

# L'Accident de service

Le coût moyen d'un arrêt pour accident de service pour un agent CNRACL en 2015 était de 2676€<sup>1</sup> sans considérer les coûts induits en termes de désorganisation des services, de démobilisation des agents, et in fine, de détérioration de la qualité du service rendu à l'usager. Réduire le nombre de ces événements et leur portée aux plans humain, financier et organisationnel, constitue un enjeu majeur pour toute collectivité.



## La définition

### L'accident de service pour les agents fonctionnaires :

Est considéré comme accident de service, l'accident survenu dans l'exercice des fonctions ou à l'occasion, à un moment précis et à un endroit de l'exercice de celles-ci. L'accident de service, pour être reconnu comme tel, doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain.

Il y a désormais une présomption d'imputabilité de l'accident au service. L'Autorité peut décider de la non-imputabilité de l'accident au service.



### L'accident de travail pour les agents non titulaires :

Est considéré comme accident de travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Est un accident de travail, tout fait précis survenu soudainement à l'occasion du travail et qui est à l'origine d'une lésion corporelle. Dans ce cas, Il y a présomption d'imputabilité.

### L'accident de trajet :

Est considéré comme accident de service ou de travail, l'accident survenu à un agent pendant le trajet d'aller et de retour entre :

- La résidence principale (...) et le lieu de travail
- Le lieu de travail et le lieu où l'agent prend habituellement ses repas

Le parcours ne doit pas être interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

## Conséquences d'un accident de service pour la collectivité

Dans le cas d'un agent titulaire affilié à la CNRACL en arrêt pour raison de santé, suite à un accident de service, la collectivité doit, d'une part, lui verser l'intégralité de son traitement indiciaire pendant toute la durée de l'arrêt lié à l'accident et ses éventuelles rechutes. Elle doit d'autre part, prendre en charge les frais médicaux y afférant, jusqu'à la guérison complète y compris après la mise à la retraite.

<sup>1</sup> Source : « Panorama 2017 » publié par Sofaxis

## La déclaration des accidents de service

### Pour les agents fonctionnaires

La déclaration de l'agent doit être établie dans les meilleurs délais possibles. La collectivité afin d'éviter les abus peut imposer un délai maximum de déclaration (on peut recommander 48 heures – attention au délai maximum de déclaration fixé par l'assureur, au-delà duquel l'accident n'est plus pris en charge).

Il faut insister auprès des agents pour que tous les incidents, même s'ils ne semblent pas porter à conséquence, soient pris en compte afin que leur aggravation éventuelle dans un délai plus ou moins long soit retenue au titre d'accident du travail. La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical initial du médecin traitant ou du centre hospitalier constatant les lésions corporelles et précisant la durée probable de l'incapacité temporaire de travail.

L'administration doit alors réaliser une enquête afin d'apprécier l'imputabilité de l'accident au service et constituer éventuellement un dossier pour la consultation de la Commission Départementale de Réforme si l'autorité ne souhaite pas reconnaître le caractère « imputable » de l'accident.

Il s'agit de déterminer la cause, la nature, les circonstances de temps et de lieu et les conséquences apparentes de l'accident. La matérialité des faits ne saurait en effet être établie sur la base des seules déclarations de l'agent. Même en cas de déclaration tardive par le fonctionnaire, une enquête doit être effectuée.

Le dossier à destination de la commission de réforme doit comprendre au minimum la déclaration écrite et signée de l'agent, le certificat médical initial et les éventuels certificats de prolongation ainsi que l'ensemble des éléments relevés lors de l'enquête administrative.

La Commission Départementale de réforme doit être consultée pour tout accident dont l'imputabilité au service n'a pas été décidée lors de l'enquête administrative, quelle que soit la durée de l'arrêt qu'ils entraînent. Sur la base de ces éléments, la Commission émettra un avis sur l'imputabilité de l'accident au service. Le cas échéant, elle se prononcera sur un taux d'invalidité et/ou une mise en retraite pour invalidité.



### Pour les agents non titulaires

L'agent doit déclarer l'accident à son employeur dans les 24 heures.

L'employeur doit déclarer l'accident à la caisse d'assurance maladie dans les 48 heures. Pour les accidents bénins cette déclaration peut être remplacée par l'inscription dans le registre de déclaration des accidents du travail bénins. Il doit remettre à l'accidenté les 3 volets d'accident du travail qui lui permettront des soins gratuits. L'employeur peut contester la réalité de l'accident auprès de sa caisse d'assurance maladie mais ne peut pas refuser la remise des volets d'accident du travail.

Le médecin doit prescrire les soins et éventuellement l'arrêt de travail et établir un certificat médical initial descriptif des lésions.

La caisse d'assurance maladie doit informer la victime de la réception de son dossier complet. Elle dispose d'un délai de 30 jours pour statuer avec un délai complémentaire de 2 mois en cas de nécessité d'enquête

complémentaire. Elle doit également informer l'employeur, le médecin du travail et le médecin traitant de la déclaration et du déroulement de la procédure.

## Protocole de déclaration des accidents de service

La réduction du nombre et de la fréquence des accidents requiert de comprendre les conditions de leur survenance pour arrêter et appliquer des mesures de prévention appropriées. Pour ce faire, il est recommandé de mettre en place un protocole de déclaration et de suivi des accidents permettant de collecter toutes les informations relatives au déroulement et au suivi de l'accident au moyen d'une fiche de renseignements.

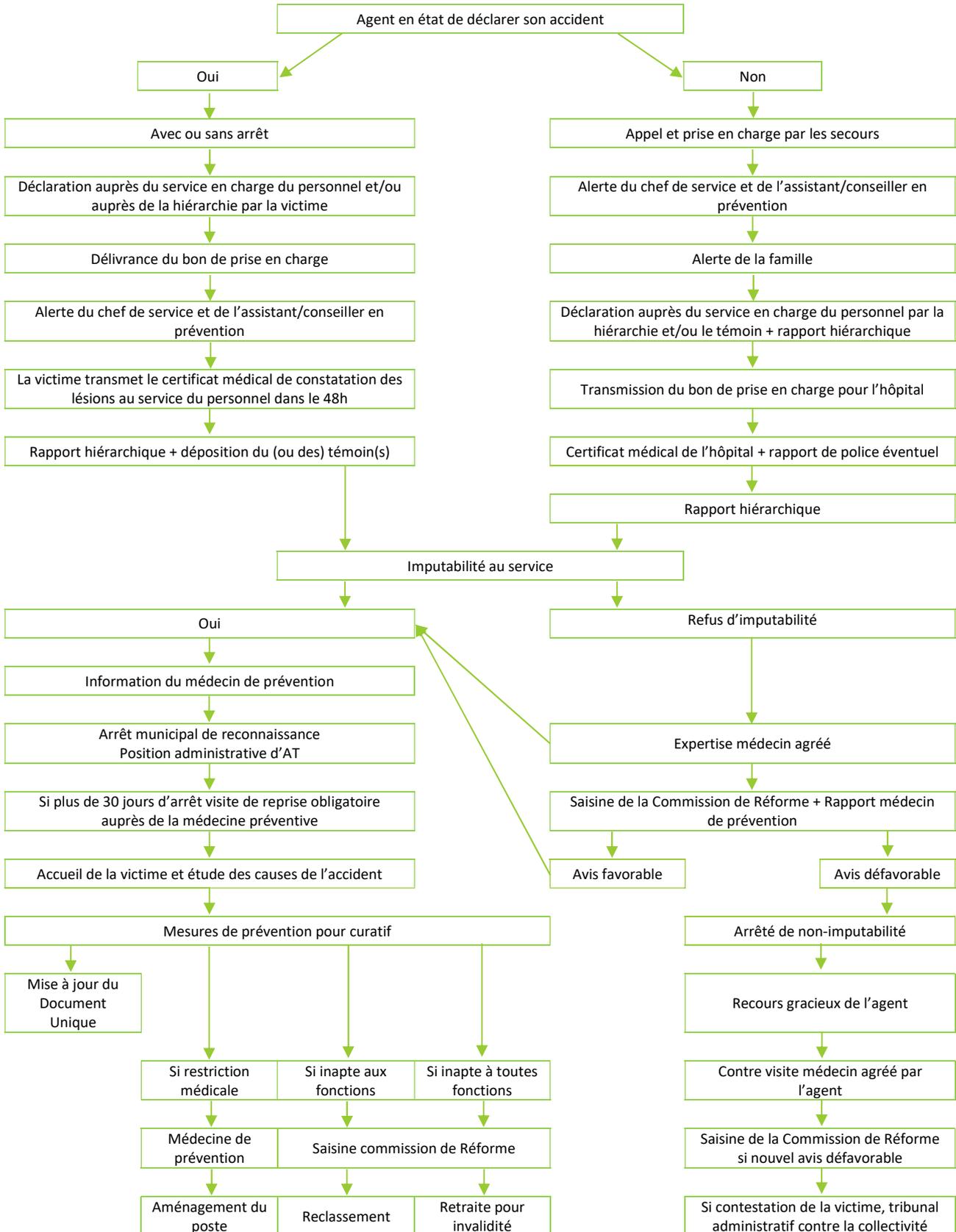
Cette fiche ne remplace pas la déclaration qui doit être faite : il s'agit d'un document interne destiné à rassembler tous les éléments nécessaires pour déterminer d'une part l'imputabilité de l'accident au service et d'autre part pour analyser l'accident afin d'éviter qu'il ne se reproduise.

Pour être efficace, cette investigation doit être confiée à l'assistant de prévention (ex ACMO) et/ou conseiller en prévention, le CHSCT, qui devra avoir été formé aux techniques d'enquête et sensibilisé aux conséquences des accidents de travail. Il devra se montrer exigeant quant à la qualité des informations consignées. Pour cela un ingénieur prévention du Centre de Gestion de l'Oise peut vous aider.

Il est par ailleurs indispensable d'aller sur les lieux de l'accident pour confirmer ou infirmer les circonstances de l'accident. Il est également intéressant de s'interroger sur l'existence d'un témoin et de recueillir son témoignage écrit. De même, en cas d'accident de trajet mettant en jeu un tiers, il est nécessaire d'avoir une copie du constat amiable, et si possible le rapport de police.

**La réglementation prévoit que le service de médecine préventive soit informé par l'autorité territoriale dans les plus brefs délais de chaque accident de service.**

Synoptique



## Modèle de fiche de renseignement pour l'enquête (non exhaustif)

### DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

*Bien remplir cette fiche permet aux  
Membres des CHSCT, Médecin de prévention, Direction générale, Conseiller en prévention des risques  
professionnels d'élaborer un programme de prévention. Merci*

**Cette fiche est à compléter par le chef de service à partir de la déclaration de l'agent :**



Service :

Rempli par : Nom – prénom :

Fonction :

Date de l'accident :

Heure :

Lundi     Mardi     Mercredi     Jeudi     Vendredi     Samedi     Dimanche

Date de la déclaration :

Rechute accident :  non     oui en date du :

### INFORMATIONS SUR LA VICTIME

Nom :

Prénom :

N° de SS :

Date de naissance :

Sexe     F     M

Catégorie :     A    Statut :     Titulaire     ASMAT    Agent :     Droitier  
                   B                            Non tit.     Apprenti                            Gaucher  
                   C

Adresse :

Complément :

Code postal :    Ville :

Horaire de travail :

Emploi occupé :

Ancienneté dans la collectivité :

Ancienneté dans le poste :



LIEU ET TACHE EXERCEE LORS DE L'ACCIDENT

**Lieu** (ne cocher qu'une seule case)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Locaux techniques      | <input type="checkbox"/> Locaux administratifs | <input type="checkbox"/> Écoles, crèches, centres de loisirs   |
| <input type="checkbox"/> Restauration           | <input type="checkbox"/> Complexes sportifs    | <input type="checkbox"/> Bâtiment annexe                       |
| <input type="checkbox"/> Parties communes       | <input type="checkbox"/> Domicile d'un tiers   | <input type="checkbox"/> Parcs, jardins, espaces verts, forêts |
| <input type="checkbox"/> Voies et lieux publics | <input type="checkbox"/> Cimetière             | <input type="checkbox"/> Déchetteries                          |

**Tâches exercées** (ne cocher qu'une seule case)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Travail administratif                              | <input type="checkbox"/> Activité funéraire                         |
| <input type="checkbox"/> Restauration collective                            | <input type="checkbox"/> Incendie / secours et autre intervention   |
| <input type="checkbox"/> Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel | <input type="checkbox"/> Activité physique et sportive              |
| <input type="checkbox"/> Formation/mission                                  | <input type="checkbox"/> Animation / enfance                        |
| <input type="checkbox"/> Entretien des espaces verts                        | <input type="checkbox"/> Transport de personnes ou marchandises     |
| <input type="checkbox"/> Voirie / chantier                                  | <input type="checkbox"/> Interventions spécialisées                 |
| <input type="checkbox"/> Collecte et traitement des ordures ménagères       | <input type="checkbox"/> Manœuvre / exercices                       |
| <input type="checkbox"/> Traitement des eaux / assainissement/ électricité  | <input type="checkbox"/> Opérations diverses / protection des biens |
| <input type="checkbox"/> Circulation (locaux/voie publique)                 | <input type="checkbox"/> Autres tâches                              |
| <input type="checkbox"/> Accueil / surveillance / contrôle                  |   |

ATTEINTE PHYSIQUE

**Siège des lésions** (ne cocher qu'une seule case)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Région crânienne                | <input type="checkbox"/> Coude                           | <input type="checkbox"/> Bassin           | <input type="checkbox"/> Pied : orteils          |
| <input type="checkbox"/> Face (sauf nez et bouche)       | <input type="checkbox"/> Avant-bras                      | <input type="checkbox"/> Abdomen          | <input type="checkbox"/> Pied : plante et dessus |
| <input type="checkbox"/> Nez                             | <input type="checkbox"/> Poignet                         | <input type="checkbox"/> Thorax           | <input type="checkbox"/> Pied : talon            |
| <input type="checkbox"/> Bouche (sauf dents)             | <input type="checkbox"/> Main : index et/ou pouce        | <input type="checkbox"/> Organes génitaux | <input type="checkbox"/> Sièges multiples        |
| <input type="checkbox"/> Dents                           | <input type="checkbox"/> Main : paume et dos             | <input type="checkbox"/> Hanche           | <input type="checkbox"/> Autres                  |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif                | <input type="checkbox"/> Main : autres doigts            | <input type="checkbox"/> Cuisse           |  |
| <input type="checkbox"/> Cou (sauf vertèbres cervicales) | <input type="checkbox"/> Dos (sauf colonne vertébrale)   | <input type="checkbox"/> Genou            | <b>Latéralité lésions :</b>                      |
| <input type="checkbox"/> Yeux                            | <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale : cervicales | <input type="checkbox"/> Jambe            | <input type="checkbox"/> Gauche                  |
| <input type="checkbox"/> Épaule                          | <input type="checkbox"/> Col. vertébr. : dorsolombalgie  | <input type="checkbox"/> Cheville         | <input type="checkbox"/> Droit                   |
| <input type="checkbox"/> Bras                            | <input type="checkbox"/> Col. vertébr : sacrococcygien   |   |  |



TIERS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Société d'assurance du tiers : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Un rapport de police a-t-il été établi :  Oui  Non  
 Agent  Oui  Non      Catégorie :  A  B  C      Statut :  Titulaire  Non tit.  ASMAT  Apprenti  
 Date et signature : \_\_\_\_\_

TYPE DE MATERIEL EN CAUSE

**Etat :**  Usé  Mal conçu  Mal entretenu  Inadapté  Sans objet  
**Matériel mobile :**  Conteneur  Chariot  Remorque  Autre  
**Protection :**  Mise  Hors service  Enlevé  Sans influence  
**Machine :**  Électrique portative  Thermique portative  Fixe  
 Électrique autoporté (auto laveuse, aspirateur...)  
 Autre : \_\_\_\_\_  
**Bâtiment :**  Plein pied  Escalier  Sol encombré  Dénivelé  
**Autre matériel :**  Bac, Caisse, Récipient  Sac  Outillage  
 Matelas  Jeu, Jouet  Plateau  
 Autre : \_\_\_\_\_  
**Mobilier :**  Bureau, table  Armoire, meuble  Siège, tabouret  
 Étagère, casier  Self  
 Autre : \_\_\_\_\_

## MESURES DE PREVENTION

### Prévention existante :

Mesures existantes :

---

---

Consignes de sécurité (affichées, connues, mise en œuvre) :  Oui  Non

Formations  Oui  Non

Equipements de protections

Individuelles (EPI) :

Dotées et portées

Dotées et non portées

Non dotées

Collectives (EPC) :

Dotées

Non dotées

Non concerné

Propose l'imputabilité au service

Émet des réserves sur l'imputabilité pour les motifs suivant :

---

---

Date et signature agent<sup>2</sup> :

Date et signature chef de service :

### Prévention suite à l'accident :

Mesures correctives/souhaitables :

---

---

---

Mesures préventive/prises :

---

---

---

*Cette déclaration conditionne la délivrance des volets médicaux pour la prise en charge des frais médicaux.  
A transmettre impérativement à la Direction des Ressources Humaines et dans les plus brefs délais*

---

<sup>2</sup> Si l'agent est dans l'incapacité de remplir cette fiche (ex : hospitalisation), il doit transmettre impérativement à la direction des Ressources Humaines, et dans les plus brefs délais, une déclaration manuscrite.