

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 :

CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS

| | |
|--|--|
| 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 : | |

LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DU CONSTAT : joindre une photocopie de la carte au 1/25000

| | |
|---|--|
| 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"/> |

IDENTIFICATION DES PROPRIETAIRES

| | |
|---|--|
| Propriétaire des bêtes | |
| nom : | |
| prénom : | |
| adresse : | |
| Berger responsable des bêtes (le cas échéant) | |
| nom : | |
| prénom : | |
| adresse : | |

NATURE ET ETAT DE LA VICTIME

| | |
|----------|--|
| 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 : | |
| | |

| POSITION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'OBSERVATION PAR LE TEMOIN | |
|--|--|
| 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 : |

| ÉTAT DE LA VICTIME AU MOMENT DES FAITS | |
|---|---|
| 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 : | |
| | |

| ÉTAT DE LA VICTIME APRES LES FAITS | |
|---|------------------------------------|
| | |
| 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"/> | |

| METEOROLOGIE AU MOMENT DES FAITS | |
|---|---|
| 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 : | |

| DESCRIPTION DE LIEUX A L'ENDROIT DU DEGAT ET DE LA POSITION DE LA VICTIME | | |
|--|----------------------|--|
| 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 | | |

| GESTION DU TROUPEAU ET MODE DE GARDIENNAGE | |
|--|--|
| 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"/> | |

| CONSTATATIONS FAITES PAR L'AGENT SUR LES LIEUX DU DEGAT | |
|--|--|
| 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"/> | |

| <u>OBSERVATIONS DE L'AGENT</u> NOM : DATE : HEURE : | | CONSTATATIONS FAITES SUR LA VICTIME (le cas échéant) <i>PENSER A FAIRE DES PHOTOS</i> | <u>OBSERVATIONS DU TEMOIN</u> 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

| RECUEIL DES TEMOIGNAGES : TEMOIGNAGE N° | |
|--|---|
| <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