

RAPPORT DE BLESSURE, MALADIE OU DÉCÈS

RPM102



Le rapport détaillé doit être adressé à l'Enim dès l'arrivée au port.

[décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime des marins modifié, articles 9 et 22]

L'employeur / Le capitaine / Le patron

Je soussigné(e) : _____

Fonction : _____

Embarqué(e) sur¹ : _____ Immatriculé :

Armé à : _____ Genre de navigation : _____

N° armateur : _____ N° SIRET : _____

Nom de l'armement : _____

Adresse : _____

Tél. :

Courriel : _____ @ _____ Acceptez-vous d'être contacté(e) pour courriel ? : Oui Non

Armement assujéti à la prise en charge des salaires et soins du marin dans le mois qui suit le débarquement : Oui Non

La victime

Déclare que Mme/M. : _____ N° marin : _____

Embarqué(e)/employé(e) en qualité de : _____ Catégorie d'embarquement : _____

Numéro de sécurité sociale :

Indemnité de nourriture prévue au contrat d'engagement maritime : Oui Non

Les informations relatives à l'évènement

Précisez l'évènement : Accident professionnel Accident de trajet Maladie déclarée à bord

Lieu : _____ Heure : H Date :

Le marin a-t-il été débarqué ? : Oui Non Si oui, date du débarquement :

Conséquences de l'évènement : Sans arrêt de travail Avec arrêt de travail Décès

Indiquer le siège et la nature des lésions (troubles, maladie, symptômes, blessures) :

Décrire avec précision les circonstances de la survenue de la maladie, de l'accident ou du décès :

Noms, prénoms et fonctions des témoins dans le cas d'accident ou de contamination :

Éventuelles réserves motivées [joignez si besoin une lettre d'accompagnement] :

Relevé des heures de travail ou de repos du marin pendant les 72 heures précédant l'évènement (si besoin, joignez un document) (1) :

Fait à _____ Le _____ Signature de l'employeur / capitaine / patron :

¹ Les rubriques « navire » sont complétées par le nom / site des écoles, ou base à terre le cas échéant.

La loi n° 78/17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations [articles L. 313-1, L. 441-1 à 441-12 du code pénal].



QUESTIONNAIRE SUR LES CIRCONSTANCES DES ACCIDENTS DU TRAVAIL MARITIME

SECTEUR DES PÊCHES MARITIMES

A joindre au *Rapport de blessure, maladie ou décès (imprimé RPM/102)*.
Ne cocher qu'une case par question.

A. Date de l'accident B. Heure : C. Sexe du marin H F

D. Tranche d'âge du marin - de 18 18-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60 et +

E. Identification du marin F. Immatriculation du navire

G. Catégorie de personnel

- pont / passerelle
- machine
- hôtellerie, restauration
- autre

H. Nature de l'accident

- avec arrêt de travail
- sans arrêt de travail

I. Lieu de l'accident

- trajet domicile-lieu de travail
- quai, estran ou espace terrestre
(*terre-plein, chemin, route, parking...*)
- à bord du navire
- à bord d'une annexe
- installation terrestre
(*atelier, hangar, bureau...*)
- autre

J. Position du navire

- à quai
- en route
- en pêche
- autre

K. Métier pratiqué au moment de l'accident

- chalut, senne danoise
- drague
- filet
- casier, nasse
- ligne, palangre
- senne, bolinche
- plongée avec ou sans appareil
- pêche à pied
- autre pêche

L. Genre de navigation

- grande pêche
- pêche au large
- pêche côtière
- petite pêche
- cultures marines petite pêche

M. Longueur du navire

- moins de 12 mètres
- de 12 à moins de 16 mètres
- de 16 à moins de 25 mètres
- de 25 à moins de 38 mètres
- 38 mètres et plus

N. Conditions de navigation

état de la mer, météo

- bonnes
- acceptables
- mauvaises

O. Occupation du blessé au moment de l'accident

- embarquement, débarquement du marin
- quart passerelle
- quart machine
- préparation, réparation de
l'engin de pêche
- filage de l'engin de pêche
- virage de l'engin de pêche
- travail, manutention des captures
- maintenance pont, machine
- travaux en cuisine
- accostage, appareillage
- repos
- autre

P. Genre d'accident

- chute de hauteur
- chute de plain-pied
- chute par-dessus bord
- heurt avec un obstacle fixe
- frappé, entraîné, coincé par...
- coupé, piqué par...
- effort excessif, faux mouvement
- flamme, incendie, explosion
- gelure ou brûlure
(*solide, liquide, gaz chaud...*)
- choc électrique
- accident de plongée
- autre

Q. Élément matériel impliqué

- mouvement du navire, paquet
de mer...
- surface, structure, construction
(*sol, cloison, porte, escalier...*)
- engin de pêche
- chaîne, câble, élingue,
aussière, cordage, croc...
- appareil de traction ou de lavage
(*treuil, enrouleur, grue, mât de charge, poulie...*)
- appareil de manutention
(*chariot, convoyeur, monte-charges...*)
- poisson, crustacé, coquillage...
- panier, caisse, conteneur,
sac, carton, palette...
- couteau, outil à main
- machine fixe ou portative
- moteur, circuit, canalisation
(*mécanique, hydraulique, électrique...*)
- produit chimique, matériau, déchet
(*solide, liquide, gazeux*)
- véhicule routier
- autre

R. Conséquences de l'accident

- décès
- intoxication, asphyxie
- brûlure, gelure
- amputation
- fracture, luxation
- entorse, atteinte tendineuse
- contusion, atteinte musculaire
- mal au dos
- plaie
- autre

S. Siège des lésions

- crâne, face, cou
- yeux
- main, doigt
- épaule, membre supérieur, poignet
- tronc, abdomen
- rachis, colonne vertébrale
- bassin, membre inférieur, cheville
- pied
- sièges multiples
- autre

décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime des marins modifié, articles 11, 11A et 21-3

Le RPM 111 est remis à la victime d'un accident du travail maritime par l'employeur, dès lors qu'il a établi le rapport de blessure, maladie ou décès sur l'imprimé RPM 102.

En cas de maladie professionnelle déclarée, l'imprimé doit être demandé à l'Enim ou aux Services des affaires maritimes pour les résidents en Nouvelle-Calédonie, et en Polynésie Française

La feuille d'accident du travail maritime ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'Enim ou le Service des affaires maritimes en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

Coordonnées des centres Enim

Enim - Centre de prestations maladie de Saint-Malo (CPM1)
Arsenal de la marine - Quai Solidor
35415 Saint-Malo Cedex
ics-cpm1.sdpo@enim.eu
tél. : 0 811 701 703

Enim - Centre de prestations maladie de Lorient (CPM2)
33 boulevard Cosmao-Dumanoir
56327 Lorient Cedex
ics-cpm2.sdpo@enim.eu
tél. : 0 811 701 703

Attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

à remplir obligatoirement lors de la délivrance

la victime

• identification n° marin : _____

nom *suivi s'il y a lieu du nom d'époux (se)* : _____

prénom : _____ date de naissance : _____

adresse : _____

code postal : _____ commune : _____

numéro de sécurité sociale : _____

courriel : _____ acceptez-vous d'être contacté(e) par courriel ? oui non

l'employeur

• identification n° armateur : _____

nom et prénom ou raison sociale : _____

adresse : _____

code postal : _____ commune : _____

courriel : _____ acceptez-vous d'être contacté(e) par courriel ? oui non

l'accident du travail maritime ou la maladie professionnelle

<p>• accident du travail maritime :</p> <p>date : _____</p> <p>rechute du : _____</p> <p>• lésions :</p> <p>nature : _____</p> <p>siège : _____</p>	<p>• maladie professionnelle :</p> <p>date de la constatation médicale : _____</p> <p>rechute du : _____</p>
---	--

demande de renouvellement

à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins

adresse : _____

code postal : _____ commune : _____

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident signature : _____

date : _____