

# OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DES DOMMAGES AU BETAIL

## ENQUETE SUR LES DOMMAGES AU BETAIL

N° DU DOSSIER : .....

Nom de l'agent ayant rédigé le constat : .....

Nom de l'agent ayant assisté au constat : .....

<b>CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS</b>	
Date et heure d'observation du dégât par le témoin :	
Nom de la personne ayant observé le dégât :	
Nom de la personne ayant déclaré le dégât :	
Date de déclaration du dégât :	
Date et heure de constatation par l'agent :	

<b>LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DU CONSTAT : joindre une photocopie de la carte au 1/25000</b>	
Commune administrative :	
Propriétaire du terrain :	
Lieu du dégât (lieu-dit, quartier...) :	
Si zone d'estive : nom de l'UP :	
Estive :	
Gestionnaire unité pastorale :	
Situation :	Z.C.-P. N.P. <input type="checkbox"/> Z.P.-P. N.P. <input type="checkbox"/> Hors Z.P.-P. N.P. <input type="checkbox"/>

<b>IDENTIFICATION DES PROPRIETAIRES</b>	
Propriétaire des bêtes	
nom :	
prénom :	
adresse :	
Berger responsable des bêtes (le cas échéant)	
nom :	
prénom :	
adresse :	

<b>NATURE ET ETAT DE LA VICTIME</b>	
Espèce :	
Race :	
Age :	

N° d'identification :	
Etat reproducteur :	
Soins récents : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; par le berger/propriétaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; par le vétérinaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, date des soins :	
Nature des lésions ou constatations à l'occasion des soins et état de la victime :	

<b>POSITION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'OBSERVATION PAR LE TEMOIN</b>	
Animal isolé :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Animal au milieu du troupeau :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence humaine à proximité :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence d'animaux domestiques différents à côté :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, lesquels :
Présence d'animaux sauvages à côté :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, lesquels :
Présence de vautours fauves à côté :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, combien :

<b>ÉTAT DE LA VICTIME AU MOMENT DES FAITS</b>	
Comportement de l'animal	
En déplacement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; au repos : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; au pacage : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; en fuite ou course soudaine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; ne sait pas / non observé : <input type="checkbox"/>	
État de santé de l'animal	
Normale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; blessée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; en cours de soins : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; tondue récemment : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; incapacité à se déplacer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; parturiente : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; accompagnée d'un nouveau-né : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Etat corporel de l'animal	
Si l'animal était blessé, semblait-il condamné :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si l'animal n'était pas condamné, pouvait-il récupérer un état 100% normal :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si l'animal était blessé juste avant les faits, remarques sur l'état de l'animal par le berger/ propriétaire :	

<b>ÉTAT DE LA VICTIME APRES LES FAITS</b>	
Intervention du vétérinaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	si oui, nom du vétérinaire : .....
Prélèvements : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	adresse : .....
Autopsie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....

<b>METEOROLOGIE AU MOMENT DES FAITS</b>	
Indéterminée :	Fortes chaleurs
Variable :	Orages
Beau temps avec nappes de brouillard :	Chutes de neige :
Brouillard :	Neige au sol :
Pluie régulière :	Période de beau temps après une période plus ou moins longue de mauvais temps :
Temps lourd et orageux :	Temps froid à très froid :
Remarques :	

<b>DESCRIPTION DE LIEUX A L'ENDROIT DU DEGAT ET DE LA POSITION DE LA VICTIME</b>		
Nature du milieu	Position de l'animal	Distance de l'animal par rapport au milieu
Lisière de bois		
Présence d'une falaise		
Ruisseau		
Lande		
Pâturage		
Ravin		
Éboulis		
Cabane		
Habitation(s)		
Bâtiment d'élevage		

<b>GESTION DU TROUPEAU ET MODE DE GARDIENNAGE</b>	
Date d'arrivée du troupeau sur les lieux :	
Nature du troupeau :	
Nombre de bêtes présentes :	
Mode de gardiennage habituel :	
Berger/propriétaire présent en continu : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si berger/propriétaire absent une partie du temps :	
Troupeau regroupé tous les soirs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Bêtes en liberté totale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; 2 visites tous les jours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; 1 visite tous les jours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; 1 visite tous les 2-3 jours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; 1 visite par semaine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date de la dernière visite au troupeau avant le dégât :	
Mode de gardiennage au moment du dégât :	
Berger/propriétaire présent : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; présence d'un chien : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; troupeau regroupé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

<b>CONSTATATIONS FAITES PAR L'AGENT SUR LES LIEUX DU DEGAT</b>	
Présence de vautours sur place ou autour :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, combien :
Présence de grands corbeaux :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence d'autres rapaces :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence connue de chiens errants dans les environs :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence de traces ou de crottes de :	renard <input type="checkbox"/> chien <input type="checkbox"/> ours <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
Passage (ou présence) connu(e) de l'ours dans le secteur :	
Présence de plumes de vautours sur les lieux :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence de : terre grattée <input type="checkbox"/> pierre(s) retournée(s) <input type="checkbox"/> couche <input type="checkbox"/>	

<b><u>OBSERVATIONS DE L'AGENT</u></b> NOM : DATE : HEURE :		<b>CONSTATATIONS FAITES SUR LA VICTIME</b> (le cas échéant) <b><i>PENSER A FAIRE DES PHOTOS</i></b>	<b><u>OBSERVATIONS DU TEMOIN</u></b> NOM : DATE : HEURE :	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Causes :</u>	Impossibilité de faire des observations sur la victime	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Causes :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions des yeux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à la langue	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à la gorge	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur la tête	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le cou	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>

oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à l'anus	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions aux mamelles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le ventre	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur les pattes avant ou arrière	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le dos	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à la vulve	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le nouveau né	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>

**REMARQUES DIVERSES DES AGENTS SUR LE DEGAT**

<b>RECUEIL DES TEMOIGNAGES : TEMOIGNAGE N°</b>	
<i>Un témoignage est à remplir par personne interrogée</i>	
Nom de la personne interrogée :	
Prénom de la personne interrogée :	
Adresse de la personne interrogée :	
Lien avec le propriétaire :	
Date de recueil du témoignage :	
La personne a :	assisté <input type="checkbox"/> n'a pas assisté <input type="checkbox"/>
Si la personne a assisté, date d'observation des faits :	
Si la personne n'a pas assisté, d'où lui viennent les informations :	
Propos rapportés par la personne interrogée	

VISA DE L'AGENT

VISA DU TEMOIN