

# Analyse de situations dangereuses, incidents ou accidents

Unité de travail :  Atelier  Administratif  Exploitation  Distribution  Ligne

Ce document est renseigné par : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

ACTE / SITUATION DANGEREUSE  INCIDENT  ACCIDENT SANS ARRET  
 ACCIDENT AVEC ARRET  ACCIDENT DE TRAJET

Identité de la victime : NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 1 - CIRCONSTANCES

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nature du travail effectué : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Geste précis effectué par la victime :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- La victime pratiquait-elle des horaires fixes ?  Non  Oui ⇒ Lesquels :  
 \_\_\_\_\_

- A quelle heure la victime avait-elle débuté son service ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Y a-t-il eu un témoin ?  Non  Oui ⇒ Qui

Siège des lésions :

Tête  Dos  Cervicale  
 Membre inférieur  Genoux  Cheville  
 Epaule  Coude  
 Main  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

L'accident a été provoqué par :

Une chute de plain-pied  
 Une chute de hauteur  
 Circulation interne de véhicule  
 Risques routiers en mission  
 Une manutention manuelle  
 Une manutention mécanique  
 Utilisation de produit chimique  
 Un équipement de travail  
 Une chute d'objet  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

## Individu

Nature de l'emploi : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Date d'embauche : \_\_\_\_\_

Expérience et formation (interne/externe) de la victime :  
 \_\_\_\_\_

Personne(s) présente(s) au moment de l'accident :

- Ces personnes ont-elles joué un rôle (même passif) lors de l'accident ?  Oui  Non

- Si oui, qui et lequel ?  
 \_\_\_\_\_

Commentaires :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Tâche & Activité

- L'activité au moment des faits correspondait-elle à une tâche prescrite ?  Oui  Non  
 Si non, répondait-elle à une instruction de la hiérarchie ou du client ?  Oui  Non  
 ⇒ Laquelle ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Une formation particulière a-t-elle été réalisée pour l'exécution de la tâche ?  Oui  Non  
 - La présence d'éléments inhabituels ou l'absence d'éléments habituels a-t-elle été constatée ?  Oui  Non  
 Préciser lesquels :  
 \_\_\_\_\_

- Le salarié bénéficiait-il de toutes les informations nécessaires pour réaliser son travail correctement ?  Oui  Non  
 - Le salarié est-il sous contrainte de temps dans la réalisation de son travail ?  Oui  Non  
 Commentaires :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Matériel

Matériel utilisé au moment de l'accident ?  Aucun  Véhicule \_\_\_\_\_  Autre

Le matériel utilisé a-t-il joué un rôle dans l'accident ?  Non  Oui ⇒  Aggravant  
 Protecteur

Si oui, description :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Éléments de prévention/sécurité en place :  Casque  Gants  Chaussures de sécurité  
 Lunettes  Harnais  Ceinture de sécurité  
 Rambarde  Marquage au sol  Autre

Commentaires :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Milieu

Adresse du lieu où s'est produit l'accident :  
 \_\_\_\_\_

- Quel temps faisait-il (en cas d'accident à l'extérieur) ?  
 - La victime connaissait-elle les lieux de l'accident ?  Oui  Non  
 - S'agit-il du lieu de travail habituel ?  Oui  Non  
 - Si l'accident s'est produit chez un client, un protocole de sécurité avait-il été signé ?  Oui  Non  
 - Était-il respecté à ce moment-là ?  Oui  Non  
 Commentaires sur l'environnement de travail, l'éclairage, l'état du sol, le plan de circulation appliqué, etc.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 2 - IMPACT SUR LE FONCTIONNEMENT

### IMPACT HUMAIN :

- L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?  Non  Oui Durée :

\_\_\_\_\_

- L'accident a-t-il entraîné des conséquences physiques lourdes ?  Non  Oui

Si oui, lequel ?

\_\_\_\_\_

### IMPACT SUR L'ORGANISATION :

- La victime peut-elle être remplacée ?

Non ⇒ Motif :  Durée d'arrêt trop courte  Spécificité du poste  Autre :

\_\_\_\_\_

Oui ⇒ Comment :

\_\_\_\_\_

- L'entreprise risque-t-elle de voir sa rentabilité ou la qualité de son service altérée ?  Non  Oui

## 3 - ANALYSE DES CAUSES ET PROPOSITIONS

Parmi les circonstances évoquées, quelles sont celles qui ont été à l'origine de l'accident ou l'ont aggravé ?

Ordre	Circonstances	Origines & facteurs aggravants
1		
2		
3		
	Autre :	

Mesure(s) proposée(s) : préventive(s)/corrective(s) - Validé(es) par le CSSCT/ les salariés concernés	Oui	Non
Humain : (sensibilisation, formation, mesures individuelles, etc.)		
Organisation : (gestion de tournées, communication des protocoles de sécurité, etc.)		
Technique : (modification, renouvellement du matériel, etc.)		

Responsable(s) du suivi des mesures :

- Organisation :

- Humain :

- Technique :

Les risques identifiés sont-ils intégrés au DU ?

Non

Oui