

DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAJET

(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 métier de la victime

☐ Stagiaire ☐ titulaire

Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C

Corps :

Grade :

☐ Temps complet ☐ Temps non complet > 28h

☐ Temps partiel : %

Métier / Fonction :

Activité habituelle :

☐ Bureau

☐ Atelier / terrain

☐ Petite enfance

☐ Personnel de soins

☐ Cuisine

☐ Autre :

Nom de l'agent :

Date :

II – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT DE TRAJET

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 est intervenu : ☐ au cours du trajet habituel entre le domicile et le lieu de travail
☐ au cours d'une mission pour l'employeur
☐ au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
☐ au cours du trajet entre un lieu de télétravail / de co-working et le lieu de travail ou le domicile
☐ autres

Le trajet direct a-t-il été : ☐ interrompu : ☐ oui ☐ non

☐ détourné : ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez le(s) motif(s) du détour ou de l'interruption de trajet :

S'agit-il d'un accident de la circulation (*accident sur le domaine public impliquant un ou plusieurs véhicules roulant ou se déplaçant : automobile, vélo, moto, navette fluviale*) : ☐ oui ☐ non

Le moyen de transport utilisé était-il : ☐ un transport en commun : ☐ oui ☐ non
(*autobus, tramway, navette fluviale...*) si oui lequel

☐ un transport particulier : ☐ oui ☐ non
(*automobile, moto, vélo, trottinette...*) si oui lequel

Le moyen de transport appartient à (*nom et adresse du propriétaire*):

L'agent circulait dans/avec ce véhicule en qualité de : ☐ conducteur : ☐ oui ☐ non
☐ passager : ☐ payant ☐ gratuit

Nom et adresse de la compagnie d'assurance du véhicule :

Un constat amiable a-t-il été établi ? ☐ oui ☐ non

Un rapport de police a-t-il été établi ? ☐ oui ☐ non

Une plainte a-t-elle été déposée ? ☐ oui ☐ non

Nom de l'agent :

Date :

Description de l'accident de trajet

Activité de la victime lors de l'accident (*nature du trajet effectué et lien avec le travail*) :

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

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

S'il s'agit d'un accident de la circulation, établir ci-dessous un plan aussi précis que possible (préciser le lieu de départ et le lieu d'arrivée, trajet habituel effectué (si différent), endroit exact où s'est produit l'accident (chaussée, trottoir, parties privatives, parties collectives, espace public) :

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

☐ Plan du trajet précisant les lieux de départ et d'arrivée, l'itinéraire habituel, endroit exact de l'accident
(chaussée, trottoir, parties communes, parties privatives, espace public)

☐ 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

Signature de l'agent :

Nom de l'agent :

Date :

III – ENQUETE ADMINISTRATIVE DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Dans le cadre d'un accident de trajet la présomption d'imputabilité ne s'applique pas. L'agent ou ses ayants droits en apportent la preuve de l'imputabilité au service ou l'enquête administrative réunit les éléments suffisants pour reconnaître l'imputabilité.

Pièces fournies par la victime et la DRH

- ☐ **Certificat médical** (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)
- ☐ Plan du trajet précisant les lieux de départ et d'arrivée, l'itinéraire habituel, endroit exact de l'accident (chaussée, trottoir, parties communes, parties privatives, espace public)
- ☐ Constat amiable
- ☐ Avis du médecin agréé (si expertise)
- ☐ Témoignages écrits
- ☐ Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers
- ☐ Ordre de mission/convocation
- ☐ Photos
- ☐ Bulletin d'hospitalisation
- ☐ Ordonnances médicales
- ☐ Autres (à préciser) :

Trajet habituel de l'agent entre son domicile et son lieu de travail :
.....

Trajet habituel entre son lieu de travail et son lieu de restauration :
.....

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel de l'agent entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration ? ☐ oui ☐ non

- L'agent a-t-il effectué un détour ? ☐ oui ☐ non

o Si oui, le détour était-il rendu nécessaire par des nécessités de la vie courant ? oui ☐ non

Raisons du détour :

Horaires normaux du trajet domicile / lieu de travail ou lieu de travail/lieu de restauration :
.....

- L'accident est-il survenu aux horaires normaux du trajet et pendant la durée normale pour effectuer ce trajet ? ☐ oui ☐ non

o Si non, pourquoi ?

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

o Si oui, laquelle ?

L'accident a-t-il été causé par une 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

o Si oui, laquelle ?

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

Nom de l'agent :

Date :

IV - 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 :

Nom de l'agent :

Date :