



# **GUIDE UTILISATEUR**

## **PREVENTION**

### **SAISIE D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE, D'UNE MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE OU D'UNE MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL**

Se connecter sur le site du CDG des Vosges [www.cdg88.fr](http://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 votre dossier à l'avance,  
car au bout de 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 ACMO  
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 :			
<input type="button" value="Ajouter l'accident précédent"/>			
<b>La victime était-elle médicalement apte à son poste de travail ?</b>			
<input type="radio"/> Apte sans restriction <input type="radio"/> Apte avec restriction <input checked="" type="radio"/> Pas d'avis			
<b>Type d'évènement</b>			
<b>Signature</b>			
<b>Recherche de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service</b>			

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
- Electrification, 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 »

The screenshot shows a software interface with a navigation bar at the top containing tabs: Identité, Carrière, Affectation fiche de poste, Prévention, Formations, Expériences, Compétences, Absences, Evaluation, and Historiques. The main content area is titled 'Type d'évènement'. Below this title, there is a dropdown menu currently displaying 'L'accident'. To the right of the dropdown, there are two sets of input fields, each consisting of a radio button, a text box labeled 'h', and a text box labeled 'mn \*'. Below these fields, there is a label 'Travail exceptionnel \*:' followed by two radio buttons, 'oui' and 'non', with 'non' being selected.

Type d'évènement : L'accident

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Horaires de travail le jour de l'accident :

Travail exceptionnel \*:  oui  non

- Renseigner les informations « L'accident »

- « Maladie professionnelle »

Type d'évènement : Maladie professionnelle

Date du certificat initial :

Période d'exposition au risque : Du  au   
 Du  au

Numéro de tableau :  (si la maladie est reconnue et figure dans ces tableaux)

Description :   
 préciser les fonctions occupées à l'époque où la maladie a été contractée

**Les listes de valeurs sont en Annexe**

Identification des causes de l'évènement et mesures correctives

- « Maladie contractée en service »

Type d'évènement : Maladie contractée en service

Date du certificat initial :

Période d'exposition au risque : Du  au   
 Du  au

Numéro de tableau :  (si la maladie est reconnue et figure dans ces tableaux)

Description :   
 préciser les fonctions occupées à l'époque où la maladie a été contractée

**Les listes de valeurs sont en Annexe**

Identification des causes de l'évènement et mesures correctives

- « Maladie à caractère professionnel »

Type d'évènement : Maladie à caractère professionnel

Date du certificat initial :

Période d'exposition au risque : Du  au   
 Du  au

Numéro de tableau :  (si la maladie est reconnue et figure dans ces tableaux)

Description :   
 préciser les fonctions occupées à l'époque où la maladie a été contractée

**Les listes de valeurs sont en Annexe**

Identification des causes de l'évènement et mesures correctives

- Renseigner les informations « Identification des causes de l'évènement et mesures correctives »

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 :

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'<b>accident du travail</b> 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"><li>· L'<b>accident de service</b> 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 ;</li><li>· L'<b>accident de trajet</b> 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 ;</li></ul> <p><b>En conséquence de quoi et compte tenu des faits énoncés dans la présente déclaration, l'autorité territoriale :</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> reconnaît l'imputabilité au service de l'accident <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 »**

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.

  

\* : Champs obligatoire