Fonds des
Accidents du Travail
Etablissement public
contrôlé par le
Ministre des Affaires sociales

Rue du Trône 100
1050 Bruxelles

12 JULI 2002

Circulaire n° 2002/8

Objet : Fixation du modèle de déclaration d'accident du travail

Monsieur le Directeur,

La circulaire n° 2002/2 du 30.01.2002 concernant le planning des travaux dans le cadre du projet LEA a explicité le rapport entre ce projet sectoriel et les projets gouvernementaux de « e-government » pour ce qui est de la sécurité sociale. Un des aspects du projet LEA est la déclaration du risque social (DRS).

A partir du 01.01.2003, l'employeur pourra choisir entre une déclaration électronique et une déclaration sur papier. La documentation relative à la déclaration électronique se trouve sur le site web de la sécurité sociale (www.securite-sociale.be). Le formulaire sur papier doit être adapté, de son côté.

Le gouvernement a décidé que, dorénavant, c'est l'organe de gestion de chaque secteur qui doit assurer l'établissement des modèles de formulaires.

Bien que les dispositions légales et réglementaires qui doivent conduire à la concrétisation de l'opération n'aient pas encore pris corps le groupe de travail coordinateur « Modernisation de la sécurité sociale » et le comité de gestion ont tous deux choisi de donner dès à présent forme définitive aux formulaires sur papier afin que tous les acteurs sur le terrain puissent se préparer en temps utile.

Vous trouverez en annexe de la présente circulaire le modèle de déclaration d'accident du travail. Toutefois, il n'est valable que pour les déclarations des accidents du travail de 2003.

Le document remplace dès lors l'annexe 1 de l'arrêté royal du 28.12.1971 établissant le modèle et le délai de déclaration d'accident du travail.
Les innovations qu'il apporte sont les suivantes :

1. Il représente une simplification en ce sens qu'on n'y demande plus de renseignements sur :
   - la caisse de vacances annuelles de l'employeur ;
   - la caisse d'allocations familiales de l'employeur ;
   - le service externe chargé du contrôle médical ou le médecin du travail ;
   - le numéro de la caisse d'allocations familiales de la victime ;
   - le taux d'incapacité permanente de travail prévu ;
   - le secrétariat social agréé de l'employeur.

2. Il intègre les cinq questions standard du projet européen d'encodage Eurogip, ce qui a permis la suppression des questions 45 à 49 du modèle précédent.
3. On y trouve une nouvelle rubrique « indemnisation » comportant deux volets : il faut y mentionner d'une part, les données nécessaires pour fixer la rémunération de base simplifiée servant à l'indemnisation des incapacités de moins de trente jours et, d'autre part, les composants salariaux particuliers à prendre en considération pour le calcul de la rémunération de base définitive.
4. Sa lisibilité a été particulièrement soignée.
5. Pour qu'il puisse servir également de fiche d'accident, on y demande sous la rubrique « prévention » une série de renseignements qui ne sont pas essentiels pour l'entreprise d'assurances mais sont nécessaires à la prévention.

Sachez aussi dès à présent que le modèle de déclaration d'accident du travail sur papier pour les accidents survenant à partir du 01.01.2004, c.-à-d. quand les flux de données qui contiennent les données de la déclaration d'accident et la décision d'acceptation ou de refus de l'assureur et les flux à destination des mutuelles seront opérationnels, va subir d'autres adaptations. Dès qu'il aura été approuvé par le comité de gestion, vous en serez averti par une nouvelle circulaire.

Le modèle de certificat médical de premier constat reste celui fixé à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 28.12.1971 établissant le modèle et le délai de déclaration d'accident du travail, à ceci près qu'y figure à présent en haut la mention suivante : *« Numéro DRS (à mentionner lorsque la déclaration s'est faite via le guichet électronique) : ..... »*. Cette donnée va permettre, dans les cas où il y a eu déclaration électronique, de faire le lien entre le certificat médical (qu'il ne sera pas possible d'envoyer sous forme électronique) et la déclaration électronique de l'accident du travail.

L'indication circonstanciée de rémunérations brutes gagnées durant l'année précédant l'accident (annexe III de l'arrêté royal précité) continuera à être d'application en ce qui concerne les accidents occasionnant une incapacité temporaire de plus de trente jours ou une incapacité permanente ou encore une issue fatale.

Par ailleurs, vous voudrez bien noter que le contenu des transferts de données existants des types d'information 110 (B1) et 123 (B2) à destination de la banque de données du Fonds restera tel quel jusqu'au moment où s'y substitueront les flux de données LEA, dont la réalisation est prévue pour 2004. Etant donné que l'obligation dans le chef de l'employeur de faire parvenir une copie de la déclaration d'accident à l'inspection technique est supprimée à partir du 01.01.2003 (à quatre exceptions près) et que le Fonds des accidents du travail doit transmettre les données du type d'information 110 à l'inspection technique, il y a un changement dans la fréquence des transferts de données en ce qui ce type d'information. Ainsi, à partir du 01.01.2003, le type d'information 110 doit être envoyé au Fonds au plus tard le septième jour du mois qui suit le mois où l'employeur a déclaré l'accident à l'entreprise d'assurances.

L'administrateur général,
M. Depoortere

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Assureur
Numéro police d'assurance : _____
Subdivision supplémentaire du numéro de police: _____
Code tarifaire de la victime (voir police d'assurance) : _____

Fiche d'accident : année _____ n° .....
Numéro d'accident chez l'assureur : .....
Numéro DRS: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Envoyez ce formulaire dans les 10 jours ouvrables qui suivent l'accident:
1° à l'assureur, avec à l'appui l'attestation médicale de premiers soins ;
2° à l'inspecteur technique compétent pour la sécurité du travail du Ministère de l'Emploi et du Travail, s'il s'agit d'un accident survenu dans le secteur du bâtiment ou sur un chantier temporaire et mobile ou si la victime est un étudiant ou un intérimaire.
(*art. 62 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et art. 1er de l'AR du 28 décembre 1971*)
Le mode de déclaration d'un accident grave à l'inspection technique du Ministère de l'Emploi et du Travail et la date à laquelle elle doit se faire sont stipulés à l'art. 26 de l'AR du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail *(MB du 31 mars 1998)*.

EMPLOYEUR

1 Numéro d'entreprise : _____ Numéro ONSS : ____-_____-___
2 Nom et prénom ou raison commerciale : .....
3 Rue/numéro/boite : .....
Code postal : ____ Commune : .....
4 Activité de l'entreprise : ..... Code NACE-Bel : _____
5 Numéro de téléphone de la personne de contact : _____-_____
6 Numéro de compte auprès d'un établissement financier : ____-_____-___

VICTIME

7 NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : _____-___-___
8 Nom : ..... Prénom : .....
9 Lieu de naissance : ..... Date de naissance : __-__-____
10 Sexe : ☐ masculin ☐ féminin Nationalité : .....
11 Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf (veuve)
12 Résidence principale –
Rue/n°/boite : .....
Code postal : ____ Commune : ..... Pays : .....
Adresse de correspondance (à mentionner si elle diffère de la résidence principale) –
Rue/numéro/boite : .....
Code postal : ____ Commune : ..... Pays : .....
13 Langue de correspondance avec la victime : ☐ français ☐ néerlandais ☐ allemand
14 Parenté avec l'employeur : ☐ pas parent(e) ☐ au premier degré (parents et enfants)
☐ autre (p. ex., oncle ou grands-parents)
15 Mutuelle – Code ou nom: ____ .....
Rue/n°/boite : .....
Code postal : ____ Commune :.....
Numéro d'affiliation : .....
16 Numéro de compte auprès d'un établissement financier : ____-_____-___
17 Numéro Dimona de l'emploi : _____
18 Date d'entrée en service : __-__-____
19 La date de fin du contrat de travail est-elle connue ? ☐ oui ☐ non
Si oui, date de fin du contrat de travail : __-__-____
20 Profession habituelle dans l'entreprise : ..... Code CITP : ___
21 Lieu de travail normal – code postal : ____ commune :..... pays:.....
22 Atelier, chantier, section, service, département ou division où la victime exerce habituellement sa profession:
.....
23 La victime travaillait-elle pour un employeur sous-traitant : ☐ oui ☐ non
24 La victime est-elle un(e) intérimaire ? ☐ oui ☐ non
Si oui, numéro ONSS de l'entreprise utilisatrice : ____-_____-___
activité de l'entreprise utilisatrice : ..... Code NACE-Bel : _____

ACCIDENT

25 Jour de l'accident : ..... date : __-__-2003 heure : __ min : __
26 Date de notification à l'employeur : __-__-____ heure : __ min : __
27 Nature de l'accident : ☐ accident du travail ☐ accident sur le chemin du travail
28 Horaire de la victime le jour de l'accident : de __ h __ à __ h __.
et de __ h __ à __ h __.
29 Lieu de l'accident – code postal : ____ commune : ..... pays : .....
30 Dans quel environnement ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (p.ex., *aire de maintenance, chantier de construction d'un tunnel, 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.)*
.....
.....
31 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, terrassement, construction ou démolition d'un bâtiment, tâches de type agricole ou forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, activité artistique, etc. ou les tâches auxiliaires de ces différents travaux, comme l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, le nettoyage, etc.)*
.....
.....
.....
32 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 boite, montée d'une échelle, marche, prise de position assise, etc.*). ET les objets impliqués (*p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.*)
.....
.....
.....
33 Lors de l'accident, la victime exerçait-elle une activité dans le cadre de sa profession habituelle ? ☐ oui ☐ non
Si non, quelle activité exerçait-elle ? .....
34 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.)*
.....
.....
.....
35 Forme de l'accident [1]: ..... Code [1]: __
36 Causes matérielles (agent) [1]: ..... Code [1]: ___
37 Un procès-verbal a-t-il été dressé ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification ..... et a été rédigé à .....
le __-__-____ par .....
38 Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, nom et adresse : .....
nom et adresse de l'assureur : .....Numéro de police : .....
39 Y a-t-il eu des témoins ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, nom : rue/n°/ boite : Code postal Commune Sorte[2]
.... ____ ....
.... ____ ....
.... ____ ....

LESION

40 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.)*
.....
.....
.....

41 Nature de la lésion [1] - ..... Code [1]: _ _

42 Siège de la lésion [1] - ..... Code [1]: _ _

SOINS

43 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? ☐ oui ☐ non
Si oui, date : _ _-_ _-_ _ _ _ heure : _ _ min : _ _
Qualité du dispensateur : .....
Description des soins dispensés : .....

44 Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, date : _ _-_ _-_ _ _ _ heure : _ _ min : _ _
numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI [3]: _ _ _ _ _ _-_ _-_ _ _
nom et prénom du médecin externe : .....
rue/n°/boite : .....
code postal : _ _ _ _ commune : .....

45 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue
Si oui, date : _ _-_ _-_ _ _ _ heure : _ _ min : _ _
numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI [3]: _ _ _ _ _ _ _ _
dénomination de l'hôpital [3]: .....
rue/n°/boite : .....
code postal : _ _ _ _ commune : .....

CONSEQUENCES

46 Conséquences de l'accident :
☐ 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
☐ décès, date du décès : _ _-_ _-_ _ _ _

47 Cessation de l'activité professionnelle – date : _ _-_ _-_ _ _ _ heure : _ _ min : _ _

48 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours

PREVENTION

49 Existe-t-il une gestion avec des départements de prévention ? ☐ oui ☐ non
Si oui, numéro du département de prévention dont dépend la victime : _ _ _ _

50 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
..... Code [1]: _ _ _
..... Code [1]: _ _ _

51 Codes risques propres à l'entreprise : _

52 Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du trimestre précédant l'accident :
Ouvriers : _ _ _ _ _ Employés : _ _ _ _ _

53 Nombre de jours de travail prestés du début de l'année à la fin du trimestre précédant l'accident :
par les ouvriers : _ _ _ _ _ jours de travail par les employés : _ _ _ _ _ jours de travail

54 Ancienneté dans la catégorie professionnelle : ..... dans la profession habituelle : .....
dans l'entreprise : ..... dans le siège d'exploitation : .....

INDEMNISATION

55 La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? ☐ oui ☐ non
Si non, donnez-en le motif : .....

56 Code du travailleur de l'assurance sociale : _ _ _
S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : ☐ ouvrier ☐ employé ☐ employé de maison
☐ apprenti sous contrat ☐ autre (à préciser) : .....

57 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? ☐ oui (passez à la question 69) ☐ non

58 Commission paritaire – dénomination : ..... numéro : _ _ _

59 Type de contrat de travail : ☐ à temps plein ☐ à temps partiel

60 Nombre de jours par semaine du régime de travail : _ jours et _ _ centièmes

61 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : _ _ heures et _ _ centièmes

62 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la personne de référence: _ _ heures et _ _ centièmes

63 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ?: ☐ oui ☐ non

64 Mode de rémunération :
☐ rémunération fixe (passez à la question 65)
☐ à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 67)
☐ à la commission (totalement ou partiellement) (poursuivez avec la question 67)

65 Montant de base de la rémunération :
- unité de temps: ☐ heure ☐ jour ☐ semaine ☐ mois ☐ trimestre ☐ année
- en cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée : _ _ _ _
- total des rémunérations et des avantages assujettis à l'ONSS, sans heures supplémentaires, pécule de vacances complémentaire et prime de fin d'année (le montant déclaré doit correspondre à l'unité de temps ou à l'unité de temps et au cycle) € _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _ _ _

66 Prime de fin d'année : ☐ oui ☐ non
Si oui, montant :
☐ _ _ , _ _ % de la rémunération annuelle
☐ montant forfaitaire de € _ _ _ _ _ _ _ _ , _ _
☐ rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'heures : _ _ _

67 Autres avantages assujettis ou non à l'ONSS : € _ _ _ _ _ _ , _ _ (exprimés sur base annuelle)
Nature des avantages : .....

68 La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? ☐ oui ☐ non
Si oui, date du dernier changement de fonction : _ _-_ _-_ _ _ _

69 Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : _ _ , _ _
Perte salariale pour les heures de travail perdues : € _ _ _ , _ _

Déclarant (nom et qualité)

.....
Date : _ _-_ _-_ _ _ _
Signature :

Nom du conseiller en prévention :

.....
Date : _ _-_ _-_ _ _ _
Signature :

[1]: voir Annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-être (AR du 27 mars 1998)
[2]: noter "D" pour un témoin direct et "I" pour un témoin indirect
[3]: à mentionner si la donnée est connue