

Arrêté n° 1209 – T du 19 mars 1993
Déterminant la nature des renseignements à fournir par les
Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
A l'Inspection du Travail

Historique :

Créé (e) par

Arrêté n°1209 – T du 19 mars 1993 déterminant la nature des renseignements à fournir par les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail à l'Inspection du Travail.

JONC du 6 avril 1993 page 1233

Article 1

Lorsque le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou à défaut les délégués du personnel, a effectué des enquêtes à la suite d'un accident du travail grave ou d'incidents répétés ayant révélé un risque grave ou une maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave, ou en vue de rechercher des mesures préventives dans toute situation d'urgence et de gravité, notamment lors de la mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 43 de l'ordonnance n° 85-1181 du 13 Novembre 1985, celui-ci transmet à l'Inspecteur du Travail une fiche de renseignements établie selon l'un des modèles figurant en annexe du présent arrêté.

Cette fiche, revêtue de la signature du chef d'établissement et du représentant du personnel, est adressée, en double exemplaire, dans les quinze jours suivant l'enquête, à l'Inspecteur du Travail.

N.B : Pour l'application de cet article se référer à l'article Lp. 261-13 du code du travail de Nouvelle-Calédonie.

ENQUETE

DU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (1)
DES DELEGUES DU PERSONNEL (1)

**RELATIVE A DES SITUATIONS DE RISQUE GRAVE OU
A DES INCIDENTS REPETES AYANT REVELE UN RISQUE GRAVE**

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire
(1) rayer la mention inutile

L'ETABLISSEMENT

Nom ou Raison Sociale:.....
Adresse:.....
.....
Activité économique:..... Code APE:..... Effectif du personnel occupé:.....

LA SITUATION DE RISQUE GRAVE

Date et heure du fait générateur:.....
Poste de travail concerné:.....
Nature de risque:.....
.....
Nom et qualification du (ou des) salarié(s) exposé(s):.....
.....
.....

L'ENQUETE DU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (2)

Analyse des causes de la situation de risque grave, ou de(s) l'incident(s) ayant révélé un risque grave

Mesures préconisées en vue d'en éviter le retour (et notamment actions de formation appropriées)

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête

NOM	QUALITE	Date de l'enquête

(2) compléter au verso si nécessaire

Signature du Président:
Le chef d'établissement ou son représentant

Signature du représentant
du personnel au CHSCT

ENQUETE
DU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (1)
DES DELEGUES DU PERSONNEL (1)
RELATIVE
A UN ACCIDENT DU TRAVAIL GRAVE

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire
(1) rayer la mention inutile

L'ETABLISSEMENT

Nom ou Raison Sociale.....
 Adresse :.....
 Activité économique :..... Code APE :..... Effectif du personnel occupé :.....

LA VICTIME

Nom:..... Epouse:..... Prénom:.....
 Nationalité:..... Date de naissance:...../...../...../ Sexe (1) Masc. Fem.
 Ancienneté dans le poste:..... Ancienneté dans la profession (si possible):.....
 Date d'embauche:...../...../...../ Poste occupé:.....

Si la VICTIME est un salarié mis à disposition par une entreprise extérieure ou un salarié d'une entreprise de travail temporaire

Nom ou Raison Sociale:.....
 Adresse:.....

 Activité économique:..... CodeAPE:.....

L'ACCIDENT

Date : / / / Lieu de l'accident :.....
 Heure : h min
 Circonstances de l'accident :.....

 Nature, siège et conséquences des blessures produites par l'accident :

L'ENQUETE DU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (2)		
Analyse des causes de l'accident :		
Mesures préconisées en vue d'en éviter les retour (et notamment actions de formation appropriées)		
Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête		
NOM	QUALITE	Date de l'enquête

(2) compléter au verso si nécessaire

Signature du Président:
 le chef d'établissement ou son représentant

Signature du représentant
 du personnel au CHSCT

ENQUETE

DU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (1)
DES DELEGUES DU PERSONNEL (1)

**RELATIVE A UNE SITUATION DE TRAVAIL REVELANT UN RISQUE DE
MALADIE PROFESSIONNELLE OU A CARACTERE PROFESSIONNEL GRAVE**

Fiche à adresser dans les 15 jours à l'Inspecteur du Travail, en double exemplaire
(1) **rayer la mention inutile**

L'ETABLISSEMENT

Nom ou Raison Sociale :

Adresse :

.....

Activité économique : Code APE : Effectif du personnel occupé :

LE FAIT GENERATEUR DE L'ENQUETE

S'il s'agit d'une déclaration de maladie professionnelle ou à caractère professionnel, mentionner
tableau n° ou rubrique n°

Date de déclaration : / / /

L'ANALYSE ET L'EVALUATION DU RISQUE PROFESSIONNEL (2)

Lieu de l'enquête : préciser le ou les postes de travail l'atelier ou l'installation concernés, la nature des fabrications

Agent chimique, physique, biologie ou autre susceptible d'être mis en cause

Nature

Exposition

caractères mesurables (le cas échéant, mesures quantitatives et/ou qualitatives effectuées)

circonstances favorisantes (procédés de travail, température, aération, conditions générales de travail)

nombre de salariés exposés et durée d'exposition (préciser par jour ou par semaine)

L'ENQUETE DU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (2)

Nom et qualité des personnes ayant effectué l'enquête

NOM

QUALITE

Date de l'enquête

(2) compléter au verso si nécessaire

Signature du

Président:

Le chef d'établissement ou son représentant

Signature du représentant
du personnel au CHSCT