**Direction des Ressources humaines**
Service Temps de travail, Absences et Retraite
Congés Temps de travail
accident-travail@paysdelaloire.fr

# ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET D'UN AGENT TITULAIRE OU STAGIAIRE

Vous êtes **fonctionnaire titulaire ou stagiaire** et vous venez d'être victime d'un accident de travail ou de trajet. Conformément aux dispositions du Code général de la fonction publique (livre VIII, titre II, section 4), vous devez transmettre, **par mail à accident-travail@paysdelaloire.fr**, en PDF**, 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. **Attention : bien veiller à renseigner l'ensemble des rubriques afin d'être le plus précis possible (tout dossier incomplet sera retourné).**

- un **certificat médical (modèle cerfa 11 138)** 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 entraine un arrêt de travail, transmettre l'arrêt de travail dans les 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'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**
**En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi.**

**DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL ***

➔ **Pour un accident de travail, joindre à ce rapport :**

❑ Certificat médical initial, avec constatation des blessures, signé par un médecin (document obligatoire)

❑ **Accident de Service** ❑ **Accident de Trajet** ❑ **Accident Exposition au Sang**

Jour : L M M J V S D Date : ____/____/____ Heure : ____h____

Horaire de travail le jour de l'accident : matin de ____h____ à ____h____ après-midi de ____h____ à ____h____

Lieu de l'accident : ..... Lieu habituel de travail : ❑ oui ❑ non

Date du dernier jour non travaillé : ____/____/____

❑ sans arrêt de travail ❑ avec arrêt de travail du .....au .....

**IDENTITÉ DE LA VICTIME**

Prénom : .....

NOM d'usage : .....

NOM de naissance : .....

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à .....

Adresse : .....

Code postal : __/__/__/__/__ Ville : .....

☎ Travail : ____/____/____/____/____ ☎ Domicile : ____/____/____/____/____

N° sécurité sociale : __/___/___/___/_____/_____/___

Centre sécurité sociale : .....

Mutuelle : .....

**Situation administrative :**

Statut : ❑ Titulaire ❑ Stagiaire

Filière : ❑ Administrative ❑ Technique ❑ Culturelle ❑ Sportive

Catégorie : ❑ A ❑ B ❑ C

Grade : .....

Spécialité : .....

Résidence administrative (Commune du lieu de travail) : .....

Direction / Etablissement : .....

Pôle ou Affectation : .....

Fonctions (joindre la fiche de poste) : .....

Temps de travail : Temps complet Temps partiel Pourcentage de temps : _____%

Ancienneté : dans la direction / l'établissement : .....

**copie à transmettre à l'assistant de prévention*

**CIRCONSTANCES DETAILLÉES DE L'ACCIDENT** écrites lisiblement, en précisant :
Les activités exercées lors de l'accident (que faisiez-vous exactement avant et au moment de l'accident ?), défaut de matériel observé…

……

……

……

……

## TIERS

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ☐ oui ☐ non

Si oui, prénom, nom, qualité : ……..

Prénom, nom, qualité : ……..

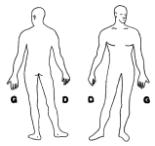
## PRÉCISIONS OBLIGATOIRES *(cochez au minimum 1 case)*

**NATURE DES LESIONS (mentionner avec précision vos lésions et leur localisation)**

- ☐ Asphyxie / intoxication
- ☐ Brûlure
- ☐ Contusion / hématome
- ☐ Déchirures musculaires ou tendineuses
- ☐ Douleurs lombaires (lombalgie, lumbago)
- ☐ Entorse / luxation
- ☐ Fracture, félure
- ☐ Lésions multiples
- ☐ Malaise
- ☐ Morsure
- ☐ Piqûre
- ☐ Plaie
- ☐ Présence corps étranger
- ☐ Troubles : auditifs visuels
- ☐ Autre, à préciser :

**SIEGE DES LESIONS**

- ☐ Tête
  - yeux cou face
  - région crânienne appareil auditif
- ☐ Membres supérieurs
  - épaule bras coude
  - avant-bras poignet main
- ☐ Tronc
- ☐ Membres inférieurs
  - hanche bassin jambe
  - genou mollet cheville pied
- ☐ Localisations multiples
- ☐ Sièges internes
- ☐ Autres, à préciser :
- ☐ Côté gauche ☐ Côté droit





**EQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE PORTE**

- ☐ Casque anti-choc
- ☐ Ceinture ou harnais de retenue
- ☐ Chaussures / bottes de sécurité
- ☐ Pas d'EPI obligatoire
- ☐ Gants
- ☐ Lunettes de protection / écran facial
- ☐ Masque de protection respiratoire
- ☐ EPI à disposition mais non porté
- ☐ Protection auditive
- ☐ Vêtement de haute visibilité
- ☐ Autre, à préciser :

**ELEMENTS MATERIELS**

- ☐ Appareil de levage
- ☐ Echelle / échafaudage / escabeau
- ☐ Electricité
- ☐ Engin de TP
- ☐ Machine fixe mobile
- ☐ Matériels espaces verts
- ☐ Mobilier
- ☐ Objets divers
- ☐ Outils coupants
- ☐ Outil mécanique à main
- ☐ Plaques béton bois acier
- ☐ Produits dangereux phytosanitaires chimiques d'entretien peinture
- ☐ Remorque / caravane
- ☐ Seringue
- ☐ Tracteur
- ☐ Transport en commun
- ☐ Ustensiles de cuisine
- ☐ Véhicules léger / utilitaire / benne
- ☐ Aucun matériel
- ☐ Autre, à préciser :

**NATURE DE L'ACCIDENT**

- ☐ Causé par un tiers
- ☐ Chute / glissade de plain-pied
- ☐ Chute d'objet (charges lourdes)
- ☐ Chute de hauteur / avec dénivelé
- ☐ Coupure
- ☐ Contact / exposition / projection
  - chaleurs / froid électricité
  - poussières produits dangereux
  - rayonnements
- ☐ Ecrasement, coincement
- ☐ Faux mouvement
- ☐ Heurt / choc
- ☐ Manutention de personne
- ☐ Manutention, effort de soulèvement
- ☐ Vertiges / syncope
- ☐ Autre, à préciser :

**ACTIVITE LORS DE L'ACCIDENT**

- ☐ Accueil, surveillance, contrôle
- ☐ Entretien des espaces verts
- ☐ Activité physique et sportive
- ☐ Chantier de bâtiment
- ☐ Déplacement motorisé ou non pendant le travail (d'un lieu à un autre, descente d'un véhicule)
- ☐ Restauration collective
- ☐ Formation
- ☐ Incendie, secours, intervention
- ☐ Maintenance locaux, matériels
- ☐ Nettoyage des locaux
- ☐ Opération chargement / déchargement
- ☐ Travail sur la voirie
- ☐ Travail administratif
- ☐ Travail et collecte des ordures ménagères
- ☐ Travail médico-social
- ☐ Autre à préciser :

**MÉDICAL**

A quel moment la victime a-t-elle consulté le médecin **(*)** ? Le ____/____/____ à ____h____

La victime a-t-elle été hospitalisée ? ☐ oui ☐ non

Par quel moyen de transport et où ? ……..

**** le certificat médical initial doit impérativement être fourni pour l'instruction du dossier***
*(copie du volet n°1 - volet n°4 pour les non titulaires)*

**Fait à ……..** **Le ____/____/____** **Signature de la victime :**

**TÉMOIGNAGES** : ceux-ci devront être précis et lisiblement écrits. Il devra être noté l'heure et la date à laquelle les témoins ont vu, entendu, ou assisté à l'accident.

***Témoin oculaire direct*** ayant vu l'accident se produire :

Où vous trouviez-vous par rapport à la victime ?

Que faisiez-vous exactement ?

Quelles personnes étaient présentes ?

Qu'avez-vous vu exactement au moment où l'accident s'est produit ?

Prénom, nom, qualité..... Date : ____/____/____ Signature :

***Témoin ayant vu la victime*** *(préciser les faits relatés et la constatation de l'état de santé de l'agent, ….)*

➔ **Avant l'accident :** le ____/____/____ à ____h____

Prénom, NOM, qualité..... Date : ____/____/____ Signature :

➔ **Après l'accident :** le ____/____/____ à ____h____

Prénom, NOM, qualité..... Date : ____/____/____ Signature :

**A défaut, première personne avisée :** le ____/____/____ à ____h____

Prénom, NOM, qualité..... Date : ____/____/____ Signature :

**<u>Rapport hiérarchique et remarques éventuelles du responsable direct de la victime</u> :**

***Si l'accident est lié à un dysfonctionnement matériel ou technique, avertir les services techniques***

Prénom, NOM, qualité.....

Date : ____/____/____..... Signature :

VISA DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE

# DÉCLARATION D'UN ACCIDENT DE TRAJET

➔ **Pour un accident de trajet, joindre à ce rapport :**

☐ Certificat médical initial, avec constatation des blessures, signé par un médecin (document obligatoire)

☐ Un plan officiel détaillé indiquant le tracé du trajet habituel domicile / travail et le lieu de l'accident (document obligatoire)

☐ Copie du constat amiable éventuel

☐ Constat de police ou de gendarmerie (si existant)

☐ Attestation de transport en ambulance, dépannage (précisant dates et heures)

☐ Ordre de mission ou justificatif si déplacement lié à une mission

☐ Témoignages avant et après si pas de constat établi.

☐ Photographie du lieu de l'accident si par exemple défaut d'entretien de voirie, …..

## L'ACCIDENT DE TRAJET

Moyen de locomotion utilisé : ……

**L'accident est-il survenu sur le trajet habituel du domicile au lieu de travail ?** ☐ oui ☐ non

Heure de départ du domicile : ____h____ Heure d'embauche habituelle : ____h____

**L'accident est-il survenu sur le trajet habituel du lieu de travail au domicile ?** ☐ oui ☐ non

Heure de départ du lieu de travail : ____h____

Temps nécessaire pour ce trajet par le moyen de locomotion utilisé par l'accidenté : ____h____

Le trajet a-t-il été détourné ? ☐ oui ☐ non A-t-il été interrompu ? ☐ oui ☐ non
Si oui, pour quel motif ? (indiqué sur le plan le trajet détourné) : ……

……

L'accident est-il survenu avant ou après l'interruption du trajet ? ☐ avant ☐ après

La police ou la gendarmerie ont-elles été appelées sur les lieux de l'accident ? ☐ oui ☐ non

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? ……

Par quel moyen de transport ? ……
(si transport aux urgences, joindre le bulletin d'entrée précisant la date, l'heure, éventuellement les premières constatations médicales)

L'accident s'est-il produit seul ? ☐ oui ☐ non

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? ☐ oui ☐ non
Si oui, nom, prénom et adresse du tiers : ……

……...

Un constat amiable a-t-il été effectué ? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre le constat.

**Fait à …….. Le ____/____/____** **Signature de la victime :**