

DÉCLARATION ET ANALYSE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Instructions pour remplir le formulaire

Personne accidentée

- Remplir dans les meilleurs délais les sections I et II sans omettre aucune case;
- Décrire l'événement accidentel de façon précise et détaillée. Au besoin joindre une annexe;
- Indiquer le site de la blessure dans la section diagramme « siège de la lésion »;
- Proposer des suggestions pour éviter que ce type d'événement ne se reproduise;
- Signer le formulaire (signature numérique possible) et l'acheminer à votre gestionnaire pour qu'il complète la section III;
- Demeurer disponible pour participer à l'enquête et l'analyse de l'événement avec votre gestionnaire.

Gestionnaire

- Prendre connaissance des sections I et II. S'assurer que toutes les cases sont complétées et faire le suivi auprès de la personne accidentée si ce n'est pas le cas;
- Remplir la section III après avoir procédé à l'enquête de l'événement auprès des personnes concernées et visité le lieu de l'événement si besoin;
- Indiquer l'activité effectuée par la personne accidentée au moment de l'événement (ex. : surveillance d'élève, enseignement, installation des tables à dîner, travaux de soudure);
- Identifier les facteurs et faits contributifs à l'événement. Ne remplir que les cases pertinentes à l'événement accidentel (voir exemples ci-dessous).

MOMENT	ÉQUIPEMENT
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bon moment pour effectuer la tâche ▪ Temps suffisant pour effectuer la tâche ▪ Heure de l'événement versus horaire de travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité/accessibilité ▪ État de l'équipement ▪ Choix de l'équipement utilisé ▪ Poids/dimension de l'équipement
LIEU	INDIVIDU(S)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aménagement des lieux/ergonomie ▪ Encombrement ▪ Terrain accidenté/inégal ▪ Sol mouillé/souillé/glacé/enneigé ▪ Éclairage/bruit/température ▪ Distance à parcourir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérience dans le poste ▪ Formation reçue ▪ Tenue vestimentaire ▪ Caractéristiques de l'individu (taille, limitations, fatigue) ▪ Caractéristiques propres à l'élève ▪ Implication d'autres personnes présentes
TÂCHE	ORGANISATION DU TRAVAIL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posture adoptée ▪ Mouvement/effort effectué ▪ Méthode de travail utilisée ▪ Tâche habituelle ou non ▪ Vitesse/fréquence d'exécution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique/procédure/directive ▪ Horaires de travail/pauses ▪ Déroulement type d'une journée ▪ Modes de communication ▪ Plan de formation

- Déterminer les mesures correctives et préventives à mettre en place. Inclure toute information pertinente au suivi des mesures telles que # de bon de commande, # de requête (voir exemples ci-dessous).
- Indiquer la ou les personnes responsables de l'application des mesures (gestionnaire) et fixer un échéancier pour leurs mises en place;

FACTEURS ET FAITS CONTRIBUTIFS IDENTIFIÉS	MESURES CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES À METTRE EN PLACE	RESPONSABLE(S)	ÉCHÉANCIER (AAAA-MM-JJ)
ÉQUIPEMENT Chaise défectueuse depuis quelques semaines	-Retirer la chaise défectueuse -Achat d'une nouvelle chaise (bon de commande # 12345) -Mémo au personnel pour sensibilisation aux risques et rappel de procédure en cas de bris d'équipement	-Mme Labris, DA -Mme Labris, DA -Mme Sirois, DE	2020-11-30 2020-12-01 2020-12-07

FACTEURS ET FAITS CONTRIBUTIFS IDENTIFIÉS	MESURES CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES À METTRE EN PLACE	RESPONSABLE(S)	ÉCHÉANCIER (AAAA-MM-JJ)
LIEU Surface glacée à l'entrée principale	- S'assurer que l'accès est déglacé et que l'épandage d'abrasif est suffisant -Encourager le port de crampons (mémo dans le journal de l'école)	-M. Daigle, DE -M. Daigle, DE	2020-12-14 2020-12-16

- Utiliser la section commentaire pour un ajout d'informations si nécessaire. Au besoin joindre une annexe;
- Signer le formulaire et transmettre au BSCAT à l'adresse ssat@cscdm.qc.ca dans les 72 heures.

SERVICE DE LA GESTION DES PERSONNES ET DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES
BUREAU DES SERVICES-CONSEILS EN ASSIDUITÉ AU TRAVAIL

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main. Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web.

I - IDENTIFICATION – À REMPLIR PAR L'ACCIDENTÉ(E)			
NOM		PRÉNOM	MATRICULE
TITRE D'EMPLOI	ANNÉES D'EXPÉRIENCE DANS LE POSTE	LIEU DE TRAVAIL	SERVICE (SI APPLICABLE)
QUART DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/> NUIT	STATUT <input type="checkbox"/> RÉGULIER <input type="checkbox"/> STAGIAIRE <input type="checkbox"/> AUTRES: _____		NOM DU GESTIONNAIRE
II - DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT – À REMPLIR PAR L'ACCIDENTÉ(E)			
DATE DE L'ÉVÉNEMENT (AAAA-MM-JJ)		LIEU DE L'ÉVÉNEMENT (BÂTIMENT)	
HEURE DE L'ÉVÉNEMENT		LIEU PRÉCIS (EX. CLASSE, CORRIDOR, STATIONNEMENT)	
DATE DE DÉCLARATION À VOTRE SUPÉRIEUR (AAAA-MM-JJ)		NOM DU SUPÉRIEUR AVISÉ	
DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL (JOINDRE UNE ANNEXE SI NÉCESSAIRE)			
QUE SUGGÉREZ-VOUS POUR ÉVITER QU'UNE TELLE SITUATION NE SE REPRODUISE?			
INDICHER LE SIÈGE DE LA LÉSION VUE DE FACE		VUE DE DOS	
		NOM DES TÉMOIN(S)	
		PREMIER SOINS REÇUS	
		HEURE DE DÉPART (SI HÂTIF)	
		ARRÊT DE TRAVAIL (SANS COMPTER LE JOUR DE L'ACCIDENT)	
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
		SIGNATURE DE L'ACCIDENTÉ(E)	
		DATE (AAAA-MM-JJ)	
III – ENQUÊTE ET ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT – À REMPLIR PAR LE GESTIONNAIRE			
ACTIVITÉ EFFECTUÉE LORS DE L'ÉVÉNEMENT :			
FACTEURS ET FAITS CONTRIBUTIFS IDENTIFIÉS	MESURES CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES À METTRE EN PLACE	RESPONSABLE(S)	ÉCHÉANCIER (AAAA-MM-JJ)
MOMENT			
ÉQUIPEMENT			
LIEU			
INDIVIDU(S)			
TÂCHE			
ORGANISATION DU TRAVAIL			
COMMENTAIRES (JOINDRE UNE ANNEXE SI NÉCESSAIRE)			
NOM DU GESTIONNAIRE		UNITÉ	
SIGNATURE		DATE (AAAA-MM-JJ)	