

# Formulaire enquête administrative

## Des accidents de service/travail et des 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.

### CADRE 1

#### NOM DE LA COLLECTIVITE :

.....

Adresse :

.....  
.....

Tél. : ..... Email : .....

Effectif de la collectivité : .....

Nom et qualité de la personne remplissant cette enquête : .....

.....

#### RENSEIGNEMENT SUR L'AGENT VICTIME

Direction/Service :

.....  
.....

Administrative

Culturelle

Animation

Technique

Sociale

Sportive

Police

NOM :

.....

Grade :

.....

Prénom :

.....

Fonction :

.....

Adresse : .....

.....

Régime :

Spécial CNRACL

Général IRCANTEC

Sexe :  Femme  Homme

Date de recrutement : ...../...../.....

Date de naissance : ...../...../.....

Date de titularisation : ...../...../.....

Situation administrative :  Titulaire  Stagiaire  Contractuel  Contrats aidés  Apprenti

Ancienneté dans le poste : .....ans .....mois

dans la collectivité : .....ans .....mois

Qualifications professionnelles : .....

#### TYPE DE DECLARATION

Accident de service / travail

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 :

de .....H..... min. à .....H..... min. (*matin*)

de .....H..... min. à .....H..... min. (*après-midi*)

Circonstances particulières :

Nécessité de service     Permanence     Astreinte

Accident connu le ...../...../..... à .....H..... 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 : .....

Circonstances précises de l'accident : .....

Victime transportée :

- |                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> par les services de secours (pompiers, ambulance,...) | <input type="checkbox"/> à l'Hôpital / la Clinique |
|                              | <input type="checkbox"/> par un agent de la collectivité                       | <input type="checkbox"/> chez un médecin           |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> par une tierce personne                               | <input type="checkbox"/> à son domicile            |
|                              | <input type="checkbox"/> par ses propres moyens                                | <input type="checkbox"/> autre : .....             |

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 : ...../...../.....

Durée de l'arrêt de travail initial : .....

L'arrêt de travail est-il terminé ?     Oui     Non

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 ? .....

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

Si oui, coordonnées : .....

.....

.....

### CADRE 3

#### ACTIVITE(S) EXERCEE(S) LORS DE L'ACCIDENT

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

### CADRE 4

#### ELEMENT(S) MATERIEL(S) INCRIMINES

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

### CADRE 5

#### NATURE APPARENTE DES LESIONS

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contusion                          | <input type="checkbox"/> Piqûre                            | <input type="checkbox"/> Traumatisme des os et des articulations |
| <input type="checkbox"/> Maux de dos                        | <input type="checkbox"/> Inflammation et rougeur           | <input type="checkbox"/> Intoxication, noyade, asphyxie          |
| <input type="checkbox"/> Déchirure et/ou douleur musculaire | <input type="checkbox"/> Ecrasement, amputation            | <input type="checkbox"/> Malaise                                 |
| <input type="checkbox"/> Plaie                              | <input type="checkbox"/> Corps étranger (éclat, sang, ...) | <input type="checkbox"/> Lésions multiples                       |
| <input type="checkbox"/> Brûlure/gelure                     | <input type="checkbox"/> Autre(s) : .....                  |  |

**CADRE 6**

**SIEGE DES LESIONS**

<input type="checkbox"/> Tête			<input type="checkbox"/> Face (yeux, nez, bouche, ...)
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Cou, dos et colonne vertébrale
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Droit		<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Droit		<input type="checkbox"/> Gauche
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Droit
<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Gauche		
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Cuisse
<input type="checkbox"/> Bassin/Hanche/Bas ventre	<input type="checkbox"/> Gauche		
	<input type="checkbox"/> Jambe		<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Gauche			
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Pied
	<input type="checkbox"/> Gauche		

**CADRE 7**

**(MALADIE PROFESSIONNELLE)**

**CONSEQUENCES DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE**

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.....

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

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

**CADRE 8**

**DECISION ADMINISTRATIVE**

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

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

Saisine de la Commission de Réforme (le cas échéant) ? :  Oui  Non

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 :

.....  
.....  
.....

**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 :

*Les informations recueillies font l'objet d'une analyse statistique en vue de déterminer et d'améliorer les besoins d'accompagnement en matière de santé et de sécurité au travail. Les destinataires des données sont*

*Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant*