



MINISTÈRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE LA JEUNESSE  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

## Académie de Rouen

### Plan de Prévention des Risques Routiers des Personnels.

Ce questionnaire s'adresse aux personnes impliquées dans un accident survenu lors d'un trajet "domicile travail" ou lors d'un déplacement effectué pour se rendre sur le lieu d'une "mission". Il a pour seule finalité d'enrichir la connaissance des facteurs qui concourent à la survenue de l'accident. Les éléments qui seront recueillis sont destinés à faciliter la mise en place d'actions de prévention du risque routier pour les personnels exerçant leurs missions auprès d'un établissement ou d'une école de l'Académie de Rouen.

Il concerne toutes les personnes qui sont rattachées à un établissement ou à une école de l'Académie de Rouen quelque soit le service destinataire de la déclaration d'accident effectuée, la nature et le lieu de la mission exercée.

Il est totalement **anonyme** et **sans relation avec la déclaration d'accident de travail** que vous effectuez par ailleurs.

Vous le transmettez à votre responsable, chef d'établissement ou IEN, dans une enveloppe cachetée sur laquelle vous ne porterez aucune indication. Cette enveloppe sera alors transmise à M. le Conseiller départemental de Prévention. Vous pouvez également l'envoyer vous-même directement à l'adresse ci-dessous correspondant à votre département.

- Pour le département de la Seine-Maritime:

Monsieur le Conseiller de Prévention, Inspection Académique de la Seine-Maritime, 5 places des  
Faïenciers, 76000 Rouen.

- Pour le département de l'Eure:

Monsieur le Conseiller de Prévention, Inspection Académique de l'Eure, Boulevard Georges Chauvin,  
27000 Evreux

Les questionnaires seront ensuite exploités par M. le Correspondant Académique Sécurité en charge du **PPRR**, en collaboration avec M. l'Inspecteur Santé Sécurité au Travail et M. les Conseillers de Prévention départementaux, **sans lien aucun avec le service en charge du traitement de votre déclaration d'accident du travail.**



Activité liée à votre déplacement concerné par l'accident:

- Vos horaires prévus le jour de l'accident: de... h à ...h et de ...h à.....h

- S'agit-il de vos horaires habituels?  Oui  non

- Vous sentiez vous dans une situation d'urgence en rapport avec les horaires attendus?  Oui  non

- Avez-vous modifié votre comportement ?  Oui  non

Si oui, comment? : .....

- Rouliez-vous plus vite que d'habitude?  Oui  non

- Y a-t-il eu un élément perturbant particulier durant le trajet ?  Oui  non

Si oui, lequel ? :.....

- D'autres personnes sont elles impliquées dans l'accident ?  Oui  non

Si oui, combien?.....

Lesquelles ?.....

Elles étaient: Piéton Cycliste Cyclomotoriste Moto Voiture(VL) Camionnette (VUL)

Elles étaient: Conducteur Passager

Vous : Avant, au moment et après l'accident:

- Avez-vous vécu un évènement récent qui selon vous pourrait avoir un lien avec l'accident (préoccupation, situation douloureuse...)?  Oui  non

- Étiez-vous dans une période de stress important, de fatigue accumulée, de maladie ?  Oui  non

Si oui, pourquoi?.....

- Avez-vous avant votre déplacement absorbé une substance psychoactive?  Oui  non

Si oui, la (es)quelle(s)? .....

Alcool Oui non Stupéfiants Oui non MédicamentsOui non Autres oui non

- Après l'accident, avez-vous été hospitalisé?  Oui  non

Si oui, combien de jours?  Un seul  Plus d'un.

- Comment l'accident s'est-il déroulé?.....

Facteurs responsables selon vous de l'accident ou qui selon vous en ont aggravé les conséquences:

- Quels ont été selon vous les éléments qui ont pu participer à la survenue de l'accident?.....
- Parmi ces éléments, quel a été selon vous le facteur déclencheur de l'accident?.....
- Quels ont été selon vous les éléments qui ont pu aggraver les conséquences de l'accident?.....
- Selon vous l'accident aurait-il pu être évité ? Oui non

Si oui comment :.....

Votre formation et votre situation de conducteur. Votre information de citoyen:

- Êtes-vous titulaire du BSR? Oui non
- Êtes-vous titulaire du permis de conduire? Oui non
- Si oui, quelle est la catégorie de votre permis ? A<sub>1</sub> A B C D E
- Connaissez-vous le nombre de points disponibles sur votre permis ? Oui non
- Vous sentez vous suffisamment informé sur:

Les nouvelles dispositions ou réglementations en matière de Code de la Route: Oui non

Le risque routier en général; Oui non

Votre risque routier en particulier: Oui non

- Ressentez-vous un besoin de formation ou d'information ? Oui non

Sur quels thèmes?

- le code de la route, l'alcool et le cannabis, la vitesse, le permis à points,
- les contrôles et les sanctions, les enfants, les jeunes, les piétons et les cyclistes,
- les motos, autres: précisez:

- Que souhaitez-vous ajouter?