**[](https://fr.smartsheet.com/try-it?trp=17810&utm_language=FR&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Supervisor’s+Incident+Investigation+Report-word-17810-fr&lpa=ic+Supervisor’s+Incident+Investigation+Report+word+17810+fr)ENQUÊTE SUR L’INCIDENT MENÉE PAR LE RESPONSABLE**

**FORMULAIRE DE RAPPORT**

INSTRUCTIONS

Ce formulaire doit être rempli par le responsable d’un employé qui a été victime d’un incident ayant causé une blessure ou une maladie grave. Il doit être rempli en temps opportun à la suite d’un incident et peut également être utilisé pour enquêter sur un événement de presque accident qui aurait pu entraîner un accident ou une blessure. Renvoyez le formulaire rempli à :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| CE FORMULAIRE SERT À DOCUMENTER *sélectionner tout ce qui s’applique* | | | | | | | | | | |
|  | MORT |  | TEMPS PERDU |  | URGENCES/TRAITEMENT CLINIQUE |  | PREMIERS SECOURS UNIQUEMENT |  | PRESQUE ACCIDENT | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAPPORT REMPLI PAR nom et fonction | DATE DE L’INCIDENT | DATE DU RAPPORT |
|  |  |  |

COORDONNÉES DE L’EMPLOYÉ BLESSÉ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM DE L’EMPLOYÉ | | | | | | | | | | ID DE L’EMPLOYÉ | | DATE DE NAISSANCE | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | |
| TITRE DU POSTE AU MOMENT DE L’INCIDENT | | | | | | | | | | SERVICE | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |
| TYPE D’EMPLOYÉ à temps plein ou à temps partiel, contrat, etc. | | | | Durée à ce poste : | | | | | | NOM DE L’AUTRE EMPLOYEUR*, le cas échéant* | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| NATURE DE LA BLESSURE *Sélectionnez tout ce qui s’applique* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Abrasion, éraflures |  | Amputation | |  | Fracture |  | | Hématome | |  | | Brûlure (chaleur) |
|  | | Brûlure (chimique) |  | Commotion | |  | Blessures par écrasement |  | | Coupe, lacération, ponction | | | | |
|  | | Hernie |  | Maladie | |  | Entorse, élongation |  | | Dommages au système corporel | | | | |
|  | | Autres, décrivez : |  | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPTION DE LA BLESSURE | | | | | | | | PARTIE DU CORPS AFFECTÉE *coloriez tout ce qui s’applique* | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |

DÉTAILS DE L’INCIDENT

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EMPLACEMENT | | | | | | | DATE DE L’INCIDENT | | | HEURE | |
|  | | | | | | |  | | |  | |
| Pendant quelle partie de la journée de travail de l’employé l’incident s’est-il produit ? | | | | | | | | | | | |
|  | À l’arrivée ou départ du travail | | | |  | En faisant des activités de travail normales | | | | | |
|  | Pendant la période des repas | |  | Pendant la pause | | | |  | Pendant des heures supplémentaires | | |
|  | Autres, décrivez : |  | | | | | | | | | |
| TÉMOINS s’il y en a | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ÉQUIPEMENT DE PROTECTION Répertoriez tout équipement de protection individuelle utilisé au moment de l’incident. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| DESCRIPTION DE L’INCIDENT Décrivez les tâches effectuées et la séquence des événements. *Joignez des pages supplémentaires au besoin.* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| PIÈCES JOINTES Répertoriez tout ce qui doit être soumis avec ce rapport (formulaires, déclarations de témoins, photographies, cartes, dessins, etc.) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

POURQUOI L’INCIDENT S’EST-IL PRODUIT ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CONDITIONS DE TRAVAIL DANGEREUSES *Sélectionnez tout ce qui s’applique* | | ACTES DANGEREUX PAR DES PERSONNES *sélectionnez tout ce qui s’applique* | | |
|  | Garde insuffisante |  | Fonctionnement sans autorisation | |
|  | Danger non surveillé |  | Fonctionnement à une vitesse dangereuse | |
|  | Le dispositif de sécurité est défectueux |  | Équipement électronique | |
|  | L’outil ou l’équipement est défectueux |  | Un dispositif de sécurité est rendu inopérant | |
|  | La disposition du poste de travail est dangereuse |  | Utilisation d’un équipement défectueux | |
|  | Éclairage non sécuritaire |  | Utilisation de l’équipement de façon non approuvée | |
|  | Ventilation non sécuritaire |  | Levée de charges non sécuritaire | |
|  | Manque d’équipement de protection individuel nécessaire |  | Position ou posture dangereuse | |
|  | Manque d’équipement/d’outils appropriés |  | Distraction, taquinerie, jeu | |
|  | Vêtements dangereux |  | Non-port de l’équipement de protection individuel | |
|  | Aucune formation ou formation insuffisante |  | Non-utilisation de l’équipement/des outils disponibles | |
|  | Autres ; décrivez ci-dessous : |  | Autres ; décrivez ci-dessous : | |
|  | |  | | |
| Pourquoi ces conditions dangereuses existaient-elles ? | | | |
|  | | | |
| Pourquoi les actes dangereux ont-ils eu lieu ? | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Existe-t-il une culture, une norme ou des attentes en milieu de travail qui ont pu encourager les conditions ou les actes dangereux ? | |  | OUI |  | NON |
| Si oui, décrivez : |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Les actes ou conditions dangereuses ont-ils été signalés avant l’incident ? |  | OUI |  | NON |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Y a-t-il eu des incidents ou des presque accidents similaires avant celui-ci ? |  | OUI |  | NON |

COMMENT ÉVITER DE FUTURS INCIDENTS ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Quels changements suggérez-vous pour éviter que cet incident/presque accident ne se reproduise ? *sélectionnez tout ce qui s’applique* | | | | |
|  | Arrêter cette activité |  | Protéger le danger | |
|  | Former le(s) employé(s) |  | Former le(s) responsable(s) | |
|  | Reconcevoir les étapes de la tâche |  | Redessinez le poste de travail | |
|  | Rédigez une nouvelle politique/règle |  | Appliquer la politique existante | |
|  | Inspectez régulièrement le danger |  | Équipement de protection individuel | |
|  | Autres ; décrivez ci-dessous : | | | |
|  | | | | |
| Que doit-on (ou a été) faire pour mener à bien la ou les suggestions sélectionnées ci-dessus ? | | | |
|  | | | |

DÉTAILS DU RAPPORT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAPPORT RÉDIGÉ PAR | | |
| NOM | FONCTION | |
|  |  | |
| SERVICE | | DATE |
|  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RAPPORT REVU PAR | | |
| NOM | FONCTION | |
|  |  | |
| SERVICE | | DATE |
|  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MEMBRES DE L’ÉQUIPE D’ENQUÊTE | |
| NOM | FONCTION |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

RAPPORT SOUMIS PAR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | SIGNATURE | DATE |
|  |  |  |

RAPPORT REÇU PAR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | SIGNATURE | DATE |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ**  Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n’offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l’exhaustivité, l’exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques. |