempli : _____ Fonction : _____

Service (codification interne) : _____ Catégorie hiérarchique A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V

ACCIDENT IMPUTABLE AU SERVICE

Date de l'accident : _____

Heure de survenance : _____

Horaires de travail le jour de l'accident : _____

De _____ à _____

et de _____ à _____

Trajet aller Trajet retour Accident de circulation

L'accident est-il intervenu sur le trajet habituel ? OUI NON

L'accident a-t-il entraîné un décès ? OUI NON

Inscription au registre d'infirmier : OUI NON

le : _____ Sous le numéro : _____

à (lieu) : _____ par (acteur) : _____

La hiérarchie reconnaît-elle administrativement l'imputabilité au service de l'accident ? OUI NON

Observations éventuelles de la hiérarchie : _____

Nom du médecin de médecine préventive : _____

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

MALADIE PROFESSIONNELLE

Maladie professionnelle Numéro MP : _____

Préciser le nom des produits, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé, susceptibles d'être à l'origine de la maladie professionnelle

Les fonctions occupées par l'agent à l'origine de la maladie étaient-elles ? Occasionnelles Permanentes

Date d'entrée dans cette fonction : _____

Date de cessation de cette fonction : _____

PÉRIODES D'ARRÊT DE TRAVAIL

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON

Date du premier jour d'arrêt* : _____ Date du dernier jour d'arrêt* : _____

* A compléter à l'aide des certificats médicaux fournis par l'agent

MESURES DE PRÉVENTION

AVANT "Ce qui se passait avant l'accident"

Activité lors de l'accident : _____

Sur quelle tâche, plus précisément, travaillait l'agent accidenté ? _____

Cette tâche était-elle ? Nouvelle pour l'agent Habituelle pour l'agent Imprévue Urgente

Que faisait l'agent juste avant l'accident et quelles machines, matériel ou équipements utilisait-il ? _____

La tâche était-elle réalisée par l'agent ? Seul Seul mais en présence d'autres agents ou entreprises Au sein d'une équipe de travail

PENDANT "Ce qui s'est passé au moment de l'accident"

Éléments matériels : _____

Le lieu précis de l'accident : En intérieur En extérieur

Ambiance physique : Pluie Poussière Chaleur Verges Bruit Brouillard Neige Froid Vent

Vibration Fumée Autres (à préciser) : _____

Récit de l'accident : _____

APRÈS "Ce qu'a fait l'accidenté, ce qui a été fait, et les conséquences de l'accident"

Lateralité de la blessure : Gauche Droite Oeil Tête

Agent a-t-il été hospitalisé ? OUI NON Thorax Cou, colonne

L'agent a-t-il bénéficié des premiers soins ? OUI NON Épaule, bras, coude Abdomen, bassin

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON Main Avant-bras, poignet

La collectivité/l'établissement a-t-elle un ACOMO ? OUI NON Hanche, cuisse Genou, jambe, cheville

Propositions d'améliorations (par l'agent, la hiérarchie, FAO/MO...) à moyen ou long terme : _____

Pied Sièges multiples

Témoin de l'accident "La personne qui a vu l'accident" : _____

Nom : _____ Contusion Fracture, fêlure Brûlure, gelure et électrocution

Prénom : _____ Piqûre et piqure Rampe Enroulement et amputation

Adresse : _____ Entorse, lésion et lumbago Lésion nerveuse Intoxication, asphyxie et noyade

Téléphone : _____ Déchirure ou douleur musculaire Corps étranger (objet, sang...) Paléostasie

Informations et détails Blessure interne Malaise (cardiaque...)

Trouble psychologique

CODIFICATION DES FILIÈRES	ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT	ÉLÉMENT MATÉRIEL
AD Administration	1 Travail administratif	A Outils ou matériels de plâtrerie ou avec faible dénivelation
CT Culturelle	2 Formation	B Chute de hauteur
AN Animation	3 Accueil, surveillance, contrôle, activité sociale et périscolaire	C Effort de manutention de matériel
AS Assistance et sociale	4 Restauration collective	D Effort de soulèvement, manutention de charge
SP Sportive	5 Nettoyage des locaux	E Machine et appareil
SE Sécurité	6 Maintenance des locaux	F Objet à main
TE Technique	7 Maintenance et gestion du matériel	G Instruments coupants, piquants ou tranchants sautés
ME Médioc-technique	8 Entretien des espaces verts et de l'environnement	H Instruments coupants, piquants ou tranchants non sautés
SC Signifiante et éducative	9 Charrier de bâtiments	I Produits toxiques, nocifs ou irritants
	10 Travail sur la voirie	J Objet ou masse en mouvement
	11 Circulation et transport	K Projection de matières
	12 Rangiers, levage et stockage du linge	L Agression animale
	13 Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets	M Agression, violence, maltraitance agitée
	14 Traitement des eaux, basses d'assainissement	N Produit ou appareil chaud ou froid
	15 Intervention à domicile	O Rayonnements, radiations
	16 Incendie, secours et autre intervention	P Gaz ou liquide sous pression
	17 Entraînement physique et sportif	Q Phénomène thermique, incendie, explosion
	18 Accueil téléphonique	R Électrocution
	19 Actes de soins, thérapeutiques et diagnostiques	S Véhicule ou engin
	20 Rééducation et kinésithérapie	T Effort intense
	21 Hygiène du matériel	U Exposition au sang et liquides physiologiques
	22 Mobilisation et transfert d'un individu	V Autre
	23 Préparation de substances chimiques, entérotoxiques	
	24 Texte de laboratoire	

Ce cadre permet de définir **le contexte** dans lequel l'accident a eu lieu. Détaillez de manière précise la mission que l'agent devait effectuer ainsi que le matériel utilisé;

Ce cadre permet de préciser **les circonstances** de l'accident. Le récit devra être le plus détaillé et précis possible. Il pourra faire l'objet d'une description sur une feuille annexe.

Ce cadre permet de préciser **les conséquences** de l'accident ainsi que les premières actions réalisées après l'accident. Indiquez, le cas échéant, les actions de prévention envisagées pour éviter la survenance d'un accident similaire.

Le témoin doit avoir vu l'accident et pas simplement être présent sur les lieux pendant ou après.

Signez cette déclaration. Si l'agent est dans l'incapacité de signer (hospitalisation, arrêt de travail) envoyez la déclaration sans sa signature.