

FORMULAIRE D'ENQUÊTE ET D'ANALYSE D'ACCIDENT/INCIDENT DANS UN ÉTABLISSEMENT

Pour en savoir davantage sur l'objectif de l'enquête et sur les étapes à réaliser, il est recommandé de consulter le document de la CNESST : [Aide-mémoire sur l'enquête et l'analyse d'accident/d'incident dans un établissement](#). Ce gabarit est adapté à la démarche proposée dans l'aide-mémoire.

DATE DE L'ENQUÊTE

NOM ET FONCTION DE CEUX QUI RÉALISENT L'ENQUÊTE

Nom	Fonction

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur
Adresse

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

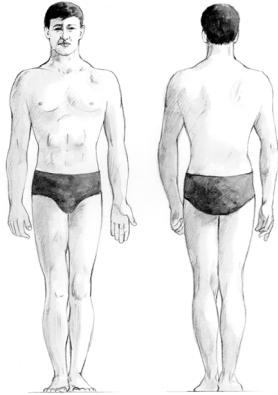
Nom et adresse de l'établissement
Nom et fonction de la personne responsable
Coordonnées

IDENTIFICATION DE LA TRAVAILLEUSE OU DU TRAVAILLEUR ACCIDENTÉ

Nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Coordonnées		
Métier ou occupation	Employeur	
Ancienneté	Années d'expérience	Date d'arrivée sur le chantier

ACCIDENT OU INCIDENT

<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Incident	Date	Heure
Blessure			
Description de la tâche exécutée au moment de l'accident			
Endroit/secteur du chantier			
<input type="checkbox"/> Poste de travail			
<input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, stationnement...) Précisez: _____			
<input type="checkbox"/> À l'extérieur de l'établissement (sur la route, chez un client...) Précisez: _____			
Premiers secours requis			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez: _____			
Transport clinique ou hôpital			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez: _____			
Témoin(s) (annexe 1)			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez: _____			
Perte de temps			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez: _____			
Dommages matériels			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez: _____			

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT/INCIDENT (DE L'ÉVÉNEMENT, DE LA BLESSURE...)**FAITS RECUEILLIS (SELON LA MÉTHODE ITEM)****Individu**

Formation du travailleur, expérience, connaissance de la tâche ou de l'équipement, EPI portés, supervision adéquate, etc.

Tâche

Description de la tâche (détail, planification, fréquence), méthode de travail sécuritaire à suivre, travail seul ou en équipe, etc.

Environnement

Éclairage, bruit, température, caractéristiques du lieu de l'accident (intérieur, extérieur, position du travailleur et des équipements, espace clos, etc.), type de bâtiment, travail en hauteur, travail dans un creusement, tenue des lieux, etc. *faire un croquis, prendre des mesures si nécessaires

Matériel

Équipement ou outil utilisé (modèle, manuel d'utilisation disponible), état de l'équipement et des outils, registre d'entretien, rapport d'inspection, paramètres d'utilisation respectés (p.ex. charte de levage, capacité), produits ou matières dangereuses utilisés (nom, fabricant, fiche de données de sécurité disponible), etc.

Pour choisir les mesures de prévention à mettre en place, il faut se référer à la hiérarchie des mesures de prévention. L'objectif de la LSST est d'éliminer le risque à la source. Lorsque c'est impossible, il faut les maîtriser grâce à la mise en place d'une combinaison de ces mesures de prévention. L'employeur doit aussi s'assurer de la mise en place de mesures de contrôle pour s'assurer que le risque ne réapparaît pas dans le temps.. Celle-ci doit être intégrée au programme de prévention relatif à un chantier de construction.

CAUSE 1

Pourquoi l'accident est-il survenu?

Lien avec la composante ITEM

Mesures de prévention en lien avec la cause 1

Responsable

Échéance

Date de la mise en place (aaaa-mm-jj)

CAUSE 2

Pourquoi l'accident est-il survenu?

Lien avec la composante ITEM

Mesures de prévention en lien avec la cause 2

Responsable

Échéance

Date de la mise en place (aaaa-mm-jj)

CAUSE 3

Pourquoi l'accident est-il survenu?

Lien avec la composante ITEM

Mesures de prévention en lien avec la cause 3

Responsable

Échéance

Date de la mise en place (aaaa-mm-jj)

Le contenu de ce document est informatif et n'a pas de valeur légale. Il vise à proposer un outil de travail permettant au représentant en santé et en sécurité ou au coordonnateur en santé et en sécurité d'exercer les fonctions prévues à la Loi sur la santé et la sécurité du travail, RLRQ, c. S-2.1. Il ne remplace pas la lecture des lois applicables.

* Un témoin est une personne qui constate les faits. Le témoin doit avoir vu, en partie ou en totalité, l'événement.

IDENTIFICATION DU TÉMOIN

Nom	Fonction	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Numéro de téléphone	Adresse	

DÉCLARATION DU TÉMOIN

Date de la déclaration (aaaa-mm-jj)

Éléments à valider auprès du témoin

Date et heure de l'accident, endroit de l'accident, position du témoin par rapport à la travailleuse ou au travailleur blessé, description de l'accident et des facteurs ayant contribué à l'accident, proposition de correctifs pour éviter la survenue d'un accident similaire, etc.

TÉMOIN

Nom (en lettres moulées)	► Signature	Date (aaaa-mm-jj)
--------------------------	-------------	-------------------

DÉCLARATION RECUEILLIE PAR

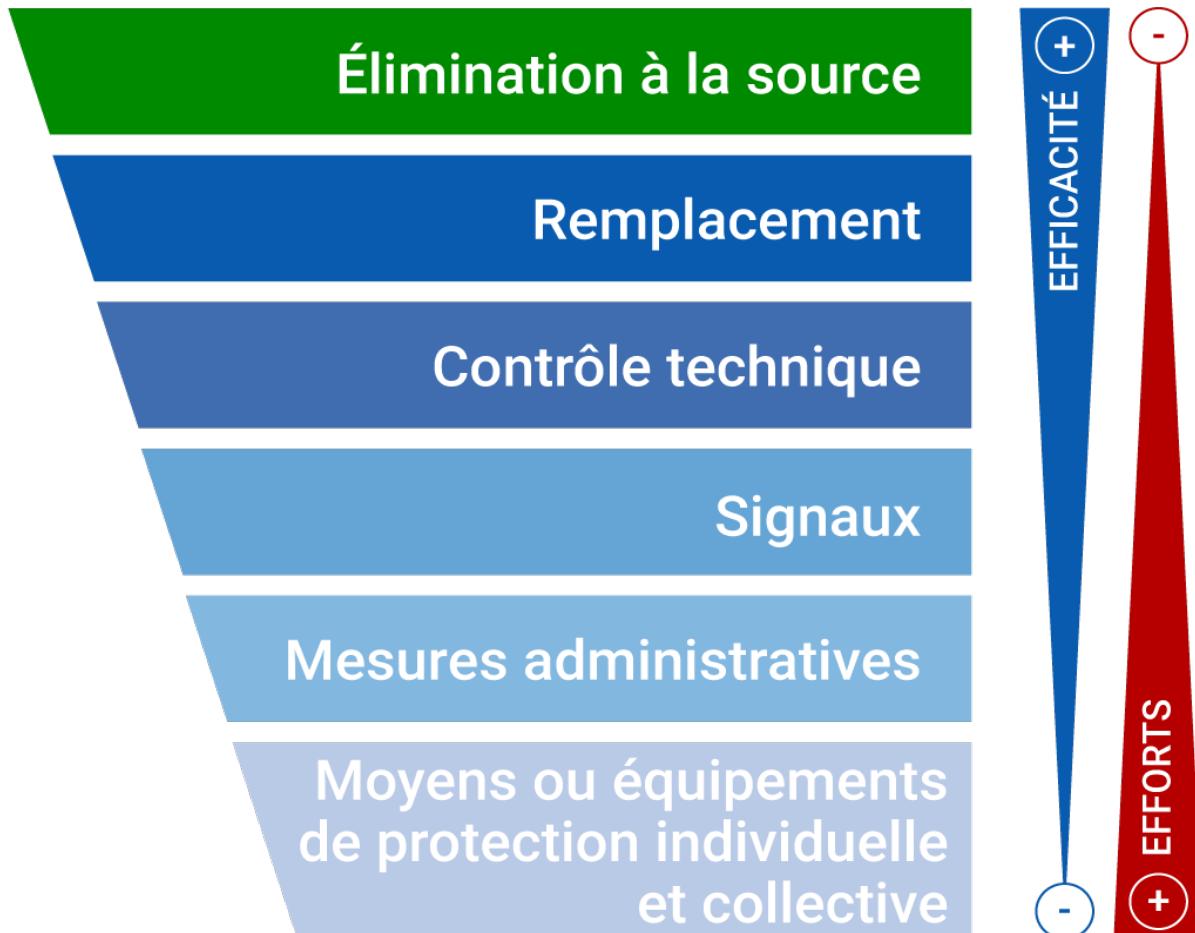
Nom (en lettres moulées)	► Signature	Date (aaaa-mm-jj)
--------------------------	-------------	-------------------

NOTE

Si la déclaration du témoin n'est pas terminée, n'hésitez pas à utiliser un deuxième formulaire. Il est également recommandé de remplir une déclaration par témoin.



La hiérarchie des mesures de prévention présente les mesures de prévention à mettre en place en ordre d'efficacité afin d'éliminer le risque à la source ou, à défaut, de le maîtriser.



À défaut d'éliminer les risques à la source, il faut les maîtriser par une combinaison de ces mesures de prévention.