



GUIDE UTILISATEUR

PREVENTION

SAISIE D'UN ACCIDENT DE SERVICE

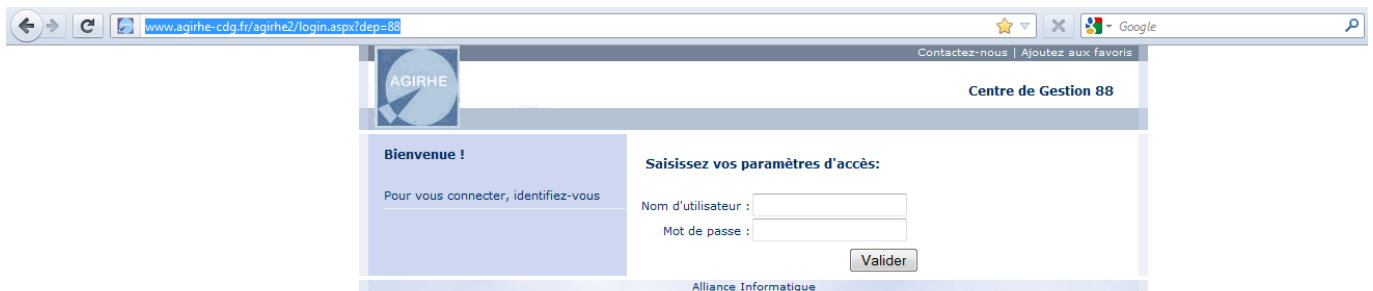
Se connecter sur le site du CDG des Vosges www.cdg88.fr
puis cliquez sur l'icône « AGIRHE INTERNET ».

Le logiciel « AGIRHE INTERNET » a été optimisé pour être utilisé sur le navigateur « Firefox »

Lien de téléchargement : <http://www.mozilla.org/fr/firefox/features/>



Saisissez vos login et mot de passe personnalisés afin d'accéder à l'espace Intranet de votre collectivité.



Vous accédez ainsi à la partie « AGIRHE INTERNET » de votre collectivité.

ATTENTION : Préparer les éléments de votre dossier à l'avance :

- Enquête administrative finalisée,
- Dépositions écrites des témoins,
- Eventuels rapports de police/gendarmerie,
- Certificats médicaux, siège des lésions, nature des lésions évoquées,...
- Outils, machines utilisées lors de l'accident, équipements de protection au moment de l'accident,...
-

Après 20 minutes d'inactivité, la connexion avec AGIRHE internet est coupée automatiquement !

Se positionner sur l'agent concerné (Agents \ Liste des agents \ ...)

T10239 TEST Toto adjoint administratif territorial de 2ème classe COLLECTIVITE TEST (882051) DHS :3500

[Retour à la liste des agents](#)

Sélectionner la collectivité : COLLECTIVITE TEST adjoint administratif territorial de 2ème classe

Identité

Carrière

Affectation fiche de poste

Prévention

Formations

Expériences

Compétences

Absences

Evaluation

Historiques

Modifier

Imprimer

Situation administrative actuelle

Temps de travail

Déroulement de carrière

Cliquer sur l'onglet « prévention »

Identité

Carrière

Affectation fiche de poste

Prévention

Formations

Expériences

Compétences

Absences

Evaluation

Historiques

Assistant / conseiller de prévention

Informations complémentaires médecine

Accident du travail / maladie professionnelle ou contractée en service

Visites médicales

Evaluation des risques

Cliquer sur le bandeau « Accident du travail / maladie professionnelle ou contractée en service »

Identité

Carrière

Affectation fiche de poste

Prévention

Formations

Expériences

Compétences

Absences

Evaluation

Historiques

Assistant / conseiller de prévention

Informations complémentaires médecine

Accident du travail / maladie professionnelle ou contractée en service

[Ajouter une déclaration](#)

Type	Date de l'accident	créée le	modifiée le
	1		

Visites médicales

Cliquer sur le bouton « Ajouter une déclaration »

Sélectionner la collectivité : COLLECTIVITE TEST adjoint administratif territorial de 2ème classe

Identité

Carrière

Affectation fiche de poste

Prévention

Formations

Expériences

Compétences

Absences

Evaluation

Historiques

Informations générales

La victime

Type d'évènement

Signature

Recherche de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service

Une fois imprimé, joindre au présent formulaire les différents certificats médicaux en votre possession. Adresser au fur et à mesure les certificats médicaux suivants au Service Assurance (pour les collectivités adhérentes au service) ou au Service Médecine (dans les autres cas) :

- Le récapitulatif des différents arrêts de travail (**préalablement saisis dans AGIRHE**) accompagné des certificats médicaux, de prolongation, d'arrêt de travail ou de soins

- Le certificat médical final précisant les conclusions du médecin traitant.

Ces documents doivent être adressés régulièrement et le plus rapidement possible à votre Centre de Gestion.

RAPPEL : La victime ne doit aucun cas prendre à sa charge le règlement des frais de soins occasionnés par un accident du travail.

La collectivité, dès lors qu'elle reconnaît l'accident imputable au service, doit remettre au fonctionnaire ou à l'agent non titulaire, victime d'un accident de travail :

- si l'agent relève du régime spécial (affilié C.N.R.A.C.L) : **un bon de prise en charge**. Depuis le 1er janvier 2004, les collectivités règlent directement les frais de soins de santé.

- si l'agent relève du Régime Général de la Sécurité Sociale (affilié à l'I.R.C.A.N.T.E.C), une feuille d'accident de travail, imprimé Cerfa 11383*01. Les imprimés Cerfa sont à demander à la CPAM.

Annuler

Valider la déclaration

* : Champs obligatoire

Cliquer sur le bandeau « Informations générales »

Identité Carrière Affectation fiche de poste **Prévention** Formations Expériences Compétences Absences Evaluation Historiques

Informations générales

La collectivité

Collectivité : COLLECTIVITE TEST

Le déclarant est : La victime

Le déclarant : TEST Toto (adjoint administratif territorial de 2ème c

L'Assistant Conseiller de Prévention : Aucun ACO

Dossier suivi au plan administratif par : Autre (élu,...)

N° client Assurance (pour les affiliés) :

La victime

Type d'évènement

Signature

Recherche de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service

Cliquer sur le bandeau « La victime »

Identité Carrière Affectation fiche de poste **Prévention** Formations Expériences Compétences Absences Evaluation Historiques

La victime

Nom : TEST *

Prénom : Toto *

Nom patronymique : TEST *

Date de naissance : 01/01/1980 *

N° de Sécurité Sociale : *

N° NIR : *

N° CNRACL : *

Sexe : ☒ M ☐ F

Latéralité de l'agent : ☒ droitier ☐ gaucher

Grade : adjoint administratif territorial de 2ème classe (AA30)

Champs d'intervention :

Famille :

Métier :

Date d'embauche : 01/12/2012 *

Nbr d'heures hebdomadaires : 35 h 0 mn *

Date d'entrée dans la fonction publique : 01/12/2012 *

Statut : Titulaire

Autre :

Régime de retraite : spécial - CNRACL

Evènement(s) précédent(s)

Dans votre collectivité : ☐ oui ☐ non

L'agent a-t-il déjà été victime d'un accident de travail ?

Dans un précédent emploi public : ☐ oui ☐ non

Dans un précédent emploi privé : ☐ oui ☒ non

Date de l'accident	Type d'accident	Natures des lésions	Taux IPP
Date de l'accident précédent :			

Ajouter si besoin un accident en cliquant sur le bouton « Ajouter l'accident précédent »

Date de l'accident	Type d'accident	Natures des lésions	Taux IPP
Date de l'accident précédent :			
Type d'accident :	Accident de service (sans arrêt)		
Nature des lésions principales :	- = votre choix = -		
Taux IPP antérieur :			
Ajouter l'accident précédent			

La victime était-elle médicalement apte à son poste de travail ?

☐ Apte sans restriction ☐ Apte avec restriction ☒ Pas d'avis

Type d'évènement

Signature

Recherche de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service

Une fois imprimé, joindre au présent formulaire les différents certificats médicaux en votre possession. Adresser au fur et à mesure les certificats médicaux suivants

« Type d'accident »

- Accident de service (sans arrêt)
- Accident de service (avec arrêt)
- Accident de trajet (sans arrêt)
- Accident de trajet (avec arrêt)
- Décès suite à AT
- Maladie professionnelle
- Maladie contractée en service
- Maladie à caractère professionnel

« Nature des lésions »

- Asphyxie
- Atteinte ostéo-articulaire et/ou musculaire (entorse, douleurs d'effort, etc.)
- Atteintes sensorielles
- Autre nature de lésion
- Brûlure physique, chimique
- Commotion, perte de connaissance
- Contusions, hématome, douleur musculaire
- Ecrasement, amputation
- Electrisation, électrocution
- Entorse, luxation
- Fracture, fêlure
- Gelure
- Intoxication par ingestion, par inhalation, par voie percutanée
- Lésion potentiellement infectieuse due au produit biologique
- Lésions de nature multiple
- Lésions internes
- Lésions nerveuses
- Lumbago
- Malaise sans perte de connaissance
- Morsure
- Piqûre
- Plaie
- Présence de corps étranger
- Réaction allergique ou inflammatoire cutanée ou muqueuse
- Sciatique, hernie discale, tassement vertébral
- Tendinite, arthrite
- Troubles psychologiques

Cliquer sur le bandeau « Type d'évènement »

Identité Carrière Affectation fiche de poste Prévention Formations Expériences Compétences Absences Evaluation Historiques

Type d'évènement

Type d'évènement :
 L'accident

Date de l'accident :
 Heure de l'accident :
 Horaire de travail le jour de l'accident :

h mn *
 h mn *

Travail exceptionnel *: ☐ oui ☒ non

- **Renseigner les informations « L'accident »**
 - « Accident de service (sans arrêt) »

Type d'évènement : **Accident de service (sans arrêt)**

L'accident

Date de l'accident : *

Heure de l'accident : h mn *

Horaires de travail le jour de l'accident :

Matin : de h mn à h mn *

Après-midi : de h mn à h mn *

Heures habituelles * : ☒ oui ☐ non

Lieu habituel * : ☒ oui ☐ non

Travail exceptionnel * : ☐ oui ☒ non

Nb de jours d'arrêt dans le certificat initial : jours * (samedi et dimanche inclus)

A compter du : jusqu'au : (Date de reprise)

Autres informations :

- **Renseigner les informations « L'accident »**
 - « Accident de service (avec arrêt) »

Type d'évènement : **Accident de service (avec arrêt)**

L'accident

Date de l'accident : *

Heure de l'accident : h mn *

Horaires de travail le jour de l'accident :

Matin : de h mn à h mn *

Après-midi : de h mn à h mn *

Heures habituelles * : ☒ oui ☐ non

Lieu habituel * : ☒ oui ☐ non

Travail exceptionnel * : ☐ oui ☒ non

Nb de jours d'arrêt dans le certificat initial : jours * (samedi et dimanche inclus)

A compter du : jusqu'au : (Date de reprise)

Autres informations :

- **Renseigner les informations « Autres informations »**

Autres informations :

Activité lors de l'accident : --= votre choix =- *

Précisez l'activité :

Éléments matériels : --= votre choix =- *

Facteur potentiel : --= votre choix =- *

Nature des lésions : *

Siège des lésions : *

Latéralité : *

Intervention des secours ?*

☒ oui ☐ non

si oui, type de secours :

interne : --= votre choix =-

externe : --= votre choix =-

Accident causé par un tiers ?

☒ oui ☐ non

Tiers responsable :

Nom : *

Prénom : *

Adresses : *

Nom de la compagnie d'assurance du tiers : *

Adresse : *

Témoins

Les listes de valeurs sont en Annexe

- **Renseigner les informations « Témoins »**

Témoins

Y a-t-il eu des témoins ? ☒ oui ☐ non

Un salarié de la collectivité ? ☒ oui ☐ non

Le salarié :

Déclaration :

[Ajouter le témoin](#)

- **Renseigner les informations « Analyse de l'accident »**

Analyse de l'accident

A quel endroit s'est produit l'accident ? * ☐ intérieur ☐ extérieur

[Liste des personnes ayant participé à l'analyse de l'accident :](#)

<input type="checkbox"/> Ateliers techniques	<input type="checkbox"/> Station des eaux et assainissement	<input type="checkbox"/> Crèche, halte, garderie
<input type="checkbox"/> Chantier	<input type="checkbox"/> Voirie, voie publique	<input type="checkbox"/> Cuisine, cantine
<input type="checkbox"/> Garage	<input type="checkbox"/> Zone forestière	<input type="checkbox"/> Ecole
<input type="checkbox"/> Lieu d'archivage	<input type="checkbox"/> Cimetière	<input type="checkbox"/> Egouts
<input type="checkbox"/> Lieu de stockage	<input type="checkbox"/> Caserne	<input type="checkbox"/> Equipement sportif, de loisirs
<input type="checkbox"/> Locaux administratifs	<input type="checkbox"/> Lieu d'entraînement	<input type="checkbox"/> Escaliers
<input type="checkbox"/> Maison de retraite	<input type="checkbox"/> Lieu d'intervention	<input type="checkbox"/> Espaces verts
<input type="checkbox"/> Parking	<input type="checkbox"/> Domicile de l'utilisateur	<input type="checkbox"/> Autre

☐ Victime ☐ Supérieur hiérarchique ☐ ACO ☐ Témoin

☐ Autre (Précisez)

Description de l'accident * (sans interprétation)

Analyse des faits (sans interprétation)

Tâche réalisée au moment de l'accident : max. 500 caractères

Avec quels outils / machines / équipement la tâche a-t-elle été réalisée ? max. 500 caractères

Que faisaient les autres personnes éventuellement impliquées dans cette tâche ? max. 500 caractères

Quelles étaient les protections individuelles portées ?

<input type="checkbox"/> Casque (protection du crâne)	<input type="checkbox"/> Chaussures
<input type="checkbox"/> Masque de protection respiratoire	<input type="checkbox"/> Manchettes
<input type="checkbox"/> Gants (chimique, de manutention ...)	<input type="checkbox"/> Ceinture de sécurité (trajets et déplacements en voiture ...)
<input type="checkbox"/> Tablier de soudure	<input type="checkbox"/> Combinaison (chimique, biologique ...)
<input type="checkbox"/> Tenue de bûcheronnage	<input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité
<input type="checkbox"/> Chaussures antidérapantes	<input type="checkbox"/> Bottes
<input type="checkbox"/> Gants	<input type="checkbox"/> Harnais de sécurité
<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Protection contre le bruit (casque, bouchons ...)
<input type="checkbox"/> Vêtement de travail	<input type="checkbox"/> Vêtement haute visibilité
<input type="checkbox"/> Visière	<input type="checkbox"/> Masque à souder
<input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	

Identification des causes de l'évènement et mesures correctives

Mesures correctives à mettre en place pour éviter que l'évènement ne se reproduise

Cause : (Max 300 car., env. 3 lignes)

Mesure corrective : (Max 300 car., env. 3 lignes)

Pilote(s) de l'action : (Max 300 car., env. 3 lignes)

Fonctions du pilote : (Max 300 car., env. 3 lignes)

Délais de réalisation :

[Ajouter la mesure corrective](#)

Signature

Cliquer sur le bandeau « Signature »

Signature	
La victime	Nom, prénom, date et Signature
Autorité territoriale	Nom, prénom, date et Signature

Cliquer sur le bandeau « Recherche de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service »

Recherche de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service	
<p>L'accident du travail est un terme générique qui regroupe l'accident de service et l'accident de trajet. Il résulte d'une action violente et soudaine due à une cause extérieure qui provoque une lésion du corps humain. Pour être reconnu comme tel (Cf. circulaire FP 4 n°1711 du 30 janvier 1989) :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'accident de service doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion du corps humain. Il doit survenir sur le lieu de travail, pendant les heures de travail, dans l'exercice des fonctions ou à l'occasion de l'exercice, en situation de subordination ;• L'accident de trajet doit survenir lors du trajet habituel de l'agent entre son domicile et son lieu de travail ou détourné par une nécessité de la vie courante ; <p>En conséquence de quoi et compte tenu des faits énoncés dans la présente déclaration, l'autorité territoriale :</p> <p><input checked="" type="radio"/> reconnaît l'imputabilité au service de l'accident</p> <p><input type="radio"/> ne reconnaît pas l'imputabilité au service de l'accident et sollicite l'avis de la commission de réforme</p> <p>Une expertise médicale a-t-elle été demandée par votre collectivité ? <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non</p>	

Cliquer sur le bouton « Valider la déclaration »

<p>Une fois imprimé, joindre au présent formulaire les différents certificats médicaux en votre possession. Adresser au fur et à mesure les certificats médicaux suivants au Service Assurance (pour les collectivités adhérentes au service) ou au Service Médecine (dans les autres cas) :</p> <ul style="list-style-type: none">- Le récapitulatif des différents arrêts de travail (préalablement saisis dans AGIRHE) accompagné des certificats médicaux, de prolongation, d'arrêt de travail ou de soins- Le certificat médical final précisant les conclusions du médecin traitant. <p>Ces documents doivent être adressés régulièrement et le plus rapidement possible à votre Centre de Gestion.</p> <p>RAPPEL : La victime ne doit aucun cas prendre à sa charge le règlement des frais de soins occasionnés par un accident du travail. La collectivité, dès lors qu'elle reconnaît l'accident imputable au service, doit remettre au fonctionnaire ou à l'agent non titulaire, victime d'un accident de travail :</p> <ul style="list-style-type: none">- si l'agent relève du régime spécial (affilié C.N.R.A.C.L) : un bon de prise en charge. Depuis le 1er janvier 2004, les collectivités règlent directement les frais de soins de santé.- si l'agent relève du Régime Général de la Sécurité Sociale (affilié à l'I.R.C.A.N.T.E.C), une feuille d'accident de travail, imprimé Cerfa 11383*01. Les imprimés Cerfa sont à demander à la CPAM.	
<div>Annuler Valider la déclaration</div>	
<p>* : Champs obligatoire</p>	