

# REGISTRE DE DECLARATION INTERNE DES ACCIDENTS

COLLECTIVITE : .....

SITE : .....

REGISTRE OUVERT LE : ...../...../.....

SIGNATURE ET CACHET DE LA COLLECTIVITE





## LE REGISTRE DES ACCIDENTS

Ce registre permet de recenser tous les accidents et incidents de service, de travail et de trajet, et d'assurer la traçabilité de ces événements indésirables au sein de la structure. Il est accessible en permanence à tous les agents.

Ce registre s'inscrit dans une démarche de prévention ayant pour objectif la maîtrise des risques professionnels et la diminution des accidents.

Les agents sont informés du fonctionnement et de l'intérêt de ce registre.

**Toute blessure, bénigne ou grave, subie par un agent, quel que soit son statut et son temps de travail, sera signalée dans ce registre.**

A chaque incident ou accident, l'agent victime devra remplir ce document en concertation avec l'Autorité territoriale, la personne référente au sein des ressources humaines, ou encore l'assistant / le conseiller de prévention ayant été nommé.

Une analyse immédiate sera effectuée afin de définir des mesures conservatoires et les causes de l'incident / accident seront recherchées afin d'éviter le renouvellement de cet événement indésirable.

Cette analyse se compose de 2 parties :

- Un recueil de faits selon la méthode QQQQCP (Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?)
- Une recherche de causes simplifiée avec la méthode des « 5 Pourquoi »

Une fois complétée, chaque fiche d'analyse sera transmise recto/verso aux autorités compétentes et acteurs de la prévention.

**La tenue de ce registre ne dispense pas des déclarations externes obligatoires des accidents de service ou de travail.**







**FICHE D'ANALYSE N° .....**
**Avec arrêt de travail** 
**Sans arrêt de travail** 
**INCIDENT (accident bénin)** 
**ACCIDENT CORPOREL** 
**ACCIDENT MATERIEL** 
**Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)**

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe							
	Service		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Poste occupé			Jour de semaine :				
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles			
	Autres accidents de travail de la victime			Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	Si oui, précisez					OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Y'a-t-il la présence de témoins ?		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)		Matériaux utilisés pendant l'accident						
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Matériels utilisés pendant l'accident				
				Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
			Si oui, précisez					
			Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent			
Photos	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			Protections collectives			
Constat amiable	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>POURQUOI ?</b>	Evènement particulier ou inhabituel				



## RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'AUDE

**CAUSES DIRECTES**

**MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES**

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

Pourquoi 1

Pourquoi 2

Pourquoi 3

Pourquoi 4

Pourquoi 5

**CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES**

**MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES**

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique



FICHE D'ANALYSE N° .....

Avec arrêt de travail

Sans arrêt de travail

INCIDENT (accident bénin)

ACCIDENT CORPOREL

ACCIDENT MATERIEL

Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe							
	Service		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Poste occupé			Jour de semaine :				
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles			
Autres accidents de travail de la victime		Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez		Y'a-t-il la présence de témoins ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Matériaux utilisés pendant l'accident				
				Matériels utilisés pendant l'accident				
				Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
			Si oui, précisez					
			Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent			
Photos	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			Protections collectives			
Constat amiable	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>POURQUOI ?</b>	Evènement particulier ou inhabituel				



## RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'AUBE

**CAUSES DIRECTES**

**MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES**

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

**Pourquoi 1**

**Pourquoi 2**

**Pourquoi 3**

**Pourquoi 4**

**Pourquoi 5**

**CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES**

**MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES**

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique



**FICHE D'ANALYSE N° .....**

**Avec arrêt de travail**

**Sans arrêt de travail**

**INCIDENT (accident bénin)**

**ACCIDENT CORPOREL**

**ACCIDENT MATERIEL**

**Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)**

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Service			Jour de semaine :				
	Poste occupé							
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche							
	Horaires habituels		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Statut			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Formations suivies				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
Autres accidents de travail de la victime		Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles						
Y'a-t-il des conséquences corporelles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez						OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Y'a-t-il la présence de témoins ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		Matériaux utilisés pendant l'accident				
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)				Matériels utilisés pendant l'accident				
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
				Si oui, précisez				
			Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent			
					Protections collectives			
Photos	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>POURQUOI ?</b>	Evènement particulier ou inhabituel				
Constat amiable	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						



## RECHERCHE DE CAUSES

CAUSES DIRECTES	MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

Pourquoi 1

Pourquoi 2

Pourquoi 3

Pourquoi 4

Pourquoi 5

## CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES

## MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES

HUMAINES :	
ORGANISATIONNELLES :	
TECHNIQUES / MATERIELLES :	
ENVIRONNEMENTALES :	

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention	Pilote(s)	Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :	Le :	Signature
-------------	------	-----------

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale	Assistant de prévention
Responsable hiérarchique	

**FICHE D'ANALYSE N° .....**
**Avec arrêt de travail** 
**Sans arrêt de travail** 
**INCIDENT (accident bénin)** 
**ACCIDENT CORPOREL** 
**ACCIDENT MATERIEL** 
**Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)**

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe							
	Service		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Poste occupé			Jour de semaine :				
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles			
Autres accidents de travail de la victime		Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Y'a-t-il la présence de témoins ?		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)								
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Matériaux utilisés pendant l'accident				
				Matériels utilisés pendant l'accident				
			Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
			Si oui, précisez					
		Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent				
				Protections collectives				
Photos		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>					
Constat amiable		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>POURQUOI ?</b>	Evènement particulier ou inhabituel			



## RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'AUDE

**CAUSES DIRECTES**

**MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES**

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

**Pourquoi 1**

**Pourquoi 2**

**Pourquoi 3**

**Pourquoi 4**

**Pourquoi 5**

**CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES**

**MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES**

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique



**FICHE D'ANALYSE N° .....**

**Avec arrêt de travail**

**Sans arrêt de travail**

**INCIDENT (accident bénin)**

**ACCIDENT CORPOREL**

**ACCIDENT MATERIEL**

**Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)**

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe							
	Service		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Poste occupé			Jour de semaine :				
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles			
Autres accidents de travail de la victime		Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Y'a-t-il la présence de témoins ?		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)		Matériaux utilisés pendant l'accident						
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Matériels utilisés pendant l'accident				
				Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
			Si oui, précisez					
			Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent			
Photos		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Protections collectives				
Constat amiable		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>POURQUOI ?</b>	Evènement particulier ou inhabituel			



## RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'AUDE

**CAUSES DIRECTES**

**MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES**

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

Pourquoi 1

Pourquoi 2

Pourquoi 3

Pourquoi 4

Pourquoi 5

**CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES**

**MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES**

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique



FICHE D'ANALYSE N° .....

Avec arrêt de travail

Sans arrêt de travail

INCIDENT (accident bénin)

ACCIDENT CORPOREL

ACCIDENT MATERIEL

Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe							
	Service		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Poste occupé			Jour de semaine :				
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles			
Autres accidents de travail de la victime		Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Y'a-t-il la présence de témoins ?		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)								
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Matériaux utilisés pendant l'accident				
				Matériels utilisés pendant l'accident				
			Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
			Si oui, précisez					
			Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent			
Photos		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Protections collectives				
Constat amiable		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>POURQUOI ?</b>	Evènement particulier ou inhabituel			



## RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'ALPES

**CAUSES DIRECTES**

**MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES**

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

**Pourquoi 1**

**Pourquoi 2**

**Pourquoi 3**

**Pourquoi 4**

**Pourquoi 5**

**CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES**

**MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES**

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique



FICHE D'ANALYSE N° .....

Avec arrêt de travail

Sans arrêt de travail

INCIDENT (accident bénin)

ACCIDENT CORPOREL

ACCIDENT MATERIEL

Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe							
	Service		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Poste occupé			Jour de semaine :				
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles			
Autres accidents de travail de la victime		Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Y'a-t-il la présence de témoins ?		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)		Matériaux utilisés pendant l'accident						
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Matériels utilisés pendant l'accident				
				Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
			Si oui, précisez					
			Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent			
					Protections collectives			
Photos		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>					
<b>POURQUOI ?</b>	Constat amiable		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>				
			Evènement particulier ou inhabituel					



## RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'ALPES

**CAUSES DIRECTES**

**MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES**

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

Pourquoi 1

Pourquoi 2

Pourquoi 3

Pourquoi 4

Pourquoi 5

**CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES**

**MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES**

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique



**FICHE D'ANALYSE N° .....**

**Avec arrêt de travail**

**Sans arrêt de travail**

**INCIDENT (accident bénin)**

**ACCIDENT CORPOREL**

**ACCIDENT MATERIEL**

**Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : [prevention.sante@cdg11.fr](mailto:prevention.sante@cdg11.fr)**

<b>QUI ?</b>	Collectivité		<b>OÙ ?</b>	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>			
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)				
	Age							
	Sexe							
	Service		<b>QUAND ?</b>	Date	Heure			
	Poste occupé			Jour de semaine :				
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		<b>COMMENT ?</b>	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/>	Seul <input type="checkbox"/>	Isolé <input type="checkbox"/>	Co-activité <input type="checkbox"/>
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)			
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)			
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles			
Autres accidents de travail de la victime		Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Y'a-t-il la présence de témoins ?		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)								
<b>QUOI ?</b>	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident			Matériaux utilisés pendant l'accident				
				Matériels utilisés pendant l'accident				
			Y'a-t-il des conséquences matérielles ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
			Si oui, précisez					
		Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)		EPI portés par l'agent				
				Protections collectives				
Photos		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>					
Constat amiable		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<b>POURQUOI ?</b>	Evènement particulier ou inhabituel			



## RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'AUDE

**CAUSES DIRECTES**

**MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES**

## ANALYSE DE L'ACCIDENT

**Pourquoi 1**

**Pourquoi 2**

**Pourquoi 3**

**Pourquoi 4**

**Pourquoi 5**

**CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES**

**MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES**

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

## PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

## VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

## TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique