

Direction des Ressources Humaines
Service Ressources, Pilotage et Perspectives – Pôle Pensions et Accidents du Travail
@ : pensions@inserm.fr

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – DE TRAJET OU DU TRAVAIL

A remplir uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDI ou CDD d'une durée ≥ à un an*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Adresse personnelle : ;
N° de matricule :
Tél. personnel : Mail personnel :
Si votre dossier est examiné par le Conseil Médical (formation plénière) ou la CPAT (Commission Paritaire chargée d'émettre des avis en matière d'Accidents du Travail et maladies professionnelles), souhaitez-vous que vos coordonnées personnelles soient communiquées aux Représentants du Personnel ? Oui Non

COORDONNÉES ADMINISTRATIVES

Délégation Régionale : Affectation :
Adresse de la structure :
Tél professionnel : Mail professionnel :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Statut : Stagiaire Titulaire CDI (*hors CDI de mission scientifique*) CDD ≥ à un an*
Position : Activité Détachement Mise à disposition
Grade : Date d'entrée à l'Inserm :
Quotité de travail :%
Préciser les jours travaillés : **L M M J V S D**
Métier / Fonction : Date d'entrée en fonction sur le poste :
Activité habituelle :
 Laboratoire Animalerie Administratif Autre (à préciser) :

AUTRES INFORMATIONS

Avez-vous déjà été victime d'un accident de service (ou du travail) auparavant ? Oui Non
A quelle(s) date(s) :
Taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP) reconnu :
Organisme qui a géré l'accident :

*(hors CDD de projet, CDD post doc, fondement code de la recherche, CPJ)

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Jour : **L M M J V S D** Date Heure :

Lieu exact de l'accident :

Préciser s'il s'agit : (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail habituel | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre domicile \leftrightarrow travail |
| <input type="checkbox"/> Lieu de travail occasionnel | <input type="checkbox"/> Au cours d'une mission ou d'un stage de formation |
| <input type="checkbox"/> Lieu de télétravail | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre travail \leftrightarrow lieu de restauration habituel |
| | <input type="checkbox"/> Au cours du trajet entre travail \leftrightarrow lieu de restauration occasionnel |

➤ Si l'accident est survenu sur le trajet aller ou retour entre le lieu de travail et le lieu de restauration, indiquer le lieu :
.....

Accident de circulation routière (*à cocher pour tout accident impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette...*)

Lieu où est allée la victime après l'accident (médecin, lieu de travail, hôpital, ...) :

Est-elle hospitalisée ? : Oui Non Où ? :

Suite probable : sans arrêt de travail avec arrêt de travail

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? : Oui Non

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? : Oui Non

Indiquer les nom, prénom et adresse du tiers :

Compagnie d'assurance du tiers :

S'il s'agit d'un **accident de trajet entre le domicile et le lieu de travail**, compléter les éléments suivants :

➤ L'heure de départ du domicile ou du travail :

➤ La durée du trajet :

➤ Le jour de l'accident, le trajet a-t-il été le plus direct ? Oui Non

Si non, indiquer le motif du détour ou de l'interruption du trajet :

➤ Mode de locomotion utilisé au moment de l'accident :

Transport en commun, lequel :

Véhicule particulier, lequel :

Autre (vélo, trottinette ...) :

RECIT DE L'ACCIDENT

Activités de la victime lors de l'accident (*environnement, bureau, laboratoire, animalerie, escalier, route, produits/équipements utilisés, ... et tâche exécutée*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description et nature de l'accident (*chute, agression physique/verbale, collision avec objet/mobilier, projection/contact liquide biologique/produits chimiques, choc, piqûre/coupure/morsure septique ou non septique, effort physique lié à la manutention, ...*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

Nature des lésions médicalement constatées :

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contusion | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Plaie | |
| <input type="checkbox"/> Atteinte ostéo-articulaire et/ou musculaire (luxation, entorse, déchirure ...) | | | |
| <input type="checkbox"/> Piqûre | <input type="checkbox"/> Réaction allergique | <input type="checkbox"/> Réaction inflammatoire | |
| <input type="checkbox"/> Dermite | <input type="checkbox"/> Présence de corps étrangers | <input type="checkbox"/> AES (<i>accident d'exposition au sang</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Lésions internes | <input type="checkbox"/> Lésions nerveuses | <input type="checkbox"/> Electrocutation/Electrisation | |
| <input type="checkbox"/> Intoxication par ingestion | <input type="checkbox"/> Intoxication par inhalation | <input type="checkbox"/> Intoxication par voie percutanée/cutanée | |
| <input type="checkbox"/> Commotion | <input type="checkbox"/> Vertige | <input type="checkbox"/> Troubles de la conscience /
Perte de connaissance | |
| <input type="checkbox"/> Troubles visuels | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs | <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques /
Stress post traumatique | |
| <input type="checkbox"/> Brûlure physique par frottement | <input type="checkbox"/> Brûlure chimique | <input type="checkbox"/> Brûlure cryogénique | <input type="checkbox"/> Gelure |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : | | | |

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

.....

COORDONNEES DU TEMOIN (obligatoire, à défaut le dossier sera considéré incomplet) :

S'agit-il : d'un témoin oculaire d'un témoin a posteriori (personne à qui a été déclaré l'accident)

Nom : Prénom :

Adresse mail : Tél. :

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA PRESENTE DECLARATION :

Un certificat médical initial (volet 1 ou volet à conserver par la victime) **même si prescription d'arrêt de travail**

Ce certificat doit être établi selon le formulaire réglementaire (cerfa 11138*06) par le médecin ayant constaté la nature et le siège des lésions, avec indication de la période de soins prévisibles. **Aucun document ne doit être transmis à la sécurité sociale.**

Avis d'arrêt de travail (volet 1 ou volet à conserver par la victime)

Avis d'hospitalisation

Déclaration du témoin (mail, courrier...)

Dépôt de plainte

Pour les accidents survenus en mission ou en stage de formation :

Ordre de mission ou convocation

En cas d'accident de trajet :

Plan de trajet (*pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident*)

En cas d'accident impliquant un tiers, joindre également :

Constat amiable

Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

La victime peut compléter sa déclaration par des précisions de toute nature sur papier libre et/ou annexer toutes pièces d'éléments de contexte

Observations écrites

Pièces complémentaires

Préciser lesquelles :

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom*)

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à le

Signature de l'agent :

VISA DU DIRECTEUR D'UNITE OU DU CHEF DE SERVICE

Nom du supérieur hiérarchique :

Adresse mail : Tél. :

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

L'accident est-il survenu pendant les horaires habituels de l'agent ? : Oui Non

En cas d'accident survenu en dehors du lieu de travail ou des heures habituelles : **joindre une attestation signée par le supérieur hiérarchique en précisant le motif**

L'agent utilisait-il des équipements de protection de sécurité (individuel ou collectif) prévus pour son activité ? :

Oui, préciser lesquels dans observations Non, préciser les raisons dans observations

Observations :

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

Fait à le.....

Signature du directeur d'unité/chef de service, ou de son représentant dûment habilité :

PARTIE ADMINISTRATIVE

VISA DE LA DELEGATION REGIONALE

Observations :

.....
.....

PIECES A JOINDRE PAR LA DR - POLE RH A LA PRESENTE DECLARATION :

Pour les CDD : une copie du contrat et des éventuels avenants

Si position particulière (détachement, mise à disposition...) : copie de la décision correspondante

Le cas échéant : un rapport d'incident établi par le conseiller de prévention

Dossier suivi par :

Médecin de prévention :

Gestionnaire Ressources Humaines :

Fait à le.....

Signature du Délégué Régional ou de son représentant dûment habilité :

Cadre réservé PPAT

Reconnaissance Expertise Conseil Médical Rejet (dossier incomplet)

Date :