

- c) Précisez l'activité spécifique de la victime lorsque l'accident s'est produit (ex. : marche, prise de position assise, transport d'une charge, etc.) ET les objets impliqués (ex. : mobilier, équipement informatique, surface de circulation, etc.) : ...
- d) Quels événements déviant par rapport au processus normal du travail ont-ils provoqué l'accident ? ex. : perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissement ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.). Précisez tous ces faits ET les objets impliqués (agents matériels) s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (ex. : mobilier, équipement informatique, surface de circulation, etc.).
- e) Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents contacts qui ont provoqué la (les) blessure(s). (ex. : contact avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.), et les objets impliqués (ex. : mobilier, équipement informatique, surface de circulation, etc.).
14. Premiers soins donnés le ⁽²⁾ : ... à ... h par le médecin ou l'établissement hospitalier :
Nom : ...
Rue : ... / n° : ... / boîte : ... / Code postal : ... / Commune : ...
15. Procès-verbal dressé à ... le ⁽²⁾ : ... par ...
16. Nom et adresse du (tiers) responsable éventuel : ...
et de son assureur : ... / N° police : ...
17. Témoins
Nom : ... / Rue : ... / n° : ... / boîte : ... / Code postal : ... / Commune : ...
Nom : ... / Rue : ... / n° : ... / boîte : ... / Code postal : ... / Commune : ...

Déclarant (nom et qualité) : ...

Date ⁽²⁾ : le ... à ...

Signature : ...

Fiche d'accident - Année ... n° ...

Nature de l'accident ⁽³⁾ : accident du travail accident sur le chemin du travail

IV. Données concernant l'EMPLOYEUR

18. Adresse de la division ou du service où l'accident est survenu : ...
19. Service externe chargé du contrôle médical - Nom : ...
Rue : ... / n° : ... / boîte : ... / Code postal : ... / Commune : ...
20. Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., l'établissement, etc. à la fin du mois précédant l'accident :
21. Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédant l'accident : ...

V. Données concernant la VICTIME et l'ACCIDENT

22. Date d'entrée en service de la victime ⁽²⁾ : ...
23. Date de fin de contrat de la victime ^{(4) (2)} : ...
24. Catégorie professionnelle ⁽³⁾ : Agent définitif Contractuel Stagiaire Autre (à préciser) :
25. Le lieu de l'accident est-il celui où la victime exerce habituellement sa fonction ? ⁽³⁾ : Oui - Non
26. Fonction habituelle dans l'administration : ... / Code CIP : |..|..|..|
27. Ancienneté dans la catégorie professionnelle : ... dans le service : ... dans la fonction : ...
28. Date de déclaration à l'employeur ⁽²⁾ : ...
29. Heures à prester par la victime le jour de l'accident : de ... h à ... h et de ... h à ... h
30. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) : ...

(*) facultatif si la donnée 4 est remplie - ⁽¹⁾ facultatif - ⁽²⁾ jour / mois / année - ⁽³⁾ cocher ce qui convient - ⁽⁴⁾ Si d'application

⁽⁵⁾ Pour répondre à ces questions, consulter la circulaire explicative - ⁽⁶⁾ Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale

⁽⁷⁾ Voir la liste reprise dans la circulaire explicative

VI. Données concernant la PREVENTION

31. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle son activité habituelle au sein de sa division, son service ? ⁽³⁾
 Oui - Non - Si non, préciser :
32. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? ⁽³⁾
 Oui - Non - Si non, quelle activité exerçait-elle ? :
 S'agit-il d'un accident visé à l'article 2, alinéa 3, 2^o, de la loi du 3 juillet 1967 ? ⁽³⁾ : Oui - Non
33. Type de travail (à remplir si incapacité de 4 jours et plus) : Code ⁽⁷⁾ : |..|..|
34. Dernière déviation qui a conduit à l'accident : Code ⁽⁵⁾ : |..|..|
35. Agent matériel de cette déviation : Code ⁽⁵⁾ : |..|..|..|..|
36. Contact-modalité de la blessure : (à remplir si incapacité de 4 jours et plus) - Code ⁽⁷⁾ : |..|..|
37. Lésion - Nature ⁽⁶⁾⁽⁵⁾ : ... / Code ⁽⁵⁾ : |..|..| / Siège ⁽⁶⁾⁽⁵⁾ : ... / Code ⁽⁵⁾ : |..|..|
38. Conséquences de l'accident ⁽⁶⁾⁽³⁾ :
 La victime n'a pas interrompu le travail
 La victime a interrompu le travail le ⁽²⁾ : ... pour une durée probable de ... jours
 Une incapacité permanente de travail est possible
 Décès
39. La victime a repris le travail le ⁽²⁾ : ... et l'incapacité permanente prévue est ⁽⁶⁾ : ... %
40. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents : Code ⁽⁵⁾ : |..|..|

 Déclarant de l'autorité (nom et qualité) : ...
 Date et signature : ...

Nom du conseiller en prévention : ...
 Date et signature : ...

(*) facultatif si la donnée 4 est remplie - ⁽¹⁾ facultatif - ⁽²⁾ jour / mois / année - ⁽³⁾ cocher ce qui convient - ⁽⁴⁾ Si d'application

⁽⁵⁾ Pour répondre à ces questions, consulter la circulaire explicative - ⁽⁶⁾ Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale

⁽⁷⁾ Voir la liste reprise dans la circulaire explicative

2. Exemple du modèle B : Certificat médical

Nom, prénoms, qualité, adresse

Nom, prénoms, adresse de la victime

Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusions à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.

Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort - incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire. Le fait que le médecin a pour mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans considérer toutes les autres circonstances.

Indiquer, selon le cas, que le blessé est soigné à son domicile ou à celui du médecin, ou à tel hôpital ou à tel autre endroit.

Si le médecin a cette conviction, en indiquer les motifs d'une manière précise afin de permettre à l'administration de prendre sa décision en parfaite connaissance de cause.

Le soussigné

ayant examiné

après l'accident qui lui est survenu le

déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes :

.....

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence :

.....

3. que le début de l'incapacité a été (sera) le :

.....

4. que le blessé est soigné :

.....

5. qu'il a (ou non) la conviction que la blessure ou la maladie constatée a pour cause l'accident relaté :

.....

Fait à, le.....

(Signature)

3. Formulaire du rapport circonstancié

Volet 1 : à compléter par le service de prévention compétent

1. L'identification des victimes et de leurs employeurs.
 2. La description détaillée du lieu de l'accident.
 3. La description détaillée des circonstances de l'accident, y compris le matériel visuel.
 4. Les causes constatées de l'accident :
 - a. **Causes primaires** : les faits matériels qui ont rendu l'accident possible, notamment :
 - équipement de protection collective manquant ou utilisé incorrectement;
 - équipement de protection individuelle manquant ou utilisé incorrectement;
 - une protection manquante ou court-circuitée d'une machine.
 - b. **Causes secondaires** : causes de nature organisationnelle, en raison desquelles les causes primaires sont apparues, notamment :
 - évaluation des risques non effectuée;
 - instruction manquante;
 - contrôle lacunaire du respect des instructions;
 - SIPP ne fonctionnant pas correctement.
 - c. **Causes tertiaires** : causes matérielles ou organisationnelles qui se situent chez des tiers, notamment :
 - faute de conception ou de fabrication à une machine;
 - avis incorrect formulé par un SEPP ou par un SECT.
 5. Des recommandations visant à prévenir la répétition de l'accident.
 6. L'identification de l'employeur et du service compétent pour la prévention, qui ont participé à l'enquête.
 7. L'identification des personnes qui ont élaboré le rapport.
 8. L'identification des personnes à qui une copie du rapport a été envoyée.
-

Volet 2 : à compléter et à signer par l'employeur

9. Le contenu des décisions respectives à propos des mesures que chacun prendra pour prévenir la répétition de l'accident. Mesures sélectionnées sur la base des recommandations formulées par le SIPP ou SEPP, de l'avis des CPPT ou, après concertation avec le SIPP/SEPP/CPPT, sélection des mesures alternatives qui garantissent au moins le même résultat.
 10. Un plan d'action, comprenant les délais dans lesquels les mesures seront appliquées, et la justification de ces délais.
 11. L'avis des comités respectifs sur les causes qui sont à la base de l'accident du travail grave, et sur les mesures proposées afin de prévenir sa répétition.
-