

**DÉCLARATION D’ACCIDENT DE SERVICE**
Article 37-2 du décret 87-602 du 30 juillet 1987

**PARTIE AGENT**

# I– RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT L’AGENT:

# (VOIR NOTICE D’INFORMATION À L’ATTENTION DES FONCTIONNAIRES STAGIAIRES ET TITULAIRES TRAVAILLANT AU MOINS 28H/SEMAINE EN FIN DE DOCUMENT)

**COORDONNÉES DE LA COLLECTIVITÉ EMPLOYEUR :**

**Collectivité ou établissement** **:** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………..…

**Dossier suivi par :** ……………..…………….………………………………………………………………………………………………………………………

**Téléphone :** ……………………………………………………………. **Courriel :** ………………………………………………………………………..

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AGENT :**

**Nom :** …………………………………………………………………………….. **Prénom :** ……………………………………………………………….……

**Date de naissance :** …./…./……………. **Numéro de sécurité sociale :** …. ….…. ….…. ….…. ….….…. ….….…. ….….

**Adresse :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………

….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………..…

**Téléphone :** …………………………………………………………….. **Courriel :** ……….…………………………………………………………………..

**STATUT ET ACTIVITÉS DE L’AGENT :**

**STATUT :** [ ] Stagiaire [ ] Titulaire **CATÉGORIE :** [ ] A [ ] B [ ] C

**FILIÈRE :** ………………………………………………………………. **GRADE :** …………………………………………………………………………

**MÉTIER/FONCTION :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ACTIVITÉ HABITUELLE :** [ ] Bureau [ ] Atelier/terrain [ ] Petite enfance [ ] Personnel de soins

[ ] Cuisine [ ] Autre : ……………………………………………………………………………………………………………………….

# II– RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACCIDENT DE SERVICE:

**CIRCONSTANCES DE TEMPS ET DE LIEU :**

**Date de l’accident :** …./…./……………. **Heure :** ….h….

**Horaires habituels de travail :** de ….h…. à ….h…. / de ….h…. à ….h….

**Horaires habituels de travail le jour de l’accident :** de ….h…. à ….h…. / de ….h…. à ….h….

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

….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…..…………….

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…..…………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….........………..…

**Adresse et lieu précis de l’accident :** ………………………………………….………………………………………………..………….…………………

..….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…..……….

.…………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….…..…..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…...………..…

**Précisez s’il s’agit :** [ ]  du lieu de travail habituel [ ]  d’un lieu de travail occasionnel

[ ]  d’un lieu de télétravail/ espace de co-working [ ]  lieu de restauration habituel

[ ] Autre : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**DESCRIPTION DE L’ACCIDENT :**

**Activité de l’agent 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 l’agent :** ............................................................................................

........................................................................................................................................................................................

**L’activité exercée nécessitait-elle le port d’équipements de protections particuliers ?** [ ] oui [ ] non

**L’agent en était-elle équipée ?** [ ] oui [ ] non

**Si non, pourquoi ?**...........................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................

**TÉMOINS :** [ ] **OUI** [ ] **NON**

**SI OUI :**

**NOM, PRÉNOM, QUALITÉ (et adresse si extérieurs à la collectivité) :**

1/-………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………. ….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..

2/-……………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

.………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………..…

3/-……………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………….

**Faire compléter l’attestation en page 5 par le témoin ou chacun des témoins.**

**ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS :** [ ] **OUI** [ ] **NON**

**SI OUI :**

[ ] tiers inconnu [ ] tiers connu

**Nom, prénom et adresse du tiers :** ……………..…………….…..…………………………………………………………………………………………

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………….

**Société d’assurance du tiers :** ………………………………………….....……………………………………………………………………………………

**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[ ]  Amputation[ ]  Empoisonnement, infection[ ]  Effet de temperature, de lumière, de radiation | [ ]  Fracture[ ]  Commotion, traumatisme[ ]  Asphyxie, noyade[ ]  Effet de bruit, de vibration, de pression | [ ]  Luxation, entorse, foulure[ ]  Brûlure, gelure[ ]  Choc[ ]  Blessures multiples |

[ ] Autres (préciser) : .......................................................................................................................................................

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

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...……….

**PIÈCE À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

[ ]  **Certificat médical initial (même sans arrêt de travail)**

**PIÈCES UTILES À L’INSTRUCTION DU DOSSIER POUVANT ÊTRE JOINTE À LA DÉCLARATION D’ACCIDENT :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Témoignages écrits[ ]  Ordre de mission/convocation[ ]  Bulletin d’hospitalisation | [ ]  Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers[ ]  Photos[ ]  Ordonnances médicales (sous pli confidentiel) |

[ ] Autres (préciser) : .......................................................................................................................................................

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...………….

**Toutes les pièces de nature à étayer la matérialité des faits et de ses conséquences sont à fournir. Les documents médicaux comme les ordonnances ou autres, doivent être transmis sous pli confidentiel. Toutefois, le certificat médical initial, ceux de prolongation, et le final ne sont pas à mettre sous pli confidentiel.**

Fait à : ....................................................................... le : …./…./…………….
Signature de l’agent :

**NOTICE D’INFORMATION À L’ATTENTION DES FONCTIONNAIRES STAGIAIRES ET TITULAIRES TRAVAILLANT AU MOINS 28H/SEMAINE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si vous êtes victime d’un accident de service, la DRH doit en être avertie le plus rapidement possible, au maximum dans un délai de 15 jours à compter de la date de l’accident. Cette information va déclencher une procédure qui peut vous permettre de bénéficier du remboursement des frais occasionnés voire de bénéficier d’un congé d’invalidité temporaire imputable au service (CITIS) conformément aux dispositions des articles 37-1 à 37-20 du décret 87-602 du 30 juillet 1987.****RAPPEL DE LA NOTION D’ACCIDENT DE SERVICE :****L'accident de service résulte de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion du corps humain. Il est présumé imputable au service qu’elle qu’en soit la cause, s’il est intervenu dans le temps et le lieu du service, dans l’exercice des fonctions ou à l’occasion de l’exercice des fonctions ou d’une activité qui en constitue le prolongement normal, en l’absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l’accident du service.****Exemple de faute personnelle : accident de la circulation survenu dans le cadre du service ayant pour cause le taux d’alcoolémie trop élevé du fonctionnaire.****Exemple de circonstance particulière détachant l’accident du service : accident survenu à un fonctionnaire autorisé à quitter momentanément son lieu de travail, pour se rendre à un examen médical sans lien avec le service ; accident en lien avec des prédispositions médicales ou un état de santé antérieur.****CAS 1 : L’ACCIDENT NE GÉNÈRE PAS D’ARRÊT DE TRAVAIL :****La déclaration de l’accident est nécessaire pour différentes raisons :****Dans le cadre d’un accident de service, l’autorité territoriale doit prendre en charge le remboursement des arrêts de travail, soins et frais occasionnés par l’accident. Cette prise ne charge ne peut se faire que dans le cadre d’une déclaration écrite par le fonctionnaire et d’une acceptation par l’autorité territoriale.****ATTENTION : Pour ne pas vous pénaliser, la DRH va vous remettre des formulaires vous permettant de bénéficier de soins et de remboursement des frais occasionnés sans pour autant avoir à avancer les sommes nécessaires. Cependant, tant que l’autorité territoriale ne vous aura pas averti de sa décision de reconnaitre ou non l’imputabilité au service, les prestataires médicaux ne seront pas remboursés.****Des mesures de prévention correctives peuvent être mises en œuvre pour éviter la survenance d’autres accidents de ce genre.****La déclaration d’accident peut être demandée par des organismes tiers si vous avez l’intention de bénéficier d’une allocation temporaire pour invalidité en cas d’invalidité permanente ≥ 10%, d’une réparation complémentaire ou d’une retraite pour invalidité.****CAS 2 : L’ACCIDENT GÉNÈRE UN ARRÊT DE TRAVAIL :****ATTENTION : Si l’accident entraine un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail à l’autorité territoriale dans un délai de 48h suivant son établissement. Au-delà de ce délai, le montant de votre rémunération sera en partie amputé.****Depuis le 10 avril 2019, le congé pour accident de service est remplacé par le congé d’invalidité temporaire imputable au service (CITIS). Ce dernier est accordé sur la demande écrite du fonctionnaire.** **PROCÉDURE DE DÉCLARATION D’UN ACCIDENT DE SERVICE :** **Dans un délai maximal de 15 jours à compter de la date de l’accident il faut adresser à l’autorité territoriale, par tout moyen, une déclaration d’accident accompagnée des pièces nécessaires pour établir vos droits. Cette déclaration comporte :** **- un formulaire précisant les circonstances de l’accident. ATTENTION : ce formulaire est à demander par écrit à l’autorité territoriale. Il est transmis dans un délai de 48h.****- Un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l’accident ainsi que le cas échéant la durée probable de l’incapacité de travail en découlant. ATTENTION : Depuis le 10 avril 2019, le respect des délais de déclaration est primordial. En cas de non-respect de ces délais, votre demande sera rejetée.** |  | **INSTRUCTION DE LA DEMANDE D’IMPUTABILITÉ AU SERVICE PAR L’AUTORITÉ TERRITORIALE :** **Afin de reconnaître l’imputabilité au service d’un accident, en particulier lorsque des circonstances particulières ou des faits paraissent de nature à détacher l’accident du service, l’autorité territoriale peut :****- Faire procéder à une expertise médicale du demandeur par un médecin agréé,****- Diligenter une enquête administrative visant à établir la matérialité des faits et les circonstances ayant entrainés l’accident.****Comme vous avez des délais pour faire la déclaration d’accident de service, l’autorité territoriale doit respecter des délais pour vous répondre :*** **1 mois à compter de la réception de la déclaration lorsque l’imputabilité est évidente au vu de la déclaration et des pièces transmises par le demandeur.**
* **4 mois à compter de la réception de la déclaration en cas d’enquête administrative et/ou d’examen par un médecin agréé et/ou d’une saisine du conseil médical en formation plénière (si suspicion de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachable du service, d’un fait personnel ou de toute autre circonstance particulière étrangère aux nécessités de la vie courante).**

**ATTENTION : l’autorité territoriale vous informera de la nécessité d’examen et/ou d’enquête complémentaire et/ou de saisine de la commission de réforme. Au terme de ces délais, si l’instruction n’est pas terminée, vous serez placé en CITIS à titre provisoire.****a - L’imputabilité est rejetée :****Si l’imputabilité au service n’est pas reconnue, le placement en CITIS provisoire sera retiré et l’autorité territoriale procédera aux mesures nécessaires au reversement des sommes que vous aurez indûment perçues.****b- L’imputabilité au service est reconnue :*** **L’accident n’a pas généré d’arrêt de travail :**

**L’autorité territoriale va prendre un arrêté reconnaissant l’imputabilité au service de votre accident et procéder au remboursement des soins et frais occasionnés par l’accident.****- L’accident a généré un arrêt de travail :****L’autorité territoriale va prendre un arrêté reconnaissant l’imputabilité au service de votre accident et vous placer en CITIS pour la durée de l’arrêt de travail. Elle procédera au remboursement des soins et frais occasionnés par l’accident.****PENDANT LE CITIS :****a- Prolongation du congé initial ou des soins et frais liés à l’accident :****Si votre état de santé nécessite la prolongation de l’arrêt de travail, vous devez adresser à l’autorité territoriale un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l’accident ainsi que le cas échéant la durée probable de l’incapacité de travail en découlant.****b- Contrôle du bien-fondé des arrêts de travail :****L’autorité territoriale peut procéder à tout moment à une visite de contrôle par un médecin agréé. Le conseil médical formation plénière peut également faire procéder à une expertise médicale ou à une visite de contrôle.****Dès lors que le CITIS se prolonge au-delà de 6 mois, une visite de contrôle aura lieu au moins une fois par an. ATTENTION : Vous devez vous soumettre à la demande de l’autorité territoriale ou du conseil médical formation plénière sous peine d’interruption du versement de votre rémunération.****c– Absence du domicile :****En cas d’absence de domicile, sauf cas d’hospitalisation, supérieure à 15 jours vous devez informer l’autorité territoriale des dates et lieux de séjours. ATTENTION : En cas de non-respect de cette obligation, l’autorité territoriale peut suspendre le versement de votre rémunération.****d– Activité rémunérée :****Durant un CITIS vous devez cesser toute activité rémunérée à l’exception des activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation.****ATTENTION : En cas de non-respect de cette obligation, l’autorité territoriale interrompra le versement de votre rémunération et prendra les mesures nécessaires pour récupérer les sommes indûment perçues. La rémunération sera rétablie le jour où toute activité rémunérée non autorisée aura cessé.** |



**ATTESTATION DE TÉMOIGNAGE D’ACCIDENT DE SERVICE :**

# IDENTIFICATION DU TÉMOIN :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom patronymique : ................................................................................ | Nom Marital (le cas échéant) : ........................................................................................ |
| Prénom(s) : …............................................................................... | Date et lieu de naissance : ................................................................................................... |
| Adresse du domicile : ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**JE DÉCLARE AVOIR ÉTÉ LE TÉMOIN VISUEL DE L’ACCIDENT/AGRESSION DONT A ÉTÉ VICTIME :**

|  |
| --- |
| [ ]  Monsieur [ ]  Madame [ ]  Mademoiselle  |
| Nom patronymique : ................................................................................ | Prénom(s) : …............................................................................................... |

# DÉROULEMENT DE L’ACCIDENT :

|  |  |
| --- | --- |
| Date : ................................................................................Heure exacte : …h… | Lieu exact : ................................................................................................ |
| Activité du témoin et localisation au moment de l’accident : ....................................................................................... |

# CIRCONSTANCES DE L’ACCIDENT TELLES QUE VOUS AVEZ PU LES CONSTATER :

.................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

**LÉSIONS CORPORELLES CONSTATÉES :**

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...……….

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...……….

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……...……….

*Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est passible de sanctions administratives, civiles et pénales.*

Porter la mention manuscrite :« Je certifie sur l’honneur l’exactitude des mentions portées ci- dessus. »

.................................................................................................................................................................................................

À ............................................................, le …./…./…….. **Signature du témoin**