

# Rapport d'enquête hiérarchique

Collaborateur titulaire

Ce document ne se substitue pas à la déclaration d'accident de travail.

Le rapport hiérarchique d'enquête doit être transmis au

Pôle Environnement RH  
Service Santé/Prévention

CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES

DRH- Pôle Environnement RH

Service Santé/Prévention

2, Place André MIGNOT

78012 VERSAILLES CEDEX

☎ : 01.39.07.74.75 medecine-professionnelle@yvelines.fr



Yvelines

Le Département

<b>VICTIME</b>	Nom : .....		Prénom : .....		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
	Âge : .....ans	Filière : <input type="checkbox"/> Administrative <input type="checkbox"/> Culturelle		<input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Sociale, Médico-sociale		
	Grade : .....		Direction/Service : MAD : (à préciser) Fonction : Depuis :     /     /			
Date d'embauche dans la collectivité :     /     /						
Horaires habituels : de ..... H ..... min à ..... H ..... Min						

L'Accident	
Date de l'accident : L M M J V S D .....	Heure de l'accident : ..... H ..... Min
Sans arrêt     Avec arrêt	
Accident de service : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....jours
Accident de trajet : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....jours
Circonstances particulières : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Astreinte <input type="checkbox"/> Autre : .....	
Lieu précis de l'accident : .....	
1 <sup>ères</sup> personnes informée(s) et/ou témoin(s) : .....	
Description de l'accident : Détails, éléments en cause, conditions (exceptionnelles à préciser, rythme, charge de travail...) ..... ..... ..... .....	
CROQUIS	

Circonstances détaillées de l'accident	
Activité effectuée par la victime au moment des faits :	
Travail administratif et services généraux <input type="checkbox"/>	Préparation des repas <input type="checkbox"/>
Service aux personnes, travail social <input type="checkbox"/>	Nettoyage de self <input type="checkbox"/>
Affaires culturelles <input type="checkbox"/>	Plonge <input type="checkbox"/>
Formation <input type="checkbox"/>	Chantier de bâtiment <input type="checkbox"/>
Accueil, surveillance <input type="checkbox"/>	Nettoyage des accotements <input type="checkbox"/>
Circulation, transport, déplacement <input type="checkbox"/>	Entretien de la voirie <input type="checkbox"/>
Intervention à domicile <input type="checkbox"/>	Élagage, tronçonnage <input type="checkbox"/>
Restauration collective <input type="checkbox"/>	Fauchage, débroussaillage <input type="checkbox"/>
Acte de soin <input type="checkbox"/>	Balisage <input type="checkbox"/>
Entretien des espaces verts <input type="checkbox"/>	Salage <input type="checkbox"/>
Transport, lavage et stockage du linge <input type="checkbox"/>	Curage de fosse <input type="checkbox"/>
Nettoyage des locaux <input type="checkbox"/>	Gestion des ouvrages d'art <input type="checkbox"/>
Maintenance des locaux <input type="checkbox"/>	Entretien des véhicules et engins <input type="checkbox"/>
Maintenance et réparation du matériel <input type="checkbox"/>	
Autre, préciser : .....	

Pour l'agent, cette tâche était-elle : ☐ Nouvelle ☐ Habituelle ☐ Imprévue ☐ Urgente  
 L'activité de l'agent était-elle partagée avec un autre agent ? ☐ OUI ☐ NON  
 Port d'Équipements de Protection Individuelles (EPI) lors de cette activité ? ☐ OUI ☐ NON  
 Si oui, type d'EPI (gants de protection, chaussures de sécurité,...) :  
 Utilisation habituelle pour cette tâche ? ☐ OUI ☐ NON  
 État : ☐ Bon ☐ Défectueux

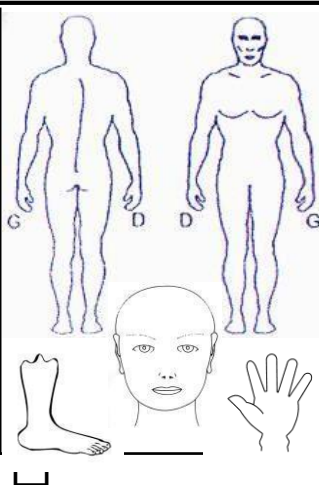
Formation de l'agent à cette activité ? ☐ OUI ☐ NON - Type de formation ...

Matériels ou produits utilisés :

Utilisation habituelle pour cette tâche ? ☐ OUI ☐ NON - État : ☐ Bon ☐ Défectueux

Ambiance de travail :

Pluie	<input type="checkbox"/>	Bruit	<input type="checkbox"/>
Verglas	<input type="checkbox"/>	Vibrations	<input type="checkbox"/>
Brouillard	<input type="checkbox"/>	Poussières	<input type="checkbox"/>
Neige	<input type="checkbox"/>	Vapeurs toxiques	<input type="checkbox"/>
Vent	<input type="checkbox"/>	Fumées	<input type="checkbox"/>
Chaleur	<input type="checkbox"/>	Lumière éblouissante	<input type="checkbox"/>
Froid	<input type="checkbox"/>	Lumière sombre	<input type="checkbox"/>
Locaux encombrés	<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
Stress, précipitation	<input type="checkbox"/>		

Nature et sièges des lésions		Éléments matériels
	<p><i>Indiquer la zone des lésions sur le schéma, et cocher la nature des lésions :</i></p> <p>Contusions, hématome <input type="checkbox"/></p> <p>Plaie <input type="checkbox"/></p> <p>Piqûre <input type="checkbox"/></p> <p>Déchirure, douleur musculaire <input type="checkbox"/></p> <p>Entorse, luxation <input type="checkbox"/></p> <p>Fracture <input type="checkbox"/></p> <p>Hernie, lumbago <input type="checkbox"/></p> <p>Corps étranger (éclat, sang...) <input type="checkbox"/></p> <p>Lésions internes <input type="checkbox"/></p> <p>Brûlure, gelure <input type="checkbox"/></p> <p>Malaise (cardiaque, ...) <input type="checkbox"/></p> <p>Troubles psychologiques <input type="checkbox"/></p>	<p>Chute ou glissade de plain pied <input type="checkbox"/></p> <p>Chute avec dénivellation <input type="checkbox"/></p> <p>Objet, masse en mouvement <input type="checkbox"/></p> <p>Véhicule et engin <input type="checkbox"/></p> <p>Outil à main <input type="checkbox"/></p> <p>Agression, violence <input type="checkbox"/></p> <p>Électricité <input type="checkbox"/></p> <p>Outil souillé <input type="checkbox"/></p> <p>Vapeur, gaz, poussière, ... <input type="checkbox"/></p> <p>Machine et appareil <input type="checkbox"/></p> <p>Produit chaud, froid <input type="checkbox"/></p> <p>Effort de soulèvement, manutention <input type="checkbox"/></p> <p>Produit toxique, nocif ou irritant <input type="checkbox"/></p> <p>Gaz ou liquide sous pression <input type="checkbox"/></p> <p>Piqûre, morsure <input type="checkbox"/></p> <p>Autre, préciser : .....</p>

Mesures immédiates prises par le service (premiers soins, secours, ...) :

.....  
 .....  
 .....

Mesures correctrices (demande d'intervention...), observations, préconisations (nouvelles consignes,...) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Date et signature du chef de service

Le / /

Date et signature de l'agent victime  
de l'accident (dans la mesure du possible)

Le / /

Date et signature de l'assistant de  
prévention (si présent)

Le / /