



Formulaire d'enquête administrative et rapport hiérarchique accidents de service/travail – accidents de trajet – maladies professionnelles

L'enquête administrative ne se substitue pas à la déclaration d'accident de service/ travail ou de maladie professionnelle à faire auprès de l'assurance statutaire ou de la sécurité sociale le cas échéant.

COLLECTIVITE			
Adresse			
Nom et qualité de la personne remplissant cette enquête		Effectif de la collectivité	
			@

RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT VICTIME

SERVICE			
FILIERE	<input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Sociale <input type="checkbox"/> Administrative <input type="checkbox"/> Animation <input type="checkbox"/> Sportive <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Culturelle		

NOM de L'AGENT	NOM patronymique	PRENOM	
Date de naissance/...../.....	Adresse	
Grade actuel		ANCIENNETE dans le poste	
Fonction	Joindre la fiche de poste	DUREE de TRAVAIL / 35 ^{ème}
Sexe	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Date de recrutement	
Qualité	<input type="checkbox"/> titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel de droit public <input type="checkbox"/> contrats aidés <input type="checkbox"/> apprenti		
Régime d'affiliation	<input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> Ircantec	Qualifications professionnelles	
En arrêt depuis le		Nom du médecin de prévention	

TYPE DE DECLARATION

- Accident de service / travail
 Accident de trajet
 Maladie professionnelle
(directement en page 5)

DATE et HEURE l'accident de

Accident de service / travail Accident de trajet

Date de survenance/...../.....	Heure de survenance	
Horaire de travail de l'agent le jour de l'accident <input type="checkbox"/> normaux <input type="checkbox"/> exceptionnels		deH..... min. àH..... min. (<i>matin</i>) deH..... min. àH..... min. (<i>après-midi</i>)	
Circonstances particulières		<input type="checkbox"/> Nécessité de service <input type="checkbox"/> Permanence <input type="checkbox"/> Astreinte	
Accident connu le/...../..... àH..... par : <input type="checkbox"/> l'autorité territoriale <input type="checkbox"/> un agent de la collectivité <input type="checkbox"/> par déclaration de la victime			

LIEU de l'accident

- Sur le lieu de travail habituel (atelier, service, bureau)
- Sur un lieu de travail occasionnel
- Lors d'un déplacement pour le compte de la collectivité
- Sur le trajet A/R entre le domicile et le lieu de travail
- Sur le trajet A/R entre le lieu de prise habituelle des repas et le lieu de travail

Lieu précis

DEROULEMENT et CIRCONSTANCES PRECISES ET DETAILLEES de l'accident

AVANT	PENDANT	APRES
Mission(s) effectuée(s) le jour de l'accident	Environnement : <input type="checkbox"/> Pluie <input type="checkbox"/> Brouillard <input type="checkbox"/> Poussière <input type="checkbox"/> Neige <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Verglas <input type="checkbox"/> Vent <input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/> Autre(s) : ...	Mesures immédiates de prévention (pour éliminer le risque et soustraire la victime du danger) :
Que faisait la victime juste avant l'accident :	Existe-t-il un équipement de protection ? Collectif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Individuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, l'a-t-il utilisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des mesures de prévention sont-elles envisagées pour éviter que ce genre d'accident ne se reproduise ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles : ...
La tâche au moment de l'accident était-elle : <input type="checkbox"/> Habituelle <input type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Consécutive à une anomalie	La protection était-elle adaptée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enquête ouverte après l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par qui ?...

VICTIME transportée non oui par les services de secours (pompiers, ambulance,...) par un agent de la collectivité par une tierce personne par ses propres moyens à l'Hôpital /à la Clinique chez un médecin à son domicile autre

Lieu précis

L'accident a-t'il fait d'autres victimes ?

 non oui

combien ?

La victime travaillait -elle seule ou en équipe ?

 seule en équipe

L'accident a-t'il entraîné un arrêt de travail ?

 non oui

Date de l'arrêt de travail

...../...../.....

Durée de l'arrêt de travail initial

.....

L'arrêt de travail est-il terminé ?

 non oui

L'accident a-t'il entraîné une hospitalisation ?

 non oui

Existe-t'il un ou des témoins de l'accident ?

 non oui

L'accident a-t'il entraîné un décès ?

 non oui

Si oui, coordonnées

L'accident a-t'il été causé par un tiers ?

 non oui

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t'il été établi ?

 non oui

Existe-t'il des tiers en cause ?

 non oui

Si oui, par quelle gendarmerie

.....

Si oui, coordonnées

ACTIVITE(S) EXECERCEE(S) LORS DE L'ACCIDENT Travail sur la voirie Chantier de bâtiment Collecte et traitements de déchets Entretien des espaces verts et de l'environnement Circulation et transport Manutention de matériels Maintenance de matériels Maintenance et entretien de locaux Traitement des eaux et réseaux d'assainissement Transport de matière Activité funéraire Service de soins Intervention à domicile Transport de personne Mobilisation et transfert d'un individu Manutention de personnes Service aux personnes âgées Activité scolaire, périscolaire et de service aux enfants Accueil/ Surveillance/Contrôle Restauration collective Travail administratif Formation Rééducation et kinésithérapie Tache de laboratoire Préparation de substances chimiques dangereuses Acte de soin thérapeutique et diagnostic Entretien physique et sportif Incendie, secours et autre opération de sauvetage Autre(s) :

ELEMENT(S) MATERIEL(S) INCRIMINES

- Accident de la route Engin de chantier et poids lourd Chute de matériaux Chute ou glissade de plain-pied ou avec faible dénivellation Chute de hauteur Véhicule léger Manutention mécanique, appareil de levage ... Electricité Collision et choc avec matière ou appareil mobile Rayonnements, radiations Collision et choc avec matière ou appareil non mobile Instruments piquants ou tranchants non souillés Outils et objets à main Instruments piquants ou tranchants souillés Produits dangereux (toxiques, nocifs, irritants, ...) Exposition au sang ou liquide physiologique Produit ou appareil froid Agression animale Produit ou appareil chaud Agression de personne Projection de matière Traumatisme sonore Gaz ou liquide sous pression Absence d'élément matériel Incendie/explosion Faux mouvement Effort de soulèvement lors de manutention de charge ou de personnes à mobilité réduite Autre(s) :

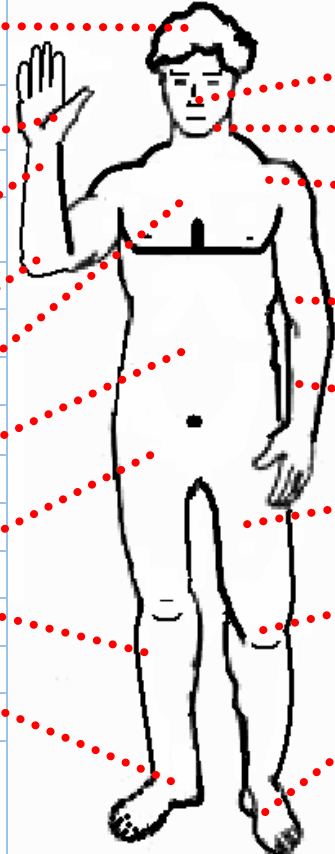
NATURE APPARENTE DES LESIONS

<input type="checkbox"/> Contusion, hématome <input type="checkbox"/> Douleur musculaire <input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Entorse, luxation <input type="checkbox"/> Tendinite, arthrite <input type="checkbox"/> Lumbago <input type="checkbox"/> Sciatique, hernie discale <input type="checkbox"/> Tassement vertébral	<input type="checkbox"/> Lésion musculaire, tendineuse, hernie ou éventration <input type="checkbox"/> Fracture, fêlure <input type="checkbox"/> Présence de corps étranger <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure <input type="checkbox"/> Écrasement, amputation <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade <input type="checkbox"/> Traumatismes multiples	<input type="checkbox"/> Malaise avec perte de connaissance <input type="checkbox"/> Malaise sans perte de connaissance <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Lésion nerveuse ou neurologique
--	---	--

Autre(s) :

SIEGE DES LESIONS (joindre certificat médical initial)

Latéralité de l'agent : Droitier Gaucher Sans objet

<input type="checkbox"/> tête			<input type="checkbox"/> Face /yeux/ nez / bouche/...
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Cou /Dos et colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Epaule
<input type="checkbox"/> Thorax			<input type="checkbox"/> Bras
<input type="checkbox"/> Abdomen			<input type="checkbox"/> Avant-bras
<input type="checkbox"/> Bassin / Hanche / Bas ventre			<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Cuisse
<input type="checkbox"/> cheville	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
			<input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Pied

Conséquences de la maladie professionnelles (joindre le rapport du médecin du travail ou de prévention)

La maladie a eu comme conséquence(s) :

Un arrêt de travail Un décès Une hospitalisation Autre :

Durée de l'arrêt initial :

Date de départ de l'arrêt de travail :/...../..... Certificat final (date de reprise) :/...../.....

Durée de l'hospitalisation.....

Désignation de la maladie et date de déclaration (voir le certificat médical) :

Tableau n°

Accéder aux tableaux : <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/listeTableaux.html>

Date du certificat initial :

AMBIANCE(S) DE TRAVAIL SUSCEPTIBLE(S) D'ETRE A L'ORIGINE DE LA MALADIE

Rayonnements et/ou radiation Produits dangereux (toxique, irritant, nocif, ...)

NOM(S) du ou des produits :.....

Poussières diverses (poussières de bois, silice, plomb, amiante, ...) Ambiance bruyante Produits biologiques (sang, eaux usées, ...)

Travail pénible (manutentions fréquentes, lourdes et/ou répétitives, et/ou prolongées) Ergonomie au poste de

travail Mauvaise posture au poste de travail Effort intense Agent infectieux

Autre(s) :

Les fonctions occupées par l'agent étaient-elles ?

Occasionnelles Habituelles

Fait à :

Le :

Signature de l'agent:

Fait à :

Le :

NOM et Prénom :

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale

RAPPORT HIERARCHIQUE ET DECISION ADMINISTRATIVE

Suite à l'Accident de Service/Travail ou à la Maladie Professionnelle, avez-vous pris des mesures de prévention ?

Oui Non

Si oui, précisez lesquelles :

Conclusion de l'enquête administrative : Imputable Non imputable émet des doutes

Décision de l'autorité territoriale sur l'imputabilité au service : Imputable Non imputable émet des doutes

Demande d'une expertise (le cas échéant) ? : Oui Non

Saisine du conseil médical en formation plénière (le cas échéant) ? : Oui Non

Avis motivé de l'autorité territoriale

SUIVI ADMINISTRATIF

L'agent a été placé en CITIS L'agent a été placé en CMO si arrêt de travail l'agent a été placé en CITIS provisoire

Certificat final :/...../..... Date de reprise :/...../.....

Aménagement de poste Oui Non

Réaffectation Oui Non

Période de préparation au reclassement (PPR) Oui

Reclassement Oui Non

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations.

Fait à :

Le :

NOM et Prénom :

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale