

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

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|
| QUI ? | Collectivité | | OÙ ? | Travail intérieur <input type="checkbox"/> | Travail extérieur <input type="checkbox"/> | |
| | Nom et Prénom de la victime | | | Lieu précis (description + photos) | | |
| | Age | | | | | |
| | Sexe | | | | | |
| | Service | | QUAND ? | Date | Heure | |
| | Poste occupé | | | Jour de semaine : | | |
| | Ancienneté au poste / expérience à la tâche | | COMMENT ? | 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 ? | | |
| | Y'a-t-il des conséquences corporelles ? | OUI <input type="checkbox"/> | | NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, précisez | | | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| Y'a-t-il la présence de témoins ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | | Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ? | | |
| Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime) | | | | OUI <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| QUOI ? | 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 | | | | |
| | | EPI portés par l'agent | | | | |
| | | Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels) | | | | |
| | | Protections collectives | | | | |
| Photos | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | | | | |
| Constat amiable | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | POURQUOI ? | 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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| QUI ? | Collectivité | | OÙ ? | Travail intérieur <input type="checkbox"/> | Travail extérieur <input type="checkbox"/> | | | |
| | Nom et Prénom de la victime | | | Lieu précis (description + photos) | | | | |
| | Age | | | | | | | |
| | Sexe | | | | | | | |
| | Service | | QUAND ? | Date | Heure | | | |
| | Poste occupé | | | Jour de semaine : | | | | |
| | Ancienneté au poste / expérience à la tâche | | COMMENT ? | 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 | | | | | | |
| QUOI ? | 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"/> | | | | | |
| POURQUOI ? | Constat amiable | | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | 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



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

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| QUI ? | Collectivité | | OÙ ? | Travail intérieur <input type="checkbox"/> | Travail extérieur <input type="checkbox"/> | | | |
| | Nom et Prénom de la victime | | | Lieu précis (description + photos) | | | | |
| | Age | | | | | | | |
| | Sexe | | | | | | | |
| | Service | | QUAND ? | Date | Heure | | | |
| | Poste occupé | | | Jour de semaine : | | | | |
| | Ancienneté au poste / expérience à la tâche | | COMMENT ? | 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) | | | | | | | | |
| QUOI ? | 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"/> | | | | | |
| | | POURQUOI ? | | | | | | |
| | | | | 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

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| QUI ? | Collectivité | | OÙ ? | Travail intérieur <input type="checkbox"/> | Travail extérieur <input type="checkbox"/> | | | |
| | Nom et Prénom de la victime | | | Lieu précis (description + photos) | | | | |
| | Age | | | | | | | |
| | Sexe | | | | | | | |
| | Service | | QUAND ? | Date | Heure | | | |
| | Poste occupé | | | Jour de semaine : | | | | |
| | Ancienneté au poste / expérience à la tâche | | COMMENT ? | 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) | | | | | | | | |
| QUOI ? | 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"/> | | POURQUOI ? | | | |
| | | | | 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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| QUI ? | Collectivité | | OÙ ? | Travail intérieur <input type="checkbox"/> | Travail extérieur <input type="checkbox"/> | | | |
| | Nom et Prénom de la victime | | | Lieu précis (description + photos) | | | | |
| | Age | | | | | | | |
| | Sexe | | | | | | | |
| | Service | | QUAND ? | Date | Heure | | | |
| | Poste occupé | | | Jour de semaine : | | | | |
| | Ancienneté au poste / expérience à la tâche | | COMMENT ? | 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 | | | | |
| QUOI ? | 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"/> | | | | | |
| POURQUOI ? | 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

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| QUI ? | Collectivité | | OÙ ? | Travail intérieur <input type="checkbox"/> | Travail extérieur <input type="checkbox"/> | | | |
| | Nom et Prénom de la victime | | | Lieu précis (description + photos) | | | | |
| | Age | | | | | | | |
| | Sexe | | QUAND ? | Date | Heure | | | |
| | Service | | | Jour de semaine : | | | | |
| | Poste occupé | | | | | | | |
| | Ancienneté au poste / expérience à la tâche | | | | | | | |
| | Horaires habituels | | COMMENT ? | 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"/> | | | | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime) | | | | Matériaux utilisés pendant l'accident | | | | |
| QUOI ? | 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"/> | POURQUOI ? | 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

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| QUI ? | Collectivité | | OÙ ? | Travail intérieur <input type="checkbox"/> | Travail extérieur <input type="checkbox"/> | | | |
| | Nom et Prénom de la victime | | | Lieu précis (description + photos) | | | | |
| | Age | | | | | | | |
| | Sexe | | | | | | | |
| | Service | | QUAND ? | Date | Heure | | | |
| | Poste occupé | | | Jour de semaine : | | | | |
| | Ancienneté au poste / expérience à la tâche | | COMMENT ? | 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) | | | | | | | | |
| QUOI ? | 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"/> | | POURQUOI ? | | | |
| | | | | 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