

Formulaire d'enquête administrative et rapport hiérarchique dans le cadre d'une déclaration 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	☐ Technique	☐ Sociale	☐ Administrative	☐ Animation	☐ Sportive	☐ Police	☐ Culturelle	

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

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 ☐ normaux ☐ exceptionnels

deH..... min. àH..... min. (matin)

deH..... min. àH..... min. (après-midi)

Circonstances particulières

☐ Nécessité de service ☐ Permanence ☐ Astreinte

Accident connu le/...../.....
àH.....

par : ☐ l'autorité territoriale ☐ un agent de la collectivité ☐ 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 : ☐ Pluie ☐ Brouillard ☐ Poussière ☐ Neige ☐ Chaleur ☐ Froid ☐ Verglas ☐ Vent ☐ Bruit ☐ 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 ☐ Oui ☐ Non Individuel ☐ Oui ☐ Non Si oui, l'a-t-il utilisé ? ☐ Oui ☐ Non	Des mesures de prévention sont-elles envisagées pour éviter que ce genre d'accident ne se reproduise ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquelles : ...
La tâche au moment de l'accident était-elle : ☐ Habituelle ☐ Nouvelle ☐ Consécutives à une anomalie	La protection était-elle adaptée ? ☐ Oui ☐ Non	Enquête ouverte après l'accident ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, par qui ?...

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 soins thérapeutiques 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

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

☐ Autre(s) :

SIEGE DES LESIONS (joindre certificat médical initial)

Latéralité de l'agent : ☐ Droitier ☐ Gaucher ☐ Sans objet

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

☐ **Maladie professionnelle**

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

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