

## DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

(version novembre 2022)

Article 37-2 du décret 87-602 du 30 juillet 1987

### I – RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LA VICTIME

#### Coordonnées de la collectivité employeur

Collectivité ou établissement : .....

Adresse :

Dossier suivi par : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

#### Renseignements concernant la victime

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse :

Téléphone : ..... Courriel : .....

#### Statut et activités de la victime

☐ Stagiaire ☐ Titulaire

Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C

Filière : .....

Grade : .....

☐ Temps complet

☐ Temps non complet > 28h

☐ Temps partiel : ..... %

Métier / Fonction : .....

Activité habituelle :

☐ Bureau

☐ Atelier / terrain

☐ Petite enfance

☐ Personnel de soins

☐ Cuisine

☐ Autre : .....

## II – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT DE SERVICE (à remplir par la victime)

### Circonstances de temps et de lieu

Date de l'accident : .....

Heure de l'accident : .....

Horaires habituels de travail : .....

Horaires de travail le jour de l'accident : .....

Si les horaires présentent une différence, expliquez-en la raison :

Lieu précis de l'accident :

Précisez s'il s'agit du : ☐ lieu de travail habituel ☐ lieu de travail occasionnel  
☐ lieu de télétravail / espace de co-working ☐ lieu de restauration habituel

### Description de l'accident

Activité de la victime lors de l'accident (*tâches réalisées et environnement de travail*) :

Nature de l'accident (*ex : chute, agression, blessure...*) et description précise des circonstances de sa survenance :

Objet(s) éventuel (s) dont le contact a blessé la victime :

L'activité exercée nécessitait-elle le port d'équipements de protections particuliers ? ☐ oui ☐ non

L'agent en était-il équipé ? ☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi ?

**Témoins :**      ☐ oui      ☐ non

Si oui : Nom, prénom, qualité *(et adresse si extérieurs à la collectivité)* :

1/

2/

3/

**Accident causé par un tiers :**    ☐ oui      ☐ non

Si oui :    ☐ Tiers inconnu      ☐ Tiers connu

Nom, prénom et adresse du tiers :

Société d'assurance du tiers : .....

**Pièce à joindre obligatoirement**

☐ **Certificat médical**

**Pièces utiles à l'instruction du dossier pouvant être jointe à la déclaration d'accident**

☐ Témoignages écrits

☐ Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

☐ Ordre de mission/convocation

☐ Photos

☐ Bulletin d'hospitalisation

☐ Ordonnances médicales (sous pli confidentiel)

☐ Autres (à préciser) : .....

### **Conséquences de l'accident**

*(indiquez les conséquences que vous souhaitez porter à la connaissance de l'autorité territoriale)*

Nature des lésions médicalement constatées :

☐ plaie et blessure

☐ fracture

☐ luxation, entorse, foulure

☐ amputation

☐ commotion, traumatisme

☐ brûlure, gelure

☐ empoisonnement, infection

☐ asphyxie, noyade

☐ choc

☐ effets de température,  
de lumière, de radiations

☐ effet de bruit, de vibration,  
de pression

☐ blessures multiples

☐ autres (préciser) :

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

Joindre **obligatoirement** le certificat médical initial (même sans arrêt de travail) ainsi que toute autre pièce de nature à étayer la matérialité des faits et de ses conséquences. Les documents médicaux doivent être transmis sous pli confidentiel

Fait à ..... le .....

Signature de l'agent :

### III – RAPPORT CIRCONSTANCIE DE L'AUTORITE HIERARCHIQUE

Le supérieur hiérarchique fournit les éléments d'appréciation nécessaires à la DRH. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie.

Nom du responsable hiérarchique : .....

Avis sur l'activité de la victime au moment de l'accident de service :

Avis sur la nature de l'accident et les circonstances décrites de sa survenance :

Avis sur les conséquences de l'accident telles que présentées par l'agent :

Fait à ..... le .....

Signature du responsable hiérarchique :

Nom de l'agent :

**IMPORTANT :** en application de l'article 37-4 du décret du 30 juillet 1987, l'autorité territoriale peut solliciter une expertise auprès d'un médecin agréé. Cette expertise est vivement recommandée toutes les fois où elle est de nature à favoriser la bonne instruction du dossier, et à éclairer utilement chacun des intervenants dans leur appréciation du cas présenté.

#### IV – ENQUETE ADMINISTRATIVE DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Au vu des éléments transmis par l'agent, des informations collectées auprès de son responsable hiérarchique, l'autorité territoriale doit se prononcer sur l'imputabilité au service de l'accident.

##### Pièces fournies par la victime et la DRH

- |                                                                                                      |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail) |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Témoignages écrits                                                          | <input type="checkbox"/> Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers |
| <input type="checkbox"/> Ordre de mission/convocation                                                | <input type="checkbox"/> photos                                            |
| <input type="checkbox"/> Bulletin d'hospitalisation                                                  | <input type="checkbox"/> Ordonnances médicales                             |
| <input type="checkbox"/> fiche de poste                                                              |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :                                                       |                                                                            |

L'accident est-il survenu dans le temps du service ? ☐ oui ☐ non

L'accident est-il survenu sur le lieu du service ? ☐ oui ☐ non

L'accident est-il survenu dans l'exercice des fonctions de l'agent ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une activité normale qui en constitue le prolongement normal ? ☐ oui ☐ non

L'accident a-t-il été causé par une faute personnelle ? ☐ oui ☐ non

- Si oui, laquelle ?

L'accident a-t-il été causé par une circonstance particulière pouvant détacher l'accident du service, ou par une nécessité de la vie courante de nature à détacher l'accident du service ?

☐ oui ☐ non

- Si oui, laquelle ?

Une expertise par un médecin agréé a-t-elle été diligentée ? ☐ oui ☐ non

- Si oui, pour quel motif ?

Observations :

## V - DECISION DE L'AUTORITE TERRITORIALE

☐ Accident imputable au service    ☐ Accident non imputable au service → **Saisine obligatoire du Conseil médical formation plénière\***

Motivations :

\*informer le médecin du travail de la décision de saisir le Conseil médical formation plénière.

### IMPORTANT

**SUITE A LA DECISION DE L'AUTORITE TERRITORIALE, UN ARRETE. DOIT ETRE REDIGE**

Fait à ..... le .....

Signature de l'autorité territoriale :