



Le suicide

sur le lieu de travail

pendant le temps de service

DROITS ET DEVOIRS

La présomption d'imputabilité

Alternative Police CFDT se saisit de ce sujet tabou et accompagne les ayants droits tout au long de la procédure.

Selon le code de la sécurité sociale à l'article L. 411-1, "est considéré comme accident du travail, **quelle qu'en soit la cause**, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise."

Si le suicide ou la tentative de suicide a lieu sur le lieu de travail, **il y a une présomption d'imputabilité et donc d'accident de travail**. Dans ce cas, la victime ou les ayants droit n'ont pas à prouver le lien avec le travail.

C'est à l'employeur de démontrer l'absence de lien avec le travail pour faire tomber cette présomption.



Ayants droits : Pensez à faire rédiger et envoyer une déclaration et un certificat médical d'accident de travail en recommandé avec accusé réception à l'employeur dans les 15 jours.

JURISPRUDENCE : "En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur privé ou public est tenu d'une obligation de sécurité de résultat, et que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ; Et attendu que les énonciations de l'arrêt, selon lesquelles l'équilibre psychologique de l'agent avait été gravement compromis à la suite de la dégradation continue des relations de travail et du comportement d'autres agents, caractérisent le fait que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé son salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver [...], a pu en déduire que le Chef de service avait commis une faute inexcusable."

Même si nous constatons une amélioration du dialogue entre l'agent et l'employeur dans le cadre des risques psychosociaux, **nous observons le manque de recherches des causes du suicide dans la police nationale et l'absence d'ouverture systématique de procédure d'accident de travail.**

N.B : Vous trouverez infra le dossier de déclaration d'accident de travail pour constituer le dossier auprès de l'administration ainsi que le cerfa qui sera délivré par le médecin à joindre à l'ensemble.



DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire titulaire ou stagiaire et vous venez d'être victime d'un accident de service ou de trajet. Conformément aux dispositions des articles 47-1 à 47-20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986¹, vous devez transmettre à votre service des ressources humaines de rattachement, dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident de service comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.



Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48h suivant son établissement



INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Lieu précis de l'accident : décrivez le lieu où s'est produit l'accident, à savoir : les coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail. Si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice de vos fonctions, décrivez le lieu où l'accident s'est produit : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation (ex : croisement de la D106 et D160 à 41170 CHOUE).

Lieu de travail occasionnel : il peut s'agir, par exemple, des lieux de formation.

Mission pour l'employeur : il s'agit d'un déplacement effectué dans le cadre normal de l'exercice des fonctions (ex : déplacement entre un établissement principal et son annexe, réunion extérieure) ou dans le cadre d'un ordre exprès de mission (ex : mission de contrôle au sein d'un établissement tiers).

Activité de la victime lors de l'accident : précisez l'activité ou la tâche effectuée au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que vous faisiez.

Description et nature de l'accident : décrivez l'événement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression, etc.), ou comment vous vous êtes blessé (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse, etc.).

Objet dont le contact a blessé la victime : indiquez avec quoi vous vous êtes blessé. Il peut s'agir d'un matériau, d'un déchet, d'un outil (tournevis, cutter, perceuse...), de machine, d'un véhicule, d'un chariot de manutention, d'une substance chimique, d'un élément de construction (porte, mur...), du sol, etc.

Accident causé par un tiers : lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident de service ou de trajet, cette information doit impérativement être reportée dans cette partie.

Pièces jointes : il peut s'agir par exemple, d'un rapport de la SNCF ou de toute compagnie de transports, d'une attestation du service justifiant des horaires exceptionnels.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT QUE L'AGENT SOUHAITE PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION

Nature des lésions constatées : (en cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres »)

Rubrique « Effets du bruit, des vibrations, de la pression » : case à cocher si vous êtes victime d'une perte auditive aiguë, d'un barotraumatisme ou autres.

Rubrique « Choc » : case à cocher si vous êtes victime de chocs consécutifs à des agressions et menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques.

Siège des lésions : Indiquez l'endroit du corps qui a été atteint (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

En cas de divergence entre la déclaration et le certificat médical, seul ce dernier fait foi

¹ Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° Sécurité sociale :

Adresse personnelle

.....

.....

Tel personnel Mail personnel

Coordonnées administratives

Nom du service d'affectation

Adresse du service d'affectation

.....

.....

Tel professionnel Mail professionnel

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Catégorie A B C

Corps : Grade :

Quotité de travail : %

Précisez les jours travaillés :

Métier / Fonction : Date d'entrée sur le poste :

Activité habituelle :

Bureau Atelier/terrain Enseignement

Laboratoire Autre (à préciser) :

Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Horaires habituels (si différents, à expliquer) :

Lieu précis de l'accident :

.....

.....

Préciser s'il s'agit : (plusieurs réponses possibles)

- Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
- Lieu de travail occasionnel Au cours d'une mission pour l'employeur
- Lieu de restauration Au cours du trajet entre le lieu de restauration habituel et le lieu de travail
- Lieu de télétravail
- Accident de circulation routière (à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette ...)

Activité de la victime lors de l'accident (Environnement -bureau, escalier, route- et tâche exécutée) :

.....

.....

.....

.....

Description et nature de l'accident (ex : chute, agression, collision...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objet dont le contact a blessé la victime :

.....

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de rattachement
N'oubliez pas de joindre un certificat médical**

Témoins

Oui

Non (en l'absence de témoin indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident)

Nom, prénom, qualité (et adresse si externe à l'administration) :

.....
.....

Accident causé par un tiers

Oui

Non

Nom, prénom, adresse du tiers (si connu) :

.....
.....

Société d'assurance du tiers (si connu) :

Pièces jointes

Certificat médical (obligatoire, même sans prescription d'arrêt de travail)

Témoignages écrits

Rapport de police / de gendarmerie / des pompiers

Dépôt de plainte

Constat amiable

Ordre de mission

Bulletin d'hospitalisation

Plans (pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté en précisant le départ et l'arrivée, le parcours habituel s'il est différent et l'endroit où s'est produit l'accident)

Autres (à préciser) :

CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT

Indiquer les conséquences que l'agent souhaite porter à la connaissance de l'administration

Nature des lésions médicalement constatées

Plaie et blessure

Fracture

Luxation, entorse, foulure

Amputation

Commotion, traumatisme

Brûlure, gelure

Empoisonnement, infection

Asphyxie, noyade

Choc

Effets de température, de lumière, de radiations

Effets du bruit, des vibrations, de la pression

Blessures multiples

Autres (à préciser) :

Siège des lésions (préciser le ou les membres atteints) :

.....

Je soussigné (prénom et nom)

certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées

Fait à :

Le (date de déclaration) :

Signature de l'agent

(ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale) ou de rechutes.

Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale).

Le volet 3 et le volet « certificat d'arrêt de travail » sont à remettre à la victime.

❶ Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

❷ Constatations détaillées :

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés. Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

❸ Sorties autorisées :

Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

❹ Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

❺ Reprise d'un travail léger :

Permet le service des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. Un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise d'un travail léger n'est pas exigé dès lors que l'accident du travail ou la maladie professionnelle a entraîné un arrêt de travail à temps complet d'au moins une journée pour les salariés et de huit jours pour les non salariés agricoles.

❻ Reprise de travail à temps complet :

Une reprise de travail à temps complet peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

❼ Eléments d'ordre médical :

Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

❽ Conclusions :

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, vous adressez le volet « certificat d'arrêt de travail » à votre employeur ou au Pôle emploi si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :

batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ❶)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ❷)

• conséquences

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au

- arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui à partir du non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du (voir notice ❹)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ❻)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ❼)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ❽)

guérison avec retour à l'état antérieur date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date

consolidation avec séquelles date

identification du praticien

(nom et prénom)

identifiant

date

signature du praticien

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

n° de la structure (AM, FINES ou SIRET)

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 2, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures
(service administratif)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :

batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle (voir notice ❶)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ❷)

• conséquences

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au

- arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres : inclus

sorties autorisées : oui à partir du non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du (voir notice ❹)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ❻)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ❸)

guérison avec retour à l'état antérieur date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date

consolidation avec séquelles date

identification du praticien (nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

-
- initial
-
- de prolongation
-
-
- final
-
- de rechute

 Volet 3, à conserver
 par la victime
 (à apporter lors de
 chaque consultation)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ? date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle

(voir notice ❶)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse :

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

● constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ❷)

● conséquences

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au- arrêt de travail jusqu'au
 - en toutes lettres :
 (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui à partir dunon

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du

(voir notice ❹)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du

au

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice ❻)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ❼)

● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ❸)

guérison avec retour à l'état antérieur

date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure

date

consolidation avec séquelles

date

identification du praticien
(nom et prénom)identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature du praticien

CM-PRE S6909e