

SIGNALEMENT D'ACCIDENT - VOLET A

A REMPLIR PAR L'AGENT ACCIDENTE OU UN TEMOIN

(COD PREV / Nature du statut et catégorie de l'agent à renseigner par l'administration)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME :

(Si le volet B est complété en même temps que le volet A, il n'est pas utile de préciser cette rubrique)

Madame ☐ Monsieur
 Nom: _____ Prénom _____
 Date de naissance : _____
 Matricule INRAE : _____ Corps et grade : _____
 Centre de rattachement : _____ Unité : _____

NATURE DU STATUT ET CATEGORIE DE L'AGENT :

☐ Fonctionnaire stagiaire Contractuel $\Rightarrow$ en contrat de MOINS de 1 an : DECLARATION OBLIGATOIRE A LA SECURITE SOCIALE
☐ Titulaire ☐ Contractuel $\Rightarrow$ en contrat de PLUS de 1 an

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT :

DATE DE L'ACCIDENT : _____ / HEURE DE L'ACCIDENT : H _____

TYPE D'ACCIDENT :

☐ Accident sur le lieu du travail
☐ Accident de trajet ☐ Accident en mission

LIEU DE L'ACCIDENT :

COD PREV 1 ☐ ☐

☐ Sur site INRAE
☐ Extérieur à l'INRAE, préciser : _____

Parties communes :

☐ Parking du site ☐ Escalier ☐ Parc et jardin du site
☐ Accueil ☐ Couloir ☐ Restaurant d'entreprise
☐ Voies de circulation internes

Lieux dédiés aux activités :

☐ Bureau ☐ Laboratoire ☐ Laverie-préparation
☐ Serre ☐ Atelier ☐ Locaux techniques
☐ Salle de réunion/amphithéâtre ☐ Domaine végétale/culture ☐ Forêt
☐ Espaces verts ☐ Domaine animal ☐ Bassin d'élevage / pisciculture
☐ Animalerie
☐ Local de stockage (préciser le type de stockage : déchet, matériel, produits chimique...) : _____
☐ Autre (préciser) : _____

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT : détailler la nature de l'accident, le lieu précis, la tâche effectuée, le geste précis, le matériel utilisé et tout autre élément utile comme le port de protection, un sol glissant en cas de chute ...):

Activité COD PREV 2 ☐ ☐

ELEMENT ASSOCIE A L'ACCIDENT

COD PREV 3 ☐ ☐

- | | |
|---|--|
| ☐ Accident de plain-pied | ☐ Chute avec dénivellation |
| ☐ Outil individuel à main | ☐ Animaux de laboratoire et d'élevage ☐ Insectes |
| ☐ Objet en cours de manipulation | ☐ Petit appareil de laboratoire |
| ☐ Morsure de tique | ☐ Exposition Prions |
| ☐ Exposition CMR (hors amiante) | ☐ Exposition produits chimiques (autre que CMR) |
| ☐ Exposition à de l'amiante | ☐ Véhicule (préciser) : _____ |
| ☐ Agression physique | ☐ Agression verbale ☐ Agression sexuelle |
| ☐ Stress post-traumatique | |
| ☐ Autre : _____ | |

Siège des lésions COD PREV 4 ☐ ☐

BLESSURES OU LESIONS APPARENTES

COD PREV 5 ☐ ☐

(Si le volet B est complété en même temps que le volet A, il n'est pas utile de préciser cette rubrique)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Contusion/coup | ☐ Plaie/coupure | ☐ Brûlure |
| ☐ Morsure de tique | ☐ Piqûre d'insecte/araignée | ☐ Autre : _____ |

Document à transmettre au gestionnaire d'unité qui coordonne les visas des DU et AP

Personne signalant l'accident :	Visa du Directeur d'Unité ou de son délégataire :	Visa de l'Assistant de Prévention :
NOM :	NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :	PRENOM :
DATE :	DATE :	DATE :
SIGNATURE :	SIGNATURE :	SIGNATURE :

Original à conserver au sein de l'unité d'affectation de l'agent

Copie à adresser à ALP et au service prévention

(En cas d'exposition aux prions, CMR, amiante : remplir le volet B même en l'absence de certificat médical)

RECONNAISSANCE D'IMPUTABILITE AU SERVICE - *VOLET B*

A renseigner par l'agent accidenté ou un ayant droit

ADMIN : A renseigner par l'administration

ADMIN : N° DOSSIER HR : ____ / ____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom de naissance : _____ Nom d'épouse : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Adresse électronique personnelle : _____

Nom et adresse du site d'exercice des fonctions : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone bureau : _____ Téléphone portable : _____

Adresse électronique professionnelle : _____

DATE DE LA CONSTATATION MEDICALE DES LESIONS : _____

Joindre obligatoirement l'original des volets 1 et 2 du certificat médical initial décrivant les lésions et établi au plus tôt après l'accident.

En cas d'exposition aux prions, CMR, amiante : remplir ce volet B même en l'absence de certificat médical.

☐ Accident **sans** arrêt de travail

☐ Accident **avec** arrêt de travail Durée de l'arrêt initial (en nombre de jours) : _____

☐ Décès

TYPE DE LIEU DE L'ACCIDENT :

☐ Lieu habituel

☐ différent de l'affectation professionnelle

TYPE D'ACTIVITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT :

☐ Activité principale

☐ Activité secondaire

SIEGE DES LESIONS

COD PREV 4 ☐☐

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| ☐ Visage | ☐ Epaule | ☐ Genou | ☐ Appareil auditif/ORL |
| ☐ Yeux | ☐ Bras | ☐ Cheville | ☐ Appareil digestif |
| ☐ Cou | ☐ Avant-bras | ☐ Pied | ☐ Sphère psychologique |
| ☐ Dent(s) | ☐ Coude | ☐ Orteil(s) | ☐ Région Lombaire |
| ☐ Main | ☐ Poignet | ☐ Pouce | ☐ Tronc |
| ☐ Index ☐ Autre doigt : _____ | | ☐ Appareil cardio-vasculaire | |
| ☐ Autre : _____ | | | |

NATURE DES LESIONS (se référer au certificat médical)

COD PREV 5 ☐☐

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Réaction de type allergique | ☐ Piqûre (autre qu'insecte ou araignée) | ☐ Luxation |
| ☐ Amputation | ☐ Plaie/coupure | ☐ Brûlure |
| ☐ Gelure | ☐ Asphyxie | ☐ Ecrasement |
| ☐ Inflammation | ☐ Fracture/fêlure | ☐ Cervicalgie |
| ☐ Electrisation | ☐ Lumbago/sciatique | ☐ Commotion |
| ☐ Entorse/foulure | ☐ Contusion/choc | |
| ☐ Présence d'un Corps étranger | ☐ Lésion ligamentaire/musculaire | ☐ Lésion nerveuse |
| ☐ Troubles psychologiques - précisions éventuelles _____ | | |
| ☐ Autre : _____ | | |

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TEMOINS ?

- ☐ OUI Indiquer les coordonnées du témoin principal (*Le témoin pourra être contacté afin de compléter la déclaration de l'agent ou de l'ayant droit*)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ email : _____

- ☐ NON Indiquer les coordonnées de la première personne avisée au sein de l'établissement

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

En cas d'accident de trajet, compléter en plus le volet C et joindre les documents complémentaires.

En cas d'accident de mission, joindre en plus l'ordre de mission.

Signature de l'agent ou de l'ayant droit NOM : PRENOM : DATE : SIGNATURE	Visa du Directeur de l'Unité ou de son délégataire NOM : PRENOM : DATE : SIGNATURE	Visa du Conseiller de Prévention du Centre NOM : PRENOM : DATE : SIGNATURE
--	--	--

Original des fiches « Signalement de l'accident (Volet A) », « Reconnaissance d'imputabilité au service (Volet B) » et Enquête Administrative si nécessaire à transmettre à l'ALP du centre d'affectation de l'agent

ANNEXE ACCIDENTS DE TRAJET - *VOLET C*

A REMPLIR PAR L'AGENT ACCIDENTE OU UN AYANT DROIT
(N° Dossier HR à renseigner par l'administration)

N° DOSSIER HR : ____ / ____

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES POUR UN ACCIDENT DE TRAJET : joindre la copie d'une carte routière ou d'un plan de ville officiel sur laquelle sera précisée :

- Le trajet suivi le jour de l'accident,
- Le point de départ **D** et le point prévu pour l'arrivée **A**,
- Le lieu de l'accident **X**,
- Le trajet suivi habituellement, s'il diffère du trajet suivi le jour de l'accident.

L'accident est-il survenu sur le trajet

- ☐ du domicile au lieu du travail Heure de départ du domicile : ____
- ☐ du lieu de travail au domicile : Heure de départ du lieu de travail : ____
- ☐ du lieu du travail au lieu de repas habituel

Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? _____

Combien de temps dure le trajet ? __H__

Si le trajet a été détourné, ou interrompu, pour quels motifs * :

- ☐ Allait chercher ou déposer son enfant à l'école.
- ☐ Allait faire quelques courses alimentaires de nécessité courante.
- ☐ Pour covoiturage
- ☐ Autre : _____

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? ☐ AVANT ☐ APRES

Où la victime s'est-elle rendue après l'accident ? Où a-t-elle été transportée après l'accident ?

SI L'ACCIDENT A ETE CAUSE PAR UN TIERS (un recours sera engagé auprès de l'assurance du tiers responsable) :

Nom et prénom du tiers : _____

Adresse : _____

Nom et adresse de l'assurance : _____

N° de contrat : _____

Un constat amiable a-t-il été établi : ☐ OUI ☐ NON (*Joindre une copie*)

Un procès-verbal de police ou gendarmerie a-t-il été établi ? ☐ OUI ☐ NON (*Joindre une copie*)

*PRECISIONS

- L'idée est que le trajet doit être le plus court et le plus direct. Toutefois, cette idée n'est pas une règle. Le salarié peut très bien détourner son trajet en cas d'embouteillage, par exemple.
- Il doit s'agir du trajet normal pour se rendre sur son lieu de travail ou rentrer à son domicile.
- Le trajet doit être compatible avec les horaires de travail. L'horaire est apprécié en fonction des circonstances.
- Le trajet commence lorsque le salarié a quitté son domicile, c'est à dire lorsqu'il est sorti du terrain où se situe sa résidence privée.
- Le trajet se termine lorsque le salarié est sur les lieux de l'entreprise ou de l'établissement où il effectue son contrat de travail.
- La résidence secondaire "présentant un caractère de stabilité" signifie que le salarié doit y séjourner habituellement et non à titre occasionnel.
- La jurisprudence se prononce pour les accidents de trajet avec un véhicule de l'entreprise et pour les trajets effectués dans le cadre du contrat de travail. Dans la plupart des cas, ils sont considérés comme accidents de trajet, à moins que l'intérêt personnel du salarié soit démontré.
- Est reconnu comme accident de trajet, l'accident survenu pendant qu'un parent allait chercher ou déposer son enfant à l'école.
- Le lieu habituel de repas peut-être un restaurant inter entreprise ou extérieur à l'entreprise. L'habitude ne signifie pas que le repas doit être pris tous les jours au même endroit.
- Le détour pour covoiturage et nécessités de la vie courante n'écarte pas les garanties accordées pour les accidents de trajet qui pourraient survenir pendant le détour et avant et/ou après l'interruption. En revanche, n'est pas considéré comme accident de trajet, l'accident survenu dans le lieu d'arrêt (école, magasin, etc.).
- Un accident survenu lors d'un détour ou d'une interruption organisé pour un intérêt personnel, n'est pas un accident de trajet.
- Les accidents survenus à l'occasion d'une mission ou d'un déplacement professionnel, pendant le temps de la mission est accident du travail. L'accident survenu pendant les allers-retours entreprise, lieu de mission, domicile sont également des accidents du travail. Seul le caractère strictement personnel peut faire perdre à l'accident son caractère d'accident du travail et d'accident de trajet.
- Les juges apprécient souverainement la nature de l'accident.