

# Rapport d'enquête et d'analyse D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nom du responsable de l'enquête :		Établissement :											
Date :		Tél. :											
<b>IDENTIFICATION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL</b>													
Date accident : / /	Heure :	Journée de travail complétée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Début du quart : A quitté à : Fin du quart prévue :										
No. d'appel :													
Prénom et Nom du travailleur impliqué :		N° Matricule :											
Déclaration à l'employeur : / /		Heure :	À qui :										
Décrire de façon détaillée les gestes, mouvements, circonstance et équipements en cause lors de l'apparition de la douleur et spécifier :													
Témoin(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom(s) :											
Version selon le(s) témoin(s) :		Date de rencontre : / /											
<b>Évaluation du risque</b>													
	Élevé (4-5/5)	Moyen (2-3/5)	Mineur (1/5)										
Gravité de l'événement (blessures) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Gravité de l'événement (dommage) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Potentiel de survenance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<b>Dommages matériels</b>													
Véhicule :	Valeur estimée :	Équipements :	Valeur estimée :										
Bâtiment :	Valeur estimée :	Autres	Valeur estimée :										
<b>INDIVIDU (I)</b>													
N° employé :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance : / /	Titre emploi :										
Date embauche : / /		Occupe un 2 <sup>e</sup> emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser :											
Taille :	Poids :	<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gauche	Statut : <input type="checkbox"/> t. complet <input type="checkbox"/> t. partiel régulier <input type="checkbox"/> t. partiel										
Horaire de travail : <input type="checkbox"/> À l'heure <input type="checkbox"/> Faction													
DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM	DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM

\*Veuillez inscrire votre horaire (heure) dans les tableaux.

Initiales T : \_\_\_\_\_ Initiales E : \_\_\_\_\_

# Rapport d'enquête et d'analyse D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

## INDIVIDU (I) (Suite)

NATURE DE LA BLESSURE		CAUSE DE LA BLESSURE		SIÈGE DE LA LÉSION		
<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Agression	<input type="checkbox"/> Frappé par / sur	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Œil	<input type="checkbox"/> Jambe
<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Intoxication	<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Glissé	<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Cuisse
<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Lacération	<input type="checkbox"/> Coincé entre	<input type="checkbox"/> Heurté contre	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Genou
<input type="checkbox"/> Engelage	<input type="checkbox"/> Lombalgie	<input type="checkbox"/> Coupé par	<input type="checkbox"/> Marché sur	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Coude
<input type="checkbox"/> Entorse	<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Déplacement	<input type="checkbox"/> Effort supplémentaire	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Écrasé par	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Doigt
				<input type="checkbox"/> Dorsal		<input type="checkbox"/> Cheville
				<input type="checkbox"/> Lombaire		<input type="checkbox"/> Orteil
Précisions sur la blessure :				Premiers soins :		
<input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Préposé <input type="checkbox"/> Superviseur						
Positionnement du travailleur : <input type="checkbox"/> à la tête de la civière <input type="checkbox"/> aux pieds de la civière <input type="checkbox"/> autre :						
Formé pour cette tâche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Date de la dernière formation complétée :			
Arrêt de travail :		Depuis le : / /		Heure :		Date de la 1 <sup>ère</sup> consultation médicale : / /
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Form. assignation temporaire a été remis à l'employé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Assignation temporaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Depuis le : / /		Heure :
A déjà présenté même type de douleur :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Préciser (Quand ?) :		
Prends des médicaments ou autre substance :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Préciser (Quoi ?) :		
Activités personnelles pouvant avoir un impact (ex. sport) :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Préciser :		
Commentaires pertinents :						

## MOMENT (M)

Quel est le nombre d'heures travaillées depuis le début de la journée :	
Le nombre d'appels effectués avant l'événement :	
Heure du dernier appel effectué :	Date du dernier appel effectué :
Temps supplémentaires au moment de l'accident <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Période de débordement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'appel : <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Transfert inter-hospitalier <input type="checkbox"/> Accident de la route <input type="checkbox"/> Autre	

## ÉQUIPEMENTS (É)

Identifier le(s) équipement(s) utilisé(s) lors de l'accident :		
<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Matelas immobilisateur	<input type="checkbox"/> Trousse médicaments
<input type="checkbox"/> Aiguille / seringue	<input type="checkbox"/> MDSA	<input type="checkbox"/> Trousse Support Vital
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Méga-Mover	<input type="checkbox"/> Trousse Trauma
<input type="checkbox"/> Civière chaise	<input type="checkbox"/> Planche dorsale	<input type="checkbox"/> Cannelle d'abrasif / déglacant
<input type="checkbox"/> Chaise évacuation	<input type="checkbox"/> Rescue Seat	<input type="checkbox"/> Véhicule Ambulancier : #
<input type="checkbox"/> Cylindre O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Scoop	<input type="checkbox"/> Avion ambulance : Modèle
<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Traineau d'évacuation	<input type="checkbox"/> Autre(s), spécifiez :
État de l'équipement utilisé :		
<input type="checkbox"/> En bon état	<input type="checkbox"/> Usure prématurée	<input type="checkbox"/> Autres signes d'usure
<input type="checkbox"/> Brisé	Préciser :	
Intervention requise :		
<input type="checkbox"/> Remplacement	<input type="checkbox"/> Réparation	<input type="checkbox"/> Inspection préventive
<input type="checkbox"/> Aucune	Préciser :	

# Rapport d'enquête et d'analyse D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

## ÉQUIPEMENTS (É) (Suite)

### EPI porté lors de l'événement :

V.P.I.  Chaussures  Lunettes  Gants  Jaquette  Ceinture de sécurité  Masque, type :

### État de l'EPI utilisé :

En bon état  Usure prématurée  Autres signes d'usure  Brisé Préciser :

### Intervention requise :

Remplacement  Réparation  Inspection préventive  Aucune Préciser :

### EPI n'étant pas porté lors de l'événement et qui aurait dû l'être :

V.P.I.  Chaussures  Lunettes  Gants  Jaquette  Ceinture de sécurité  Masque, type :

## LIEUX (L)

### Identifiez le lieu où est survenu l'accident :

#### Établissement de l'employeur

garage  logement  
 bureaux  station  
 salle des TA  terrain  
 autre :

#### Résidence du travailleur

intérieur  
Préciser :  
 extérieur  
Préciser :

#### Résidence du patient

intérieur  
Préciser :  
 extérieur  
Préciser :

#### Établissement de santé

CH  CLSC  
 CHSLD  Rés. pers. âgées  
Préciser le nom de l'établissement :  
 intérieur  extérieur  
Préciser : Préciser :

#### Véhicule ambulancier

cabine avant  
 cabine arrière  
 avion ambulance

#### Escalier

intérieur  
 extérieur  
 métal  
 bois  
 ciment

Nbre de marches :

État de l'escalier :

#### Voies non carrossables

cours d'eau  
 forêt  
 sentier  
 île  
 autre :

#### Sur la route

autoroute  
 route  
 rang  
 autre :

#### Autres lieux

mines  
 usine  
 aréna  
 édifice public  
 aéroport  
 centre de ski  
 autre :

État du lieu:  sec  humide  mouillé  glacé  enneigé  présence de résidus  présence de boues

### Identifiez l'état du lieu où est survenu l'accident :

L'accès au lieu était-elle autorisé :  Oui  Non

Éclairage inadéquat :  Oui  Non Préciser :

### Conditions climatiques :

normale  très ensoleillée  brouillard  grêle  
 chaleur importante  pluie  verglas  neige  
 froid important  bruine  glace noire  tempête

Présence de :  gaz  vapeurs  produits dangereux  autres Préciser :

Espace restreint :  Oui  Non Préciser :

## TÂCHE (T)

### Au moment où est survenu l'événement, le travailleur

était en direction du lieu de l'intervention  quittait le centre de santé / hospitalier  
 était sur les lieux de l'intervention  était en direction du point d'attente ou du point de service  
 quittait le lieu de l'intervention  Inspection mécanique/matériel  
 était en direction du centre de santé / hospitalier  Nettoyage et désinfection  
 procédait à l'intervention  autre Préciser :  
 était au centre de santé / hospitalier

### Lors de l'événement, le travailleur exécutait le mouvement suivant :

Soulever  Tirer  S'asseoir  Se coucher  Pivoter  Transférer  Monter  
 Descendre  Prodigué des soins  Transporter  Pousser  Marcher  
 Autres Préciser :

Initiales T : \_\_\_\_\_ Initiales E : \_\_\_\_\_

# Rapport d'enquête et d'analyse D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

## TÂCHE (T) (Suite)

### Manutention d'une charge

Patient  Équipement  Autres :  
Taille de la charge :  
Poids de la charge :  
Taille du coéquipier :  
Poids du coéquipier :  
Coéquipier :  Habituel  Occasionnel  
Préciser :

### Méthode de travail

Avec un équipement  Sans équipement  
 Autres :  
 Seul  Avec coéquipier  
 Autre(s) intervenant(s) :  oui  non Préciser :

## ORGANISATION (O)

Est-ce que le travail accompli était visé par une procédure en vigueur?  Oui  Non  
Est-ce que la procédure en vigueur a été respectée?  
Si non, veuillez expliquer pourquoi :  Oui  Non  
Est-ce que le travail accompli était visé par les programmes de formation?  Oui  Non  
Est-ce que le travail accompli était visé par une mesure de contrôle et de supervision?  Oui  Non  
Est-ce que les équipements nécessaires au travail à accomplir étaient disponibles?  Oui  Non  
Est-ce que les EPI nécessaires au travail à accomplir étaient disponibles?  Oui  Non  
Est-ce qu'un Plan d'actions correctives et préventives vise le travail accompli?  Oui  Non

**Autres éléments pertinents :**

## AUTRES ÉLÉMENTS PERTINENTS

### Pièce(s) jointe(s)

Croquis  Photos / Vidéos  Rapport antérieur  Autre(s) Préciser :

**Commentaires / Précisions:**

J'atteste que, au meilleur de ma connaissance, les présentes informations sont véridiques.

\_\_\_\_\_  
Signature du travailleur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant de l'employeur

\_\_\_\_\_  
Date

Nom du travailleur impliqué :

Date de l'événement : / /

### ANALYSE DES CAUSES IMMÉDIATES ET FONDAMENTALES

	Catégories (MÉLITO)	Faits anormaux	IMMÉDIATES (Directes)	FONDAMENTALES (Indirectes)	Situations souhaitées
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



## Plan d'actions correctives en SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Établissement visé : \_\_\_\_\_

**SOURCE :** EAA     INSPECTION     ENTRETIEN PRÉVENTIF

Nature du danger identifiée : *Danger (Catégorie de danger)*

Date de rédaction :    /    /

No	Actions correctives (DAC)	Temporaire / Permanente	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi - Remarques et observations
1						
2						
3						

No	Mesures de contrôle	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi requis et observations
1					
2					
3					

Rédigé par	Chargé du suivi	Signature du chargé du suivi	Date

Commentaires / Précisions à l'égard du suivi : \_\_\_\_\_

Transmission au Comité SST			
Transmis par	Date de transmission	Reçu par	Date de réception

Note : Complété par le personnel d'encadrement opérationnel suite à l'observation d'un risque

Initiales T : \_\_\_\_\_ Initiales E : \_\_\_\_\_



## Plan d'actions correctives en SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Établissement visé : \_\_\_\_\_

**Nature du danger identifiée : *Danger (Catégorie de danger)***

**Date de suivi :**    /    /

Critères d'évaluation de l'efficacité de la démarche	Cibles	Résultats (Totalemment atteint / Partiellement atteint / Nullement atteint)	Ajustements nécessaires (Oui / Non)

### Révision et ajustements

No	Actions correctives (DAP)	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi - Remarques et observations
1					
2					

No	Mesures de contrôle	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi requis et observations
1					
2					

Rédigé par	Représentant(s) du Comité SST	Signature du ou des représentants	Date
<b>Comité SST</b>			

*Commentaires / Précisions à l'égard de l'évaluation :* \_\_\_\_\_