



**PROCEDURE DE DÉCLARATION  
D'ACCIDENT du TRAVAIL ou SUR LE CHEMIN du TRAVAIL.**



1) La **VICTIME** reçoit les **PREMIERS SOINS SUR PLACE**

ou

est **EMMENÉE** ⇨ le **MÉDECIN** ou ⇨ **URGENCES**

2) La **VICTIME** (ou un **TÉMOIN**) **AVERTIT** (ou fait avertir) le **CHEF de SERVICE** ou son délégué.

3) Le **CHEF de SERVICE** ou son délégué :

a) **PREND** CES **DOCUMENTS** :

1) *Déclaration AT* (≠ pages dont certificat médical)

2) *Formulaire A*

3) *Certificat Medex*

b) **ACCOMPAGNE** (ou rejoint) la victime ⇨ le **MÉDECIN** ou ⇨ **URGENCES**

4) Le **MEDECIN EXAMINE** la victime et **REMPLE** :

1) *le formulaire A*

2) *le certificat médical (page 5 de la déclaration)*

3) *certificat Medex (si nécessaire).*

5) Le **CHEF de SERVICE** ou son délégué **COMPLÈTE** ces documents et les **TRANSMET** à la **PERSONNE** de contact **RESPONSABLE** de la gestion des **ACCIDENTS du TRAVAIL** à l'Administration communale, au CPAS, à l'ASBL :

NOM : M./Mme ..... Tél. : .....

6) La **PERSONNE RESPONSABLE DE LA GESTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL** (M./Mme ..... ) **AVERTIT** immédiatement :

Le Correspondant SIPP local : Miguel COMBREXELLE 0497/70.09.22 - 061/26.09.83

7) Le **CONSEILLER EN PRÉVENTION DU SIPP**, seul habilité à remplir le volet VI de la déclaration d'accident, **COMPLÈTE** :

⇨ Soit le document papier et le **RETOURNE SIGNÉ** à la personne de contact ;

⇨ Soit le document informatique via le site Extranet d'Ethias et **ENVOIE** un **MAIL** à la personne de contact pour valider et confirmer son intervention.

**ATTENTION !**

*Si l'accident du travail s'avère être qualifié de **GRAVE**, selon des critères légaux et précis, une investigation détaillée doit être effectuée exclusivement par le Conseiller en prévention du SIPP, dans un délai de 72 heures maximum, afin de respecter les délais légaux de transmission au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.*



## ADMINISTRATION COMMUNALE DE SAINT-HUBERT.

### **FORMULAIRE A : PREMIERE DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL.**

A TRANSMETTRE DANS LES 2 JOURS OUVRABLES.

→ Charlotte LEDUC → Françoise CORNET

Département - Service : -----

Nom du chef de service : -----

Nom, prénom de la victime : -----

Date et heure de l'accident : -----

Lieu précis (bâtiment – local – endroit, ...) : -----

Partie à remplir par l'autorité médicale ayant pris en charge l'agent victime d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail :

<b>1) Nature des lésions.</b>			
- Plaies avec pertes de substances occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N	- Effets nocifs de l'électricité occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N
- Fractures osseuses.	O/N	- Brûlures occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N
- Amputations traumatiques (perte de membres).	O/N	- Asphyxies et noyade.	O/N
- Amputations.	O/N	- Effet des radiations (non thermiques) occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N
- Commotions et traumatismes internes qui, en l'absence de traitement, peuvent mettre la survie en cause.	O/N	- Autres	O/N
- Empoisonnements aigus.			

**OU**

2) Les lésions occasionnées par l'accident du travail ou sur le chemin du travail ne relèvent pas des points cités plus haut.

Cachet du **MEDECIN**



Date et Signature

# DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Exemplaire destiné à Ethias  
Caisse commune d'assurance contre les accidents du travail  
Rue des Croisiers, 24 4000 Liège  
Tél. 04/220.31.11 Fax 04/220.30.05

N° du contrat .....

N° du dossier .....  
(à compléter par Ethias.)

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, son ayant droit, son chef hiérarchique ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service compétent de votre administration accompagné du modèle B (attestation médicale) dès qu'il y a plus d'un jour d'incapacité

Les rubriques II et III sont complétées par le déclarant. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.

## I. Données concernant l'EMPLOYEUR

- Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement: ..... Tél.: ..... Fax: .....
- Rue/n°/boîte: ..... Code postal: ..... Commune: .....
- Objet de l'administration: ..... Code NACE-BEL: .....
- Numéro d'entreprise: ..... et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement: .....

## II. Données concernant la VICTIME

- Nom et prénoms: .....  
Nom de l'époux (1): .....
- Date de naissance (2): ..... Sexe (3): ☐ M ☐ F Rôle linguistique: .....
- N° du Registre national: ..... Nationalité: .....
- N° du dossier auprès du service médical compétent: ..... 9. N° de compte bancaire: .....  
N° de compte IBAN (4): ..... N° compte BIC: .....
- Résidence principale: rue/n°/boîte: .....  
Code postal: ..... Commune: .....

## III. Données concernant l'ACCIDENT

- Jour de l'accident: ..... Date (2): ..... heure ..... min
- 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 le code postal et le n° du chantier)  
Rue/n°/boîte: .....  
Code postal: ..... Commune: ..... Pays: .....  
Numéro du chantier: .....
- Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle? (3): ☐ oui ☐ non  
Si non, quelle occupation exerçait-elle?: .....  
S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2, alinéa 3, 2° de la loi du 3 juillet 1967 (accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime)? (3): ☐ oui ☐ non
- 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, 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 (le 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, sape, levage, roulage, portage d'un objet, fermeture d'une boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise etc.) ET les objets impliqués (agent matériel) (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, glissement ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression etc.) Précisez tous ces faits ET les objets impliqués (agent matériel) 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, entrelèvement, 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 (agent matériel) (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.): .....

**III. Données concernant l'ACCIDENT (suite)**

15. Premiers soins donnés le (2): \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min par le médecin ou l'établissement hospitalier:  
 Nom: .....  
 Rue/n°/boîte: ..... Code postal: ..... Commune: .....

16. Procès-verbal dressé à ..... le (2): \_\_\_\_\_ par .....

17. Nom et adresse du responsable éventuel: .....  
 et de son assureur: ..... N° police: .....

18. Témoins:      Nom      Rue N° boîte      Code postal      Commune

.....

.....

.....

**Signature**

Date (2):

En cas d'accident grave, l'administration avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (*M.B. 31 mars 1998*).

- IV. Données concernant l'EMPLOYEUR**

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

21. Service externe chargé du contrôle médical - Nom: .....  
 Rue/n°/boîte: ..... Code postal: ..... Commune: .....

22. Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., l'établissement, le corps de police, etc. à la fin du mois précédant l'accident: .....

23. 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**

24. Date d'entrée en service de la victime (2): \_\_\_\_\_

25. Durée de l'emploi : ☐ indéterminée ☐ déterminée \_\_\_\_\_

26. La date de sortie de service est-elle connue ? ☐ oui ☐ non Si oui, date de sortie de service (2): \_\_\_\_\_

27. Nature de l'emploi : ☐ à temps plein ☐ à temps partiel

28. Catégorie professionnelle (3): ☐ agent définitif ☐ contractuel ☐ stagiaire ☐ autre (à préciser): \_\_\_\_\_

29. Fonction habituelle dans l'administration: \_\_\_\_\_ Code CITP: 0.....0.....0.....0

30. 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

31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (5):  
☐ 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

32. Date de déclaration à l'employeur (2): \_\_\_\_\_

33. Heures à prester par la victime le jour de l'accident :  
de \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min à \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min et de \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min à \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min

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

24. Date d'entrée en service de la victime (2): \_\_\_\_\_
25. Durée de l'emploi : ☐ indéterminée ☐ déterminée \_\_\_\_\_
26. La date de sortie de service est-elle connue ? ☐ oui ☐ non Si oui, date de sortie de service (2): \_\_\_\_\_
27. Nature de l'emploi : ☐ à temps plein ☐ à temps partiel
28. Catégorie professionnelle (3): ☐ agent définitif ☐ contractuel ☐ stagiaire ☐ autre (à préciser): \_\_\_\_\_
29. Fonction habituelle dans l'administration: \_\_\_\_\_ Code CITP: ☐.....☐.....☐.....☐.....
30. 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
31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? (5):  
☐ 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
32. Date de déclaration à l'employeur (2): \_\_\_\_\_
33. Heures à prester par la victime le jour de l'accident :  
de \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min à \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min et de \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min à \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ min
34. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime):

## VI. Données concernant la PREVENTION

35. Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction : .....
36. 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 prévu à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? (3): ☐ oui ☐ non
37. Type de travail : ..... Code (8): 0.....0.....0
38. Dernière déviation qui a conduit à l'accident: ..... Code (6): 0.....0.....0
39. Agent matériel de cette déviation: ..... Code (6): 0.....0.....0
40. Contact-modalité de blessure: ..... Code (8): 0.....0.....0
41. Lésion - Nature (7) (6): ..... Code (6): 0.....0.....0  
Localisation (7) (6): ..... Code (6): 0.....0.....0
42. Conséquences de l'accident (7) (6):  
☐ 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, date du décès (2) : .....
- 43 Cessation de l'activité professionnelle - date (2) : ..... heure ..... min.
- 44 Date de la reprise effective du travail (2) : .....  
S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours
- 45 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 : .....
46. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents:  
 ..... Code (6): 0.....0.....0  
 ..... Code (6): 0.....0.....0  
 ..... Code (6): 0.....0.....0

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

Nom du conseiller en prévention: .....

Date (2): .....

Signature

Signature

(1) = Facultatif

(2) = Jour mois année

(3) = Cocher ce qui convient

(4) = Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.

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

(6) = Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (M.B. 31 mars 1998)

(7) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale

(8) = Voir liste reprise à l'A.R. du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.

# Exemplaire destiné à Ethias

Caisse commune d'assurance contre les accidents du travail

Rue des Croisiers, 24 - 4000 LIEGE - Tél. 04/220 31 11 - Fax 04/220 33 50

## CERTIFICAT MEDICAL

### Modèle B

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse du médecin.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc...
- (4) 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.
- (5) Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.
- (7) Si le médecin a cette conviction en indiquer les motifs d'une manière précise afin de permettre à l'administration de prendre décision en parfaite connaissance de cause.

Le soussigné (1) .....

..... ayant examiné (2) .....

après l'accident qui lui est survenu le .....  
déclare :

1° Que l'accident a produit les lésions suivantes (3) .....

2° Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) .....

Incapacité totale probable : ..... jours, soit du ..... au .....

Incapacité partielle probable : ..... jours, soit du ..... au ..... à ..... %

3° Que le début de l'incapacité (5) a été (sera) le .....

4° Que le blessé est soigné (6) .....

5° Qu'il a (ou non) la conviction que la blessure ou la maladie constatée a pour cause l'accident relaté (7) .....

Fait à ..... le ..... à ..... h. ....

Signature

## Déclarations complémentaires

1. Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le .....
3. Doit-on craindre une issue fatale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Doit-on craindre une invalidité permanente ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ..... %
5. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. Le blessé peut-il se déplacer ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## DEMANDE DE SOINS MEDICAUX

Le présent document et les deux formules de certificats médicaux ci-jointes sont à remettre d'urgence à la victime. Celle-ci les présentera au médecin consulté.

Je soussigné .....

agissant au nom de (désignation de l'employeur) .....

prie M. ....

médecin à ....., rue ..... n° .....

de bien vouloir donner ses soins, pour compte d'Ethias, Caisse commune d'assurance contre les accidents du travail, rue des Croisiers, 24 à 4000 LIEGE, assureur "Loi",

à M. ....

demeurant à ....., rue ..... n° .....

qui a été victime d'un accident le ..... à ..... heures

### Circonstances de l'accident :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....

Signature

### Avis important à MM. les Médecins

Les formules ci-jointes de certificat doivent être remises immédiatement à la victime ou renvoyées d'urgence à l'employeur.

Le présent document est à conserver par le médecin jusqu'à la fin du traitement, il convient pour l'établissement de la note d'honoraires.

Les frais de tout traitement spécial (massage, mécanothérapie, électrothérapie, etc.) ne sont à charge de la Caisse commune d'assurance qu'avec l'accord préalable de celle-ci



# CERTIFICAT MEDICAL

Si vous êtes malade ou vous avez un accident du travail/Maladie professionnelle et ne pouvez aller travailler, avertissez-en votre employeur comme stipulé dans votre règlement de travail.

10. Votre employeur vous demande-t-il un certificat médical en justification de votre absence ?

- remettez ce certificat à votre médecin et faites-lui compléter le deuxième volet.
- Envoyez ce certificat à Medex, Certificats Médicaux, place Victor Horta 40 bte 50, 1060 Bruxelles

**Que fait Medex de ces données ?**

Medex signalera à votre employeur :

- que vous avez remis un certificat ;
- la durée de votre absence ;
- le fait que vous êtes en mesure ou non de vous déplacer vers un centre médical ou le cabinet du médecin pour un contrôle éventuel ;
- Medex ne communiquera en aucun cas les raisons médicales de votre absence ;

**1. Complétez vous-même les données demandées ci-dessous.**

N° Registre National

[illegible]

Prénom

Date de naissance   /   /    Rue                      N°    Bte  [illegible]

## Employeur

N° d'identification 31006870

Nom **Administration Communale**

Place du Marché, 1

Rue 6870 SAINT-HUBERT

**Code postal**

**2. Faites compléter les données suivantes par votre médecin.**

Nom

Prénom

est en incapacité de travail du  /  / 20 jusqu'au  /  / 20 inclus

**Diagnostic**

**Cause de cette incapacité de travail:**

☐ Maladie    ☐ Prolongation d'une maladie☐ Hospitalisation    ☐ Prolongation d'une hospitalisation☐ Maladie due à la grossesse☐ Accident du travail, survenu le   /   /    

☐ Prolongation 

☐ Maladie professionnelle, déclarée le  /  / 

☐ Prolongation 

**L'intéressé(e) peut-il/elle se déplacer en cas de contrôle éventuel ?**

☐ Oui☐ Non

N° INAMI

☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

**.Date**

□□ / □□ / 20□□

**Signature du médecin**

## Cachet

*Ces données sont reprises dans une base de données appartenant au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement pour la gestion des absences pour cause de maladie. Si vous désirez consulter ou éventuellement faire rectifier ces données, vous pourrez vous adresser au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles (Loi du 8/12/1992 relative à la Protection de la Vie Privée).*