

Examen professionnel d'agent de maîtrise

19 janvier 2011

Intitulé de l'épreuve :

A partir d'un dossier comprenant différentes pièces, résolution d'un cas pratique portant sur les missions incombant aux agents de maîtrise territoriaux, et notamment sur les missions d'encadrement.
(Durée 2 heures – Coefficient 1).

Vérifiez, avant de commencer, que votre sujet comporte 13 pages en plus de celle-ci.

Consignes aux candidats

Déroulement de l'épreuve.

- En premier lieu, les candidats doivent compléter la partie anonymat de leur copie et la coller.
- Aucun document personnel n'est autorisé sur la table durant le déroulement des épreuves.
- Seul le petit matériel d'écriture est autorisé sur la table de composition (stylos, crayons, gomme, règle, correcteur liquide) et le cas échéant une calculatrice non programmable.
- Les copies et feuilles de brouillon sont fournies par le Centre de gestion organisateur.
- Sont interdits entre les candidats, tout échange de calculatrices, matériel d'écriture, brouillons ou copies.
- Les téléphones mobiles doivent rester strictement éteints et rangés pendant la durée des épreuves.
- Lorsque la durée de l'épreuve est arrivée à expiration, les candidats en sont informés et sont invités à cesser d'écrire et à poser leur stylo. Le candidat continuant d'écrire s'expose à l'annulation de sa copie par le jury.
- Le jury peut, le cas échéant, décider l'exclusion immédiate de la salle de concours ou d'examen de tout candidat n'ayant pas respecté l'une des consignes.

Respect de l'anonymat.

- Il est demandé aux candidats de composer à l'encre bleue ou noire.
- Aucun nom, prénom, signature, paraphe, initiales, nom de collectivité autres que ceux mentionnés le cas échéant dans les libellés de sujets, ne doit être portés sur la copie.
- Le jury veille au respect de la règle de l'anonymat. Tout signe distinctif constaté sur la copie entraînera l'attribution d'une note de zéro sur vingt.

Ramassage des copies.

- Le candidat doit remettre au surveillant une copie rendue anonyme par ses soins, même vierge de toute production, et doit obligatoirement signer la feuille d'émargement.
- Les candidats n'ayant pas émargé seront réputés ne pas avoir rendu leur copie.
- Les candidats rendant une copie accompagnée de plusieurs intercalaires sont invités à les insérer dans la copie et à préciser le nombre d'intercalaires dans la case de la copie prévue à cet effet.
- Les brouillons ne sont ni ramassés ni corrigés.

Sujet :

Vous êtes agent de maîtrise au sein de la commune de COLLTER en qualité de gestionnaire du complexe culturel.

A la suite de deux accidents du travail survenus dans la salle polyvalente du complexe culturel, il vous est demandé de répondre aux questions suivantes.

Avant de répondre aux questions, prenez connaissance des documents joints en annexe-

Question 1 : (6 points)

En votre qualité de gestionnaire du complexe culturel, la Direction des Ressources Humaines (DRH) vous demande de **rédigier un compte rendu d'une vingtaine de lignes** sur les accidents dont ont été victimes Monsieur A et Madame B le 16 août dernier.

Pour ce faire vous disposez des témoignages des 2 agents concernés, de leur responsable Monsieur M, Directeur des Services Techniques (**document 1**) et des formulaires d'enquête administrative des deux accidents (**documents 2 et 3**).

Question 2 : (3 points)

Après analyse des circonstances des deux accidents, **vous établirez la liste la plus exhaustive possible des dysfonctionnements** qui ont conduit à cette situation.

Vous présenterez votre réponse **sous la forme d'un tableau**.

Question 3 : (6 points)

Vous proposerez des actions de prévention à mettre en place pour éviter que de tels accidents ne se reproduisent.

Vos préconisations devront être établies **pour un délai de mise en place à court, moyen et long terme** et devront couvrir aussi bien les moyens techniques que l'organisation du travail et la formation du personnel.

Vous présenterez **votre réponse sous la forme d'un tableau**.

Question 4 : (3 points, 1 par question)

- 4-1 **Donner la liste des EPI** que Monsieur A et Madame B auraient dû porter.
- 4-2 **Donner 5 informations que l'on doit trouver sur les étiquettes des produits ménagers.**
- 4-3 **Vous êtes présent lorsque une personne près de vous fait un malaise cardiaque, par chance un défibrillateur semi-automatique se trouve à proximité. Vous prenez la situation en main. Expliquez de façon détaillée ce que vous faites jusqu'à l'arrivée des secours.**

L'orthographe et la présentation sont notés sur 2 points

Liste des documents :

Document 1 : témoignages de Monsieur A, de Madame B et de Monsieur M (2 pages).

Document 2 : formulaire d'enquête administrative concernant l'accident de Monsieur A (5 pages).

Document 3 : formulaire d'enquête administrative concernant l'accident de Madame B (5 pages).

Témoignage de Monsieur A

Depuis plusieurs jours, le chef d'équipe insistait pour que les travaux de raccordement du moteur électrique des rideaux de la salle polyvalente soient réalisés. Mes collègues présents ce jour-là étaient occupés à déménager des classes dans les écoles, je me suis donc rendu seul à la salle polyvalente pour réaliser ces travaux.

Après avoir coupé le courant au disjoncteur général afin de travailler en sécurité, je me suis rendu à la salle de spectacle pour y installer mon échelle en aluminium afin d'atteindre le moteur situé à 4,5 mètres de hauteur et je suis monté. J'ai commencé à dénuder les fils du moteur. Au moment de positionner les fils dans le boîtier de raccordement j'ai ressenti une décharge électrique qui m'a fait chuter. J'ai ressenti une vive douleur dans la jambe et le bras droit. Ne pouvant pas bouger j'ai hurlé dans l'espoir qu'un passant m'entende car je pensais être seul dans la salle polyvalente. Heureusement Madame B était présente et elle a, avec son téléphone personnel, alerté la DRH qui a fait le nécessaire pour que les pompiers arrivent.

Témoignage de Madame B

Le lundi 16 août 2010 je me suis rendue à 7h dans la salle polyvalente. C'était mon jour de reprise après 1 mois de congés.

Après avoir nettoyé les sanitaires et la hall de la salle polyvalente, j'ai rempli l'auto laveuse avec le tuyau d'eau.

Je me suis alors rendue dans le petit local de stockage des produits pour y prendre le détergent à mettre dans la machine. En voulant allumer je me suis rendu compte que l'éclairage ne fonctionnait pas. Je suis tout de suite allée voir dans l'armoire électrique car les enfants s'amuse souvent à baisser les disjoncteurs de l'armoire qui reste ouverte. J'ai vu le disjoncteur général baissé, je ne savais pas que Monsieur A était dans la salle de spectacle et j'ai enclenché le disjoncteur.

Je retournais vers le local stockage quand j'ai entendu Monsieur A crier.

J'ai trouvé ce dernier allongé sur le sol de la salle de spectacle me criant qu'il s'était cassé la jambe. J'ai immédiatement téléphoné à la DRH qui a averti le chef de service et les pompiers. J'ai attendu l'arrivée des pompiers avec Monsieur A.

Après le départ des pompiers et du chef, je suis retournée au local stockage. Je remplissais l'auto laveuse avec le produit quand une fumée est alors sortie du réservoir de la machine. J'ai senti des picotements dans le nez et la gorge et j'ai rapidement eu du mal à respirer. Je suis sortie à l'extérieur respirer de l'air frais.

J'ai appelé le chef qui a alors alerté les pompiers qui m'ont conduite à l'hôpital.

Témoignage du responsable Monsieur M

J'ai été averti à 7h30 par la DRH que Madame B avait appelé pour signaler l'accident de Monsieur A. Je me suis rendu sur place pour attendre les secours que la DRH avait avertis.

Après le départ des pompiers qui ont conduit Monsieur A à l'hôpital, je suis retourné à la mairie où j'avais une réunion avec l'adjoint en charge des travaux.

A 8h Madame B m'a averti des difficultés respiratoires qu'elle avait. J'ai contacté immédiatement les pompiers qui l'ont prise en charge.

Je me suis rendu ensuite à la salle des fêtes. En entrant dans le petit local de stockage des produits j'ai ressenti des picotements. J'ai alors ouvert la fenêtre et laissé le gaz sortir.

Après vérification, nous avons constaté que le produit mis dans la machine auto laveuse n'était pas le bon, Madame B a utilisé le désinfectant chloré à la place du détergent.

Cette erreur était très facilement réalisable car les emballages des deux produits, désinfectant – détergent, se ressemblent beaucoup. De plus, le produit désinfectant avait été changé lors des congés de Madame B et cette dernière n'était pas au courant de l'arrivée de nouveaux produits.

Après discussion avec le fournisseur du produit, il nous a expliqué que la cuve de la machine devait contenir un reste de détergent qui est un produit acide. Mis en contact avec le désinfectant chloré une réaction chimique a eu lieu et un gaz toxique irritant des voies respiratoires s'est dégagé intoxiquant Madame B qui se trouvait de plus dans un local exigu et non ventilé.

ENQUETE ADMINISTRATIVE

DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAVAIL ET 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 : COLTER
 Adresse : 1 rue du Souvenir COLTER
 Tél. : Email :
 Effectif de la collectivité : 250
 Nom et qualité de la personne remplissant cette enquête : Monsieur A. responsable direction Techniques et entretien

RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT VICTIME

Direction/Service : Service techniques
 Filière : Administrative Culturelle Animation Technique
 Sociale Sportive Police
 NOM : A Grade : Adjoint Technique 1^{ère} classe
 Prénom : Narcis Fonction : Electricien
 Adresse : 10 rue de la rose Colter Régime : Spécial CNRACL
 Général IRCANTEC
 Sexe : Femme Homme Date de recrutement : 01.10.1990
 Date de naissance : 18.01.1968 Date de titularisation : 01.06.1990
 Situation administrative : Titulaire Stagiaire Contractuel Contrats aidés Apprenti
 Ancienneté dans le poste : 20 ans 2 mois dans la collectivité : 20 ans 4 mois
 Qualifications professionnelles : Habilitation électrique

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 : 16.08.2010

Heure de survenance : 7.H.30 min.

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

de 7.H.00 min. à 12.H.00 min. (matin)

de 13.H.00 min. à 16.H.00 min. (après-midi)

Circonstances particulières : Nécessité de service Permanence Astreinte

Accident connu le 16.08.2010 à 7.H.30 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 :

salle polyvalente salle de spectacle

DEROULEMENT DE L'ACCIDENT

Mission(s) effectuée(s) le jour de l'accident : raccordement moteur électrique des rideaux

Circonstances précises de l'accident :

En raccordant les fils au boîtier de commande a resenti un décharge électrique qui l'a déséquilibré et fait tomber de 4,5m de hauteur

Victime transportée : Oui Non

par les services de secours (pompiers, ambulance,...) par un agent de la collectivité par une tierce personne par ses propres moyens

à l'Hôpital / la Clinique chez un médecin à son domicile 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 : 16.08.2010

Durée de l'arrêt de travail initial : 1 mois

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 :

Mme B. maire de Colker

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 checked="" 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

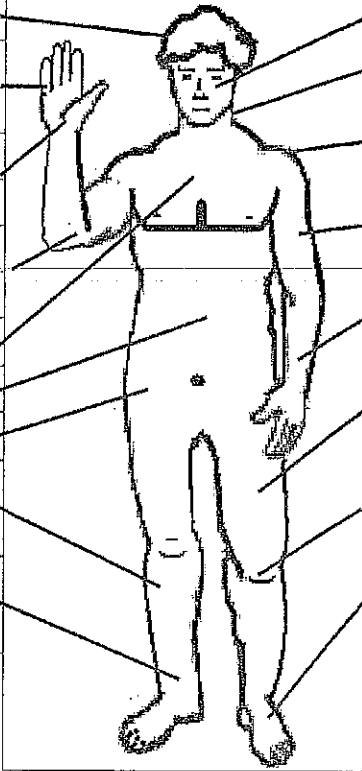
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accident de la route | <input type="checkbox"/> Engin de chantier et poids lourd |
| <input type="checkbox"/> Chute de matériaux | <input type="checkbox"/> Chute ou glissement de plain pied ou avec faible dénivellation |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chute de hauteur | <input type="checkbox"/> Véhicule léger |
| <input type="checkbox"/> Manutention mécanique, appareil de levage ... | <input checked="" 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 checked="" 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="radio"/> Tête			<input type="radio"/> Face (yeux, nez, bouche, ...)
<input type="radio"/> Main	<input type="radio"/> Droite		<input type="radio"/> Cou, dos et colonne vertébrale
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Droite
<input type="radio"/> Poignet	<input type="radio"/> Droit		<input type="radio"/> Gauche
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Epaule
<input type="radio"/> Coude	<input type="radio"/> Droit		<input checked="" type="radio"/> Droit
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Gauche
<input type="radio"/> Thorax			<input checked="" type="radio"/> Bras
<input type="radio"/> Abdomen			<input type="radio"/> Droit
<input type="radio"/> Bassin/Hanche/Bas ventre			<input type="radio"/> Gauche
			<input type="radio"/> Avant-bras
<input type="radio"/> Jambe	<input type="radio"/> Droite		<input type="radio"/> Droit
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Gauche
<input type="radio"/> Cheville	<input type="radio"/> Droite		<input type="radio"/> Cuisse
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Gauche
			<input type="radio"/> Droit
			<input type="radio"/> Gauche
			<input type="radio"/> Genou
			<input checked="" type="radio"/> Droit
			<input checked="" type="radio"/> Pied
			<input type="radio"/> Gauche

CADRE 7 (MALADIE PROFESSIONNELLE)

CONSEQUENCES DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE	
La maladie a eu comme conséquence(s) :	<input type="checkbox"/> Un arrêt de travail <input type="checkbox"/> Un décès <input type="checkbox"/> Une hospitalisation <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Rayonnements et/ou radiation <input type="checkbox"/> Produits dangereux (toxique, irritant, nocif, ...) <input type="checkbox"/> Poussières diverses (poussières de bois, silice, plomb, amiante, ...) <input type="checkbox"/> Ambiance bruyante <input type="checkbox"/> Produits biologiques (sang, eaux usées, ...) <input type="checkbox"/> Travail pénible (manutentions fréquentes, lourdes et/ou répétitives, et/ou prolongées) <input type="checkbox"/> Ergonomie au poste de travail <input type="checkbox"/> Mauvaise posture au poste de travail <input type="checkbox"/> Effort intense <input type="checkbox"/> Agent infectieux <input type="checkbox"/> 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 :

Preure à réfléchir avec l'agent de la mise de la salle

SUIVI ADMINISTRATIF

Certificat final :/...../.....

Date de reprise :/...../.....

Aménagement de poste : Oui Non

Reclassement : Oui Non

L'agent : *Monsieur A*

Fait à : *Gilker*

Le : *17.08.2010*

Signature :

L'autorité territoriale : *Monsieur C*

Fait à : *Gilker*

Le : *17.08.2010*

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

ENQUETE ADMINISTRATIVE

DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAVAIL ET 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 : COLLTER

Adresse : 1 rue du Souvenir COLLTER

Tél. : Email :

Effectif de la collectivité : 250

Nom et qualité de la personne remplissant cette enquête : Monsieur A. responsable direction Techniques d'entretien

RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT VICTIME

Direction/Service : Service entretien des locaux

Filière : Administrative Culturelle Animation Technique
 Sociale Sportive Police

NOM : B. Grade : Adjoint technique principal 2^e classe
Prénom : Laurence Fonction : agent entretien locaux
Adresse : 6 avenue du Square Régime : Spécial CNRACL
Collter Général IRCANTEC

Sexe : Femme Homme Date de recrutement : 01.10.11.1996
Date de naissance : 28.10.71.1959 Date de titularisation : 01.10.01.1998
Situation administrative : Titulaire Stagiaire Contractuel Contrats aidés Apprenti
Ancienneté dans le poste : 10 ans 2 mois dans la collectivité : 14 ans 8 mois
Qualifications professionnelles : BEP

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 : 16/08/2010

Heure de survenance : 7.H.55 min.

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

de 7.H.00 min. à 11.H.00 min. (matin)

de 16.H.00 min. à 19.H.00 min. (après-midi)

Circonstances particulières : Nécessité de service Permanence Astreinte

Accident connu le 16/08/2010 à 8.H.00 min. par :

l'autorité territoriale

un agent de la collectivité

par déclaration de la victime à son supérieur

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 : Salle polyvalente local stockage produits

DEROULEMENT DE L'ACCIDENT

Mission(s) effectuée(s) le jour de l'accident : Entretien de la salle

Circonstances précises de l'accident :

En passant l'auto leurre Madame B a été
intoxiquée par dégagement de chlore

Victime transportée :

Oui

Non

par les services de secours (pompiers, ambulance,...)

par un agent de la collectivité

par une tierce personne

par ses propres moyens

à l'Hôpital / la Clinique

chez un médecin

à son domicile

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 : 16/08/2010

Durée de l'arrêt de travail initial : 2 jours

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 checked="" 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

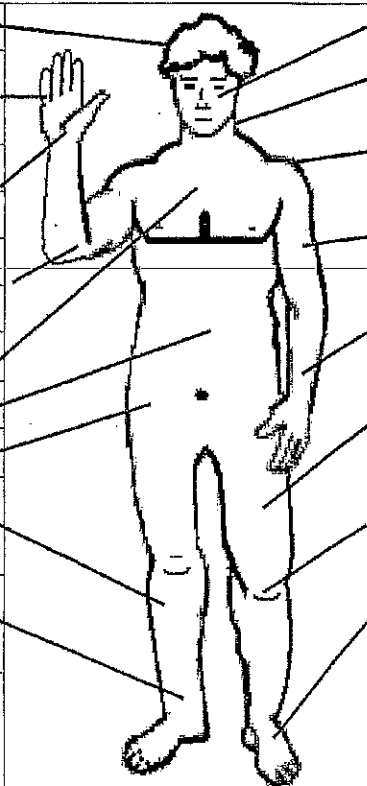
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accident de la route | <input type="checkbox"/> Engin de chantier et poids lourd |
| <input type="checkbox"/> Chute de matériaux | <input type="checkbox"/> Chute ou glissade de plain pied ou avec faible dénivellation |
| <input type="checkbox"/> Chute de hauteur | <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 checked="" 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 checked="" 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="radio"/> Tête			<input checked="" type="checkbox"/> Face (yeux, nez, bouche, ...)
<input type="radio"/> Main	<input type="radio"/> Droite		<input type="radio"/> Cou, dos et colonne vertébrale
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Droite
<input type="radio"/> Poignet	<input type="radio"/> Droit		<input type="radio"/> Gauche
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Epaule
<input type="radio"/> Coudé	<input type="radio"/> Droit		<input type="radio"/> Bras
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Avant-bras
<input type="radio"/> Thorax			<input type="radio"/> Droite
<input type="radio"/> Abdomen			<input type="radio"/> Gauche
<input type="radio"/> Bassin/Hanche/Bas ventre			<input type="radio"/> Droite
<input type="radio"/> Jambe	<input type="radio"/> Droite		<input type="radio"/> Cuisse
	<input type="radio"/> Gauche		<input type="radio"/> Genou
<input type="radio"/> Cheville	<input type="radio"/> Droite		<input type="radio"/> Pied
	<input type="radio"/> Gauche		

CADRE 7 (MALADIE PROFESSIONNELLE)

CONSEQUENCES DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE	
La maladie a eu comme conséquence(s) :	<input type="checkbox"/> Un arrêt de travail <input type="checkbox"/> Un décès <input type="checkbox"/> Une hospitalisation <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Rayonnements et/ou radiation <input type="checkbox"/> Produits dangereux (toxique, irritant, nocif, ...) <input type="checkbox"/> Poussières diverses (poussières de bois, silice, plomb, amiante, ...) <input type="checkbox"/> Ambiance bruyante <input type="checkbox"/> Produits biologiques (sang, eaux usées, ...) <input type="checkbox"/> Travail pénible (manutentions fréquentes, lourdes et/ou répétitives, et/ou prolongées) <input type="checkbox"/> Ergonomie au poste de travail <input type="checkbox"/> Mauvaise posture au poste de travail <input type="checkbox"/> Effort intense <input type="checkbox"/> Agent infectieux <input type="checkbox"/> 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 :

Mesures à réfléchir avec l'agent de la mise de la suite

SUIVI ADMINISTRATIF

Certificat final : 13.08.2010

Date de reprise : 13.08.2010

Aménagement de poste : Oui Non

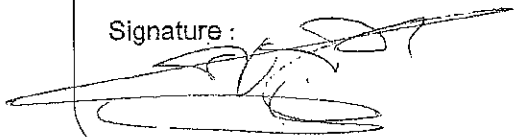
Reclassement : Oui Non

L'agent : Madame B

Fait à : Gllter

Le : 3.08.2010

Signature :

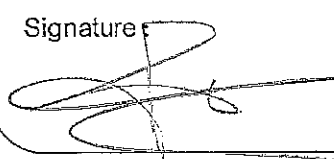


L'autorité territoriale : Monsieur C

Fait à : Gllter

Le : 3.08.2010

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 : Médecin de prévention

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 :