Analyse statistique
des accidents du travail,
de service,
des maladies professionnelles.

Un vocabulaire….

<table>
<tr><td colspan="4">Accidents de service</td><td rowspan="3">Maladies professionnelles</td></tr>
<tr><td colspan="2">Accidents de travail</td><td colspan="2">Accidents de trajet</td></tr>
<tr><td>Avec arrêt</td><td>Sans arrêt</td><td>Avec arrêt</td><td>Sans arrêt</td></tr>
</table>

Plan

- I - Outils de l'analyse
  - déclaration AT
  - codification
- II - L'analyse statistique
  - indicateurs
  - réglementation
- III - Politique de prévention

I - Outils de l’analyse

La déclaration AT et maladies professionnelles

- Document essentiel

conditionne l'ouverture des droits à réparation des préjudices subis; il importe qu'elle soit effectuée avec le plus grand soin

permet l'analyse pour l'aspect prévention

(instruction 95-41 du 28 avril 1995: INRA)

REGIME
Spécial

INSTITUT NATIONAL
DE LA
RECHERCHE AGRONOMIQUE

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

☐ACCIDENT DU TRAVAIL
☐ACCIDENT DE TRAJET
(A remettre au Bureau Local du Personnel du Centre dans les 48 h)

SURVENU LE :
- Jour de la semaine :.....
- date :.....
- Heure exacte :.....

VICTIME

1- **Nom et prénom:**.....

2- **Date de naissance** :.....

3- **Domicile (adresse exacte):**
.....
.....
.....
.....

4- **Fonctions habituelles :**
.....
.....
.....

ACCIDENT

5- **Type d'activité au moment de l'accident:**
.....
.....

6- **Lieu de l'accident** (si survenu en mission joindre la copie de l'ordre de mission) :
.....
.....

7- **Circonstances détaillées de l'accident** (indiquez par exemple : machines, outils, produits, animaux, véhicules ou autres éléments matériels) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8- **Siège des lésions corporelles** :.....

9- **Nature de ces lésions** :.....

10- **Le médecin a-t-il été consulté ?** : ☐ oui ☐ non

Si oui à quelle date (joindre certificat médical) : .....

cadre réservé à l'administration

CENTRE :

UNITE :

Corps :

Matricule :

Qualité :
☐ **Fonctionnaire INRA**

☐ **Fonctionnaire non INRA**

☐ **Non Titulaire INRA**
☐ **Assureur INRA**
☐ **Assureur régime général**

☐ **Personnel Salarié autre Employeur**

☐☐

☐

☐☐

☐☐

☐☐
☐☐

Partie à compléter en cas d'accident de trajet (domicile-travail-domicile) ou d'accident survenu en mission

Moyen de locomotion utilisé : .....

11- ☐ **accident survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail/lieu de mission**

a) Heure du départ du domicile
:.....
b) Heure à laquelle l'accidenté(e) commence d'habitude son travail
:.....
c) Temps nécessaire pour parcourir ce trajet par le moyen de locomotion utilisé
:.....

12 ☐ **accident survenu sur le trajet du travail/lieu de mission au domicile.**
a) Heure de départ du lieu de travail/mission
:.....
b) Temps nécessaire pour parcourir ce trajet par le moyen de locomotion utilisé :.....

13 – **Désignation des rues empruntées ou du trajet**
:.....
.....

14- **Le trajet a-t-il été** a) détourné ☐ oui ☐ non b) interrompu ☐ oui ☐ non

15- **Si oui précisez motifs**
:.....
.....

16- **Où la victime s'est-elle rendue après l'accident?**.....

17- **La police ou la gendarmerie a-t-elle été appelée sur les lieux de l'accident:** ☐ **oui** ☐ **non**
(joindre si possible le constat de police ou le procès verbal de la gendarmerie)

18- **L'accident a-t-il été provoqué par un tiers? :** ☐ **oui** ☐ **non.**
(si oui, joindre obligatoirement le constat amiable)

19- **Quels ont été les témoins de l'accident?** (Noms, prénoms, professions, adresses complètes)
.....
.....
.....

20- **Déclaration du ou des témoins** (ce qu'ils ont vu et entendu)
.....
.....
.....
.....

Date et signature du ou des témoins

21- **S'il n'y a pas eu de témoins oculaires, à quelle personne l'accident a-t-il été déclaré en premier lieu ?**
.....

Fait à , **le** **Signature de l'accidenté(e)**

VISA du Directeur de l'Unité	VISA du Délégué Prévention de Centre :	VISA de l'Agent Chargé de Prévention :
DATE :	DATE :	DATE :
NOM Prénom:	NOM Prénom :	NOM Prénom :

MBUQUET 14/03/02

janvier 2009

ENQUÊTE ADMINISTRATIVE ACCIDENT DE SERVICE

Remplie à l'obligation réglementaire prévue par la circulaire du 30 janvier 1989(§ 5.3.1.1)

☐ **ACCIDENT DE TRAVAIL**

☐ **ACCIDENT DE TRAJET**

A remplir par le Directeur de l'Unité (ou son délégataire officiel)

à transmettre au Responsable Local du Personnel du Centre en même temps que la déclaration

Date de l'accident :

VICTIME

Nom Prénom :……..

Horaire habituel de l'accidenté : Matin : de……à……

Après midi : de……à……

Fonctions Habituelles : ……

Lieu habituel d'exercice des fonctions : ……

Existence d'une US (utilité de service) ☐ oui ☐ non

NAS (nécessité absolue de service) ☐ oui ☐ non

Astreinte ☐ oui ☐ non

Autres aménagements (précisez)……

I - ACCIDENT DU TRAVAIL ou MISSION

Jour de la semaine.*(si samedi ou dimanche précisez les raisons)* :……
……

Heure exacte de l'accident *(si horaires décalés, précisez les raisons)* :……..
……

L'accident s'est-il produit sur le lieu habituel de travail de la victime : ☐ oui ☐ non

Si non précisez le lieu……

Type d'activité exercée au moment de l'accident *(précisez notamment s'il s'agit d'un travail isolé)* :……..

……

Directeur de l'Unité (ou son délégataire officiel)

Nom Prénom **:**…… Qualité :……..

Centre de Recherche de : …… Unité : ……..……..

Description des faits

……

……

……

……

……..

……

II – ACCIDENT DE TRAJET

(y compris un accident survenu à l'occasion ou vers un lieu de mission)

moyen de locomotion utilisé :……..

☐ Accident survenu sur le trajet Domicile – Travail (ou lieu de mission)

☐ Accident survenu sur le trajet Travail (ou lieu de mission) – Domicile

Date et heure auxquelles l'unité a eu connaissance de l'accident : ……

Fait à,

Le

Signature du Directeur de l'Unité (ou son délégataire officiel)

REGIME SPECIAL

INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE AGRONOMIQUE

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

(A remettre au Bureau Local du Personnel du Centre)

CONSTATEE LE :.....
(Date de la première constatation médicale)

1- Nom et Prénom :.....

2- Date de naissance :.....

3- Domicile (adresse exacte):
.....
.....
.....
.....
.....

4- Fonctions actuelles :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5- Ancienneté dans le poste actuel :.....

Nature de la maladie

6- Eléments à l'origine de la maladie :
.....
.....
.....
.....

7- Nature de ces lésions :
.....
.....
.....

8- Siège des lésions corporelles :
.....
.....
.....

9- Type d'activité au moment ou la maladie à été contractée*(principale ou secondaire)*.....

10- Activité exercée au moment ou la maladie a été contractée
.....
.....

Cadre réservé à l'administration

CENTRE :

UNITE :

Corps :

Matricule :

Qualité :

☐ **Fonctionnaire INRA**

☐ **Fonctionnaire non INRA**

☐ **Non Titulaire INRA**
- ☐ **Assureur INRA**
- ☐ **Assureur Régime Général**

☐ **Personnel Salarié autre Employeur**

☐☐

☐☐

☐☐

☐☐

☐☐

Codification des

- Type d’activité au moment c

de 1 à 9

- Lieu de l’accident:

Accident de trajet: 20

Lieu de travail habituel: 1X

Lieu de travail autre que le lieu d'affe

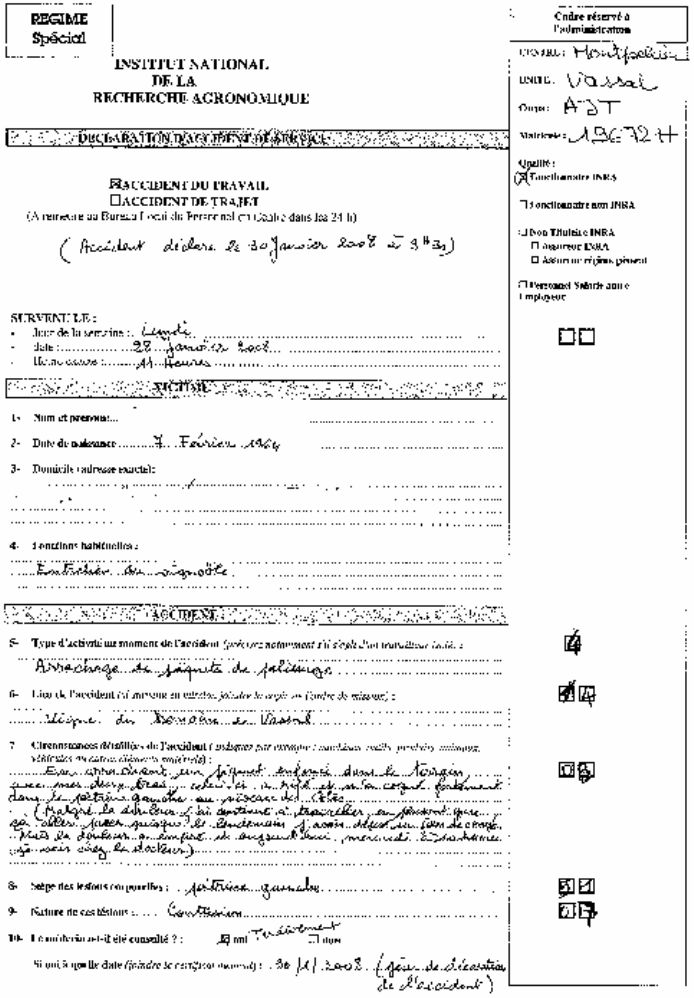
- Éléments matériels: de 01 à 2

Machines et outils, produits, véhicule

- Siège et nature des lésions:

Siège: 00 à 93 (tête, yeux, membres

Lésion: 00 à 28 (fracture, brûlure, lux



REGIME Spécial

INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE AGRONOMIQUE

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE

☒ ACCIDENT DU TRAVAIL
☐ ACCIDENT DE TRAJET
(A remettre au Bureau Local du Personnel en Gestion dans les 24 h)

(Accident déclaré le 30 Janvier 2008 à 9h30)

SURVENU LE :
- Jour de la semaine : Lundi
- date : 28 Janvier 2008
- Heure exacte : 11 heures

VICTIME

1- Nom et prénoms : ...

2- Date de naissance : 7 Février 1964

3- Domicile (adresse exactes) : ...

4- Fonctions habituelles : Entretien des vignobles

ACCIDENT

5- Type d'activité au moment de l'accident (préciser notamment s'il s'agit d'un travailleur isolé) : Arrachage de piquets de palissage

6- Lieu de l'accident (s'il survient en mission, préciser le siège ou l'ordre de mission) : Mission du Domaine de Vassal

7- Circonstances détaillées de l'accident (indiquer par exemple : conditions, outils, produits, matériaux, vêtements, matériels) : Environ vers 10h30 j'ai ressenti un léger tiraillement dans le bas du dos, mais je n'ai pas pris de mesure. Seulement dans le pétrin quelque au niveau du côté. (Malgré la douleur j'ai continué à travailler en pensant que ça allait passer puisque le lendemain j'avais rdv pour un congé. Mais la douleur a empiré le vendredi matin. Je suis allé chez le docteur.)

8- Siège des lésions corporelles : pétrissure gauche

9- Nature de ces lésions : Contusion

10- Le médecin a-t-il été consulté ? : ☒ oui Tardivement ☐ non

Si oui à quelle date (indiquer le cachet du médecin) : 30/1/2008 (jour de déclaration de l'accident)

Cadre réservé à l'administration

CENTRE : Montpellier
UNITE : Vassal
Corps : ADT
Matricule : 126712
Qualité :
☒ Fonctionnaire INRA
☐ Fonctionnaire non INRA
☐ Non titulaire INRA
☐ Assureur INRA
☐ Assureur régime général
☐ Personnel Salarié non Employeur

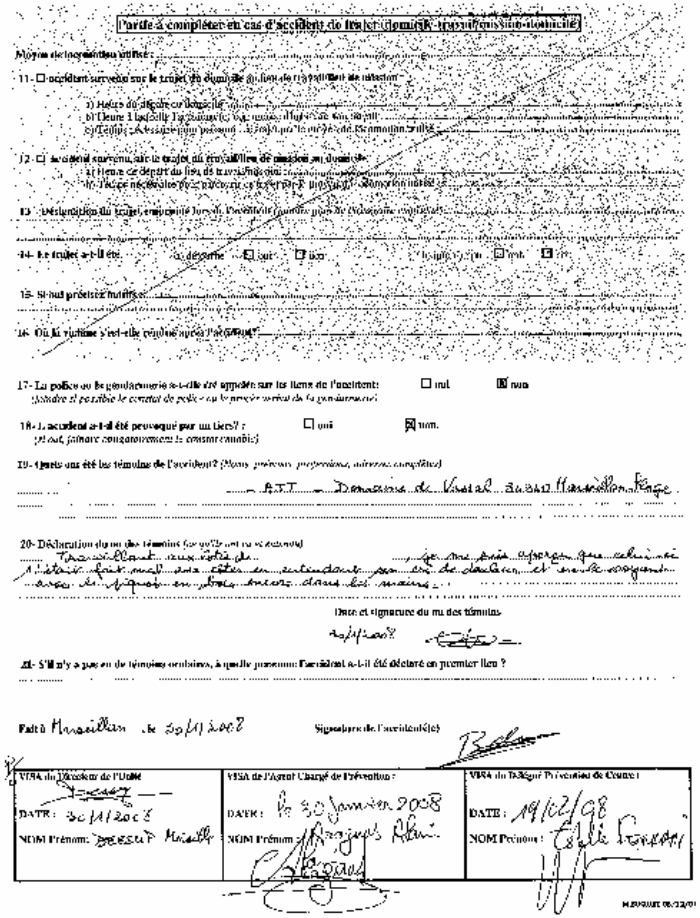
☐☐

☒

☒☒

☐☒

☒☒
☐☒



Partie à compléter en cas d'accident de trajet (domicile - travail ou vice-versa)

Moyen de locomotion utilisé : ...

11- ☐ accident survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail ou de mission
a) Heure de départ du lieu de travail ou de mission : ...
b) Heure à laquelle l'agent a commencé son travail : ...
c) Trajet habituel ou présent : ...
d) Motif du trajet de substitution utilisé : ...

12- ☐ accident survenu sur le trajet du travail ou de mission au domicile
a) Heure de départ du lieu de travail ou de mission : ...
b) Trajet habituel ou présent : ...

13- Interruption du trajet, modification du trajet habituel (préciser le motif) : ...

14- Le trajet a-t-il été : ☐ modifié ☐ oui ☐ non ☐ interrompu ☐ oui ☐ non

15- Si oui, préciser motifs : ...

16- Où la victime y est-elle rendue après l'accident ? ...

17- La police ou la gendarmerie a-t-elle été appelée sur les lieux de l'accident : ☐ oui ☒ non
(joindre si possible le constat de police ou le procès verbal de la gendarmerie)

18- L'accident a-t-il été provoqué par un tiers ? : ☐ oui ☒ non.
(si oui, préciser complètement le coupable)

19- Quels ont été les témoins de l'accident ? (Noms, prénoms, professions, adresses complètes)
ADT - Domaine de Vassal 34340 Marseillan-Plage

20- Déclaration du ou des témoins (ce qu'ils ont vu et entendu)
Travaillant aux côtés de ... je me suis aperçu que celui-ci s'était fait mal aux côtés en entendant son cri de douleur et en le voyant avec de suite en bas, mains dans les mains.

Date et signature du ou des témoins

21- S'il n'y a que un de témoins oculaires, à quelle personne l'accident a-t-il été déclaré en premier lieu ? ...

Fait à Marseillan le 30/1/2008

Signature de l'accidenté(e)

VISA du Directeur de l'Unité	VISA de l'Agent Chargé de Prévention :	VISA du Médecin Préventif de Centre :
DATE : 30/1/2008	DATE : le 30 Janvier 2008	DATE : 19/02/08
NOM Prénom : [illegible]	NOM Prénom : [illegible]	NOM Prénom : [illegible]

M.EXPAIRE 08/12/01

janvier 2009

Tableau 6 : Répartition des accidents par siège des lésions

(totalité des accidents)

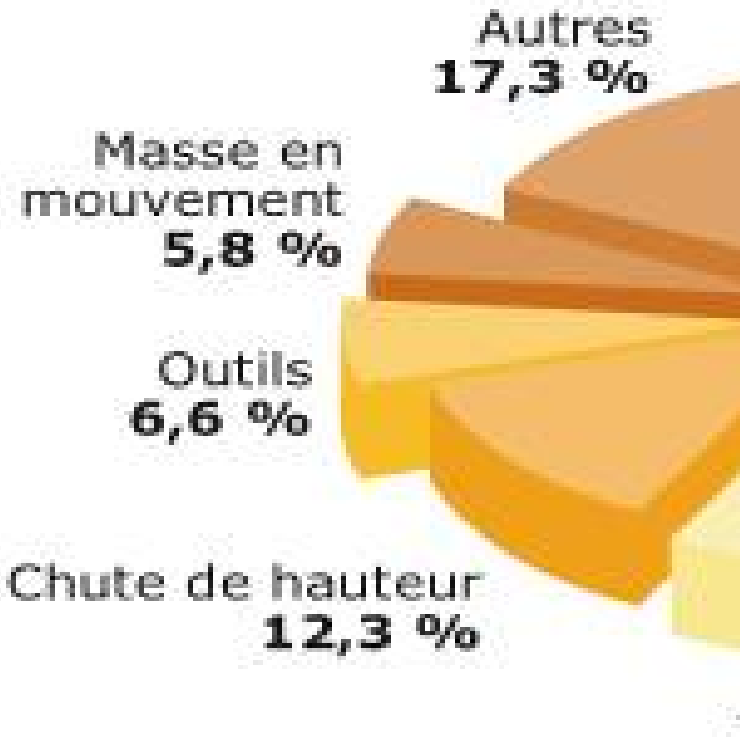
Code	Siège des lésions	Nb	%
1	Tête		9,23%
2	**Yeux**	**54**	**13,47%**
3	Membres supérieurs		7,73%
4	**Main**	**99**	**24,69%**
5	**Tronc**	**74**	**18,45%**
6	**Membres inférieurs**	**67**	**16,71%**
7	Pied		4,99%
9	Sièges internes		1,50%
80	Lésions multiples		2,74%
	Non précisé		0,50%
			100,00%

eau 5 : répartition des accidents par élément matériel

(hors accident du trajet)

Code	Elément matériel	
3	objets en cours de manipulation	82
1	accident de plain pied	63
2	chute avec dénivellation	28
21	produits inflammables toxiques	21
10	tracteurs	17
20	labo	20
19	outils individuels à main	22
4	projection de particules	13
5	objet en mouvement accidentel	17
23	arbustes, plantes épineuses	1
25	divers	11
	total autres	76

Répartition des acci
matériels (régime gé



II L’analyse statist

Indicateurs

Les indicateurs utilisés par la (
d'assurance maladie) prenn

le nombre d'accidents avec arrêt d
avec arrêt)

- les heures travaillées par l'ense
l'établissement (HT)
- le nombre de salariés (S)
- les jours d'arrêt de travail (J)
- la somme des taux d'incapacité

Taux de fréquence

- TF1 = avec arrêt de travail :

Nombre d'accidents de travail avec a

(1 000 000 correspond globalement
personnes pendant 1 an)

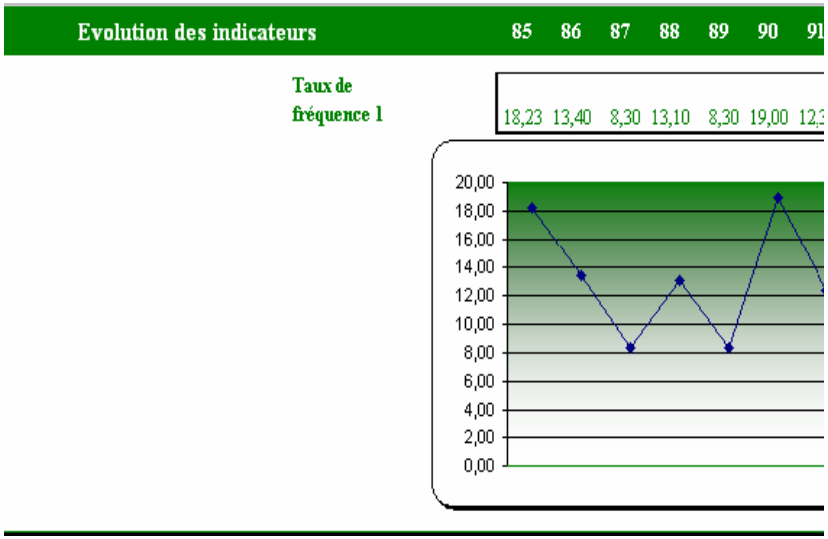
Nbre d'accidents de travail avec arrê
travaillées

- TF2 = avec ou sans arrêt de tr

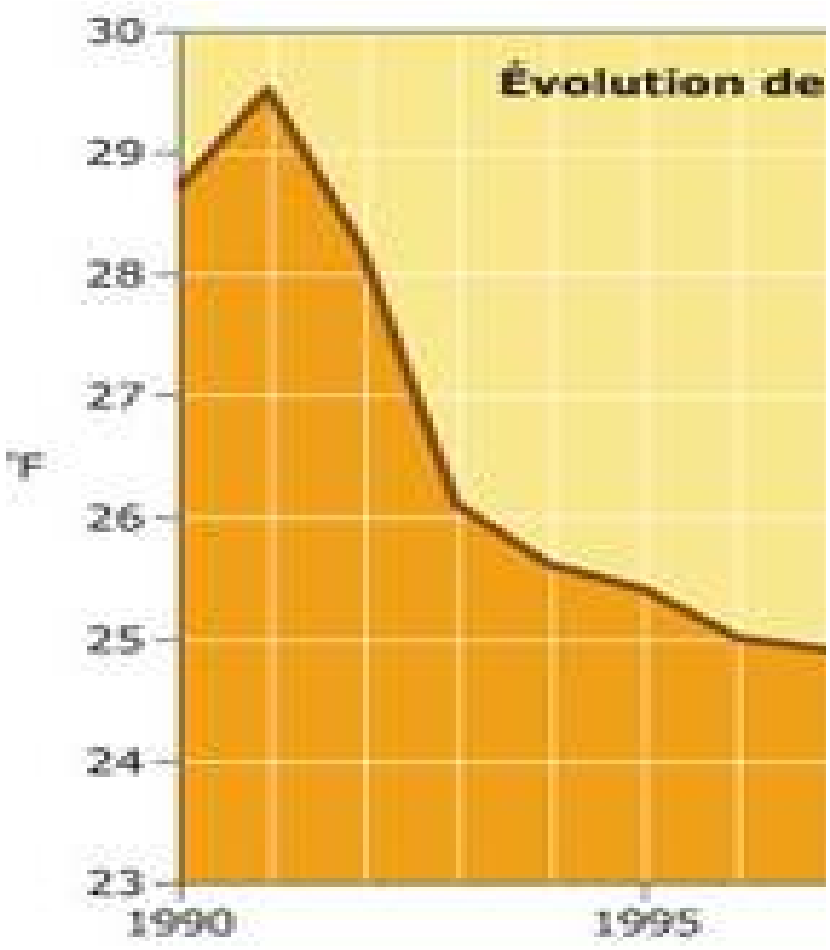
Nombre d'accidents de travail pour u

Nbre d'accidents de travail avec et s
travaillées

Evolution du taux de
1985 (INRA Montpe



Régime général



Taux de gravité (T

- Taux de gravité (T...G...):

Nombre de journées perdues à la
heures travaillées

TG 1: nbre de jours d'arrêts cons

Nombre de journées perdues par
travaillées

- TG 2: nbre de jours d'arrêts cc
avec les rechutes
- TG3: TG 1: nbre de jours d'arr
travail et aux maladies profess

Evolution du Taux d
1985 (INRA Montpe

Evolution des indicate	85	86	87	88	89	90
Taux de gravité	0,17	0,35	0,06	0,34	0,16	0,3

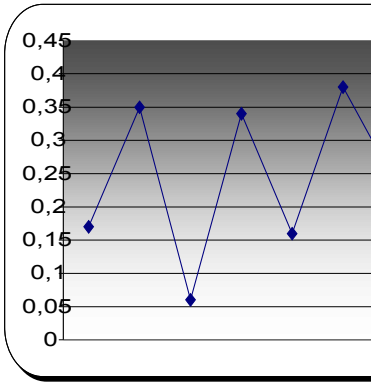


Tableau de bord Cer
Montpellier

	RUBRIQUES	Janv. 2007	Fév. 2007	Mars 2007	Avri 2007	RAPPEL
	RESULTATS TITULAIRES					
1	Effectif fin de mois (équivalent temps plein)	639,2	639,2	639,2	639	
2	Nombre d'heures travaillées	103 360	103 360	103 360	103 3	
3	Nombre A.A.A.	1				
4	Nombre A.S.A.	1				
5	Nombre total A.T.	2	0	0		
6	Nombre jours d'arrêt hors rechutes	6				
7	Nombre jours d'arrêt pour rechutes					
8	T.F.1					
9	T.F.2					
0	Nombre maladies professionnelles déclarées					
1	Nombre maladies professionnelles reconnues					
2	Nb. jours d'arrêt pour maladie professionnelle					
3	T.G.1					
4	T.G.2					
5	T.G.3					

Taux glissant

TF et TG sont calculés
derniers mois.

- Taux Fréquence gliss
  AT avec arrêt du 01/10/2006 a
  d'heures travaillées du 01/10/2

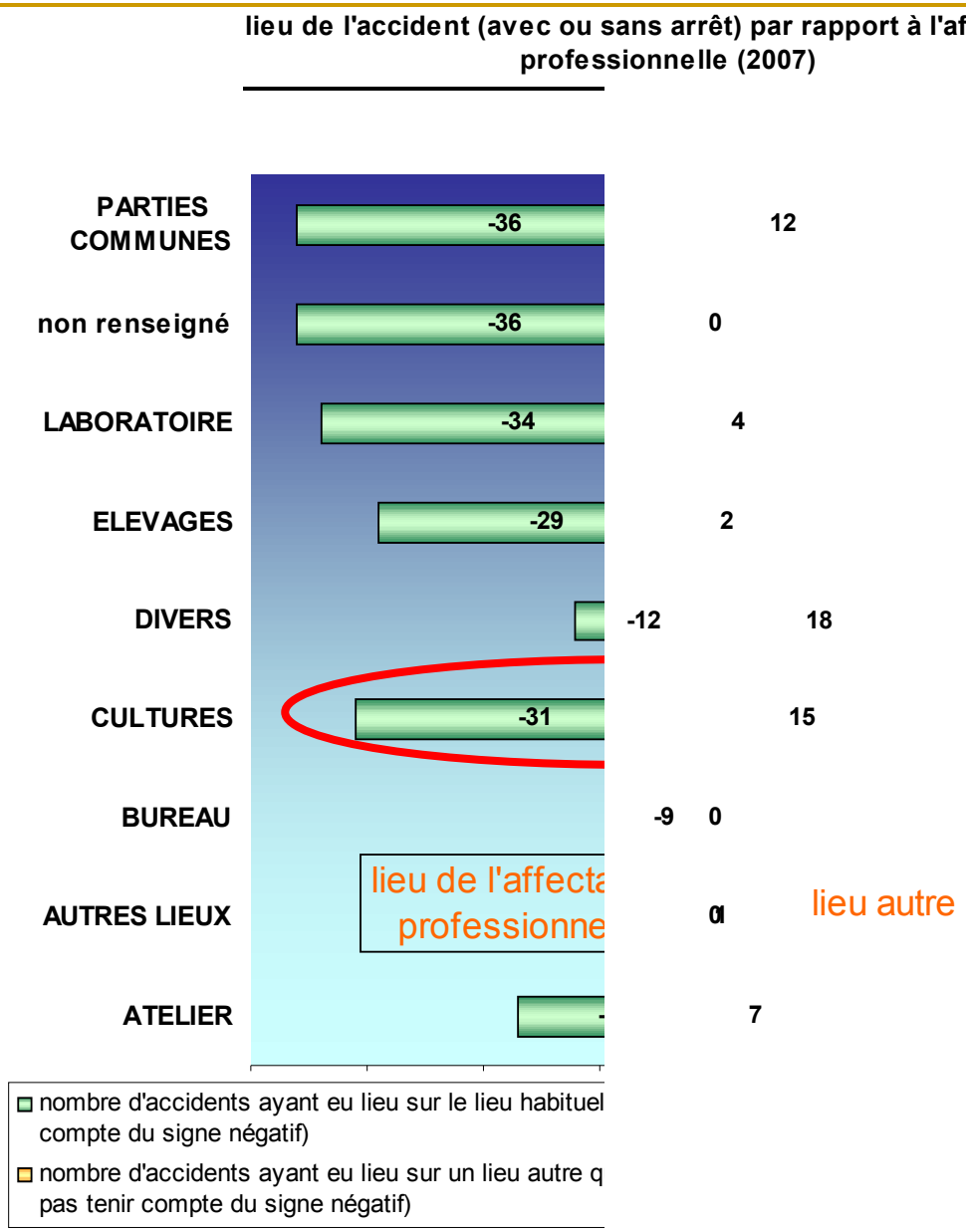
Règlementation

Article 30 Modifié par
Décret n°95-680 du 9

- Les comités (Hygiène S
à l'analyse des risques p
exposés les agents du o
leur champ de compéter
- A cette fin, ils délibèrent
sur l'évolution des risque
par leur président.

Données générales INRA

	1998	1999	2000	20
- Nombre total d'accidents du travail reconnus	347	366	347	3
- Nombre d'accidents rejetés		10	0	
- Nombre total d'accidents avec arrêt	148	177	156	1
- Nombre de jours d'arrêt hors rechute	4494	4500	6809	48
- Nombre de jours d'arrêt pour rechute	442	1722	2595	27
- Nombre d'accidents mortels	0	0	0	0
- Taux de fréquence (TF 1)	10.0	12.1	10.7	9.
- Taux de gravité (TG 1)	0.30	0.31	0.47	0.


lieu de l'accident (avec ou sans arrêt) par rapport à l'affectation professionnelle (2007)
PARTIES COMMUNES
non renseigné
LABORATOIRE
ELEVAGES
DIVERS
CULTURES
BUREAU
AUTRES LIEUX
ATELIER
-36
12
-36
0
-34
4
-29
2
-12
18
-31
15
-9
0
0
7
lieu de l'affecta
professionne
lieu autre
nombre d'accidents ayant eu lieu sur le lieu habituel
compte du signe négatif)
nombre d'accidents ayant eu lieu sur un lieu autre q
pas tenir compte du signe négatif)

LES MALADIES IN
TRAVAIL

Situation en mai 2008 (données

Année	2000	2001	2002
Nbre maladie déclarées	19	17	16

51 maladies imputables au travail ont é
39 comme maladies professionnelles e

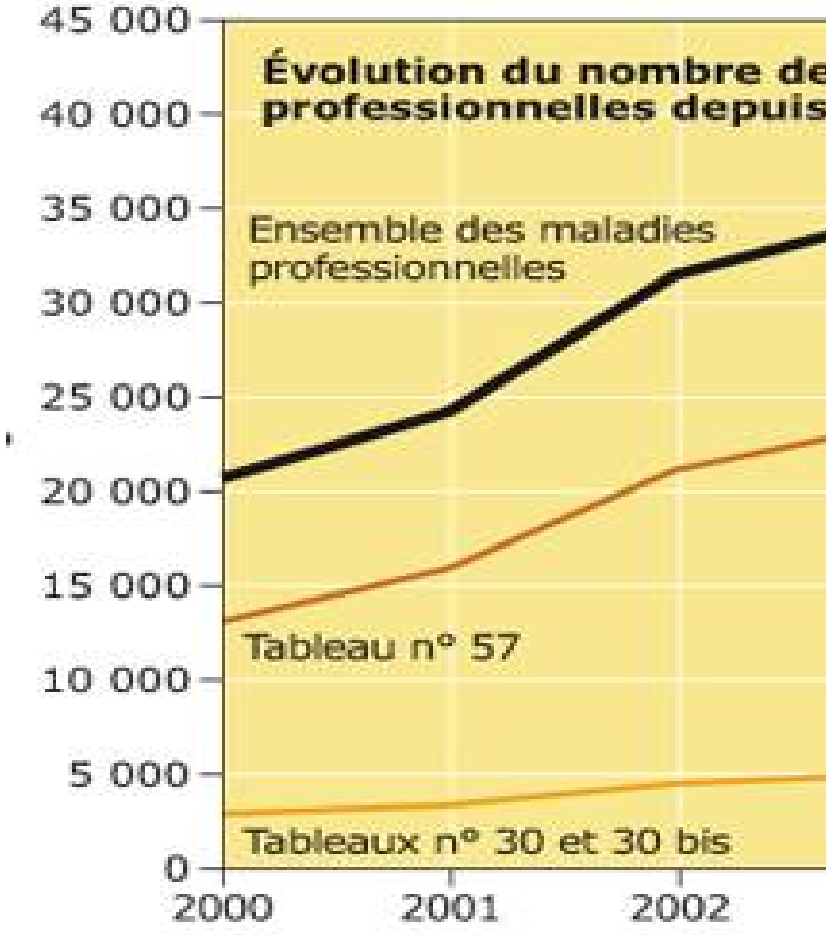
Atteintes musculo-squelettiques ou o

Analyse statistique

- Laboratoire: 40 cas (26,
- Domine culture - espaces
- Animalier: 19 cas (12,6 %
- Maintenance – atelier – pi
- Expérimentation forestière

- Sexe : 62 femmes (41,1 %
- Age : la moyenne d'âge est
- Statut : 142 titulaires (94 %

Maladies professio



III - Politique de p

Propositions, suiv

- Types de risques cara
accidents qui émerge
- Efficacité des nouvell
actions et de leur limi
- Poursuite des actions
complémentaires, car
communication

Evolution des AT

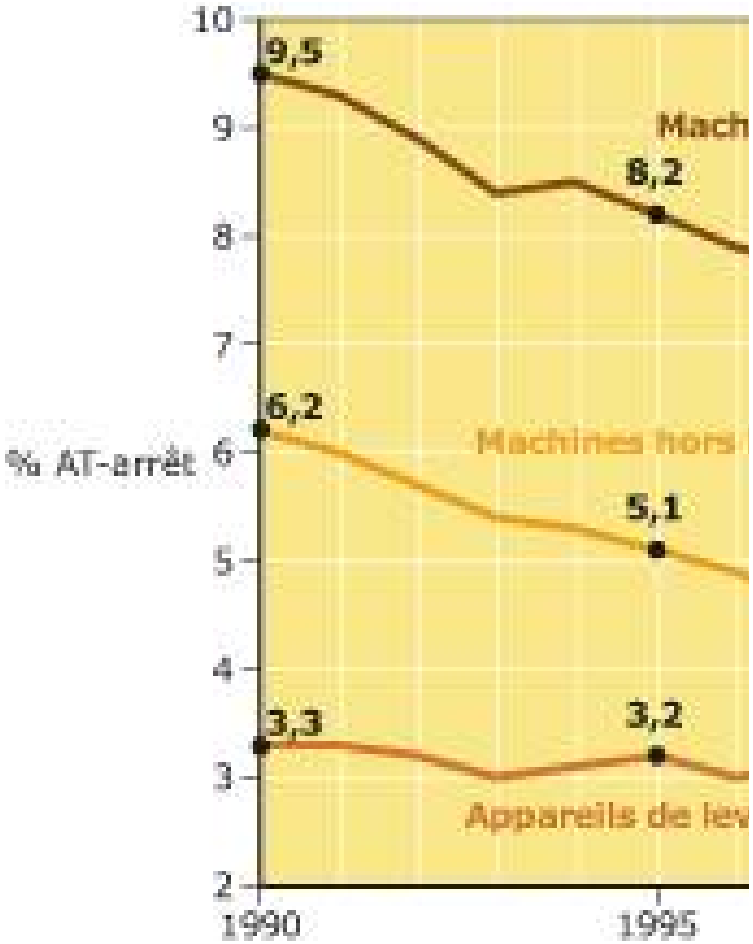


TABLEAU DE BORD ME

I.N.R.A.(* données manquantes pour certains centres)

	RUBRIQUES	janvier 2007*	févr 2007*	mars 2007*	avr 2007*
	RESULTATS TITULAIRES				
1	Effectif fin de mois (équivalent temps plein)	8172,2	8172,2	7572,2	8172,2
2	Nombre d'heures travaillées	1242174,4	1242174,4	1150974,4	1242174,
3	Nombre A.A.A.	8	8	7	14
4	Nombre A.S.A.	19	15	14	10
5	Nombre total A.T.	27	23	21	24
6	Nombre jours d'arrêt hors rechutes	258	250	252	349
7	Nombre jours d'arrêt pour rechutes	197	140	147	120
8	T.F.1				
9	T.F.2				
10	Nombre maladies professionnelles déclarées	0	0	4	2
11	Nombre maladies professionnelles reconnues	1	1	1	0
12	Nb. jours d'arrêt pour maladie professionnelle	35	28	52	44
13	T.G.1				
14	T.G.2				
15	T.G.3				
16	Accidents de trajet avec arrêt	1	1	2	1
17	Accidents de trajet total	5	4	3	2
18	Nb. jours d'arrêt pour accidents de trajet	64	59	73	71
	RESULTATS NON - TITULAIRES				
19	Effectif fin de mois	2099	2193	2348	2295
20	Nombre d'heures travaillées	319048	333336	356896	348840
21	Nombre A.A.A.	2	0	1	2
22	Nombre A.S.A.	2	4	2	1
23	Nombre total A.T.	4	4	3	3
24	Nombre jours d'arrêt hors rechutes	16	9	5	9
25	Nombre jours d'arrêt pour rechutes	0	0	0	0
26	T.F.1				

Page 2 d

TABLEAU DE BORD

I.N.R.A.(* données manquantes pour certains centres)

	RUBRIQUES	janvier 2007*	févr 2007*	mars 2007*	2
	RESULTATS NON - TITULAIRES (suite)				
27	T.F.2				
28	Nombre maladies professionnelles déclarées	1	0	0	
29	Nombre maladies professionnelles reconnues	0	0	0	
30	Nb. jours d'arrêt pour maladie professionnelle	69	0	0	
31	T.G.1				
32	T.G.2				
33	T.G.3				
34	Accidents de trajet avec arrêt	0	0	0	
35	Accidents de trajet total	0	1	0	
36	Nb. jours d'arrêt pour accidents de trajet	0	0	0	
	ACTIONS				
37	Nb. Analyses accidents et incidents	5	5	3	
38	Nb. Visites C.H.S.	3	1	2	
39	Nb. D'exercices d'évacuation	0	0	1	
40	Nb. D'exercices plan d'urgence (pompiers)	1	0	0	
41	Nb. Plans de prévention avec entreprises ext.	8	7	9	
42	Nb. D'heures stagiaires	351	1176	1849	
	STRUCTURE SECURITE				
43	Nb. d' A.C.P.	566	580	579	
44	Nb. de S.S.T.	1287	1327	1344	
45	Nb. de P.C.R.	222	224	224	
46	Nb. de pompiers	19	19	19	

Page

Analyse des patho

- Atteintes musculo-squelettiq
  soit 62,3 %)
- Maladies infectieuses (25 ca
- Affections liées à l'expositior
  toxiques (7 cas soit 4,6 %) :

Abreviations

- AT : Accident de trav
- IT : Incapacité tempo
- IPP: Incapacité partie
- HT: heures travaillées