

## NOTICE D'UTILISATION DU RAPPORT D'ACCIDENT DE SERVICE

### INFORMATIONS CONCERNANT LA PROCÉDURE DE DÉCLARATION

Un agent de votre établissement, titulaire ou stagiaire, vient d'être victime d'un accident de service. Vous devez déclarer celui-ci en renseignant le formulaire intitulé « Rapport d'accident de service » le plus rapidement possible après l'évènement.

### QUE L'ACCIDENT AIT OCCASIONNÉ OU NON UN ARRÊT DE TRAVAIL, IL VOUS REVIENT DE CONSTITUER UN DOSSIER COMPOSÉ DES PIÈCES SUIVANTES :

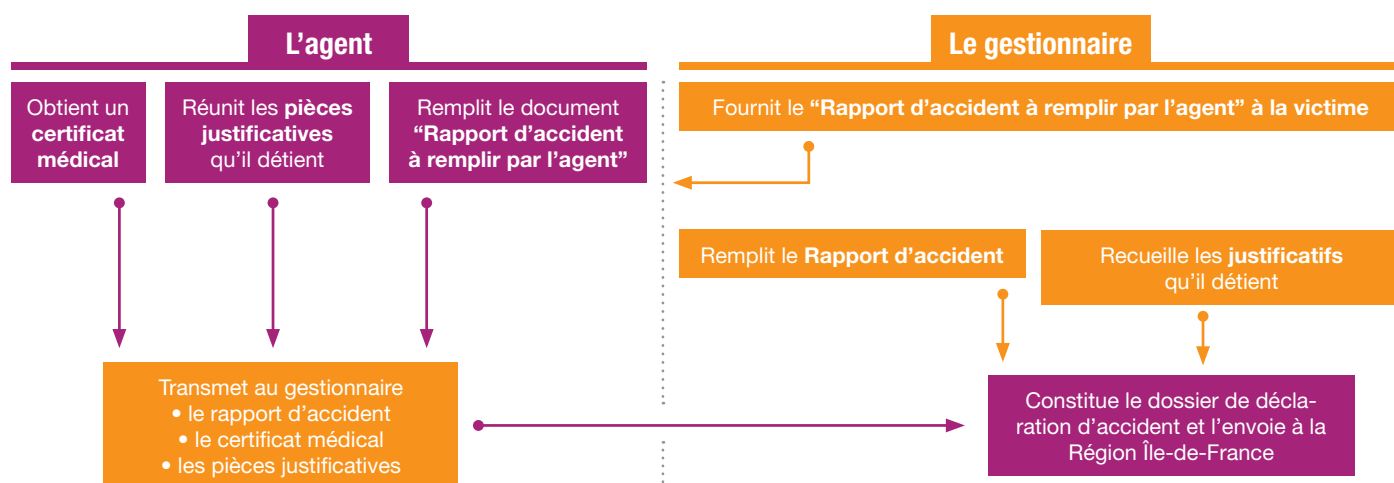
- le rapport d'accident (pp.1-8), que vous aurez rempli le plus exhaustivement possible,
- le certificat médical initial établi le jour de l'accident par le médecin ou le centre de soins qui a constaté les lésions,
- le rapport d'accident à remplir par l'agent (pp.9-10), que vous lui aurez préalablement transmis,
- les pièces justificatives (s'il y en a) : ordre de mission dans le cas d'un accident au cours du service, survenu à l'extérieur de l'établissement, constat d'accident, rapports de gendarmerie, de pompiers, etc.

### CE DOSSIER EST À RETOURNER DANS LES 48 HEURES À LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE.

#### EN CAS DE PROLONGATION D'ARRÊT DE TRAVAIL :

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre à la Région les certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail ou de soins, ainsi que le certificat final indiquant la date de consolidation ou de guérison.

#### POUR RÉSUMER :



## OBJECTIFS DU RAPPORT D'ACCIDENT DE SERVICE

Renseigner le formulaire de la manière la plus exhaustive et la plus détaillée possible permettra une instruction efficace du dossier administratif de l'agent et la mise en place d'actions de prévention ciblées.

Pour remplir au mieux la déclaration et éviter que l'accident ne se reproduise, il est conseillé de mener une analyse afin d'en déterminer les causes (reportez-vous à la fiche Réflexe prévention « Analyser l'accident »).

# RAPPORT D'ACCIDENT DE SERVICE (AGENT TITULAIRE OU STAGIAIRE)

## À REMPLIR PAR LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (DDARHL)

TRANSMIS À LA SDAP LE :

### Pièces à joindre au dossier :

- certificat initial
  - pièces justificatives si tel est le cas\*
- \* se reporter à la notice d'utilisation

À RENVoyer DANS LES 48 HEURES QUI SUIVENT L'ACCIDENT  
à la Région Île-de-France en transmettant par mail aux adresses  
mails génériques de la Direction de l'Administration du Personnel.

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Nom et code UAI (RNE) :

Adresse :

N° de Tél. :

Mail :

Nom du Provisseur :

Nom du Gestionnaire :

## RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Grade :

Missions principales :

Horaires de travail le jour de l'accident (obligatoire) :

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date exacte :

Heure exacte :

Accident au cours du service\*

Accident au cours du trajet\*

\*En fonction de la réponse, renseigner la partie «Accident au cours du service» ou «Accident de trajet»

### ACCIDENT AU COURS DU SERVICE

#### OÙ A EU LIEU L'ACCIDENT ?

- Cuisine : espace de préparation
- Réfectoire, plonge, self
- Ateliers
- Espaces verts, équipements sportifs, cour
- Salle de classe, internat, espaces de circulation (couloir, hall), lingerie, infirmerie
- Escaliers
- Zone de livraison (quai) ou de magasinage (réserves, monte-charge)
- Vestiaires, sanitaires
- Salle de repos
- Hors de l'établissement
- Autre, précisez obligatoirement :

#### À QUELLE ACTIVITÉ ÉTAIT OCCUPÉ L'AGENT QUAND L'ACCIDENT S'EST PRODUIT ?

- Cuisine (préparation culinaire, approvisionnement du self)
- Entretien (nettoyage)
- Magasinage, manutention de matériel (ex : déplacement de mobilier)
- Maintenance : électricité, plomberie, peinture, menuiserie, espaces verts, etc.
- Service au self, plonge
- Accueil (toutes missions)
- Changement de mission, prise de poste (ex : déplacement entre deux activités)
- Mission en dehors de l'établissement (précisez le lieu de l'accident et le mode de transport utilisé :

Autre, (à utiliser en dernier recours) précisez obligatoirement :

### ACCIDENT DE TRAJET

#### ITINÉRAIRE HABITUEL

(Préciser les lieux de départ, d'arrivée et les étapes du trajet)

#### SUR QUEL TRAJET ?

- Domicile - Travail
- Travail - Domicile
- Travail - Lieu habituel de restauration

#### OÙ A EU LIEU L'ACCIDENT ?

- Sur la voie publique
- Dans les transports en commun
- Autres, précisez obligatoirement :

Préciser le lieu (adresse, station de bus/RER/Métro...) :

#### MODE DE DÉPLACEMENT LORS DE L'ACCIDENT

- À pied
- À vélo
- En voiture
- En moto
- Transports en commun, précisez lequel :

## NATURE ET CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT

### TYPE D'ACCIDENT : EN CAS D'ÉVÉNEMENTS MULTIPLES, LES NUMÉROTÉ PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

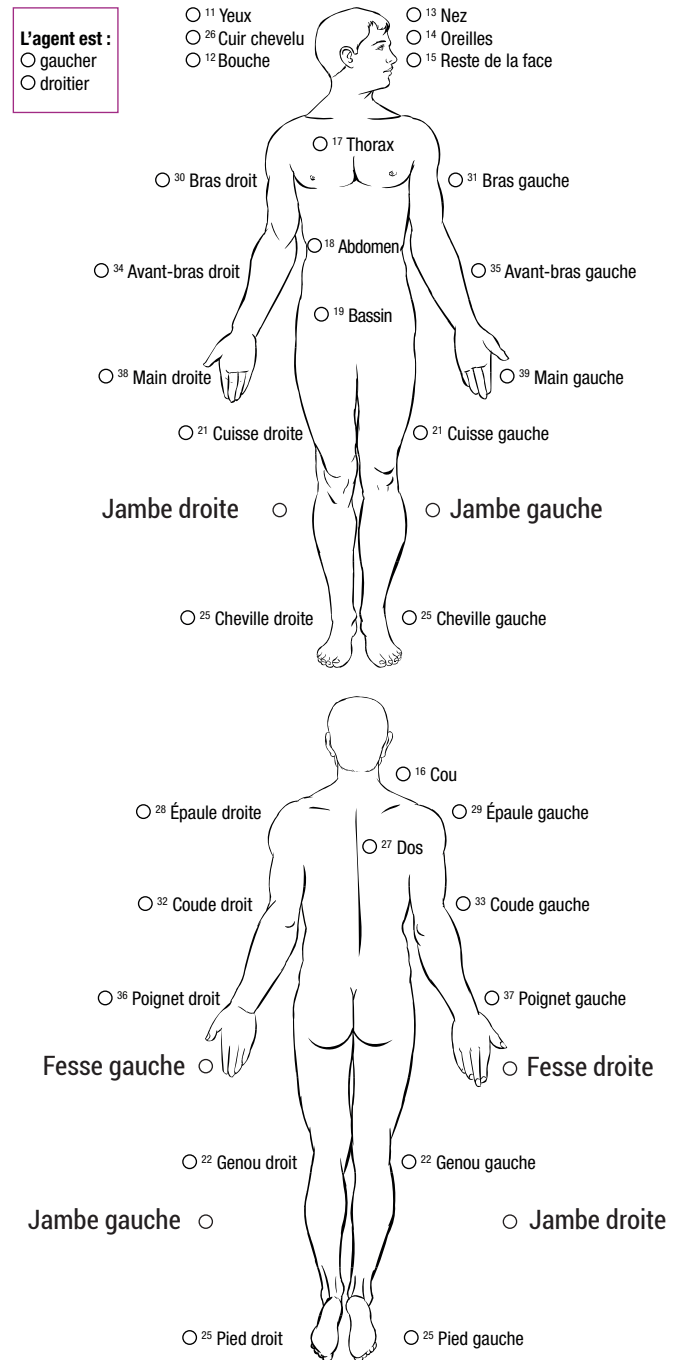
Préciser obligatoirement l'élément en cause (outil, objet, produit, matériau, etc.) dans le champs libre.

- 1 Chute de plain-pied :  
État du sol ?
- 2 Chute de hauteur (escaliers, escabeau, etc.) :  
D'où ?
- 3 Choc, coupure, écrasement, coincement, collision :  
Avec quoi ?
- 4 Projection, inhalation, ingestion de matière : solide (poussière, bois, limaille de fer, etc.), liquide (produit chimique, huile, eau, etc.), vapeur, gaz :  
De quoi ?
- 5 Contact avec équipement/objet chaud :  
Avec quoi ?
- 6 Effort physique intense, postures contraignantes :  
Préciser :
- 7 Faux mouvement au cours d'un déplacement (entorse, foulure, etc.)
- 8 Electrification
- 9 Agression, Violence verbale
- 10 Agression, Violence physique
- 11 Accident de manutention mécanique (liée à l'utilisation d'engins, d'aides à la manutention, etc.)
- 12 Accident de circulation (mission professionnelle)
- 13 Outillage à main
- 14 Autre, (à utiliser en dernier recours) préciser obligatoirement :

### NATURE DE LA (DES) LÉSION(S) : Cocher la (ou les) case(s) correspondante(s).

- 1 Traumatisme, douleurs (exemples : entorse, hématome)
- 2 Plaie, coupure, piqûre
- 3 Brûlure, irritation cutanée ou oculaire
- 4 Toux, gêne respiratoire, asphyxie
- 5 Amputation
- 6 Perte de connaissance
- 7 Trouble émotionnel et/ou psychique (angoisse, stress, etc.)
- 8 Troubles auditifs
- 9 Malaise (coup de chaleur, etc.)
- 10 Autre, préciser obligatoirement :

### SIÈGE DE LA (DES) LÉSION(S) : Cocher la (ou les) case(s) correspondante(s).



41 Autre, indiquer sur le dessin et préciser obligatoirement :

**L'ACCIDENT A-T-IL DONNÉ LIEU À UN ARRÊT DE TRAVAIL ?** Oui  Non*(Joindre obligatoirement un certificat médical)*Si oui, arrêt du :   au :   **AUTRES RENSEIGNEMENTS****L'accidenté a-t-il bénéficié de premiers soins ?** Oui  NonSi oui, par qui ? 

De quel type de soins s'agit-il ?

**Des secours ont-ils été nécessaires (pompiers, SAMU, etc.) ?** Oui  NonSi oui, préciser : **L'agent a-t-il été hospitalisé ?** Oui  Non  Je ne sais pasSi oui, où ? **L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?** Oui  NonSi oui, qui ? **Y'a-t-il eu un (des) témoin(s) ?** Oui  Non*Si oui, remplir la partie intitulée « Rapport du premier (et du deuxième) témoin » (pp.5-6).***CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT****Un rapport de police/gendarmerie a-t-il été établi ?** Oui  Non

Si oui, préciser quel commissariat ou gendarmerie joindre :

**Un autre rapport d'incident a-t-il été établi (pompiers, SAMU, RATP, SNCF, etc.) ?** Oui  Non

Si oui, par quelle institution ?

*(Joindre une photocopie du document)***ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS**Nom du tiers : Prénom : Adresse : 

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Fait à le   **SIGNATURE DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT**

**RAPPORT DU PREMIER TÉMOIN**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Activité au moment des faits :

**Décrire les faits de façon précise et détaillée :****CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT**Nom et qualité du signataire (1<sup>er</sup> témoin)

Fait à

le

**SIGNATURE DU 1<sup>ER</sup> TÉMOIN**

**RAPPORT DU DEUXIÈME TÉMOIN**

Nom :  Prénom :

Adresse :

Activité au moment des faits :

**Décrire les faits de façon précise et détaillée :**

**CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT**

Nom et qualité du signataire (2<sup>ème</sup> témoin)

Fait à

le

**SIGNATURE DU 2<sup>ÈME</sup> TÉMOIN**

**RAPPORT DE LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT**

OBLIGATOIRE :  du chef d'établissement et/ou  du gestionnaire

**IMPORTANT****TOUT ACCIDENT**

- > Ayant nécessité l'intervention des secours (SAMU, pompiers, etc.) ou l'hospitalisation de l'agent,
- > Survenu à la suite d'une chute de hauteur, d'une coupure, d'une électrisation, d'une projection, inhalation et ingestion de produit,
- > Lié à une situation de risque psycho-social

**DOIT ÊTRE PORTÉ, EN PLUS DES ENVOIS HABITUELS, SANS DÉLAI À CONNAISSANCE  
DU SERVICE PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL.**

MERCI DE TRANSMETTRE COPIE DU PRÉSENT DOCUMENT À : [preventionlycees@iledefrance.fr](mailto:preventionlycees@iledefrance.fr)

**OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES**

Relater les faits. Indiquer si, selon vous, des facteurs extérieurs ont pu favoriser la survenue de l'accident. Vous pouvez émettre un avis sur le degré d'imputabilité au service des faits décrits ci-dessous :

**MESURES PRÉVENTIVES ENVISAGEABLES**

Indiquer ici les dispositions que vous envisagez de prendre pour éviter qu'un tel accident se reproduise.

**RÉPÉTITIVITÉ DE L'ACCIDENT**

Ce type d'accident s'est-il déjà produit au cours des deux dernières années ?  Oui  Non

**ANALYSE DE L'ACCIDENT**

Le service prévention de santé au travail de la Région Île-de-France est à votre disposition pour vous accompagner dans l'analyse de l'accident et dans l'identification des mesures d'amélioration. **Contact : [preventionlycees@iledefrance.fr](mailto:preventionlycees@iledefrance.fr)**

Nom et fonction du signataire :

Fait à

le

**CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT**

**SIGNATURE**

**À REMETTRE PAR L'AGENT À LA DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT DANS LES MEILLEURS DÉLAIS**

Vous avez été victime d'un accident durant votre service ou au cours de votre trajet domicile-travail. Vous (ou une tierce personne pour vous aider) devez compléter ce document puis le remettre à la direction de votre établissement qui enverra votre déclaration à la Région Île-de-France.

La région Île-de-France instruira votre dossier conformément aux règles applicables, notamment en matière d'imputabilité, c'est-à-dire en ce qui concerne le lien de cause à effet entre l'accident et l'exécution du service.

Dans ce rapport, vous devez faire état des circonstances au cours desquelles est arrivé l'accident (lieux et horaires) et décrire l'évènement le plus clairement possible.

Les informations que vous donnerez dans ce rapport permettront également d'identifier les facteurs qui ont pu être à l'origine de l'accident et contribueront ainsi à la prévention de nouveaux accidents et à la préservation de votre santé et celle de vos collègues. Dans ce sens, nous vous engageons aussi à proposer des solutions et à en faire part à votre hiérarchie.

**Information complémentaire :**

Vous devrez également transmettre à la direction de votre établissement :

- un certificat médical établi le jour de l'accident par le médecin ou le centre de soins qui a constaté les lésions (dans les 24 heures suivant l'évènement)
- en cas de prolongation d'arrêt de travail ou de soins : les certificats médicaux ainsi que le certificat final indiquant la date de consolidation ou de guérison.
- tout autre élément de preuve de l'accident (constat d'accident, procès verbal, rapport de pompiers...).

Nom :  Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Nom de l'établissement :

Ville :

**DESCRIPTION DE L'ACCIDENT PAR L'AGENT**

Décrivez les faits de façon précise et détaillée

---

**PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION FORMULÉES PAR L'AGENT**

*Si l'accident s'est produit au cours de votre service, indiquer quelles mesures pourraient être prises pour empêcher que l'événement se reproduise*

Fait à

le

**SIGNATURE**

# GLOSSAIRE

**I. ACCIDENT AU COURS DU SERVICE :** « accident qui se pro-duit dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions », pendant le temps et sur le lieu habituel de travail ou au cours d'un déplacement effectué à l'occasion d'une mission sur ordre de la hiérarchie pour les besoins du service.

**II. ACCIDENT DE TRAJET :** accident survenu sur le trajet aller ou retour domicile - lieu de travail ou lieu de travail - lieu habituel de restauration. Le parcours ne doit pas avoir été interrompu ou détourné, excepté pour nécessité de la vie courante.

**Attention :** *n'est pas considéré comme tel un accident survenant lors d'un déplacement pendant une mission, au cours du service de l'agent.*

**A noter :** *le trajet débute en dehors de la propriété de l'agent et s'achève à son entrée dans les locaux de travail. Lieu habituel de restauration : le restaurant, la cantine ou tout autre lieu où vous prenez habituellement vos repas lorsque vous travaillez.*

**III. CUISINE :** comprend notamment les activités liées à la préparation culinaire, à l'approvisionnement du self, aux procédures HACCP.

**Attention :** *Ce terme exclut l'activité de nettoyage effectuée après le service de restauration.*

**IV. ENTRETIEN :** comprend toutes les activités liées au nettoyage des locaux (mobilier, matériels et surfaces), quel que soit le lieu (en cuisine, en salle de classe, etc.).

**V. MAGASINAGE, MANUTENTION DE MATÉRIEL :** comprend toutes les activités de logistique telles que la réception et le rangement des livraisons, l'agencement de salles, l'installation de matériels, etc.

**Attention :** *sont exclues les manutentions et ports de charge au cours des activités d'entretien ou de cuisine par exemple.*

**VI. MAINTENANCE :** opération d'entretien d'un matériel technique (exemple : changement d'ampoule, réparation, etc.).

**VII. TYPE D'ACCIDENT :** Suivant le(s) item(s) que vous aurez retenu(s) : il est important de préciser l'outil, l'objet, l'équipement, l'engin ou encore le produit chimique ou biologique, le matériau, etc., utilisé par l'agent au moment de l'accident et/ou pouvant être une des causes de sa survenue.

**VIII. CHUTE DE PLAIN-PIED :** chute survenue sur une surface ne présentant pas de rupture de niveau ou présentant une rupture de niveau réduite tels qu'un trottoir, une marche, un plan incliné, etc. La chute de plain-pied résulte souvent de la nature du sol (glissant, encombré, abimé, etc.).

**IV. CHUTE DE HAUTEUR :** chute avec différence de niveau telle que la chute du haut d'un escabeau, d'une chaise, d'un escalier, etc.

**X. CHOC, COUPURE, ÉCRASEMENT, COINCEMENT, COLLISION :** contact avec un élément extérieur pouvant être occasionné tant par un mouvement de l'accidenté que par le déplacement de l'élément lui-même (ex. : chute d'objet).

**XI. PROJECTION, INHALATION, INGESTION DE MATIÈRE SOLIDE** (poussière, bois, limaille de fer, etc.), liquide (produit chimique, huile, eau, etc.), de vapeurs, de gaz.

**XII. EFFORT PHYSIQUE INTENSE, POSTURES CONTRAIGNANTES :** comprend toutes les activités sollicitantes :

- avec manutention ou port de charges
- soumises à une cadence ou répétitives
- nécessitant l'adoption de postures pénibles (penché, accroupi, bras au dessus des épaules, etc.).

**XIII. FAUX MOUVEMENT :** mouvement articulaire inhabituel du corps, provoquant souvent une douleur.