

# Enquête administrative de l'accident du travail et de la maladie professionnelle

## COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT

Raison sociale : ..... Ville : ..... Code postal : .....

Numéro de SIRET : ..... Contact dans la collectivité/l'établissement : .....

Téléphone du contact : ..... E-mail du contact : .....

## AGENT

Numéro de SS : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Latéralité de l'agent  Droitier  Gaucher

Date d'entrée dans la collectivité/l'établissement : ..... Date d'embauche dans la fonction publique : .....

**STATUT**  AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL  AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC  AGENTS OPAC

N° CNRACL : .....  Titulaire  Stagiaire  Non titulaire

Temps complet  Temps partiel Taux activité : .....  + 200 h/trimestre\*  - 200 h/trimestre\*

Temps non complet Nb heures travaillées/mois : ..... h ..... mn

\*Tous employeurs confondus

**SERVICE ET GRADE** Code grade : ..... Cadre emploi : ..... Fonction : .....

Service (codification interne) : ..... Catégorie hiérarchique  A  B  C Filière(1) ..... (1) Voir codification au verso de la liasse

### ACCIDENT IMPUTABLE AU SERVICE

Date de l'accident : .....  
 Heure de survenance : ..... h .....  
 Horaires de travail le jour de l'accident :  
 De ..... h ..... à ..... h .....  
 et de ..... h ..... à ..... h .....  
 Trajet aller  Trajet retour  Accident de circulation  
 L'accident est-il intervenu sur le trajet habituel ?  OUI  NON  
 L'accident a-t-il entraîné un décès ?  OUI  NON  
 Inscription au registre d'infirmerie :  OUI  NON  
 le : ..... Sous le numéro : .....  
 Accident connu le : .....  
 à (lieu) : ..... par (acteur) : .....  
 La hiérarchie reconnaît-elle administrativement  
 l'imputabilité au service de l'accident ?  OUI  NON  
 Observations éventuelles de la hiérarchie : .....  
 .....  
 Nom du médecin de médecine préventive : .....  
 .....  
 Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ?  OUI  NON

### MALADIE PROFESSIONNELLE

Maladie professionnelle Numéro MP : .....

Préciser le nom des produits, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé, susceptibles  
 d'être à l'origine de la maladie professionnelle

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Les fonctions occupées par l'agent à l'origine de la maladie étaient-elles ?  
 Occasionnelles  Permanentes

Date d'entrée dans cette fonction : .....  
 Date de cessation de cette fonction : .....

### PÉRIODES D'ARRÊT DE TRAVAIL

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

Date du premier jour d'arrêt\* : ..... Date du dernier jour d'arrêt\* : .....

\* A compléter à l'aide des certificats médicaux fournis par l'agent

## MESURES DE PRÉVENTION

### AVANT "Ce qui se passait avant l'accident"

Activité lors de l'accident

Sur quelle tâche, plus précisément, travaillait l'agent accidenté ?

Cette tâche était-elle ?  Nouvelle pour l'agent  Habituelle pour l'agent  Imprévue  Urgente

Que faisait l'agent juste avant l'accident et quelles machines, matériel ou équipements utilisait-il ?

La tâche était-elle réalisée par l'agent ?  Seul  Seul mais en présence d'autres agents ou entreprises  Au sein d'une équipe de travail

### PENDANT "Ce qui s'est passé au moment de l'accident"

Élément matériel

Lieu précis de l'accident :  En intérieur  En extérieur

Ambiance physique :  Pluie  Poussière  Chaleur  Verglas  Bruit  Brouillard  Neige  Froid  Vent  
 Vibration  Fumée  Autres (à préciser).....

Récit de l'accident :

### APRÈS "Ce qu'a fait l'accidenté, ce qui a été fait, et les conséquences de l'accident"

Latéralité de la blessure :  Gauche  Droite

L'agent a-t-il été hospitalisé ?  OUI  NON

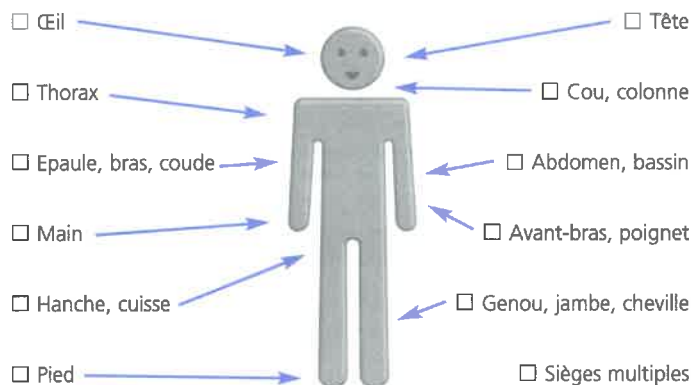
L'agent a-t-il bénéficié des premiers soins ?  OUI  NON

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

La collectivité/l'établissement a-t-elle un sauveteur secouriste ?  OUI  NON

La collectivité/l'établissement a-t-elle un ACMO ?  OUI  NON

Propositions d'améliorations (par l'agent, la hiérarchie, l'ACMO...) à moyen ou long terme :



### Témoin de l'accident "La personne qui a VU l'accident" :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

- |                                 |                          |                                 |                          |                                  |                          |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Contusion                       | <input type="checkbox"/> | Fracture, fêlure                | <input type="checkbox"/> | Brûlure, gelure et électrocution | <input type="checkbox"/> |
| Plaie et piqûre                 | <input type="checkbox"/> | Hémie                           | <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            | <input type="checkbox"/> |

## CODIFICATION DES FILIÈRES

FILIÈRES	
AD	Administrative
CU	Culturelle
AN	Animation
SA	Sanitaire et sociale
SP	Sportive
SE	Sécurité
TE	Technique
ME	Médico-technique
SO	Soignante et éducative

## CODIFICATION DES ACCIDENTS

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT	
1	Travail administratif
2	Formation
3	Accueil, surveillance, contrôle, activité scolaire et périscolaire
4	Restauration collective
5	Nettoyage des locaux
6	Maintenance des locaux
7	Maintenance et réparation du matériel
8	Entretiens des espaces verts et de l'environnement
9	Chantier de bâtiment
10	Travail sur la voirie
11	Circulation et transport
12	Transport, lavage et stockage du linge
13	Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets
14	Traitement des eaux, réseau d'assainissement
15	Intervention à domicile
16	Incendie, secours et autre intervention
17	Entretien physique et sportif
18	Activité funéraire
19	Acte de soin, thérapeutique et diagnostique
20	Rééducation et kinésithérapie
21	Hygiène du malade
22	Mobilisation et transfert d'un individu
23	Préparation de substances chimiques et/ou toxiques
24	Tâche de laboratoire

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

DSSG1438-v03 - 01/2012

### Signature de l'agent

j'accepte que la collectivité, dans le cadre de la gestion de mon arrêt de travail, collecte des données de santé me concernant.

Fait à .....

le : .....

Signature :

### L'autorité territoriale/hospitalière :

Fait à .....

le : .....

Signature :

Votre collectivité employeur est responsable d'un traitement ayant pour finalité la gestion des arrêts de travail. Les informations présentement demandées sont indispensables à la réalisation de ce traitement. Conformément à la Loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification sur les données vous concernant, ainsi que d'opposition pour motifs légitimes à ce que celles-ci fassent l'objet d'un traitement. Ces droits s'exercent par courrier postal adressé à votre collectivité employeur, accompagné d'un titre d'identité.