

# 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

Tél : 01.39.07.74.75 medecine-professionnelle@yvelines.fr



Yvelines

Le Département

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  H  F

Âge : ..... ans Filière :  Administrative  Technique  
 Culturelle  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 : 

M	M	J	V	S	D
---	---	---	---	---	---

 ..... / ..... / 201.... Heure de l'accident : ..... H ..... Min

Sans arrêt

Avec arrêt

Circonstances particulières :

NON

OUI  Astreinte  Autre : .....

Accident de service :   ..... jours  
Accident de trajet :   ..... jours

Lieu précis de l'accident : .....

1ères 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  
Service aux personnes, travail social  
Affaires culturelles  
Formation  
Accueil, surveillance  
Circulation, transport, déplacement  
Intervention à domicile  
Restauration collective  
Acte de soin  
Entretien des espaces verts  
Transport, lavage et stockage du linge  
Nettoyage des locaux  
Maintenance des locaux  
Maintenance et réparation du matériel

Préparation des repas  
 Nettoyage de self  
 Plonge  
 Chantier de bâtiment  
 Nettoyage des accotements  
 Entretien de la voirie  
 Élagage, tronçonnage  
 Fauchage, débroussaillage  
 Balisage  
 Salage  
 Curage de fosse  
 Gestion des ouvrages d'art  
 Entretien des véhicules et engins

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

Verglas

Brouillard

Neige

Vent

Chaleur

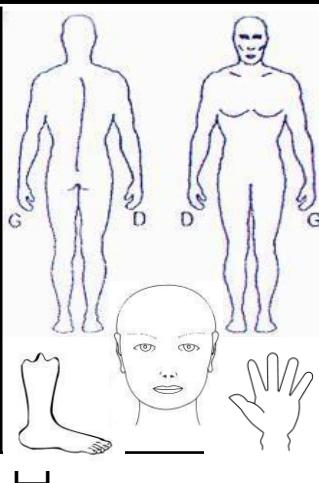
Froid

Locaux encombrés

Stress, précipitation

### Nature et sièges des lésions

*Indiquer la zone des lésions sur le schéma, et cocher la nature des lésions :*



Contusions, hématome

Plaie

Piqûre

Déchirure, douleur musculaire

Entorse, luxation

Fracture

Hernie, lumbago

Corps étranger (éclat, sang...)

Lésions internes

Brûlure, gelure

Malaise (cardiaque, ...)

Troubles psychologiques

### Éléments matériels

Chute ou glissade de plain pied

Chute avec dénivellation

Objet, masse en mouvement

Véhicule et engin

Outil à main

Aggression, violence

Électricité

Outil souillé

Vapeur, gaz, poussière, ...

Machine et appareil

Produit chaud, froid

Effort de soulèvement, manutention

Produit toxique, nocif ou irritant

Gaz ou liquide sous pression

Piqûre, morsure

Autre, préciser : .....

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 / /