

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 5) du formulaire de déclaration et le remettre à son gestionnaire;**
- 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- L'employé **doit** collaborer à l'enquête et analyse.
- 4- **Dans le cas d'un accident de travail**, l'employé est responsable de remettre sans délai au Service de Gestion de la santé-sécurité au travail une copie de l'attestation médicale et du formulaire d'assignation temporaire remplis 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 dans les plus brefs délais afin que le Service de Gestion de la santé-sécurité au travail puisse autoriser le versement des indemnités prévues à cet effet.

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;
- 4- Le gestionnaire doit s'assurer que la déclaration et l'enquête ont bien été complétées. Il doit signer le document;
- 5- Une fois complété, il doit acheminer le formulaire à l'adresse : servicesante.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca
Une copie doit également être remise à l'employé.

COORDONNÉES UTILES

Service de gestion de la santé et sécurité au travail

Gestion des invalidités, suivis médicaux et assignation temporaire

Courriel : servicesante.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca

☎ (450) 928-5115 puis suivre les options

Service de développement organisationnel et prévention

Support-conseil pour l'identification, l'analyse et le contrôle des risques

Courriel : preventionsst.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca

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

SECTION A – à compléter par l'employé (lettres moulées)		Événement accidentel <input type="checkbox"/>		Situation à risque <input type="checkbox"/>	
1- Identification de l'employé					
Nom :		Prénom :		# employé :	
Titre d'emploi :		Syndicat : FIQ <input type="checkbox"/> CSN <input type="checkbox"/> APTS <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>			
2- Description de l'événement accidentel ou de la situation à risque					
Date de l'événement ou du constat de la situation à risque :		Heure :		Installation :	
Unité/service de l'événement :		Lieu précis :			
Implique un usager Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Numéro de dossier de l'utilisateur :			
Dommages matériels ou bris de biens personnels Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :					
Témoins		Nom et prénom :		# employé :	
		Nom et prénom :		# employé :	
Nom et prénom du supérieur immédiat avisé :				Avisé le :	
Description (veuillez décrire de façon précise le contexte, la tâche exécutée lors de l'accident, les gestes exécutés et préciser tout renseignement pertinent, par exemple matériel, équipement, positionnement, produits utilisés, etc.) :					
Suggestion de mesures correctives ou préventives ?					
3- Premiers soins et premiers secours					
Premiers soins et premiers secours reçus ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Nom et prénom du secouriste :	
Précisions :					
4- Description de la lésion (s'il y a lieu)					
Type de blessure :				Précisez :	
Site lésionnel					
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Coude
<input type="checkbox"/> Doigt	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Fesse	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Hanche
<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Thorax
<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Yeux	Autre/précisez :			
Côté (si applicable) <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit					
Genre d'événement accidentel ou de situation à risque					
<input type="checkbox"/> Accident de transport		<input type="checkbox"/> Coupure		<input type="checkbox"/> Effort excessif / manutention de charge	
<input type="checkbox"/> Agression physique		<input type="checkbox"/> Contact avec des températures extrêmes		<input type="checkbox"/> Mobilisation d'un usager	
<input type="checkbox"/> Agression psychologique		<input type="checkbox"/> Contact avec des produits chimiques		<input type="checkbox"/> Mouvement / posture	
<input type="checkbox"/> Chute/glissade		<input type="checkbox"/> Contact avec micro-organisme/agent infectieux		<input type="checkbox"/> Risques psychosociaux	
<input type="checkbox"/> Coincé, écrasé, frappé par/frappé contre		<input type="checkbox"/> Contact avec du sang ou des liquides biologiques ***			
Autres (précisez) :					
*** veuillez compléter les informations plus bas et vous référer au protocole post-exposition					
Objet en cause :				Type de liquide biologique:	
Le liquide était-il teinté de sang ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Bilan sanguin effectué (employé) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
La personne source est-elle connue ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Bilan sanguin effectué (personne source) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Précisez :					
5- Signature					
J'ai quitté le travail ou je me suis absenté subséquemment en raison de l'événement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Consultation médicale ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à ce qui s'est produit					
Signature de l'employé		Date		Signature du supérieur immédiat	
				Date	

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 (recherche des faits)			
Nom et prénom de l'employé :		# employé :	Perte de temps Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de l'événement :	Heure :	Date de l'enquête :	
L'employé(e) était en temps supplémentaire TS <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		L'employé était au début ou à la fin du quart de travail :	
Quart de travail de l'employé(e) lors de l'événement : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit			
Activité de l'employé 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'employé réalisait un travail urgent 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'usager :	
Séquence des faits :			
2- Analyse (identification des agents causaux)			
Environnement (lieu)	Personne	Équipement/matériel	
<input type="checkbox"/> Conditions ambiantes impropres <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Inégalité du sol <input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propreté <input type="checkbox"/> Mauvais entreposage <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate	<input type="checkbox"/> Condition physique <input type="checkbox"/> Connaissances insuffisantes <input type="checkbox"/> ÉPI inutilisé <input type="checkbox"/> Condition personnelle <input type="checkbox"/> Geste inadéquat ou dangereux <input type="checkbox"/> Inexpérience	<input type="checkbox"/> ÉPI inadéquat ou absent <input type="checkbox"/> Équipement à risque élevé <input type="checkbox"/> Équipement inadéquat / défectueux <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente <input type="checkbox"/> Fiche de données de sécurité non disponible <input type="checkbox"/> Manque d'équipement <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection absent ou inadéquat <input type="checkbox"/> Produit dangereux	
Tâche	Organisation		
<input type="checkbox"/> Cadence de travail <input type="checkbox"/> Consignes et instructions non suivies <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Geste dangereux <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail <input type="checkbox"/> Inobservance des procédures et règles de sécurité <input type="checkbox"/> Mobilisation de patient <input type="checkbox"/> Patient agressif ou défensif <input type="checkbox"/> Patient confus <input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate	<input type="checkbox"/> Achat non approprié, non adéquat <input type="checkbox"/> Affectation inadéquate <input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâche <input type="checkbox"/> Description de tâche <input type="checkbox"/> Diffusion inadéquate des consignes ou mauvaise communication <input type="checkbox"/> Formation ou entraînement insuffisant <input type="checkbox"/> Inspection déficiente		
<input type="checkbox"/> Insuffisance de l'entretien <input type="checkbox"/> Manque de personnel <input type="checkbox"/> Mauvaise conception <input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail <input type="checkbox"/> Méthode de travail déficiente <input type="checkbox"/> Procédure/règles inadéquates ou inexistantes <input type="checkbox"/> Supervision ou contrôle inadéquat			
Agent causal principal :			
3- Mesures correctives, de prévention ou de contrôle en place ou à mettre en place			
Mesures correctives, de prévention ou de contrôle		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