



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre

*Les meilleurs soins pour la vie  
The Best Care for Life*

# **R A P P O R T E T A N A L Y S E**

## **INCIDENT/ACCIDENT ET MALADIE PROFESSIONNELLE**

### **SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

2155, rue Guy, suite 301, Montréal (QC) H3H 2R9

Tél.: 514 934-1934 poste 42385 (Réception)

Télécopieur: 514 934-8073

[stohs@muhc.mcgill.ca](mailto:stohs@muhc.mcgill.ca)

# Résumé des directives

Ce formulaire doit être utilisé par les employés du CUSM pour tout incident ou accident de travail ainsi que pour les maladies professionnelles.

## ► DÉFINITIONS

**INCIDENT :** Un événement imprévu et soudain qui, dans d'autres circonstances, aurait pu avoir comme conséquence une lésion corporelle ou des pertes matérielles.

**ACCIDENT :** Un événement imprévu et soudain, **survenu sur les lieux de travail**, ayant comme conséquence une lésion corporelle ou des pertes matérielles.

- L'EMPLOYÉ A L'OBLIGATION D'INFORMER IMMÉDIATEMENT SON SUPÉRIEUR ET DE COMPLÉTER, AVEC SON ASSISTANCE, UN RAPPORT D'INCIDENT / ACCIDENT (PAGE 1 – SECTION A, B, C, D).
- LE SUPERVISEUR ASSURE UN SUIVI DE L'ÉVÉNEMENT ET COMPLÈTE LA PAGE 2 « ANALYSE DES CAUSES DE D'INCIDENT / ACCIDENT ET PLAN D'ACTION ».

## ► PROCÉDURE

► UNE FOIS QUE LES SECTIONS A, B, C et D - SONT COMPLÉTÉES À LA PAGE 1, LE RAPPORT DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR L'EMPLOYÉ ET LE SUPERVISEUR. CE DERNIER L'ACHEMINE COMME SUIT :

- La copie blanche doit être envoyée au Service de santé et sécurité du travail dans les **24 heures suivant l'événement**.
- La copie jaune reste pour l'employé.
- La copie rose est pour le superviseur.

► **SI L'EMPLOYÉ NE PEUT ÊTRE PRÉSENT** POUR DES RAISONS MÉDICALES, LE SUPERVISEUR COMPLÈTE LE FORMULAIRE AU MEILLEUR DE SES CONNAISSANCES ET EN SUIVANT LA MÊME PROCÉDURE. LA VERSION DE L'EMPLOYÉ PEUT ÊTRE OBTENUE ULTÉRIEUREMENT ET ANNEXÉE À LA SECTION « ANALYSE DES CAUSES DE L'INCIDENT / ACCIDENT ET PLAN D'ACTION », PAGE 2.

► AVEC L'OBJECTIF DE PRÉVENIR DES CAS SIMILAIRES, LE SUPERVISEUR A L'OBLIGATION D'ASSURER UN **SUIVI DE L'ÉVÉNEMENT** ET DE COMPLÉTER LA PAGE 2, « ANALYSE DES CAUSES DE L'INCIDENT / ACCIDENT ET PLAN D'ACTION ». L'INFORMATION DOIT ÊTRE SIGNÉE ET ENVOYÉE AU SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS **LES 5 JOURS SUIVANT L'ÉVÉNEMENT**.

## ► SECTION A (PAGE 1/3)

**IDENTIFICATION :** REMPLIR LES INFORMATIONS PERSONNELLES

## ► SECTION B

**DATE DE L'ÉVÉNEMENT :** PRÉCISEZ LA DATE ET L'HEURE PRÉCISE DE L'ÉVÉNEMENT  
**QUART DE TRAVAIL :** INDIQUEZ CELUI INSCRIT SUR L'HORAIRE

### NATURE DE LÉSION DES EXEMPLES

- Anxiété, stress
- Blessure ou traumatisme
- Brûlure
- Coupure, lacération, plaie
- Contusion superficielle
- Conjonctivite
- Douleur
- Entorse, foulure, déchirure
- Fracture
- Hernie discale
- Infection virale
- Inflammation, enflure
- Intoxication
- Perforation, piqûre
- Réaction allergique

### SIÈGE DE LÉSION DES EXEMPLES

- Tête
- Oeil
- Nez
- Bouche
- Cou
- Dos:
  - Cervical
  - dorso-cervical
  - Dorsal
  - Dorso-lombaire
  - Lombaire
  - Coccyx
- Épaule
- Poitrine
- Système respiratoire
- Bras
- Coude
- Main
- Genou
- Cheville
- Pieds

### AGENT CAUSAL DES EXEMPLES

- Agent infectieux ou parasite
- Contenants
- Instruments médicaux et chirurgicaux
- Mobilier
- Outils, instruments et matériels
- Personne autre que le travailleur blessé
- Plancher, passage, surface, structure
- Produits chimiques

### GENRE DE CONTACT DES EXEMPLES

- Contact avec agents infectieux
- Agression par patient, visiteur
- Chute
- Coupure, éraflure, brûlure
- Frappé ou écrasé par un objet
- Lever ou déposer une charge/poids
- Monter/descendre un escalier
- Glisser sur surface, trébucher
- Piqûre, morsure
- Réaction allergique
- Repositionner patient dans son lit ou sa chaise
- Transfert de patient d'une chaise ou d'un lit

### TÂCHE EXÉCUTÉE...

- l'employé indique précisément ce qu'il faisait comme travail au moment de l'incident / accident, (ex. couper des légumes, aider patient à faire...)

### FRÉQUENCE D'EXÉCUTION DE LA TÂCHE

- définir la fréquence, (ex. dix fois/heure, une fois/jour, une fois/mois...)

## ► SECTION C

**DÉCRIRE L'INCIDENT / ACCIDENT AVEC LE PLUS D'OBJECTIVITÉ POSSIBLE EN ÉVITANT DES COMMENTAIRES PERSONNELS OU DES CONCLUSIONS HÂTIVES** (version de l'employée répondant aux questions suivantes: qui, quoi, ou, quand et comment).

## ► SECTION D

**FAITES VOS SUGGESTIONS AFIN QU'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL SEMBLABLE NE SE REPRODUISE PLUS.**

## ► ANALYSE DES CAUSES DE L'INCIDENT / ACCIDENT (PAGE 2/3)

Identifiez les causes immédiates dans la partie gauche du tableau et établir les causes fondamentales associées. La clé du succès est de se demander « pourquoi » jusqu'à ce que les causes fondamentales soient déterminées pour chacune des causes immédiates. Ceci devrait aussi faciliter l'identification des mesures correctives et d'un plan d'action.

## ► PLAN D'ACTION

Veillez indiquer les mesures correctives prises et appliquées afin de corriger les causes immédiates. Dans la mesure du possible, il faut que les correctifs visent à éliminer les causes fondamentales et à établir un échancier.



## A) Identification de l'employé blessé

Nom		Prénom		No. d'employé
Titre d'emploi		Service		
Poste tél. travail	Tél. domicile		Tél. cellulaire	
Courriel électronique			Site de l'hôpital	

## B) Identification de l'incident / accident

Date de l'événement		Heure		Date signalée		Heure		Signalé à :  Poste:		
A A A A	M M	J J	:	AM	A A A A	M M	J J		:	AM
			:	PM					:	PM
Quart de travail (hr)	de	:	à	:	Temps supplémentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Nombre de jours consécutifs travaillés :		

Nature de la lésion : \_\_\_\_\_

Siège de la lésion : \_\_\_\_\_  Droit  Gauche

Agent causal : \_\_\_\_\_

Genre de contact : \_\_\_\_\_

Tâche exécutée au moment de l'événement :		<p>Indiquez le site de la douleur ou de la blessure, s'il y a lieu</p>
Fréquence d'exécution de la tâche par le travailleur :	Endroit précis où est survenu l'événement (chambre, local, etc.) :	
Témoin(s)	Téléphone(s)	

### Conséquences de l'événement

Quart de travail complété ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, précisez : _____
Perte de temps ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : _____
Soins médicaux reçus ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez où : _____
Autres personnes blessées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : _____
Dommages matériels ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : _____
Risque encore présent ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : _____

## C) Description de l'incident / l'accident

Version de l'employé répondant aux questions suivantes: **QUI, QUOI, OU, QUAND, COMMENT ?** (Soyez précis).

Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin


## D) Que suggérez-vous pour qu'un événement accidentel semblable ne se reproduise plus ?

--

EMPLOYÉ

SUPERVISEUR

Nom :	Nom :
Signature :	Signature : <b>CONTINUEZ AU VERSO ►</b>
Date :	Date :
Poste :	Poste :

►► IMPORTANT: LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT FAIT SUIVRE LE RAPPORT SELON LA PROCÉDURE ÉTABLIE À LA PAGE RÉSUMÉ DES DIRECTIVES ◀◀

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Date de l'événement \_\_\_\_\_

A A A A / M M / J J

# Analyse des causes d'incident / d'accident

Causes immédiates (Veuillez compléter les sections applicables)	Causes fondamentales (Toutes les causes immédiates originent d'une ou de plusieurs CAUSES FONDAMENTALES). Décrivez chaque cause en tentant de répondre à la question "POURQUOI...?"
<p><b>1 PROCÉDURES</b> Est-ce que les procédures étaient conçues pour un usage sécuritaire, étaient-elles connues, étaient-elles suivies ? <b>PRÉCISEZ.</b></p> <p style="text-align: right;">Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p>	<p>Qu'est-ce qui a contribué à cette déficience en matière de procédure? (ex.: risque non identifié, méthodes de communication absentes ou inadéquates, procédures sécuritaires ne sont pas encouragées). <b>PRÉCISEZ.</b></p>
<p><b>2 ÉQUIPEMENT / MATÉRIAUX</b> Est-ce que l'équipement était défectueux, inapproprié, non gardé ? <b>PRÉCISEZ.</b></p> <p style="text-align: right;">Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p>	<p>Qu'est-ce qui a contribué à cette déficience? (ex. : manque d'entretien préventif, réparation inadéquate, critères d'achat inadéquats, mauvais standards d'utilisation). <b>PRÉCISEZ.</b></p>
<p><b>3 CONDITIONS DU MILIEU DE TRAVAIL</b> Quelles conditions ont contribué à l'accident (ex. : congestion, équipement de protection inadéquat ?) <b>PRÉCISEZ.</b></p> <p style="text-align: right;">Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p>	<p>Pourquoi ces conditions étaient-elles présentes? (ex. : absence de standards, inspections du milieu de travail inexistantes). <b>PRÉCISEZ.</b></p>
<p><b>4 FACTEURS RELIÉS AUX INDIVIDUS</b> Est-ce que l'employé connaissait les procédures, était-il attentif ? <b>PRÉCISEZ.</b></p> <p style="text-align: right;">Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p>	<p>Qu'est-ce qui a contribué à ces comportements non sécuritaires? (ex. : manque de formation / orientation, sensibilisation insuffisante en matière de santé et de sécurité au travail). <b>PRÉCISEZ.</b></p>
<p><b>5 TEMPS</b> L'employé se dépêchait-il afin de pouvoir exécuter son travail dans le temps requis, était-il affecté par des variations à ses quarts de travail ? <b>PRÉCISEZ.</b></p> <p style="text-align: right;">Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p>	<p>Qu'est-ce qui a contribué à ces facteurs? (ex. : organisation du travail inadéquate, manque de personnel). <b>PRÉCISEZ.</b></p>

## Plan d'action

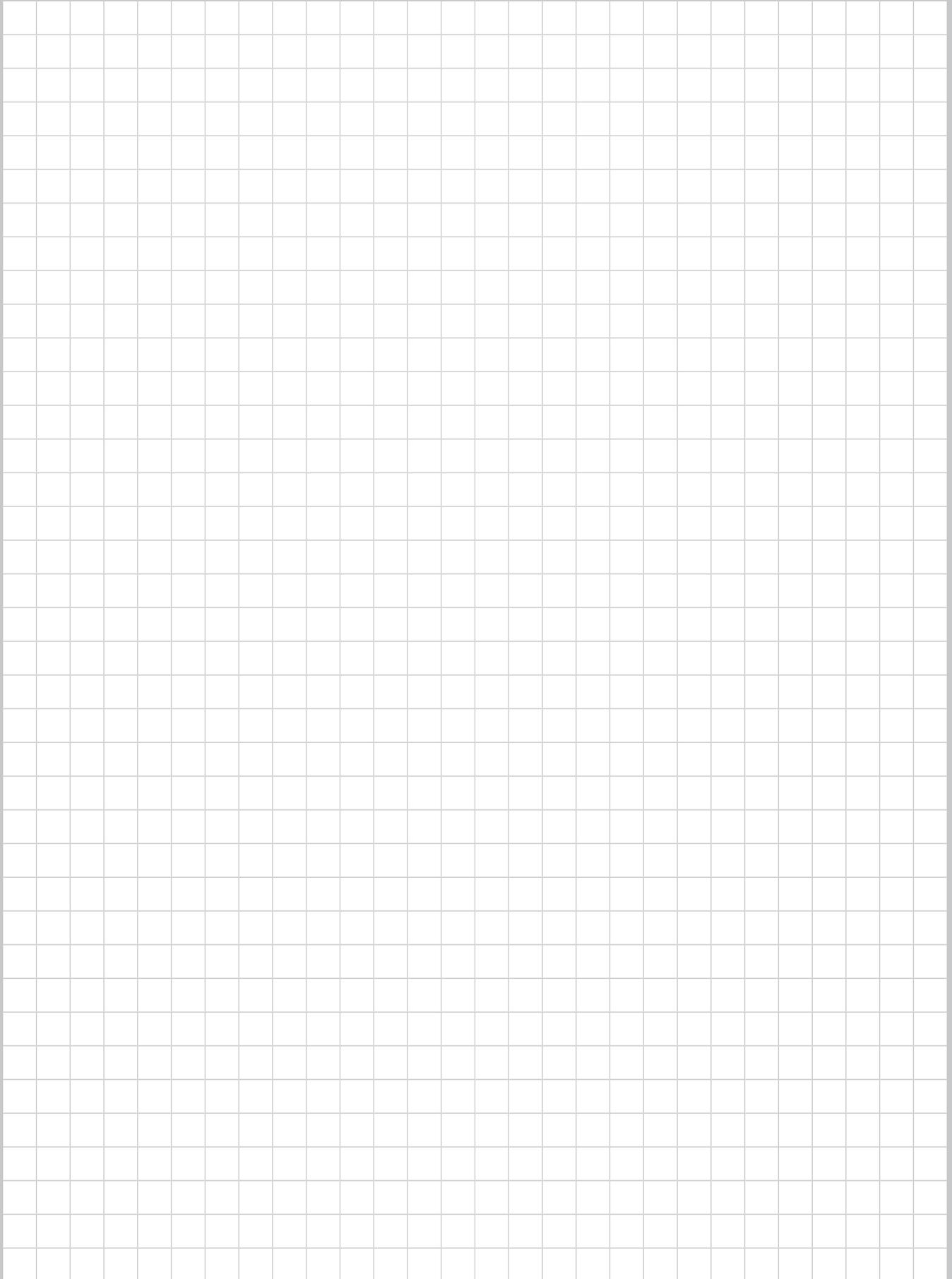
Les mesures correctives ont pour objectif d'éliminer les causes fondamentales ayant provoqué l'incident / l'accident.

Mesures correctives prises / à prendre	Responsable	Date complétée A A A A / M M / J J	Commentaires (si non complété, expliquez pourquoi)
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			

SUPERVISEUR

Nom : _____ Date : _____ Poste : _____	<b>RÉSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL</b> <input type="checkbox"/> Secteur prévention <input type="checkbox"/> SISST <input type="checkbox"/> Secteur gestion de présences <input type="checkbox"/>
---	---

**Veillez utiliser cette page comme brouillon ou pour dessiner un schéma des lieux de l'incident / de l'accident.**



0.25 pouces