



LES BONNES PRATIQUES POUR RÉDIGER VOTRE DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Un médecin vous parle

Webinaire
23 novembre 2017



cegape

le sens
de la performance
publique



ayming

HR
performance



 **Daniela MARGITICAN**

Experte Risques
Professionnels

 **Gilles SCETBON**

Médecin

1- Les enjeux liés à la Déclaration d'Accident du Travail

2- Des exemples concrets

Ce contenu s'adresse aussi bien aux entreprises privées qu'aux contractuels de la fonction publique.

01

LES ENJEUX LIÉS À LA DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

- ✓ Les enjeux financiers
- ✓ Les enjeux juridiques
- ✓ Les enjeux pour l'image de votre entreprise





La définition de l'accident du travail

- Un **fait accidentel** survenu dans des conditions précises, localisables dans l'espace et dans le temps
- **En relation avec le travail**, soit survenu alors que l'assuré était sous la **subordination de l'employeur**
- **L'existence de lésions imputables au fait accidentel**, constatées médicalement et décrites sur le certificat médical initial

02

EXEMPLES

1^{er} exemple : la douleur ressentie au temps et lieu du travail

cerfa
N° 14463*03
DAT-PRE

DÉCLARATION
D'ACCIDENT DU TRAVAIL **D'ACCIDENT DE TRAJET**

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code du travail modifiés)
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CASIERE PRIMAIRE DE RÉFÉRENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE
AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (pas compris les dimanches et jours fériés) APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVÉ LE QUATRIÈME VOLET.

L'EMPLOYEUR (Habituellement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur XXXX
Adresse XXXX Lieu-dit
X X X X X N° de Téléphone
Code postal
N° SIRET de l'établissement d'attache N° de risque Sécurité Sociale
Nom du service de santé au travail
Adresse XXXX Code postal

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation A défaut, sexe M F Date de naissance
Nom et prénom
(Nom de famille (se renseigner selon le nom d'usage (s'il en a un))
Adresse Lieu-dit Nationalité Française EEE, Suisse Autre
Code postal
Date d'embauche 1 2 0 6 2 0 1 7 Profession Conducteur Receveur
Qualification professionnelle Ouvrier qualifié Ancienneté dans le poste de travail moins de 1 an
Contrat de travail : CDI COD Apprenti/Élève Intérimaire Autre

LES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date 1 3 1 1 2 0 1 7 heure 0 9 0 0
Lieu de l'accident
(Nom et adresse du lieu de l'accident ou lieu d'habitation de la victime)
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps Numéro de SIRET du lieu de l'accident
Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
Lieu de travail occasionnel Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
Lieu du repas Au cours d'un déplacement pour l'employeur
(Indiquer le SIRET du lieu de l'accident et celui-ci est noté dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)

Activité de la victime lors de l'accident Conduite de bus
Nature de l'accident Notre agent déclare avoir ressenti une vive douleur dans le bas du dos en tournant le volant
Objet dont le contact a blessé la victime non précisé
Éventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)

Siège des lésions Dos côté gauche
Nature des lésions douleur
La victime a été transportée à : L'accident a-t-il fait d'autres(s) victimes ? OUI NON
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de 0 8 0 0 à 1 2 0 0 et de 1 4 0 0 à 1 7 0 0
Accident constaté connu le 1 4 1 1 2 0 1 7 heure 0 8 0 0 par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le sous le N°
Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS
Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI par ?

LE TÊMOIN ou LA PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE (cocher la case correspondante)
Le témoin ou la 1^{ère} personne avisée (en cas d'absence de témoin)
Nom et prénom XXXX
Adresse XXXX Lieu-dit Code postal

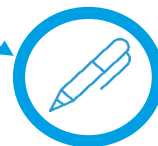
LE TIERS
L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
Si OUI, nom et adresse du tiers
Société d'assurance du tiers
Nom et prénom du signataire
Qualité Signature
Fait à le

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.

DAT-PRE S62001



Nature de l'accident:
« Notre agent déclare avoir ressenti une vive douleur dans le bas du dos en tournant le volant »



Nature des lésions :
« douleur »

2ème exemple : Le salarié, victime d'une agression par un tiers

cerfa
N° 14463*03
DAT-PRE

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL D'ACCIDENT DE TRAJET

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)
L'EMPLOYEUR ENVOIE LA CAUSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE MATRIELLE DE LA VICTIME; LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD QUE LE 15 JOUR SUIVANT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVÉNEMENT; LE QUATRIÈME VOLET EST CONSERVÉ PAR LA VICTIME.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur: XXXX
Adresse: XXXX Lieu-dit: _____
X X X X X X X X XXXXX N° de Téléphone: _____
Code postal: _____
N° SIRET de l'établissement d'attache: X X X X X X X X X X X X X X X X N° de risque Sécurité Sociale: X X X X X
Nom du service de santé au travail
Adresse: XXXX Code postal: _____

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation: X X X X À défaut, sexe: M F Date de naissance: _____
Nom et prénom: _____
Adresse: _____ Lieu-dit: _____ Nationalité: Française EEE, Suisse Autre
Code postal: _____
Date d'embauche: 0 9 | 0 6 | 2 0 0 6 Profession: vendeuse
Qualification professionnelle: Employée Ancienneté dans le poste de travail: 10 ans et plus
Contrat de travail: CDI CDD Apprenti/Élève Intérimaire Autre

LES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date: 2 | 7 | 1 0 | 2 | 0 | 1 | 7 heure: 1 | 7 | 1 | 0
Lieu de l'accident: _____
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident: eboi sur le temps
Lieu de travail habituel: Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
Lieu de travail occasionnel: Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
Lieu du repas: Au cours d'un déplacement pour l'employeur
Activité de la victime lors de l'accident: Vente d'un téléviseur
Nature de l'accident: Agression physique et morale
Objet dont le contact a blessé la victime: POINGS
Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement): _____
Siège des lésions: VISAGE
Nature des lésions: DOULEURS
La victime a été transportée à: HOPITALXXX L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s)? OUI NON
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident: de _____ à _____ de _____ à _____
Accident: constaté connu le 2 | 7 | 1 0 | 2 | 0 | 1 | 7 heure: 1 | 7 | 3 | 0 par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
Consequences: SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS
Un rapport de police a-t-il été établi? NON OUI par qui? _____

LE TÉMOIN ou LA PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE (cocher la case correspondante)

Le témoin ou la 1ère personne avisée (en cas d'absence de témoin)
Nom et prénom: XXX
Adresse: XXXX Lieu-dit: _____ Code postal: _____

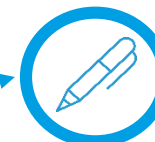
LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers? OUI NON
Si OUI, nom et adresse du tiers: XXXX
Société d'assurance du tiers: XXXX
Nom et prénom du signataire: _____ Signature: _____
Qualité: _____
Fait à _____ le _____

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.



Nature de l'accident :
« Agression physique et morale »



Le tiers:
« OUI »

3ème exemple : le malaise



ayming

cerfa
N° 14463*03
DAT-PRE

DECLARATION

D'ACCIDENT DU TRAVAIL D'ACCIDENT DE TRAJET

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)
LEmployeur envoie à LA CAISSE PRIMAIRE DE SECOURS NAUVELLE DE LA VICTIME (L'ASSURÉ) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DECLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RECEPTION AINSI QUE REQUIS POUR ASSURER LE PARENT A JOUR VENUE APOSTÉ PRÈS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET COMPLÉTER LE QUATRIÈME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur XXXXX
Adresse XXXXX Lieu-dit _____
Code postal XXXXX N° de Téléphone _____
N° SIRET de l'établissement d'attache XXX.XXX.XXX.XXX.XXX.XXX.XXX.XXX.XXX.XXX N° de risque Sécurité Sociale XXX.XXX

Nom du service de santé au travail
Adresse XXXXX Code postal _____

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation XXX.XXX A défaut, sexe M F Date de naissance _____
Noms et prénoms (en 2016 les hommes ont dû changer d'identité et ils y a le) _____
Adresse _____ Lieu-dit _____ Nationalité Française EEE, Suisse Autre _____
Code postal _____
Date d'embauche 2 | 7 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 5 Profession plombier
Qualification professionnelle OUVRIER Ancienneté dans le poste de travail 2 ans et plus
Contrat de travail : CDI CDD Apprenti/Elève Intérimaire Autre

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date 0 | 8 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 7 heure 1 | 0 | 4 | 0
Lieu de l'accident (nom et adresse ou lieu de travail ou lieu d'adresse du travail)
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps (indiquer le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)
Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
Lieu de travail occasionnel Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
Lieu du repas Au cours d'un déplacement pour l'employeur

Activité de la victime lors de l'accident
La victime se trouvait dans 1 ascenseur pour se rendre à son poste de travail.
Nature de l'accident
Alors qu'elle était dans 1 ascenseur, elle se serait évanouie et serait tombée au sol. elle aurait ensuite convulsée.
Objet dont le contact a blessé la victime
/
Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)

Sigle des lésions l e t e
Nature des lésions commotions et lésions traumatiques internes
La victime a été transportée à : HOPITALXXX L'accident a-t-il fait d'autres(s) victimes(s) ? OUI NON
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de ____ h ____ m a ____ h ____ m et de ____ h ____ m a ____ h ____ m
Accident constaté le 0 | 8 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 7 heure 1 | 0 | 5 | 0 par l'employeur par ses proches décrit par la victime
 l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le _____ sous le N° _____
Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS
Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI par qui ? _____

LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE (cocher la case correspondante)
Le témoin ou la 1ère personne avisée (en cas d'absence de témoin)
Nom et prénom XXXX
Adresse XXXX Lieu-dit _____ Code postal _____

LE TIERS
L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
Si OUI, nom et adresse du tiers _____
Société d'assurance du tiers _____

Nom et prénom du signataire _____
Qualité _____ Signature _____
Fait à _____ le _____



Nature de l'accident:
« Alors qu'elle était dans l'ascenseur, elle se serait évanouie et serait tombée au sol. Elle aurait ensuite convulsée »



Nature des lésions :
« Commotions et lésions traumatiques internes »

4ème exemple: l'état pathologique antérieur

cerfa
N° 14463*03
DAT-PRE

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL D'ACCIDENT DE TRAJET

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉPONSE INSTANTANÉE DE CASABRISQ LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD LE LENDEMAIN APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET COMBLÉ LE QUATRIÈME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur XXXX
 Adresse XXXX Lieu-dit
 X X X X X X X XXXXX N° de Téléphone
 Code postal
 N° SIRET de l'établissement d'attache X X X X X X X X X X X X X N° de risque Sécurité Sociale X X X X

Nom du service de santé au travail
 Adresse XXXX Code postal

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation X X X X A défaut, sexe Date de naissance
 Nom et prénom
(nom de famille (se renseigner sur le nom d'usage (nuptial et si y a lieu))
 Adresse Lieu-dit Nationalité Française
 EEE, Suisse
 Autre
 Code postal
 Date d'embauche 1 1 0 3 2 0 1 6 Profession agent qualifié
 Qualification professionnelle ouvrier qualifié Ancienneté dans le poste de travail 1 ans et plus
 Contrat de travail : CDI CDD Apprenti/Élève Intérimaire Autre

LES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date 1 2 0 8 2 0 1 7 heure 1 3 3 0

Lieu de l'accident
Préciser l'adresse du lieu de l'accident ou l'adresse du lieu de l'habitat ou l'adresse du lieu de travail
 Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps
 Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
 Lieu de travail occasionnel Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
 Lieu du repas Au cours d'un déplacement pour l'employeur
Indiquer le SIRET du lieu de l'accident et celui-ci est revenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)

Activité de la victime lors de l'accident La victime déclare, je voulais récupérer l'aspirateur
 Nature de l'accident En soulevant l'aspirateur pour passer par dessus le bas j'ai ressenti une vive douleur au niveau de l'épaule gauche
 Objet dont le contact a blessé la victime aspirateur

Éventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement)
 Une déclaration de MP pour tendinopathie de la coiffe des rotateurs en 2016 avec refus de pec

Siège des lésions épaule gauche
 Nature des lésions douleur

La victime a été transportée à : L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident de 09h00 à 14h30 et de
 Accident constaté le 1 3 0 9 2 0 1 7 heure 1 0 5 0 par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le sous le N°

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS
 Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI par qui ?

LE TÉMOIN ou LA PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE (cocher la case correspondante)

Le témoin ou la 1ère personne avisée (en cas d'absence de témoin)
 Nom et prénom XXX
 Adresse XXXX Lieu-dit Code postal

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
 Si OUI, nom et adresse du tiers
 Société d'assurance du tiers

Nom et prénom du signataire
 Qualité
 Fait à le

Signature

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6200.

DAT-PRE S6200i



Nature de l'accident :
 « En soulevant l'aspirateur (...) j'ai ressenti une vive douleur au niveau de l'épaule gauche. »



Information complémentaire :
 « Une déclaration de MP pour tendinopathie de la coiffe des rotateurs en 2016 avec refus de prise en charge. »



MERCI DE VOTRE ATTENTION **Nous répondrons à vos questions**

*Pour cela, veuillez utiliser le volet
« Questions » sur votre droite*

*Nous n'avons pas eu le temps de répondre à
votre question ?*

*Envoyez un mail à hrperformance@ayming.com
contenant votre questions + téléphone + date :*

- le vendredi 24 novembre (9h30-12h)*
- le lundi 27 novembre (14h30-16h)*



Participez à notre prochain webinaire !

Le jeudi 30 novembre, de 10h à 10h30
Accident du travail : les motifs de réserves évoluent ! Un avocat vous parle

Marion Costanzo
Experte Risques Professionnels

Maître Putanier
Avocat

S'inscrire au webinaire



ayming

HR
performance



cegape

le sens
de la performance
publique