

# 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

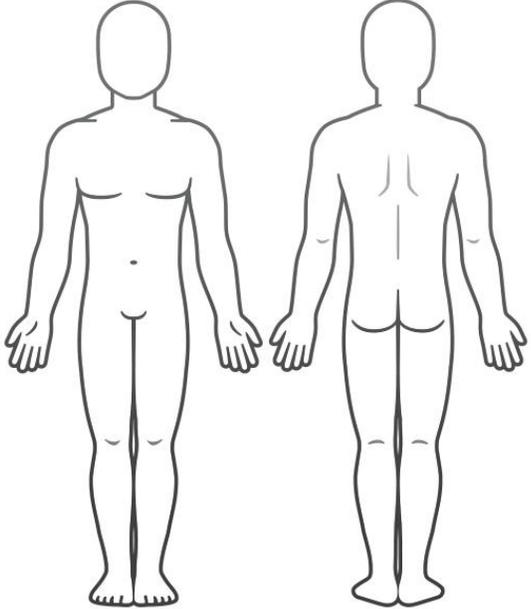
--	--	--

NATURE DE LA BLESSURE *Sélectionnez tout ce qui s'applique*

<input type="checkbox"/>	Abrasion, éraflures	<input type="checkbox"/>	Amputation	<input type="checkbox"/>	Fracture	<input type="checkbox"/>	Hématome	<input type="checkbox"/>	Brûlure (chaleur)
<input type="checkbox"/>	Brûlure (chimique)	<input type="checkbox"/>	Commotion	<input type="checkbox"/>	Blessures par écrasement	<input type="checkbox"/>	Coupe, lacération, ponction		
<input type="checkbox"/>	Hernie	<input type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Entorse, élongation	<input type="checkbox"/>	Dommages au système corporel		
<input type="checkbox"/>	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 ?

<input type="checkbox"/>	À l'arrivée ou départ du travail	<input type="checkbox"/>	En faisant des activités de travail normales
<input type="checkbox"/>	Pendant la période des repas	<input type="checkbox"/>	Pendant la pause
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Pendant des heures supplémentaires
<input type="checkbox"/>	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*

<input type="checkbox"/>	Garde insuffisante	<input type="checkbox"/>	Fonctionnement sans autorisation
<input type="checkbox"/>	Danger non surveillé	<input type="checkbox"/>	Fonctionnement à une vitesse dangereuse
<input type="checkbox"/>	Le dispositif de sécurité est défectueux	<input type="checkbox"/>	Équipement électronique
<input type="checkbox"/>	L'outil ou l'équipement est défectueux	<input type="checkbox"/>	Un dispositif de sécurité est rendu inopérant
<input type="checkbox"/>	La disposition du poste de travail est dangereuse	<input type="checkbox"/>	Utilisation d'un équipement défectueux
<input type="checkbox"/>	Éclairage non sécuritaire	<input type="checkbox"/>	Utilisation de l'équipement de façon non approuvée
<input type="checkbox"/>	Ventilation non sécuritaire	<input type="checkbox"/>	Levée de charges non sécuritaire
<input type="checkbox"/>	Manque d'équipement de protection individuel nécessaire	<input type="checkbox"/>	Position ou posture dangereuse
<input type="checkbox"/>	Manque d'équipement/d'outils appropriés	<input type="checkbox"/>	Distracted, taquinerie, jeu
<input type="checkbox"/>	Vêtements dangereux	<input type="checkbox"/>	Non-port de l'équipement de protection individuel
<input type="checkbox"/>	Aucune formation ou formation insuffisante	<input type="checkbox"/>	Non-utilisation de l'équipement/des outils disponibles
<input type="checkbox"/>	Autres ; décrivez ci-dessous :	<input type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Si oui, décrivez :				

Les actes ou conditions dangereuses ont-ils été signalés avant l'incident ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Y a-t-il eu des incidents ou des presque accidents similaires avant celui-ci ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	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*

<input type="checkbox"/>	Arrêter cette activité	<input type="checkbox"/>	Protéger le danger
<input type="checkbox"/>	Former le(s) employé(s)	<input type="checkbox"/>	Former le(s) responsable(s)
<input type="checkbox"/>	Reconcevoir les étapes de la tâche	<input type="checkbox"/>	Redessinez le poste de travail
<input type="checkbox"/>	Rédigez une nouvelle politique/règle	<input type="checkbox"/>	Appliquer la politique existante
<input type="checkbox"/>	Inspectez régulièrement le danger	<input type="checkbox"/>	Équipement de protection individuel
<input type="checkbox"/>	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.