

# ENQUETE ADMINISTRATIVE

(L'enquête administrative doit renseigner sur l'analyse des causes possibles des faits décrits par l'agent, des conditions de travail avec les avis motivés et obligatoires du supérieur hiérarchique et de l'autorité territoriale)

## EMPLOYEUR

COLLECTIVITE : .....

Adresse de la collectivité : .....

.....

.....

## AGENT VICTIME

Nom et Prénom de l'agent : .....

Nom de jeune fille de l'agent : .....

Date de naissance : .....

Adresse de l'agent : .....

.....

.....

Agent affilié à la CNRACL

Titulaire

Stagiaire

Temps complet :  OUI  NON

Temps partiel :  OUI  NON

Taux d'activité : .....%

Catégorie :  A  B  C      Grade : .....

Filière : .....

Fonctions de l'agent : .....

.....

Date de Stagiairisation : .....

Date de Titularisation : .....

Horaires de travail de l'agent : .....

Latéralité de l'agent :  Droitier  Gaucher



RENSEIGNEMENT SUR L'ACCIDENT DE SERVICE OU RECHUTE SELON LE CAS

Date et horaire de l'accident :

Horaire de travail le jour de l'accident :

Lieu de l'accident :

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

Cette tâche était-elle ?

Nouvelle  Habituelle  Imprévue  Urgente

Tâche réalisée par l'agent :

Seul(e)  Seul(e) mais en présence d'autres agents  Au sein d'une équipe

L'agent avait-il un équipement de protection individuel ?

NON  OUI, si oui lesquels :

**Que faisait la victime avant l'accident (missions effectuées, gestes réalisés, matériels ou équipements utilisés...) :**

Récit →

**Pendant l'accident (lieu : intérieur extérieur, conditions climatiques, description détaillée de l'accident...) :**

Récit →

**Après l'accident (Blessures, hospitalisation, siège des lésions, intervenants...) :**

Récit →

SIEGE DES LESIONS :

(à indiquer à l'aide d'une croix)

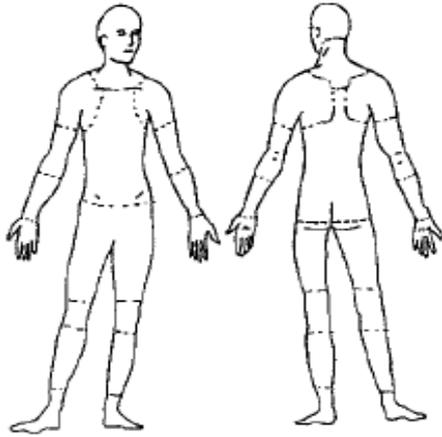


Schéma des lieux au moment de l'accident :

Y-a-t-il des témoins de l'accident ?  OUI  NON

Si oui, (*joindre les témoignages*)

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Puis compléter la dernière partie

RENSEIGNEMENT SUR L'ACCIDENT DE TRAJET OU RECHUTE SELON LE CAS

Date et horaire de l'accident : .....

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

Lieu de l'accident : .....

Trajet habituel :      NON    OUI

Trajet interrompu :    NON    OUI, si oui motif :

Trajet détourné :    NON    OUI, si oui motif :

Tiers impliqué :      NON    OUI

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

Y-a-t-il eu rapport de police ou de gendarmerie ?  NON    OUI (*à joindre*)

**Circonstances détaillées de l'accident (description des faits, parcours, durée, fait personnel ou circonstances particulières) :**

Récit →

SIEGE DES LESIONS :

(à indiquer à l'aide d'une croix)

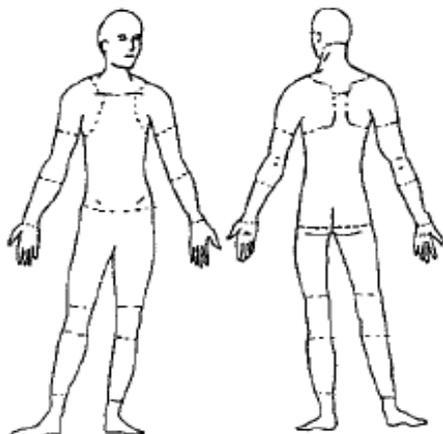


Schéma des lieux au moment de l'accident :

Y-a-t-il des témoins de l'accident :  OUI  NON

Si oui, (*joindre les témoignages*)

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Puis compléter la dernière partie

PARTIE CONCERNANT LA MALADIE PROFESSIONNELLE DESIGNEE ET NON DESIGNEE PAR LES TABLEAUX ET SA RECHUTE

RENSEIGNEMENT SUR LA MALADIE PROFESSIONNELLE DESIGNEE PAR LE TABLEAU OU MALADIE NON DESIGNEE PAR LES TABLEAUX OU RECHUTE SELON LE CAS

Tableau de MP n° :

Désignation de l'affection en cause :

Date du 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie :

La maladie a-t-elle entraîné un arrêt de travail :  NON  OUI

Ancienneté dans le poste : ..... An(s) .....mois

**Explications détaillées de l'apparition de la pathologie (missions effectuées, gestes réalisés, matériels utilisés susceptibles d'être à l'origine de la maladie...) :**

Analyse des causes →

Analyse des circonstances →

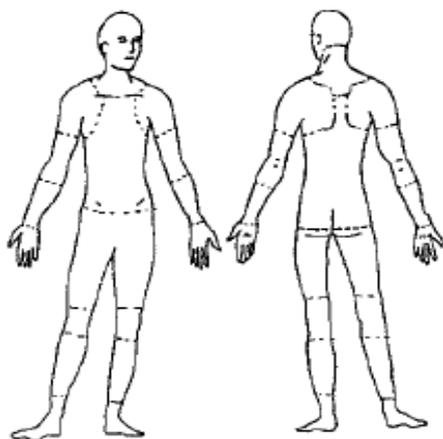
Analyse des conditions de travail →

Analyse des dires de l'agent →

Analyse des conséquences →

SIEGE DES LESIONS :

(à indiquer à l'aide d'une croix)



Période(s) d'exposition au(x) risque(s):

Puis compléter la dernière partie

RENSEIGNEMENT SUR LA MALADIE PROFESSIONNELLE OU MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE OU RECHUTE SELON LE CAS

Désignation de l'affection en cause :

Date du 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie :

La maladie a-t-elle entraîné un arrêt de travail :  NON  OUI

Ancienneté dans le poste : ..... An(s) .....mois

L'agent a-t-il alerté la collectivité d'une problématique professionnelle ? Si oui, joindre l'alerte au présent dossier (courrier, mail, autres...) et préciser la date de l'alerte.

Joindre également les comptes-rendus des dernières évaluations de l'agent

**Recherche des facteurs de Risques Psycho-Sociaux susceptibles d'avoir généré la pathologie :**

FACTEURS DE RISQUES	QUESTIONS
<p><b>Exigences du travail</b></p>	<p><b>Charge de travail :</b></p> <p>Existe-t-il une charge de travail particulière pour cet agent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Surcharge de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Sous charge de travail</li> <li><input type="checkbox"/> RAS</li> </ul> <p>Si oui depuis quand ?</p> <p>Si surcharge, causes éventuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Absentéisme dans le service</li> <li><input type="checkbox"/> Sous-effectif lié à un départ non remplacé</li> <li><input type="checkbox"/> Turnover important dans le service</li> <li><input type="checkbox"/> Projet temporaire à finaliser (si oui préciser) :</li> </ul> <p>Éléments complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Horaires de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Etat des heures supplémentaires réalisées</li> <li><input type="checkbox"/> Historique des prises de congés</li> <li><input type="checkbox"/> Autres :</li> </ul>
	<p>Le secteur d'activités de l'agent est-il réputé « difficile » (travail dur physiquement ou psychologiquement, horaires atypiques, isolement, difficultés de recrutement...)?</p>
	<p>L'agent est-il contacté régulièrement par la collectivité en dehors de ses heures de travail ? Si oui périodicité ?</p>

FACTEURS DE RISQUES	QUESTIONS
<p><b>Exigences émotionnelles</b></p>	<p><b>Contact avec le public :</b></p> <p>L'agent est-il en contact avec le public :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jamais</li> <li><input type="checkbox"/> Parfois</li> <li><input type="checkbox"/> Souvent</li> <li><input type="checkbox"/> Toujours</li> </ul> <p>L'agent s'est-il plaint d'agressions verbales sur son poste de travail, si oui dates :</p> <p>L'agent s'est-il plaint d'agressions physiques sur son poste de travail, si oui dates et impacts (déclaration AT) ?</p>
<p><b>Climat social</b></p>	<p><b>Soutien entre collègues :</b></p> <p>Le collectif dans lequel se trouve l'agent est-il soudé ? Existe-t-il des situations conflictuelles entre agents dans ce service ?</p> <p>Si oui, est-ce que la collectivité a mis en place des actions pour régler ces situations ?</p> <hr/> <p><b>Soutien hiérarchique :</b></p> <p>Existe-t-il une situation conflictuelle entre l'agent et sa hiérarchie ?</p> <p>Si oui, est-ce que la collectivité a mis en place des actions pour régler ces situations ? éventuellement causes identifiées à ce conflit</p> <hr/> <p><b>Soutien des élus :</b></p> <p>Existe-t-il une situation conflictuelle entre l'agent et les élus ?</p> <p>Si oui, est-ce que la collectivité a mis en place des actions pour régler ces situations ? éventuellement causes identifiées à ce conflit</p>

FACTEURS DE RISQUES	QUESTIONS
<p align="center"><b>Conflits de valeurs</b></p>	<p>L'agent s'est-il déjà plaint de la qualité du travail réalisé, de la manière de le réaliser ?</p> <p>Si oui, à quelles occasions et pour quels motifs ?</p>
<p align="center"><b>Insécurité socio-économique</b></p>	<p>Est-ce que l'agent a été confronté à un changement récent sur son poste de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Changement de poste de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Changement de service – Mobilité interne</li> <li><input type="checkbox"/> Changement de responsable</li> <li><input type="checkbox"/> Suppression de son précédent poste</li> <li><input type="checkbox"/> Récupération de nouvelles missions</li> <li><input type="checkbox"/> Sans objet</li> </ul> <p>Si oui, préciser les dates des changements et les modalités d'accompagnement mises en place par la collectivité :</p>

Puis compléter la dernière partie

DERNIERE PARTIE

A COMPLETER POUR TOUTES LES DEMANDES D'IMPUTABILITES (\*)

MESURES DE PREVENTION

Y-a-t-il eu une analyse de prévention :  OUI  NON

Mesures de prévention prises (par l'agent, hiérarchie, assistant de prévention...) suite à cet évènement :

*Partie réservée au supérieur hiérarchique*

AVIS DU CHEF DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Fait à....., le .....

Nom et Signature du supérieur hiérarchique :

AVIS DE L'AUTORITE TERRITORIALE

Fait à ....., le .....

Nom et Signature de l'autorité territoriale :

**Conclusion de l'enquête administrative sur l'imputabilité :**

.....  
.....

*(\*) Cf note explicative pour aide au remplissage*