

Déclaration, enquête et analyse d'un événement accidentel ou d'une situation à risque

PROCÉDURE À SUIVRE PAR L'EMPLOYÉ

- 1- L'employé victime d'un événement accidentel (incident et accident du travail, maladie professionnelle ou exposition accidentelle au sang et aux liquides biologiques) ou l'employé qui observe une situation à risque **doit compléter, en lettres moulées, la section A (sous-section 1 à 6) du formulaire de déclaration;**
- 2- L'employé doit aviser sans délai, **avant de quitter son poste de travail**, son supérieur immédiat ou son représentant de tout événement accidentel pouvant entraîner une lésion professionnelle;
- 3- **Dans le cas d'un accident de travail**, l'employé est responsable de remettre sans délai au Service de Gestion et promotion de la santé-sécurité au travail une copie de l'attestation médicale émise par son médecin traitant. Il en est de même pour les autres documents médicaux. S'il y a lieu, l'employé doit également compléter et signer les formulaires exigés par la CNESST, et ce, dans les plus bref délais afin que le service de gestion et promotion de la santé-sécurité au travail puisse autoriser le versement des indemnités prévues à cet effet.

CODES - Exposition au sang et liquides biologiques

Type d'exposition (genre de contact)	Agent causal	Nature du liquide organique
01. Coupé par	11. Aiguille hypodermique	22. Sang, sérum, plasma
02. Piqûre d'aiguille – patient agité	12. Aiguille raccordée à tubulure	23. Liquide amniotique
03. Piqûre d'aiguille – en déplacement	13. Aiguille de prélèvement	24. Liquide céphalo-rachidien
04. Piqûre d'aiguille – manipulation	14. Aiguille type papillon	25. Liquide pleural
05. Piqûre d'aiguille – recapuchonnage	15. Cathéter	26. Liquide péricardique
06. Piqûre d'aiguille – déchets	16. Lancette	27. Liquide synovial
07. Éclaboussure	17. Aiguille à suture	28. Salive
08. Contact direct avec liquides biologiques	18. Stylo injecteur d'insuline	29. Sperme
09. Morsure	19. Instruments chirurgicaux	30. Sécrétions vaginales
10. Genre non précisé	20. Matériel en verre (ex : pipette)	31. Selles
	21. Non classé	32. Urine

PROCÉDURE À SUIVRE PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT/GESTIONNAIRE

- 1- Le supérieur immédiat ou son représentant doit prendre connaissance de la **section A** et la signer;
- 2- Il **doit compléter la section B – Enquête et analyse (en lettres moulées)** visant à identifier les causes de cet événement et d'en prévenir la répétition en mettant en application des mesures de correction, de contrôle et de prévention. Pour ce faire, le supérieur immédiat doit procéder à une cueillette d'informations et à une analyse de l'événement accidentel;
- 3- Le nom de la personne ayant effectué l'enquête doit être inscrit (lettres moulées) à la sous-section 4. Le gestionnaire doit s'assurer que la déclaration et l'enquête ont bien été complétées. Il doit signer le document;
- 4- Une fois complété, la **copie originale** doit être acheminée au Service de gestion et promotion de la santé-sécurité au travail. **Une copie** doit également être remise à l'employé.

COORDONNÉES DU SERVICE DE GESTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Centre jeunesse	RLS Pierre-Boucher	RLS Pierre-De Saurel	RLS Richelieu-Yamaska
Centre administratif Adoncour 575, rue Adoncour, 2e étage Longueuil (Québec) J4G 2M6	CLSC Gaston-Bélanger 30, rue Ferland, 4e étage Sorel-Tracy (Québec) J3P 3C7	Centre administratif Gauthier 1019, rue Gauthier Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 1G5	

Téléphone : (450) 928-5115 puis suivre les options

Déclaration, enquête et analyse d'un événement accidentel ou d'une situation à risque

SECTION B – à compléter par le supérieur immédiat (lettres moulées)

1- Enquête

Nom et prénom de l'employé :		# employé :	Quart de travail :
Date de l'événement :	Heure :	Avec perte de temps <input type="checkbox"/>	Sans perte de temps <input type="checkbox"/>
Date de l'enquête :	Heure :	Visite des lieux de l'événement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Rencontre de l'employé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Activité au moment de l'événement ?			
Cette activité est-elle habituellement reliée au travail de l'employé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
L'événement implique un usager : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		# de dossier de l'utilisateur :	
Séquence des faits (complétez au verso au besoin):			

2- Analyse

Tâche	Équipement/matériel	Temps
<input type="checkbox"/> Activités sportives <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Mobilisation d'un usager <input type="checkbox"/> Mouvements répétés <input type="checkbox"/> Posture inadaptée <input type="checkbox"/> Situation urgente <input type="checkbox"/> Tâche inhabituelle <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Équipement défectueux <input type="checkbox"/> Équipement absent <input type="checkbox"/> Équipement mal utilisé <input type="checkbox"/> ÉPI défectueux/inadéquat <input type="checkbox"/> Identification inadéquate / défectueuse <input type="checkbox"/> Produit dangereux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Période de la journée <input type="checkbox"/> Nombre d'heures travaillées <input type="checkbox"/> Durée prévue de la tâche par rapport au temps pour l'effectuer <input type="checkbox"/> Délais <input type="checkbox"/> Autres
Organisation	Environnement (lieu)	Personne
<input type="checkbox"/> Communication déficiente <input type="checkbox"/> Mauvaise conception d'équipement/poste <input type="checkbox"/> Description de tâche <input type="checkbox"/> Entretien préventif inadéquat <input type="checkbox"/> Formation/entraînement à revoir <input type="checkbox"/> Procédure de travail inadéquate <input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail <input type="checkbox"/> Achat d'équipements non approprié <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Aménagement <input type="checkbox"/> Conditions ambiantes (bruits, chaleur, etc.) <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Entreposage inadéquat <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Propreté / désordre <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> Condition physique <input type="checkbox"/> Connaissances <input type="checkbox"/> ÉPI inutilisé <input type="checkbox"/> Gestes dangereux <input type="checkbox"/> Inadvertance <input type="checkbox"/> Inexpérience <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Autres

Précisez :

3- Mesures correctives, de contrôle ou de prévention en place ou à mettre en place

Mesures correctives, de contrôle ou de prévention	Mesures en place ?	Date échéance
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	# requête :	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	# requête :	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	# requête :	

4- Signature et vérification par le gestionnaire

Nom de la personne qui a effectué l'enquête	Signature du gestionnaire	# tel. et poste	Date
---	---------------------------	-----------------	------

