



## Support d'aide au recueil des informations suite à un accident (ou incident, presque-accident...)

Le document est extrait de la brochure « Analyser les accidents du travail et agir pour leur prévention » ED 6481

Ce support a pour objectif d'accompagner le groupe pluricompétent en charge de l'analyse d'un accident, dans le recueil des informations relatives à sa survenue.

Son utilisation est préconisée lors de la troisième étape de la démarche d'analyse des accidents.

Il est recommandé de conserver ce document complété afin de constituer une base d'enregistrement des accidents et d'avoir une trace écrite des circonstances de leur survenue.

*Remarque : ce support peut également être utilisé, en l'adaptant au besoin, pour recueillir des informations sur des incidents, presque-accidents, événements indésirables... que l'entreprise souhaite analyser.*

Nom et prénom de la victime : .....

Date de l'accident : .....

Mots-clés décrivant l'accident : .....

### A. Informations administratives sur l'accident

#### 1. Informations générales

Raison sociale de l'entreprise où a eu lieu l'accident : .....

Le cas échéant,

Agence d'intérim : .....

Autre entreprise extérieure : .....

Type d'accident :  accident du travail  accident de trajet

Accident déclaré :  sans arrêt  avec arrêt ➔ nombre de jours .....

Jour de la semaine : .....

Heure de l'accident : .....

Horaires de travail le jour de l'accident : .....

Horaires habituels de travail :  oui  non

Précisions : .....

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?  oui  non

Si oui, lesquelles (nom et prénom/entreprise) : .....

Autre type d'événement (incident, presque-accident...) : .....

Nature des dommages : .....

## 2. Informations concernant les secours

### a) Témoins

Qui a vu ou « entendu » l'accident ? .....

Qui a donné l'alerte ? .....

Quelle a été la première personne avisée ? .....

Des sauveteurs secouristes du travail sont-ils intervenus ?  oui  non

Si oui, lesquels : .....

Si non, pourquoi : .....

La victime a-t-elle été accompagnée à l'infirmerie ?  oui  non

Si oui, par qui : .....

Si non, pourquoi : .....

### b) Premiers soins

Qui a donné les premiers soins à la victime ? .....

Quels soins ont été donnés ? .....

Inscription sur le registre de déclaration des accidents bénins :  oui  non

Intervention des secours extérieurs

Cabinet médical → médecin consulté : .....

Hôpital/CHU/Clinique → lieu : .....

SAMU/SMUR

Autre (à préciser) : .....

## 3. Informations concernant les lésions

Siège des lésions et latéralité : .....

Nature des lésions : .....

### Nature des lésions

<input type="checkbox"/> Coupure	<input type="checkbox"/> Irritation oculaire	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Choc
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Irritation cutanée	<input type="checkbox"/> Intoxication	<input type="checkbox"/> Électrisation
<input type="checkbox"/> Plaie superficielle	<input type="checkbox"/> Brûlure superficielle	<input type="checkbox"/> Commotion/traumatisme	<input type="checkbox"/> Électrocution
<input type="checkbox"/> Plaie profonde	<input type="checkbox"/> Brûlure étendue	<input type="checkbox"/> Empoisonnement/infection	<input type="checkbox"/> Symptômes liés au stress
<input type="checkbox"/> Douleur musculaire	<input type="checkbox"/> Écrasement	<input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, lumière, radiation	<input type="checkbox"/> Décès
<input type="checkbox"/> Pincement	<input type="checkbox"/> Entorse/foulure	<input type="checkbox"/> Noyade/asphyxie	<input type="checkbox"/> Autre : .....

## B. Informations pour l'analyse de l'accident

---

### 1. L'organisation du travail

L'activité réalisée a-t-elle été préparée (équipements, itinéraires, horaires, météo, éventuels aléas...)?  oui  non

Précisions : .....

La victime gérait-elle un événement inhabituel (dysfonctionnement, panne, imprévu...) au moment de l'accident?  oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle reçu les consignes nécessaires pour réaliser l'activité en sécurité?  oui  non

Précisions : .....

Si l'activité réalisée nécessitait des autorisations de travail ou des habilitations (électrique, autorisation de conduite, permis de feu, hyperbare...), celles-ci étaient-elles délivrées?

oui  non

Précisions : .....

Un échange d'informations relatif à la tâche demandée a-t-il été réalisé en amont avec l'encadrement?  oui  non

Précisions : .....

Si le travail avait lieu en équipe, un échange d'informations relatif à la tâche demandée a-t-il été réalisé en amont entre les salariés?  oui  non

Précisions : .....

La victime était-elle en intervention dans une autre entreprise?  oui  non

Précisions : .....

Si l'activité réalisée avait lieu sur un chantier de BTP, la coordination SPS des intervenants était-elle prévue?  oui  non

Précisions : .....

Si oui, était-elle adaptée?  oui  non

Précisions : .....

Plusieurs entreprises/équipes de travail intervenaient-elles simultanément sur le lieu de l'activité au moment de l'accident?  oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle été confrontée à une agression (violence verbale et/ou physique)?

oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle déclaré être pressée, avoir des contraintes temporelles ?  oui  non

Précisions : .....

La victime était-elle seule au moment de l'accident ?  oui  non

Précisions : .....

## 2. La victime

Âge : .....

Sexe<sup>(1)</sup> :  féminin  masculin

Date de la dernière visite médicale du travail : .....

Restrictions d'aptitude ?  oui  non

Précisions : .....

Autres informations : .....

### a) Situation professionnelle

Date d'entrée dans l'entreprise : .....

Au moment de l'accident : Poste occupé : .....

Ancienneté au poste : .....

Travail posté :  journée  matin  après-midi  nuit

#### Formations et compétences (liste non exhaustive)

Objet	Date de réalisation
<input type="checkbox"/> Formation au poste de travail	
<input type="checkbox"/> Formation renforcée au poste de travail pour les intérimaires	
<input type="checkbox"/> Formation préparatoire à l'habilitation électrique	
<input type="checkbox"/> Formation à la conduite d'engins et d'équipements (Caces)	
<input type="checkbox"/> Formation à la prévention des risques liés à l'activité physique (Prap)	
<input type="checkbox"/> Formation sauveteur secouriste du travail	
<input type="checkbox"/> Autres formations (produits chimiques...): .....	

La victime a-t-elle suivi les formations adaptées au poste de travail pour travailler en sécurité ?

oui  non

Précisions : .....

La victime connaissait-elle les risques associés à la tâche demandée ?  oui  non

Précisions : .....

1. Cette information permet de prendre en compte l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe (article L.4121-3 du Code du travail).

## b) Situation au moment de l'accident

La victime savait-elle comment réaliser l'activité (information/formation) ?  oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle déclaré être fatiguée ?  oui  non

Précisions : .....

La victime était-elle sous l'emprise de l'alcool, de stupéfiants... ?  oui  non

Précisions : .....

## 3. La tâche demandée, l'activité réalisée

Description de l'activité réalisée au moment de l'accident (préciser les objectifs de la tâche demandée, les délais, ce qui est fait, les écarts éventuels avec la situation habituelle de travail...) : .....

La tâche demandée était-elle nouvelle ou inhabituelle ?  oui  non

Précisions : .....

L'activité était-elle réalisée pour la première fois ?  oui  non

Précisions : .....

La victime était-elle dans une position adaptée à l'activité lors de l'accident ?  oui  non

Précisions : .....

L'activité réalisée imposait-elle des postures pénibles ?  oui  non

Précisions : .....

L'activité réalisée imposait-elle des gestes répétitifs ?  oui  non

Précisions : .....

L'activité réalisée nécessitait-elle de manutentionner des charges ?  oui  non

Précisions : .....

Si oui, ces charges étaient-elles lourdes ?  oui  non

Précisions : .....

Plusieurs actions étaient-elles réalisées en même temps (marcher, conduire, lire, téléphoner, porter...)?  oui  non

Précisions : .....

La victime s'est-elle blessée lors d'une opération de déballage ou de déconditionnement ?

oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle été heurtée par un objet en mouvement ?  oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle perdu l'équilibre (trébuchement, déséquilibre, glissade...)?  oui  non

Précisions : .....

#### 4. Le milieu

##### a) Localisation de l'accident

Emplacement :  intérieur  extérieur

Nom du lieu/bâtiment : .....

Secteur : .....

Sous-secteur ou machine : .....

Partie de machine : .....

Poste de travail habituel de la victime :  oui  non

L'emplacement était-il connu de la victime ?  oui  non

Précisions : .....

Si la victime était en déplacement :

Lieu de départ : .....

Lieu d'arrivée : .....

Motif du déplacement : .....

##### b) Environnement de travail

L'environnement de travail présentait-il des nuisances physiques ou chimiques ?

<input type="checkbox"/> Bruit	<input type="checkbox"/> Éclairage
<input type="checkbox"/> Vibrations	<input type="checkbox"/> Poussières
<input type="checkbox"/> Vapeurs/aérosols/gaz	<input type="checkbox"/> Ambiances thermiques (froid/chaud)
<input type="checkbox"/> Conditions climatiques (vent, pluie, neige...)	<input type="checkbox"/> Autres : .....

Précisions : .....

La zone de travail était-elle encombrée (palettes, cartons, matériels, outils...)?  oui  non

Précisions : .....

Le sol présentait-il un état particulier (glissant, sale, abîmé, différences de niveaux, pente...)?

oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle fait une chute de hauteur (quai, fosse, toiture...)?  oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle fait une chute dans les escaliers ?  oui  non

Précisions : .....

L'activité était-elle réalisée dans un espace confiné (puits, fosse, conduite, citerne, cave...)?

oui  non

Précisions : .....

Les circulations piétons/véhicules/engins étaient-elles sécurisées contre le risque de collision ?

oui  non

Précisions : .....

La victime intervenait-elle sur la voie publique (route et ses abords), à l'extérieur de son véhicule ?

oui  non

Précisions : .....

L'accident est-il lié à un départ de feu (travaux par point chaud, incendie, explosion...)?

oui  non

Précisions : .....

L'accident est-il lié à de l'électricité statique ?  oui  non

Précisions : .....

## 5. Les produits, équipements utilisés

### a) Si l'accident met en cause l'utilisation de produits chimiques

Produits chimiques utilisés : .....

Des dégagements de vapeurs, aérosols, gaz avaient-ils lieu dans l'environnement de travail ?

oui  non

Précisions : .....

La victime a-t-elle été exposée à un ou des produits chimiques ?  oui  non

Précisions : .....

L'accident a-t-il impliqué des déchets dangereux (résidus, emballages souillés...)?

oui  non

Précisions : .....

Les produits chimiques étaient-ils stockés à un endroit spécifique (local, armoire...)?

oui  non

Précisions : .....

Les produits chimiques étaient-ils étiquetés de façon adaptée ?  oui  non

Précisions : .....

Les fiches de données de sécurité des produits étaient-elles disponibles ?  oui  non

Précisions : .....

Si oui, étaient-elles consultables ?  oui  non

Précisions : .....

**b) Si l'accident implique des équipements (outils, matériels, machines, engins...)**

Équipements utilisés : .....

Les équipements utilisés étaient-ils adaptés à l'activité réalisée ?  oui  non

Précisions : .....

Les équipements utilisés étaient-ils en bon état ?  oui  non

Précisions : .....

Les équipements utilisés étaient-ils entretenus/contrôlés (pour le maintien en conformité) ?

oui  non

Précisions : .....

La victime savait-elle comment utiliser les équipements en toute sécurité ?  oui  non

Précisions : .....

L'accident a-t-il eu lieu lors d'une opération d'entretien/de maintenance d'un équipement ?

oui  non

Précisions : .....

**c) Si l'accident implique une installation électrique**

L'installation électrique présentait-elle un défaut ?  oui  non

Précisions : .....

L'installation électrique était-elle entretenue/contrôlée (pour le maintien en conformité) ?

oui  non

Précisions : .....

L'installation électrique était-elle hors tension au moment de l'intervention ?  oui  non

Précisions : .....

Le matériel électrique utilisé (baladeuse, outillage électroportatif comme les meuleuses, coffret de chantier...) était-il adapté à l'environnement de travail (travail en extérieur, pluie, poussières, atmosphère explosive, enceinte conductrice exigüe...)?  oui  non

Précisions : .....

La victime possédait-elle le matériel adapté à son intervention sur l'installation électrique ?

oui  non

Précisions : .....

L'accident a-t-il eu lieu suite à un contact avec le réseau électrique sous tension (lignes aériennes ou enterrées) ?  oui  non

Précisions : .....

**d) Si la victime a fait une chute de hauteur**

- Équipements pour **travailler en hauteur** (échafaudage, plateforme individuelle roulante...)

Le ou les équipements utilisés pour **travailler en hauteur** étaient-ils adaptés ?  oui  non

Précisions : .....

Étaient-ils en bon état ?  oui  non

Précisions : .....

Étaient-ils entretenus/contrôlés (pour le maintien en conformité) ?  oui  non

Précisions : .....

- Équipements pour **accéder en hauteur** (échelle, escabeau, marchepied...)

Le ou les équipements utilisés pour **accéder en hauteur** étaient-ils adaptés ?  oui  non

Précisions : .....

Étaient-ils en bon état ?  oui  non

Précisions : .....

Étaient-ils entretenus/contrôlés (pour le maintien en conformité) ?  oui  non

Précisions : .....

**e) Si l'accident implique un véhicule**

Type de véhicule : .....

Le véhicule présentait-il un défaut ?  oui  non

Précisions : .....

Le véhicule était-il entretenu/contrôlé (pour le maintien en conformité) ?  oui  non

Précisions : .....

Le véhicule était-il adapté à la mission ?  oui  non

Précisions : .....

**f) Si des équipements de protection collective (EPC) étaient utilisés lors de l'accident**

L'activité réalisée nécessitait-elle l'utilisation d'EPC ?  oui  non

Précisions : .....

Si oui, les EPC ont-ils été utilisés ?  oui  non

Précisions : .....

Si oui, les EPC utilisés étaient-ils en bon état ?  oui  non

Précisions : .....

Les EPC utilisés étaient-ils entretenus/contrôlés (pour le maintien en conformité) ?

oui  non

Précisions : .....

**g) Si des équipements de protection individuelle (EPI) étaient utilisés lors de l'accident**

L'activité réalisée nécessitait-elle le port d'EPI ?  oui  non

Précisions : .....

Si oui, la victime disposait-elle des EPI adaptés à l'activité ?  oui  non

Précisions : .....

Si oui, la victime portait-elle des EPI ?  oui  non

Précisions : .....

EPI	Mis à disposition	Portés au moment de l'accident
Gants de protection (chimique, manutention...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaussures de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vêtements de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnais de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protections auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protections respiratoires (masque, ARI...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vêtements haute visibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La victime était-elle formée à l'utilisation des EPI mis à sa disposition ?  oui  non

Précisions : .....

Les EPI portés étaient-ils en bon état ?  oui  non

Précisions : .....

Les EPI portés étaient-ils entretenus/contrôlés (pour le maintien en conformité) ?

oui  non

Précisions : .....