

ACCIDENT DE TRAVAIL

DESCRIPTION

Agent non fonctionnaire de l'administration et Fonctionnaire territorial et stagiaire

Dès que l'accident survient sur le lieu de travail :

1°) Prévenir son employeur afin d'enclencher le cas échéant la « conduite à tenir immédiate après un AES » :

1. Premiers soins : nettoyage de la plaie

- Après piqûre ou blessure cutanée, nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antiseptie avec un dérivé chloré (solution de Dakin ou éventuellement eau de Javel à 12° chlorométrique diluée au 1/10^{ème}) ou à défaut, à l'Hibitane® ou à la bétadine® ou solution dermique, en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes.
- En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau 5 minutes

2. Déclaration de l'accident

L'accident doit être obligatoirement déclaré dans les 24 heures comme accident de travail. Cette déclaration doit être établie de manière à protéger la confidentialité des données concernant l'identité du patient à l'origine de l'éventuelle contamination. Dans tous les cas, une sérologie VIH doit être pratiquée chez le soignant avant le 8^{ème} jour suivant l'accident.

3. Consultation médicale

Le soignant victime de l'AES doit consulter un médecin référent de son choix dans les meilleurs délais, si possible dans les 8 heures et au maximum dans les 48 heures. En l'absence de médecin référent, le médecin d'un service d'accueil d'urgence (CHPF, hôpitaux de Taravao, Moorea, Uturoa, Taiohae, ou cliniques Paofai ou Cardella).

Ce médecin évaluera les risques liés à l'AES et l'opportunité d'un traitement antirétroviral

2°) fournir une liasse de feuille d'accident du travail (1 feuille rose+1 blanche pour le médecin et 1 feuille verte+1 blanche pour la pharmacie) remplies par l'employeur au médecin

- Nom, Raison Sociale et Adresse de l'Entreprise : Ex : Direction de la Santé – Département des Programmes de Prévention – Immeuble LO – Paofai – BP 611 – 98713 PAPEETE
- N° de l'employeur : 059
- Signature et cachet obligatoire de l'employeur : Ex : Responsable du DPP
- Renseigner le nom, prénoms, date de naissance et adresse de la victime et les informations sur la date et l'heure de l'accident

3°) Le médecin consulté :

- garde les feuilles rose et blanche,
- remet à la victime la feuille verte et blanche pour la pharmacie si besoin
- délivre un certificat médical initial à la victime

4°) La victime remet à son employeur le certificat médical initial et se met à sa disposition pour remplir la déclaration d'accident de travail en 2 exemplaires originales.

- L'encadré L'EMPLOYEUR : inscrire le nombre de salariés du service où la victime est en activité
- L'encadré L'ACCIDENT : la nature, siège, éventuellement coté, des lésions sont inscrit sur le certificat médical initial
- L'encadré LE SALAIRE : est renseigné par la DBF
- Ne pas oublier le nom, la qualité du signataire, le lieu, la date et la signature et le cachet du signataire (employeur)

5°) L'employeur transmet à la CPS dans un délai de 48 heures :

- Le certificat médical initial (feuille rose)
- La déclaration d'accident de travail en 2 exemplaires originales
- La copie des pièces d'identité de la victime et des témoins

6°) L'employeur garde une copie, transmet une copie au BRHF et une copie de la déclaration d'accident de travail par mail à la DBF à l'adresse suivante : vetea.maruhi@dbf.gov.pf

7°) dans un délai de 72 heures réclamer le certificat médical au médecin traitant si le salarié a repris son travail.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR VALANT DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

Je soussigné(e) :
Né(e) le : à

ATTESTE SUR L'HONNEUR

- Avoir été accidenté(e) le :
- Avoir été témoin de l'accident survenu à :
- M. ou Mme ou Melle :
- Le :

Circonstances détaillées de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

Reconnais avoir pris connaissance des sanctions de l'article 441-7 du nouveau code pénal :

- *est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende le fait :*
 - 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;*
 - 2° de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;*
 - 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.*
- Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.*

A, le

Signature



Caisse de Prévoyance Sociale
de la Polynésie Française
BP 1 Papeete - Tahiti
Tél 41.68.68 - Fax 42.46.06
No TAHITI : 183707
www.cps.pf

Service : ASSURANCE-MALADIE/ACCIDENT DU TRAVAIL

Déclaration d'accident de travail (2 exemplaires) Art. 137 de la loi 52.1322 – Arrêté 1746/IT
--

**CETTE DECLARATION DOIT ETRE ADRESSEE PAR L'EMPLOYEUR
EN DEUX EXEMPLAIRES DANS LES 48 HEURES A LA C.P.S.**

L'EMPLOYEUR	
N° d'inscription à la CPS :	Nombre de salariés dans l'établissement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Identité ou Raison sociale :	
Adresse postale :	
Activité professionnelle :	
Banque ou CCP :	
N° de compte :	

LA VICTIME	
N° d'immatriculation :	N° d'A.F. :
Nom :	Carte de retraite N° :
(Nom de jeune fille s'il y a lieu suivi de Femme X...ou Veuve X...ou Divorcée X...)	
Prénoms :	Née le : Sexe :
Domicile précis :	
Qualification professionnelle : Profession : Date d'embauche :	

L'ACCIDENT	
DATE (Préciser le jour de la semaine).....A.....Heures	
LIEU DE L'ACCIDENT	
NATURE, SIEGE, EVENTUELLEMENT COTÉ, DES LESIONS	
CIRCONSTANCES DETAILLEES ET AGENT MATERIEL DE L'ACCIDENT	
.....	

DATES DES 1^{ers} SOINS:..... LIEU DES 1^{ers} SOINS (Lieu de travail, médecin, hôpital...):.....

TEMOINS (Noms, prénoms, adresses)	ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS Nom et adresse du tiers
.....
.....
.....	Ci ^e d'assurance du tiers

LE SALAIRE	
La victime a effectué durant la période de 30 jours (30) précédant l'accident.....heures de travail réparties	
en.....journées de présence, pour un salaire brut de FCP	
(en toutes lettres)	
Il est payé à : (1) <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Quinzaine <input type="checkbox"/> Mois (1) Cocher la mention retenue	
L'employeur continue à verser le salaire : (1) <input type="checkbox"/> Pendant la période du au inclus	
<input type="checkbox"/> Pendant la période totale d'incapacité <input type="checkbox"/> Ne verse pas (2)	
(2) N° de compte ou C.C.P. de l'employé(e) :	

NOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE.....
A le
Signature et cachet



Caisse de Prévoyance Sociale
de la Polynésie Française
BP 1 Papeete - Tahiti
Tél 41.68.68 - Fax 42.46.06
No TAHITI : 183707
www.cps.pf

Service : ASSURANCE-MALADIE/ACCIDENT DU TRAVAIL

Déclaration d'accident de travail
(2 exemplaires)
Art. 137 de la loi 52.1322 – Arrêté 1746/IT

CETTE DECLARATION DOIT ETRE ADRESSEE PAR L'EMPLOYEUR
EN DEUX EXEMPLAIRES DANS LES 48 HEURES A LA C.P.S.

L'EMPLOYEUR

N° d'inscription à la CPS : Nombre de salariés dans l'établissement :

Identité ou Raison sociale :

Adresse postale :

Activité professionnelle :

Banque ou CCP :

N° de compte :

LA VICTIME

N° d'immatriculation : N° d'A.F. :

Nom : Carte de retraite N° :

(Nom de jeune fille s'il y a lieu suivi de Femme X...ou Veuve X...ou Divorcée X...)

Prénoms : Née le : Sexe :

Domicile précis :

Qualification professionnelle : Profession : Date d'embauche :

L'ACCIDENT

DATE (Préciser le jour de la semaine)..... A..... Heures

LIEU DE L'ACCIDENT

NATURE, SIEGE, EVENTUELLEMENT COTÉ, DES LESIONS

CIRCONSTANCES DETAILLEES ET AGENT MATERIEL DE L'ACCIDENT

.....

DATES DES 1^{ERS} SOINS:..... LIEU DES 1^{ERS} SOINS (Lieu de travail, médecin, hôpital...):.....

<p style="text-align: center;">TEMOINS (Noms, prénoms, adresses)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS Nom et adresse du tiers</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Cie d'assurance du tiers</p>
--	---

LE SALAIRE

La victime a effectué durant la période de 30 jours (30) précédant l'accident.....heures de travail réparties en.....journées de présence, pour un salaire brut de FCP

(en toutes lettres)

Il est payé à : (1) Semaine Quinzaine Mois (1) Cocher la mention retenue

L'employeur continue à verser le salaire : (1) Pendant la période du au inclus

Pendant la période totale d'incapacité Ne verse pas (2)

(2) N° de compte ou C.C.P. de l'employé(e) :

NOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE.....
A le
Signature et cachet



À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

<p>Nom, Raison Sociale et Adresse de l'Entreprise</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>N° de l'Employeur <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Date</p> <p style="text-align: center;">Cachet et Signature de l'Employeur</p>	<p>DN : N : AT</p> <p>Nom :</p> <p>Prénoms :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Accidenté le : à h mn</p> <p>Lésions { Nature</p> <p style="margin-left: 10px;">Siège</p>
--	---

DATE de l'acte médical	NATURE de l'acte médical dispensé	COEFFICIENT de l'acte médical	FRAIS de déplacement (N° de Km.)	DÉLIVRANCE d'une ordonnance	Délivrance du Certificat médical	SIGNATURE du Médecin	DÉCOMPTE du Médecin
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....	TOTAUX

Arrêté à la somme de :

.....

Le 20

Le Médecin

IMPORTANT : Est passible des peines applicables en matière de faux et d'usage de faux prévus par le Code pénal, tout individu qui aurait commis ou tenté de commettre un faux en écriture privée.
Service Assurance maladie - BP 1 - 98713 Papeete - TAHITI - Tél : 40 41 68 20 - Fax : 40 41 68 91 - Email : secretariat.prestations@cps.pf - Site : www.cps.pf
Conformément à la loi et libérés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès de notre organisme.