

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL – Secteur public

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, ses ayants droit, le chef de la victime ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service désigné par l'employeur pour recevoir la déclaration.

Cette déclaration doit être accompagnée du certificat médical de premiers constats s'il y a au moins un jour d'incapacité de travail. Ce certificat médical mentionne : les nom, prénom et adresse du médecin ; les nom, prénom et adresse de la victime ; la date de l'accident ; la nature et le siège des lésions ; les conséquences des lésions ; la date du début de l'incapacité et sa durée probable en nombre de jours ; le lieu où sont prodigués les soins ; la date et le lieu de la rédaction du certificat médical ; la signature et le cachet du médecin.

Les rubriques II et III sont complétées par la personne déclarante. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.

I. Données concernant l'EMPLOYEUR gestionnaire du dossier de l'accident

1. Dénomination de l'employeur : Tél. :/.....
2. Rue / n° / boîte :
Code postal : Commune : Pays :
3. Activité principale de l'employeur : Code NACE-BEL :
4. Numéro d'entreprise :-.....-..... et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement :-.....-.....
- Si l'employeur gestionnaire du dossier de l'accident ne correspond pas à l'employeur principal (qui a fait la déclaration DIMONA) :
Dénomination de l'employeur principal :
Numéro d'entreprise de l'employeur principal :-.....-.....

II. Données concernant la VICTIME

5. Nom : Prénoms :
6. Date de naissance (1) :/..../..... Sexe : M F Rôle linguistique : Néerlandais Français Allemand
7. Numéro du Registre national : Nationalité :
8. Numéro de compte bancaire : IBAN
Établissement financier : BIC
9. Résidence principale : Rue / n° / boîte :
Code postal : Commune : Pays :
- Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) :
Rue / n° / boîte :
Code postal : Commune : Pays :
10. Numéro de téléphone fixe :/..... Adresse e-mail :
Numéro de GSM :/.....

III. Données concernant l'ACCIDENT

11. Date de l'accident (1) :/..../..... Heure de l'accident : .. h .. min
12. Lieu de l'accident : dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2
 sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? oui non
 à un autre endroit
- Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement code postal et n° du chantier) :
Rue / n° / boîte :
Code postal : Commune : Pays :
- Numéro du chantier :-.....-.....
13. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? oui non
Si non, quelle occupation exerçait-elle ?
- S'agit-il d'un accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime ? oui
 non
14. a) Dans quel **environnement (type de lieu)** la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (p. ex., aire de maintenance, lieu d'élevage de bétail, chantier de construction d'un tunnel, bureau, école, magasin, hôpital, parking, salle de sports, toit d'un

hôtel, maison privée, égout, jardin, autoroute, navire à quai, sous l'eau, etc.).

b) Précisez **l'activité générale (type de travail)** qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit. (p. ex., transformation de produits, stockage, tâches de type forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, etc. OU tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation ou le nettoyage.)

c) Précisez **l'activité spécifique** de la victime lorsque l'accident s'est produit (p. ex., remplissage de la machine, utilisation d'outillage à main, conduite d'un moyen de transport, saisie, levage, roulage, portage d'un objet, fermeture d'une boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.) **ET** les **objets impliqués** (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

d) Quels **événements déviant** par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (p. ex., problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, écoulement, émission de gaz, rupture, chute ou effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissade ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.). Précisez tous ces faits **ET** les **objets impliqués** s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, 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) (p. ex., contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), 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** (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.).

15. Premiers soins donnés le ⁽¹⁾ ___/___/_____ à ___h ___min par le médecin ou dans l'établissement hospitalier :
Nom :
Rue / n° / boîte :
Code postal : _____ Commune : Pays :
16. Procès-verbal portant le n° : dressé à
le ⁽¹⁾ ___/___/_____ par
17. Tiers responsable éventuel : Nom et prénom :
Rue / n° / boîte :
Code postal : _____ Commune : Pays :
Nom de l'assureur du tiers responsable : n° de police d'assurance :
18. Témoins éventuels :
- Nom et prénom : Rue / n° / boîte :
Code postal : _____ Commune : Pays :
- Nom et prénom : Rue / n° / boîte :
Code postal : _____ Commune : Pays :

Personne déclarante (nom et prénom) :

Signature :

Date ⁽¹⁾ : ___/___/_____

Fiche d'accident – année n°

En cas d'accident grave, l'employeur avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail du SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues aux articles 1.6-1 à 1.6-6 du Code du bien-être au travail.

19. Nature de l'accident : accident du travail
 accident sur le chemin du travail
 accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime

IV. Données concernant l'EMPLOYEUR

20. Adresse de la division ou du service dont dépend la victime :
Rue / n° / boîte :
Code postal : Commune : Pays :

21. Service médical compétent : l'Administration de l'expertise médicale (Medex)
 autre : le cas échéant, précisez le nom du service médical :
ainsi que le numéro d'entreprise du service médical :-.....-.....

22. Nom de l'assureur éventuel de l'employeur :
Numéro d'entreprise de l'assureur :-.....-.....

23. Nombre d'ETP dans l'unité d'établissement au moment de l'accident :

24. 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

25. Date d'entrée en service de la victime ⁽¹⁾ :/..../.....

26. Durée de l'emploi : indéterminée déterminée

27. La date de sortie de service est-elle connue ? oui non Si oui, date de sortie de service ⁽¹⁾ :/..../.....

28. Nature de l'emploi : à temps plein à temps partiel

29. Catégorie professionnelle : agent définitif contractuel stagiaire formation pour un travail rémunéré
 autre (à préciser, p. ex. mandataire, auxiliaire,...) :

30. Fonction habituelle dans l'administration : Code CIP :

31. Durée d'exercice de cette fonction par la victime dans l'administration, dans le service ou l'établissement :
 moins d'une semaine d'une semaine à un mois d'un mois à un an plus d'un an

32. À quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? ⁽²⁾
 poste de travail habituel ou unité locale habituelle
 poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur
 autre poste de travail

33. Date de déclaration à l'employeur ⁽¹⁾ :/..../.....

34. Horaire prévu de la victime le jour de l'accident :
de ..h ..min à ..h ..min et de ..h ..min à ..h ..min

35. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :
.....
.....
.....
.....
.....

VI. Données concernant la PRÉVENTION

36. Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction :

37. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? oui non
Si non, quelle activité exerçait-elle ?

S'agit-il d'un accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime ? oui
 non

38. Type de travail : Code (5) : __

39. Dernière déviation qui a conduit à l'accident : Code (3) : __

40. Agent matériel de cette déviation : Code (3) : __

41. Contact-modalité de la blessure : Code (5) : __

42. Lésion - Nature (3)(4) : Code (3) : __
 Localisation (3)(4) : Code (3) : __

43. Conséquences de l'accident (3)(4) :
 pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
 pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir
 incapacité temporaire de travail
 incapacité permanente de travail à prévoir : l'incapacité permanente prévue est : %
 décès : le cas échéant, indiquez la date (1) : __/__/____

44. Date et heure de l'arrêt de l'activité professionnelle (1) : __/__/____ à __h __min

45. Date de reprise effective du travail (1) : __/__/____
 S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : __ jours

46. De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?
 aucun casque gants lunettes de sécurité écran facial
 veste de protection tenue de signalisation protection de l'ouïe chaussures de sécurité
 masque respiratoire avec apport d'air frais masque respiratoire à filtre masque antiseptique
 protection contre les chutes autres :

47. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents :
 Code (3) : __
 Code (3) : __
 Code (3) : __

Personne déclarante pour l'employeur :

Nom et prénom :

Qualité :

Date (1) : __/__/____

Signature :

Conseiller.ère en prévention :

Nom et prénom :

Signature :

(1) Jour / mois / année

(2) Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.

(3) Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe II.1-4 du Code du bien-être au travail.

(4) Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale.

(5) Pour répondre à ces questions, consulter les annexes de l'arrêté ministériel fixant le modèle de déclaration d'accident du travail en matière d'accidents du travail dans le secteur public.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans une base de données par l'employeur gestionnaire du dossier de l'accident du travail, dont les coordonnées sont reprises dans la rubrique I. Ces données sont traitées dans le cadre de l'application de la législation relative aux accidents du travail. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants, dans le respect des principes applicables en matière de protection des données à caractère personnel, dont notamment le principe de minimisation des données : le service médical compétent, l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris), et le cas échéant à l'assureur de l'employeur et l'assureur du tiers responsable.