

Rapport d'enquête hiérarchique

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

Le rapport hiérarchique d'enquête doit être transmis au :
Service Santé et Retraite - DRH
drhdemande@yvelines.fr

CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES
DRH
Service Santé et Retraite
2, Place André MIGNOT
78012 VERSAILLES CEDEX
drhdemande@yvelines.fr



Yvelines
Le Département

VICTIME	Nom : _____		Prénom : _____		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
	Âge : ans	Filière : <input type="checkbox"/> Administrative <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Culturelle <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/...../20....	Heure de l'accident : H Min
Accident de service :	Sans arrêt		Avec arrêt	 jours				
Accident de trajet : jours	 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^{ères} 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"/>
Service aux personnes, travail social	<input type="checkbox"/>
Affaires culturelles	<input type="checkbox"/>
Formation	<input type="checkbox"/>
Accueil, surveillance	<input type="checkbox"/>
Circulation, transport, déplacement	<input type="checkbox"/>
Intervention à domicile	<input type="checkbox"/>
Restauration collective	<input type="checkbox"/>
Acte de soin	<input type="checkbox"/>
Entretien des espaces verts	<input type="checkbox"/>
Transport, lavage et stockage du linge	<input type="checkbox"/>
Nettoyage des locaux	<input type="checkbox"/>
Maintenance des locaux	<input type="checkbox"/>
Maintenance et réparation du matériel	<input type="checkbox"/>
Préparation des repas	<input type="checkbox"/>
Nettoyage de self	<input type="checkbox"/>
Plonge	<input type="checkbox"/>
Chantier de bâtiment	<input type="checkbox"/>
Nettoyage des accotements	<input type="checkbox"/>
Entretien de la voirie	<input type="checkbox"/>
Élagage, tronçonnage	<input type="checkbox"/>
Fauchage, débroussaillage	<input type="checkbox"/>
Balisage	<input type="checkbox"/>
Salage	<input type="checkbox"/>
Curage de fosse	<input type="checkbox"/>
Gestion des ouvrages d'art	<input type="checkbox"/>
Entretien des véhicules et engins	<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

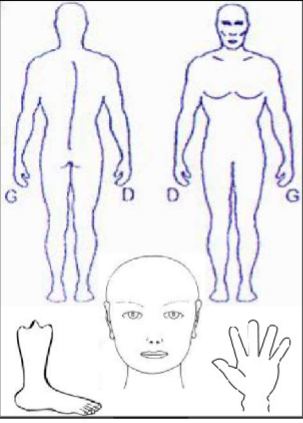
Formation de l'agent à cette activité ? OUI NON - Type de formation ...

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><input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit Autre, préciser :</p>	<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>Écrasement, amputation <input type="checkbox"/></p> <p>Électrisation, électrocution <input type="checkbox"/></p> <p>Intoxication, asphyxie <input type="checkbox"/></p> <p>Réaction inflammatoire <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 / /
------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

