|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Qui | Quand | Quoi | Où | A qui | Comment |
| AP / resp. service / RH / victime… (responsabilité de l’autorité territoriale)RHSecrétaire administratif CHSCT | Le plus tôt possible (idéalement dans les 24h)ImmédiatImmédiat | **Accident**Recueil des circonstances à chaudRelai information événementInformation CHSCT | Lieu de l’accident | RHSecrétaire administratif CHSCTPrésident CHSCTSecrétaire des OS | Formulaire 1 recueil des circonstances à chaudTransmission recueil circonstances à chaud.Transmission recueil circonstances à chaud |
| Qui | Quand | Quoi | Où | A qui | Comment |
| Président CHSCTSecrétaire des OSPas d’enquête par la délégationPrésident du CHSCTGroupe de travail (Délégation + personnes concernées)Groupe de travailDélégationCHSCTPrésident CHSCT | 24h maxi24h maxiConseillé sous 8 jours Conseillé sous 8 joursDélai raisonnableSuite à la réunionMaximum 2 mois après la réunion | **Décision Intervention délégation**nonouiConvocation de la délégationRecueil des faitsAnalyse de l’accidentRecherche de solutionPrésentation des conclusions de l’enquête (pour information)Transmission propositionsTransmissions des suites données par l’autorité territoriale | Lieu de l’accidentSalle  | Aux membres de la délégationMembres du CHSCTAutorité territorialeMembres du CHSCT | Règlement intérieur du CHSCTRecueil circonstances à chaud.Courrier / mailFormulaire 2 recueil des faitsFormulaire 3 Rapport d’enquêteRéunion CHSCT ordinaire ou exceptionnellePV réunionCommunication écrite |

**Identification de l’accident**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’agent : | Prénom :  |
| Service :  | Fonctions : |
| Date de l’accident : | Heure : |
| Lieu : |

**Circonstances de l’accident**

Tâche effectuée au moment de l’accident :

Descriptif succinct de l’accident :

Travail seul □ en équipe □ Tâche habituelle : oui □ non □

Horaires de travail le jour de l’accident : Horaires habituels : oui □ non □

Tiers impliqué : oui □ non □

**Matériel / produits**

Matériel / produits utilisés :

Equipements de protection individuelle utilisés :

Autres informations relatives au matériel/produits utilisés :

**Environnement de travail**

Conditions climatiques :

Ambiances de travail (bruit, poussières, éclairage…) :

Autres informations relatives à l’environnement de travail :

**Photos / Schémas**

**Mesures d’urgence / Atteintes à la santé**

Premiers secours : *(recours Sauveteur secouriste du travail, appel des services de secours….)*

Siège des lésions :

Nature des lésions :

Mesures de mise en sécurité du site : oui □ non □

Descriptif des mesures :

Autres informations relatives aux mesures d’urgence / atteintes à la santé :



**Témoins / Personnes averties**

Témoins *(personnes ayant vu l’accident se produire)* :

Nom : Prénom : Fonction :

Nom : Prénom : Fonction :

Nom : Prénom : Fonction :

1er averti : Nom : Prénom : Fonction :

Autres personnes averties :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Qui | Fonction / Lien avec la victime | Par qui |
|  | Responsable hiérarchique |  |
|  | Ressources humaines |  |
|  |  |  |

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | Fonction |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

DATE D’ENQUETE : \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_

**Accident**

Nom de la victime : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Date de l’accident : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Lieu de l’accident : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Récit de l’accident (recueil des circonstances à chaud) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Documents consultés**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1) | **Nature** | **Date** | **Commentaires** |
|  | Document unique |  |  |
|  | Rapport d’inspection |  |  |
|  | Registre santé et sécurité |  |  |
|  | Statistiques accident |  |  |
|  | Fiche de poste |  |  |
|  | Consignes au poste de travail |  |  |
|  | Registre sécurité du matériel |  |  |
|  | Rapport de vérification |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Cocher les cases correspondantes

**I**ndividu

**Ta**che

**Ma**tériel

**Mi**lieu

Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Age : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Ancienneté dans la fonction : \_ \_ \_ \_ \_ \_

Formation(s) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Horaires de travail habituels : de \_ \_ h \_ \_ à \_ \_ h \_ \_ et de \_ \_ h \_ \_ à \_ \_ h \_ \_

Horaire de travail le jour de l’accident : de \_ \_ h \_ \_ à \_ \_ h \_ \_ et de \_ \_ h \_ \_ à \_ \_ h \_ \_

Au moment de l’accident : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Tâche habituelle  Tâche nouvelle Tâche imprévue

Descriptif de la tâche : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

EPI utilisé(s) : : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Matériel / outillage / machine utilisé(s) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Protection(s) collective(s) en place : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Conformité équipement : Oui Non

L’accident s’est produit : en intérieur en extérieur

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | O | N |  | O | N | Commentaires |
| Eclairage | Naturel |  |  | Artificiel |  |  |  |
| Aération | Naturelle |  |  | Mécanique |  |  |  |
| Température  | °C |  |
| Bruit |  |  |
| Vibration |  |  |

Poste encombré : Oui Non

Etat du sol : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_

Etat des murs : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Travail en équipe  Travail seul

Conditions climatiques : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Entretien avec la victime :

Entretien avec le responsable de service :

Consignes particulières le jour de l’accident :

Entretien avec le(s) témoin(s) :

Entretien avec le(s) collègue(s) :

Entretien avec un tiers :

Synthèse – Liste des faits:

DATE D’ENQUETE : \_ \_ / \_ \_ / 20\_ \_

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | Fonction\* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\* : pour les membres de la délégation, indiquer la fonction au sein du CHSCT.

**Victime**

Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Age : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Fonction : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Service : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Nom du responsable hiérarchique : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Accident**

Date de l’accident : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Lieu de l’accident : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Heure : \_ \_ h \_ \_

Récit de l’accident (recueil des circonstances à chaud) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Conséquences**

Siège des lésions :

Nature des lésions :

Hospitalisation :

Durée de l’arrêt :

**Tâche**

Au moment de l’accident : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Tâche habituelle  Tâche nouvelle Tâche imprévue

Travail en équipe  Travail seul

Matériel / outillage / machine utilisé(s) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Environnement / ambiance de travail : : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Causes de l’accident** (voir arbre des causes en annexe)

Facteurs d’accident :

-

-

-

-

-

**Actions proposées** (voir grille de choix des solutions en annexe)

Techniques :

Humaines :

Organisationnelles :



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Représentation |  |  |  |  |  |  |
| Points |  |  |  |  |  |  |