

Important : Le supérieur immédiat doit compléter ce rapport, en assurer le suivi et acheminer une copie à la direction du service et au secrétaire du comité de santé et sécurité au travail.

SECTION « ENQUÊTE »

Travailleur accidenté			
Nom :		Prénom :	
Fonction occupée lors de l'accident : _____			
Groupe d'employés : Cols bleus <input type="checkbox"/> Cols blancs <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Cadres <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Statut : Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Service : _____			
Horaire de travail le jour de l'accident			
<input type="checkbox"/> Jour	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire
Accident			
Date :		Heure :	Jour :
Lieu précis de l'accident :			
Blessure SANS perte de temps <input type="checkbox"/>		Blessure AVEC perte de temps <input type="checkbox"/>	
Dommmage matériel : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Visite des lieux de l'accident : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Date de la visite : _____	
Par (nom, prénom, fonction) :		Heure de la visite : _____	
Témoins ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
1° Nom, prénom, fonction : _____			
2° Nom, prénom, fonction : _____			
Arrêt de travail			
Date :		Heure :	Durée prévue :
Premiers soins			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date :		Heure :
Administrés par : _____			

Nature des lésions

Nature des lésions		Siège des lésions			
<input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Écorchure <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Luxation <input type="checkbox"/> Déchirure musculaire	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Hernie <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/> Autres lésions (précisez) _____ _____ _____	Tête Oeil Oreille Épaule Bras Coude Poignet Main Pouce Index Majeur Annulaire Auriculaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Dos Jambe Genou Cheville Pied <input type="checkbox"/> Autres sièges (précisez) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D

Facteurs pouvant avoir contribué à l'accident

Lieu (environnement)		Organisation		Équipement	
<input type="checkbox"/> Conditions climatiques <input type="checkbox"/> Visibilité / Obstruction <input type="checkbox"/> Signalisation <input type="checkbox"/> Achalandage <input type="checkbox"/> Ergonomie du poste de travail <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Éclairage <input type="checkbox"/> Aération	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Planification	<input type="checkbox"/> Procédure de travail <input type="checkbox"/> Entretien préventif <input type="checkbox"/> Inspection des lieux <input type="checkbox"/> Inspection des véhicules <input type="checkbox"/> Autres _____	<input type="checkbox"/> Outil <input type="checkbox"/> Machine <input type="checkbox"/> Véhicule motorisé <input type="checkbox"/> Produits <input type="checkbox"/> É.P.I. <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Chaise <input type="checkbox"/> Équipement informatique

Commentaires et précisions : _____

SECTION « ANALYSE »

Analyse des circonstances					
Activités de la personne au moment de l'accident :					

Analyse des causes de l'accident (faits anormaux)					
Composantes du travail (MÉLITO)	Faits	Anomalies		Anomalies directes (contributives)	
		Oui	Non	Oui	Non
Moment (début/fin du quart, travail urgent, heures supplémentaires, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement (véhicules/outils/ÉPI/produits) (état/absence d'un équipement, entretien, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu (conditions climatiques, état des lieux, éclairage, bruit, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individu (expérience à la tâche, formation, respect des règles de sécurité, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâche (nouvelle tâche, méthode de travail sécuritaire, changement dans le déroulement des opérations, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation (programmes de formation, intégration des nouveaux employés, règles de sécurité, disponibilité des ÉPI, supervision, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Causes directes (Anomalies contributives)	Mesures recommandées	Suivi des recommandations			
		Échéancier	Responsable de la réalisation	Date de réalisation	Vérifié par

Causes indirectes (Anomalies fondamentales)	Mesures recommandées	Suivi des recommandations			
		Échéancier	Responsable de la réalisation	Date de réalisation	Vérifié par

Mesures correctives prises immédiatement à la suite de l'accident

Analyse effectuée par :

Supérieur immédiat (enquêteur)	Nom : _____ Fonction : _____ Signature : _____ Date : _____
Travailleur formé (enquêteur)	Nom : _____ Fonction : _____ Signature : _____ Date : _____

Révisé par le secrétaire du comité de santé et sécurité au travail le _____

Commentaires :

Rappel

Tous les accidents du travail, avec ou sans perte de temps, doivent être enquêtés le plus tôt possible après l'accident, idéalement avant la fin du quart de travail ou à l'intérieur des 24 heures suivant l'événement.

Le rapport d'enquête et d'analyse d'accident doit être transmis, au plus tard, 48 heures après l'accident au Service des ressources humaines.

Identification des causes

La recherche des faits doit permettre d'identifier les causes directes qui ont contribué à la survenue de l'accident. Un accident ne survient pas quand tout est parfaitement normal, quand tout est sous contrôle. Il faut qu'un ou plusieurs éléments de la situation de travail comportent quelque chose d'anormal pour provoquer un accident.

M E L I T O	Faire ressortir les écarts entre la situation au moment de l'accident et la situation normale		Situer le problème dans son contexte et déterminer l'écart	Recherche de solutions (recommandations)
	Au moment de l'accident	Normalement	Causes	
Moment	À quel moment est survenu l'accident?	À quel moment de la journée accomplissons-nous cette tâche?	Pourquoi à ce moment?	Pouvons-nous accomplir cette tâche ou étape de travail à un autre moment?
Équipement	Quel équipement était utilisé?	Quel équipement utilisons-nous?	Pourquoi utiliser cet équipement en particulier?	D'autres équipements peuvent-ils être utilisés?
Lieu	Quelles étaient les conditions environnementales?	Environnement habituel?	Pourquoi l'environnement du site de travail est-il ainsi?	Pouvons-nous modifier les conditions environnementales?
Individu	Qui le faisait ?	Qui le fait?	Pourquoi cet individu?	Qui d'autre pourrait le faire?
Tâches	Que faisons-nous? Comment le faisons-nous?	Que faisons-nous? Comment le faisons-nous?	Pourquoi le faisons-nous? Pourquoi procédons-nous ainsi?	Pouvons-nous faire autre chose? Pouvons-nous modifier la méthode de travail?
Organisation	L'individu avait-il été formé? Y avait-il un surveillant à proximité?	Donnons-nous une formation au nouveau personnel? De quelle façon s'exerce la surveillance?	Pourquoi pas? Pourquoi est-elle organisée de cette façon?	Devrions-nous donner un suivi à la formation de base? Pouvons-nous surveiller autrement?