

ACCIDENT DU TRAVAIL

LES BONS RÉFLEXES



FGTB

Centrale Générale

Ensemble, on est plus forts



WWW.ACCG.BE



SOMMAIRE

- 3 Accident du travail : les bons réflexes
- 4 Les idées reçues
- 5 La déclaration
- 8 L'hospitalisation
- 9 Les indemnités
- 12 La remise au travail
- 16 Les conséquences de la non-déclaration
- 18 Fiche mémo
- 19 Procédure, déclaration et délais

À SAVOIR

Toutes les réponses aux questions ne se retrouvent pas dans cette brochure. Nous n'avons repris que les principaux aspects. Cependant, il est primordial que la victime connaisse ses droits, ses obligations et les modes d'indemnisation.

En cas de doutes ou de questions, n'hésitez jamais à demander conseil auprès de votre section de la Centrale Générale de la FGTB. Des spécialistes sont là pour vous aider.



ACCIDENT DU TRAVAIL

LES BONS RÉFLEXES

Dans les faits, dès qu'un accident du travail survient, il est primordial d'être auprès du travailleur et de veiller à ce qu'il reçoive le plus rapidement possible les soins dont il a besoin.

Si un CPPT existe dans l'entreprise, une délégation restreinte composée des membres du comité se rend immédiatement sur place.

Par la suite, de nombreuses questions se posent pour toute victime d'un accident du travail ou sur le chemin du travail. Outre le dommage subi, la victime est souvent confrontée à toute une série de tracasseries qui vont de la déclaration de l'accident à la remise au travail en passant par l'indemnisation.

En tant que délégué, vous restez le contact privilégié de la victime. Il est dès lors important que vous soyez là pour la guider et l'accompagner. Mais pour cela, il est essentiel que vous soyez au courant des principaux pièges à éviter. On pense notamment à la pression que certains employeurs exercent sur les victimes afin

qu'elles ne déclarent pas l'accident. Cela peut sembler anodin, surtout lorsqu'à première vue aucune intervention n'est nécessaire. Mais si vous ne deviez retenir qu'une seule règle, c'est qu'il est important que l'accident soit signalé à l'employeur « le plus vite possible » et dans tous les cas. Faute de quoi, des difficultés pour toucher des indemnités pourraient survenir si des séquelles se manifestaient plus tard. Les litiges sont en effet de plus en plus nombreux avec certains employeurs, leurs assurances et médecins.

Cette brochure énumère les différentes étapes auxquelles la victime sera confrontée et vous donne une série de règles essentielles afin que vous puissiez l'accompagner et la guider.

Il ne s'agit ici que d'un aperçu d'une matière particulièrement complexe. Dès lors, un seul conseil : en cas de doutes, n'hésitez jamais à contacter votre permanent ou votre section locale de la Centrale Générale de la FGTB.

LES IDÉES REÇUES

« Si la victime est en tort lors de l'accident, elle ne touchera rien. »

FAUX

Même si l'entreprise estime que la victime a commis une faute grave et la licencie, l'assurance sera obligée de l'indemniser. Il y aura refus de l'assurance de payer les indemnités dans le seul cas de la « faute intentionnelle », c'est-à-dire lorsque la preuve est apportée que le travailleur a lui-même voulu l'accident.

« Si la victime ne portait pas ses équipements de protection au moment de l'accident, elle ne sera pas indemnisée. »

FAUX

L'employeur verse des primes à l'organisme assureur qui couvre et indemnise tous les accidents de travail, quelles qu'en soient les circonstances.

L'accident est bien souvent le résultat d'une série de causes qu'il faut analyser : les conditions du travail, l'ambiance du travail, les cadences à tenir ou encore les outils utilisés. Les employeurs désignent trop facilement les travailleurs comme seuls responsables des accidents pour ne pas devoir changer les conditions de travail. Ce n'est pas en culpabilisant la victime qu'on évite les accidents futurs. Il faut en chercher les causes profondes, les dysfonctionnements organisationnels et techniques et y remédier.

« Si un accident n'entraîne pas d'incapacité de travail, il n'est pas nécessaire de le déclarer. »

FAUX

Chaque accident, même sans conséquence apparente, doit être signalé le plus rapidement possible à l'employeur. En effet, certaines complications peuvent survenir par la suite et si l'accident n'a pas laissé de traces écrites, il sera difficile de le faire reconnaître comme accident du travail, avec de lourdes conséquences à la clé.

LA DÉCLARATION

La déclaration doit avoir lieu dans les huit jours à compter du lendemain de l'accident.

Les accidents avec moins de 4 jours d'incapacité temporaire peuvent faire l'objet d'une déclaration simplifiée, via le portail de la sécurité sociale (www.socialsecurity.be) ou chez l'assureur, selon les mêmes règles que pour la déclaration classique en matière de délai.

Les accidents du travail pour lesquels les premiers soins ont été délivrés en entreprise et qui n'entraînent pas d'incapacité de travail ni de perte de salaire ne doivent plus être déclarés à l'assurance de l'employeur. En cas d'aggravation des suites de l'accident, l'employeur déclare l'accident à son assureur dans les 8 jours après qu'il en ait été informé.

Les accidents avec moins de 4 jours d'incapacité temporaire, pour lesquels les soins prodigués à la victime le sont exclusivement par le service médical interne à l'entreprise, constituent une exception. Les entreprises soumises à l'obligation d'élire un conseil d'entreprise ont la possibilité de déclarer ces accidents collectivement, après en avoir informé le service d'inspection du Fonds. Cette déclaration doit être transmise à l'entreprise d'assurance dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre.

Chaque employeur doit tenir un registre de tous les accidents. Il s'agit d'un carnet comportant toutes les données des accidents ainsi que les soins apportés et la déclaration. Ce registre est tenu soit par l'employeur, le chef de service, le service du personnel ou l'infirmerie. Par ailleurs, tous les accidents entraînant une incapacité de plus de 4 jours doivent obligatoirement faire l'objet d'une « fiche accident » conservée par le service de prévention.



ASTUCE

Au moment où survient l'accident, il est important de le faire savoir aux collègues de travail et d'en expliquer les circonstances. Si l'accident a eu lieu sur le chemin du travail, il est préférable de trouver un ou plusieurs témoins et de demander leurs coordonnées (nom, adresse, téléphone). Les déclarations des témoins ne doivent pas amener de confusion. Elles doivent se limiter aux faits sans en rajouter.

L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Lorsqu'un accident survient sur le lieu de travail, la victime doit immédiatement le faire savoir à un collègue ou un chef de sorte que l'accident soit consigné dans le registre.

La déclaration d'accident doit laisser le moins de chance possible à l'assurance de pouvoir refuser ou retarder l'indemnisation.

L'accident sera reconnu comme « accident du travail », si la déclaration établit que :

- c'est un événement soudain : un fait qui se produit en peu de temps ;
- il produit une lésion : une blessure externe ou interne, physique ou mentale ;
- il se passe pendant les heures de travail ou sur le chemin du travail ;
- il survient par le fait de l'exécution du contrat de travail : il doit résulter du risque auquel le travailleur est exposé à cause de son travail ou du milieu dans lequel il travaille ;
- il est déclaré à temps.

Il est très important que la déclaration soit claire et indiscutable. Il faut qu'elle contienne une description détaillée des faits qui ont conduit à l'accident, ainsi que du lien entre le fait qui a provoqué la lésion et l'accident. Le travailleur doit demander une copie de la déclaration.

Dès que la preuve est faite qu'il s'agissait bien d'un événement soudain et qu'il y a une lésion, l'accident est présumé être un accident du travail. Si l'assurance veut contester l'accident, c'est elle qui doit prouver que la lésion n'a pas été provoquée par l'événement soudain, ou que l'accident n'est pas survenu à cause de l'exécution du contrat de travail. Dans la majorité des contestations, les assureurs nient l'événement soudain, car cette notion reste vague. Pour contester cette décision, il faudra prouver l'élément mis en cause par l'assurance.

L'ACCIDENT SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL

Tout travailleur victime d'un accident sur le chemin du travail est tenu d'en avvertir immédiatement son employeur. Selon la gravité de l'accident et des lésions encourues, la communication peut se faire immédiatement ou être postposée jusqu'à ce que les premiers soins aient été portés. Dans des cas graves, une autre personne peut se charger d'avertir l'entreprise.

On parle d'accident sur le chemin du travail lorsque celui-ci se produit sur le chemin pris habituellement par le travailleur pour se rendre de chez lui, au travail, et à des heures normales en fonction du début et de la fin de son travail. Un petit détour ou une courte interruption sont admis, de même qu'une interruption ou un détour important en cas de force majeure.

Il est important d'essayer de trouver des témoins, même indirects.

Même s'il n'y a pas de lésions apparentes lors d'un accident sur le chemin du travail, il convient malgré tout de consulter immédiatement un médecin.

FAIRE CONSTATER LES LÉSIONS

Il faut faire constater les lésions par un médecin, le plus rapidement possible.

L'employeur, un chef, un conseiller en prévention ou une infirmière n'ont pas à décider si l'accident sera « reconnu » ou pas. Ils doivent remplir la déclaration, et l'envoyer.

Si ce n'est pas le cas, la victime a le droit de déclarer l'accident elle-même ou de le faire déclarer par un membre de sa famille.

Si l'assurance de l'employeur n'est pas connue, ou qu'il y a suspicion que celui-ci n'est pas assuré, il faut adresser une lettre recommandée au Fonds des Accidents du Travail, en expliquant les faits et en lui demandant d'effectuer une enquête.

L'employeur a 8 jours calendrier pour déclarer l'accident à son assurance.



ASTUCE

Il est prudent d'envoyer à la mutuelle le document « confidentiel » rempli par le médecin qui soigne la victime. En cas de litige avec l'assurance, elle indemniserait en attendant la décision finale. Si l'accident est « reconnu », la mutuelle se fera rembourser après par l'assurance.



L'HOSPITALISATION

Si la victime habite à plus de 20 km de l'entreprise, elle a le choix du médecin et de l'hôpital.

Si la victime habite à moins de 20 km de l'entreprise, deux possibilités se présentent :

Le choix du médecin et de l'hôpital est imposé si :

- l'employeur a désigné un service hospitalier ;
- il a en plus désigné au moins trois médecins à qui la victime peut s'adresser ;
- les noms des médecins et du service hospitalier sont inscrits dans le règlement de travail remis à chaque travailleur à l'embauche. Dans ce cas, la victime peut quand même désigner, en plus, un médecin qui a sa confiance, et qui contrôle le traitement qu'elle reçoit. Il sera payé à 90% par l'assurance. Les 10% restants sont à charge de la victime.

Le choix du médecin et de l'hôpital est possible si :

- l'employeur n'a pas désigné un service hospitalier ;
- le règlement de travail ne mentionne rien.

Dans ce cas, l'assurance peut envoyer un médecin de son choix qui contrôlera le traitement.



ASTUCE

Pour les membres du Conseil d'Entreprise, il est important de discuter du règlement de travail et de faire en sorte que les victimes puissent toujours choisir elles-mêmes le médecin ou l'hôpital. Nous savons d'expérience que les hôpitaux désignés par l'employeur ont souvent des accords avec lui en ce qui concerne la déclaration de l'accident et l'analyse de la gravité des lésions, le tout dans une stratégie visant à limiter le nombre de déclarations d'accidents à la compagnie d'assurance.



LES INDEMNITÉS

Les indemnités octroyées aux victimes sont différentes en fonction de la situation. Voici un aperçu des différents cas de figure.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Une incapacité temporaire totale signifie que la victime de l'accident ne peut plus travailler pendant une certaine période.

Salaire garanti

Les quatre premières semaines d'incapacité sont couvertes par le salaire garanti payé par l'employeur. Il se fera lui-même rembourser par l'assurance, à concurrence de 90% des sommes versées. Si la somme avancée par l'entreprise est inférieure à la somme calculée par l'assurance, cette dernière devra verser le complément à la victime.

Revenu de remplacement

Après 30 jours d'incapacité, c'est l'assurance qui continue à payer. On parle alors du revenu de remplacement du salaire perdu.

Il se calcule comme suit :

Rémunération de base x 90%

365

La rémunération de base comprend le salaire brut touché l'année précédant l'accident plus les primes diverses (13^e mois, primes de fin d'année, de pause, de production, chèques-repas, heures supplémentaires, timbres intempéries et fidélité...). Les remboursements de frais professionnels réels tels que les frais de déplacements et le pécule de vacances ne sont pas pris en compte. Cette somme est payée chaque mois et est indexée après une période de trois mois à partir du jour de l'accident, mais toujours limitée à un plafond. Plus d'infos sur le site www.fao.fgov.be

Frais médicaux

L'assurance rembourse aussi les frais médicaux, les frais pharmaceutiques, les frais hospitaliers, le coût des prothèses, les frais de déplacements causés par l'accident, les frais de certains déplacements de la famille pour venir voir la victime à l'hôpital ou dans une maison de repos ou de soin.

Si c'est la victime qui a choisi le médecin, le kiné, l'hôpital, les frais sont remboursés sur base du barème INAMI.



ASTUCE

Si le médecin ou le kiné ne sont pas conventionnés, ils peuvent définir eux-mêmes leurs honoraires. Il est dès lors important que la victime pose ouvertement la question.

INCAPACITÉ PERMANENTE

S'il reste des séquelles qui ne guériront probablement jamais, le médecin-conseil de l'assurance constate la consolidation. Le taux d'incapacité permanente est fixé par le médecin-conseil. Ce taux tient compte des lésions mais aussi de l'âge de la victime, de la qualification professionnelle, de la possibilité d'adaptation et de recyclage professionnel. Si la victime accepte la proposition de l'assurance, le Fonds des Accidents du Travail entérinera l'accord intervenu.



ATTENTION

Dans la plupart des cas, l'assurance sous-évalue le taux d'incapacité. Il faut savoir qu'il n'y a aucune obligation d'accepter cette proposition. Il faut dans ce cas réaliser une expertise auprès d'un autre médecin.

Contre-expertise

Le médecin choisi pour la contre-expertise et celui de l'assurance essayeront de trouver un terrain d'entente. Si aucun accord n'est possible à ce niveau, le travailleur a la possibilité de demander l'intervention du Tribunal du Travail. La plupart du temps, les juges demandent l'avis d'un autre médecin et finissent par trancher.

Révision du taux

La victime peut demander la révision de ce taux (l'assurance le peut aussi), pendant 3 ans à partir de la date d'entérinement par le Fonds des Accidents du Travail de l'accord à propos du taux d'incapacité permanente ou à partir de la date du prononcé du jugement rendu par le Tribunal du Travail au sujet de ce même taux.

Lorsque le taux d'incapacité permanente est fixé, l'assurance verse annuellement une rente, ou une allocation durant toute la vie de la victime.

En cas d'incapacité permanente, les rentes sont évaluées en partie en fonction de la perte de la capacité concurrentielle sur le marché de l'emploi, c'est à dire le handicap pour retrouver le même travail ou un autre. Le dommage moral, esthétique et psychologique ne sont que très rarement pris en compte. Par exemple si la victime est gauchère, la perte d'un doigt de la main droite sera évaluée en fonction de la capacité à travailler de la main gauche.

Allocation ou rente :

Rémunération de base x Taux d'incapacité permanente



ATTENTION

Dans le cas d'une incapacité permanente, la rémunération de base est recalculée en incluant le pécule de vacances.

Seules les allocations pour une incapacité de 16% et plus sont indexées. Pour les petits taux d'incapacité de moins de 5%, seulement la moitié de l'allocation ou rente est versée. Pour les taux supérieurs à 5% mais inférieurs à 10%, l'assurance verse 75% de la somme calculée.



ASTUCE

Si l'assurance paie avec retard (ce qui arrive fréquemment), il faut réclamer des intérêts. En général, elle ne les verse pas spontanément.

REPRISE DU TRAVAIL APRÈS UNE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Après la période d'incapacité de travail, le médecin-contrôleur de la compagnie d'assurances peut être d'avis que le travailleur est apte à reprendre le travail. Il est le seul à pouvoir prendre cette décision. Cette reprise peut être soit un retour à la normale, soit le médecin-contrôleur demande à l'employeur d'examiner la possibilité d'une reprise partielle ou adaptée du travail.

REMISE AU TRAVAIL À TEMPS PARTIEL / TRAVAIL ADAPTÉ

Si le médecin contrôleur de l'assurance estime que la victime n'est pas guérie, mais qu'elle peut « retravailler partiellement », sous certaines conditions, il peut demander à l'employeur d'examiner la possibilité de remise au travail soit à temps partiel, soit provisoirement dans une autre fonction adaptée aux lésions en voie de guérison.

L'employeur a deux possibilités :

- il n'a rien à proposer : la victime continue à toucher les indemnités d'incapacité temporaire totale jusqu'à la reprise du travail ;
- il propose de « retravailler partiellement » au même poste ou sur un poste de travail adapté. Dans ce cas, le médecin du travail examine les alternatives.

La victime a deux possibilités :

- elle accepte la proposition de « travail adapté » ou de travail à temps partiel : elle touchera de l'assurance une indemnité correspondant à la différence entre le salaire avant l'accident et le salaire dû en fonction de cette remise au travail ;
- elle refuse la proposition de « travail adapté » ou de travail à temps partiel : l'assureur transmet le dossier au médecin du travail qui examinera le travailleur et lui communiquera son avis ainsi qu'à l'assureur et à l'employeur. Si le médecin du travail estime que la victime est apte mais qu'elle a une raison valable de refuser ou qu'elle est inapte: elle continue à percevoir les indemnités d'incapacité temporaire totale.

Si par contre la victime refuse alors qu'elle est reconnue apte, elle ne touchera plus qu'une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail. Exemple : taux d'incapacité de 40% = rémunération de base x 40%.

REMISE AU TRAVAIL NORMAL

L'assurance envoie à la victime un document lui signifiant qu'elle est guérie, qu'elle peut reprendre le travail normalement et lui demande de signer le document.

Pas de précipitation, la santé prime avant tout!

Tout d'abord, il faut discuter avec le médecin-conseil de l'assurance. N'oublions pas que l'assurance a intérêt à ce que la victime retravaille le plus vite possible. Sous prétexte que la remise en activité est bonne pour le moral, certains médecins poussent les victimes à reprendre le travail alors qu'elles sont encore plâtrées ou qu'on ne leur a pas encore enlevé les fils d'une plaie.

Le travailleur n'est pas d'accord :

1. il doit rapidement prévenir sa section régionale et son médecin traitant ;
2. le médecin traitant peut intervenir et essayer de trouver un accord avec le médecin de l'assurance ;
3. le médecin-conseil de l'assurance peut demander au médecin du travail d'examiner la victime. Ce dernier peut décider de postposer la remise au travail et de la réexaminer plus tard ;
4. la victime peut, elle aussi, demander à passer un examen chez le médecin du travail de l'entreprise. Celui-ci est censé connaître parfaitement les conditions de travail de l'entreprise.



ASTUCE

Les travailleurs en incapacité de travail pendant au moins 4 semaines peuvent demander une visite de « pré-reprise » du travail auprès du médecin du travail de l'entreprise. Cette visite permet au conseiller en prévention / médecin du travail de discuter avec le travailleur de son état de santé (sans qu'il soit question d'un examen médical), ainsi que d'examiner les possibilités d'adaptation de son poste de travail.



Le travailleur est d'accord :

- il est guéri et a subi moins de 7 jours d'incapacité totale de travail. Il reprend son poste de travail. En cas de rechute, ou si son état de santé se dégrade, on peut ré-intervenir sur les conséquences de l'accident. Le délai de révision est de trois ans à dater de l'accident ;
- il est guéri, et il a perdu plus de 7 jours mais moins de 28. Le délai de révision commence le jour où l'assureur envoie la lettre officielle pour signaler sa guérison ;
- il est guéri et il a perdu plus de 28 jours. Même chose que le 1^{er} cas, mais si la victime passait des visites médicales régulières dans l'entreprise avant son accident, le médecin du travail DOIT l'examiner dans les 8 jours de la reprise du travail pour donner son avis sur son aptitude à reprendre son ancienne place. Il peut même procéder à cet examen après une absence plus courte s'il le juge nécessaire.

Si le médecin du travail estime le travailleur inapte

Il doit en informer la victime en priorité, sans en parler à personne d'autre. Si cette dernière n'est pas d'accord avec la décision d'inaptitude, elle doit agir de toute urgence et demander au médecin du travail s'il n'y a pas des examens complémentaires à passer pour confirmer ce diagnostic. Il faut aussi vérifier si le médecin a examiné le poste de travail et proposé des modifications pour que, même handicapé, le travailleur puisse recommencer à y travailler.

Il est aussi important de vérifier si le médecin a tenu compte des conséquences que son avis peut provoquer comme la perte de l'emploi, de salaire. La loi l'oblige à faire tout cela avant d'informer la victime qu'il l'estime inapte mais bien souvent, ces conditions préalables ne sont pas respectées.

S'il maintient sa décision, le travailleur dispose d'un délai de 5 jours pour donner ou non son accord sur la décision.

- Le travailleur n'est pas d'accord. Il doit désigner un médecin de son choix, par exemple son médecin traitant. Les deux médecins doivent alors se contacter pour essayer de prendre une décision commune. Dès que le travailleur a signifié officiellement au médecin du travail qu'il contestait sa décision, celle-ci est suspendue.

- Si le médecin du travail maintient son avis, il remplit une fiche d'incapacité qu'il communique à l'employeur.
- Le travailleur ne dispose alors que de 7 jours pour introduire un recours par recommandé auprès de l'Inspection Médicale du Ministère de l'Emploi et du Travail. Les 3 médecins décideront ensemble de la position à prendre. Pendant tous ces recours, la victime pourra reprendre son travail habituel, sauf si elle occupait avant l'accident un poste de sécurité.

En cas d'incapacité, l'employeur doit idéalement proposer un reclassement dans une autre fonction ou l'adaptation du poste de travail. Ce n'est pas toujours possible, et rares sont les entreprises où l'on tient compte de l'aspect humain. Ces entreprises n'assument pas leurs responsabilités envers des travailleurs qui ont laissé leur santé au travail.



ASTUCE

Il est très important que la proposition de reprise anticipée du travail, que ce soit à temps partiel ou sur un poste adapté, vienne de l'assureur. En effet, le médecin-conseil analysera le dossier médical de la victime, ainsi que les séquelles, afin de discuter d'une éventuelle proposition avec l'employeur.



LES CONSÉQUENCES D'UNE NON-DÉCLARATION D'ACCIDENT

POUR LE TRAVAILLEUR

En principe, tout accident du travail, même s'il n'entraîne pas d'incapacité, doit être déclaré à l'assurance. En cas de complications médicales d'un accident non-déclaré, la victime risque de rencontrer d'énormes difficultés pour prouver que son état est la suite d'un accident du travail antérieur et si l'assureur conteste l'aggravation comme étant les conséquences d'un accident du travail, la victime sera indemnisée en accident de droit commun par l'INAMI, sur base de 60% de son salaire contre 90% en accident du travail. De plus, elle ne pourra pas prétendre au remboursement de ses frais médicaux, prothèses, frais de déplacement et autres.

Le travailleur victime d'un accident du travail est confronté à une incertitude supplémentaire. Elle concerne les procédures internes de reprise du travail. L'article 23 de la Loi sur les accidents du travail stipule que la proposition de reprise du travail doit émaner de la compagnie d'assurances, ce qui implique que l'incapacité temporaire de travail ait été dûment reconnue par celle-ci.

Que se passe-t-il lorsque l'accident n'a jamais été déclaré comme accident du travail auprès de l'assureur? Il ne peut alors en aucun cas être question de reprise anticipée du travail à un éventuel poste adapté.

Qu'arrive-t-il si l'assureur rejette l'accident de travail, alors que le médecin (urgentiste) estime qu'il doit immédiatement obtenir un travail adapté? Et dans ce cas, qui indemnise le travailleur acceptant une reprise à temps partiel? Qui couvre la différence de salaire?



POUR L'ENTREPRISE

Ne pas déclarer un accident c'est tout bénéfique pour l'employeur et l'assureur. Les objectifs premiers sont bien évidemment financiers. Le montant des primes versées par les employeurs à leurs compagnies d'assurances étant intimement lié à la fréquence et la gravité des accidents. Sous-déclarer les accidents, c'est donc réduire ou stabiliser virtuellement le nombre de déclarations et en fin de compte, bénéficier d'une réduction de prime ou, en tout cas, échapper à l'augmentation de cette dernière.

En outre, ces dernières années, une nouvelle tendance a vu le jour : l'objectif « zéro accident ».

Ici ce n'est plus la course à la réduction des primes d'assurance qui justifie la sous-déclaration mais bien l'image de marque de l'entreprise. Au sein d'un même groupe, les entreprises sont couramment mises en concurrence pour leur capacité à atteindre le « zéro accident ». C'est une conséquence de la CCT 90 relative aux avantages non récurrents liés aux résultats.

Cette tendance est déjà visible dans les statistiques des accidents du travail de ces dernières années, à savoir une baisse généralisée du nombre de petits accidents de travail.



FICHE MÉMO



En cas d'accident du travail ou sur le chemin du travail	<p>Informier immédiatement l'employeur Chercher des témoins Etre vu par un médecin.</p>
Déclaration par l'employeur	L'employeur doit obligatoirement déclarer l'accident dans les 8 jours qui suivent l'accident auprès de son assureur.
L'employeur ne déclare pas l'accident	La victime peut elle-même introduire la déclaration auprès de l'assureur ou du Fonds des Accidents du Travail.
Incapacité d'au moins 4 jours	L'accident doit être consigné dans un registre et faire l'objet d'une fiche d'enregistrement.
Incapacité temporaire totale (ITT)	<p>Les 30 premiers jours, l'employeur verse le salaire garanti. Après 30 jours, l'assureur verse une indemnité égale à : Rémunération de base x 90% 365</p>
Incapacité permanente (IP)	<p>L'assurance verse annuellement une allocation ou une rente égale à : Rémunération de base x Le pourcentage d'IP</p>
En cas de soins	L'assurance rembourse les frais médicaux, les frais pharmaceutiques, les frais hospitaliers, le coût des prothèses, les frais de déplacements causés par l'accident (tarif des transports en communs ou indemnité au km pour déplacement avec des moyens personnels, et à condition qu'il y ait au moins 5km), les frais de certains déplacements de la famille de la victime pour venir la voir à l'hôpital ou dans une maison de repos ou de soin.

PROCÉDURE, DÉCLARATION ET DÉLAIS

	Déclaration à l'assureur	Prévenir l'inspection technique	Fiche d'accident	Rapport circonstancié à l'inspection technique
Accident avec 1^{ers} soins	Oui, dans les 8 jours	Oui, dans les 2 jours		
A partir d'1 jour d'incapacité				
Accident avec lésion dans le secteur de la construction	Oui, dans les 8 jours	Oui, dans les 2 jours		
Accident avec lésion sur un chantier mobile et temporaire	Oui, dans les 8 jours	Oui, dans les 2 jours		
Accident avec lésion sur un intérimaire	Oui, dans les 8 jours	Oui, dans les 2 jours		
Accident avec lésion sur un étudiant	Oui, dans les 8 jours	Oui, dans les 2 jours		
A partir de 4 jours d'incapacité				
Incapacité de 4 jours et plus	Oui, dans les 8 jours	Oui, dans les 2 jours	Oui	
Accident grave				
Accident grave	Oui, dans les 8 jours	Oui, dans les 2 jours		Oui, dans les 10 jours
Accident mortel	Oui, dans les 8 jours	Immédiatement		Oui, dans les 10 jours

ADRESSES ET NUMÉROS UTILES



Ma section régionale FGTB :

Tél.

Mon permanent syndical :

Tél.

Fonds des Accidents du Travail : Rue du Trône 100 , 1050 Bruxelles
Tél. +32 2 506 84 11 - Fax +32 2 506 84 15
www.fao.fgov.be

**Service inspection - Pour des questions relatives au règlement
d'un accident du travail par une entreprise d'assurances :**

Correspondant francophone +32 2 506 84 84
Pour toute autre question info@faofat.fgov.be

Compagnie d'assurances accident du travail :

Nom

Tél.

Conseiller en prévention interne :

Nom

Tél.

Service externe pour la prévention - Médecin du travail :

Nom

Tél.

Inscrivez-vous à la newsletter de La Centrale Générale
et remportez un tapis de souris bien pratique! *



En un tour de clic, ne manquez plus rien de notre actu!

Déjà inscrit à notre newsletter? Recevez tous les 15 jours les informations du moment avec notre point de vue, des infos pratiques ou encore les derniers tracts et brochures. Et si l'actualité le réclame, vous êtes rapidement alertés. De nombreux militants sont déjà abonnés. Et vous? Pour vous abonner, rien de plus simple, rendez-vous vite sur

 La Centrale Générale FGTB

 ACCG.be

www.accg.be

* Jusqu'à épuisement du stock.

Editeur responsable

Alain Clauwaert
Centrale Générale
rue Haute 26-28
1000 Bruxelles

Avril 2014

FGTB
Centrale Générale
Ensemble, on est plus forts



WWW.ACCG.BE