

PÔLE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Enquête Administrative
Accident de service, accident de trajet, maladie professionnelle

En application de l'art. 25 du décret n°85-603 du 10 Juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, ce formulaire est à compléter et à retourner au Centre de Gestion, dans les plus brefs délais, en cas d'accident de service et de maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

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

CADRE 1

NOM DE LA COLLECTIVITE :
Adresse :
Tél. : **Email :**
Dossier suivi par :

RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT VICTIME

NOM : **Grade :** **Catégorie :**
Prénom : **Fonction :**
Date de naissance :/...../..... **Numéro de SS :**
Filière : Administrative AD Culturelle CU Animation AN Sanitaire et sociale SA Sportive SP Sécurité SE Technique TE Médico-technique ME Soignante et éducative SO **Régime :** Spécial CNRACL Général IRCANTEC
Sexe : Femme Homme **Date de recrutement :**/...../.....
Situation administrative : Titulaire Stagiaire Contractuel CAE/CA Apprenti **Date de titularisation :**/...../.....
Ancienneté dans le poste :ansmois **dans la collectivité :**ansmois
Qualifications professionnelles :
Polyvalence : oui non

TYPE DE DECLARATION

Accident de service Accident de trajet Maladie professionnelle

Se rendre directement au Cadre 7 p.4

CADRE 2

DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT

Date de survenance :/...../.....

Heure de survenance :H..... min.

Horaire de travail de l'agent le jour de l'accident :

deH..... min. àH..... min. (*matin*)

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

Circonstances particulières : Nécessité de service Permanence Astreinte

Accident connu le/...../..... àH..... min. 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 DE L'ACCIDENT

Mission(s) effectuée(s) le jour de l'accident :

<input type="checkbox"/> 1 – Travail administratif	<input type="checkbox"/> 9 – Chantier de bâtiment	<input type="checkbox"/> 17 – Entretien physique et sportif
<input type="checkbox"/> 2 – Formation	<input type="checkbox"/> 10 – Travail sur la voirie	<input type="checkbox"/> 18 – Activité funéraire
<input type="checkbox"/> 3 – Activité scolaire et périscolaire	<input type="checkbox"/> 11 – Circulation et transport	<input type="checkbox"/> 19 – Acte de soin, thérapeutique
<input type="checkbox"/> 4 – Restauration collective	<input type="checkbox"/> 12 – Lavage et stockage du linge	<input type="checkbox"/> 20 – Rééducation et kinésithérapie
<input type="checkbox"/> 5 – Nettoyage des locaux	<input type="checkbox"/> 13 – Collecte et traitement des Ordures ménagères et déchets	<input type="checkbox"/> 21 – Hygiène du malade
<input type="checkbox"/> 6 – Maintenance des locaux	<input type="checkbox"/> 14 – Traitement des eaux, réseau d'assainissement	<input type="checkbox"/> 22 – Mobilisation et transfert d'un individu
<input type="checkbox"/> 7 – Maintenance et réparation du matériel	<input type="checkbox"/> 15 – Intervention à domicile	<input type="checkbox"/> 23 – Préparation de substances chimiques et/ou toxiques
<input type="checkbox"/> 8 – Entretien des espaces verts	<input type="checkbox"/> 16 – Incendie, secours, interventions	<input type="checkbox"/> 24 – Tâche de laboratoire

Circonstances précises de l'accident (détails, croquis, éléments mis en cause, conditions exceptionnelles...) :

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

Non

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non - Si oui, combien ?

La victime travaillait-elle seule ou en équipe ? Seule En équipe

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

Date de l'arrêt de travail :/...../.....

Certificat final (date de reprise) :/...../.....

Durée de l'arrêt de travail initial :

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

L'accident a-t'il entraîné un décès ? Oui Non

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

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

Si oui, par qui ?

Des soins ont-ils été dispensés à la victime ? Oui Non

Si oui, par qui (personnel collectivité, SST, puis organisme de secours) ?

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

Si oui, coordonnées :

CADRE 3

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

AVANT	PENDANT	APRES
Objectif de sa mission du jour :	Ambiance physique <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 Autres :	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, a-t-il été utilisé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Des mesures de prévention sont –elles envisagées pour éviter que ce genre d'accident 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"/> Consécutives à une anomalie	Si oui, la protection était-elle adaptée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Enquête ouverte après accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui par qui ?

CADRE 4

ELEMENT(S) MATERIEL(S) INCRIMINES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A – Chute ou glissade de plain pied ou avec faible dénivellation | <input type="checkbox"/> L – Agression animale |
| <input type="checkbox"/> B – Chute de hauteur | <input type="checkbox"/> M – Agression, violence, maladie agité |
| <input type="checkbox"/> C – Effort de manutention de malade | <input type="checkbox"/> N – Produit ou appareil chaud ou froid |
| <input type="checkbox"/> D – Effort de soulèvement, manutention de charge | <input type="checkbox"/> O – Rayonnements, radiations |
| <input type="checkbox"/> E – Machine et appareil | <input type="checkbox"/> P – Gaz ou liquide sous pression |
| <input type="checkbox"/> F – Objet à main | <input type="checkbox"/> Q – Phénomène thermique, incendie, explosion |
| <input type="checkbox"/> G – Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés | <input type="checkbox"/> R – Electricité |
| <input type="checkbox"/> H – Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés | <input type="checkbox"/> S – Véhicule ou engin |
| <input type="checkbox"/> I – Produits toxiques, nocifs ou irritants | <input type="checkbox"/> T – Effort intense |
| <input type="checkbox"/> J – Objet ou masse en mouvement | <input type="checkbox"/> U – Exposition au sang et liquide physiologiques |
| <input type="checkbox"/> K – Projection de matière | <input type="checkbox"/> V – Autres : |

CADRE 5

NATURE APPARENTE DES LESIONS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contusion | <input type="checkbox"/> Fracture, fêlure | <input type="checkbox"/> Brûlure, gelure et électrocution |
| <input type="checkbox"/> Plaie et piqûre | <input type="checkbox"/> Hernie | <input type="checkbox"/> Ecrasement et amputation |
| <input type="checkbox"/> Entorse, luxation et lumbago | <input type="checkbox"/> Lésion nerveuse | <input type="checkbox"/> Intoxication, asphyxie et noyade |
| <input type="checkbox"/> Déchirure ou douleur musculaire | <input type="checkbox"/> Corps étranger (éclat, sang,...) | <input type="checkbox"/> Polytraumatisme |
| <input type="checkbox"/> Inflammation et dermite | <input type="checkbox"/> Blessure interne | <input type="checkbox"/> Malaise (cardiaque ...) |
| | | <input type="checkbox"/> Trouble psychologique |

CADRE 8

DECISION ADMINISTRATIVE

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

Avis d'expertise :

Si des mesures de prévention ont été prises, précisez lesquelles :

Avis de la Commission de Réforme le cas échéant : Imputable Non imputable

SUIVI ADMINISTRATIF

Certificat final :/...../.....

Date de reprise :/...../.....

Aménagement de poste : Oui Non

Reclassement : Oui Non

L'agent :

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :

L'autorité territoriale :

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :

ACMO (à remplir par l'ACMO)

Nom Prénom :

Je me suis rendu sur les lieux de l'accident : Oui Non

Si Non, j'ai eu connaissance de l'accident le :

L'accident a un lien avec une remarque inscrite dans le registre d'observations Hygiène et Sécurité : Oui Non

Observations (remarques personnelles) :

Signature :

SAISINE DU CTP – SERVICE PREVENTION

Souhaitez-vous que cet accident fasse l'objet d'une enquête et d'une analyse plus précise, par le CTP ou par le service prévention du Centre de Gestion, conformément au décret du 10 juin 1985 modifié, afin de vous aider à identifier les dangers et à prendre des mesures de prévention adéquates ? Oui Non Si oui, CTP CDG

Si oui, nous vous rappelons que dans ce cadre, les membres du CTP ou du service prévention au CDG pourront se rendre sur les lieux après avoir pris contact avec la collectivité.

Fait à, le

Signature de l'autorité territoriale