Centre universitaire de santé McGill | McGill University Health Centre

Santé et sécurité du travail

Rapport d'incident / d'accident et maladie professionnelle

A) Identification de l'employé blessé

Nom [redacted]	Prénom [redacted]	No. d'employé [redacted]
Titre d'emploi: Technologiste médicale	Service: Laboratoire	
[redacted] Tél. domicile		Tél. cellulaire [redacted]
Courriel électronique [redacted]		Site de l'hôpital: La Sarre CUSM

B) Identification de l'incident / accident

Date de l'événement A A A A M M J J [redacted]	Heure [redacted] AM PM	Date signalée A A A A M M J J [redacted]	Heure [redacted] AM PM	Signalé à: Christian Landry Poste
Quart de travail (hr) de [redacted]		Temps supplémentaire ☑ Oui ☐ Non		Nombre de jours consécutifs travaillés: 6

Nature de la lésion: Surcharge de travail

Siège de la lésion: ☐ Droit ☐ Gauche

Agent causal:

Genre de contact:

Tâche exécutée au moment de l'événement: Repiquage hémocultures

Fréquence d'exécution de la tâche par le travailleur:

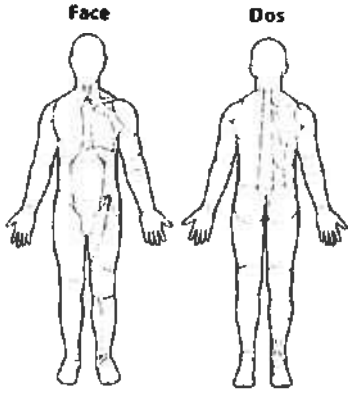
Endroit précis où est survenu l'événement (chambre, local, etc.):

Témoin(s): [redacted]

Téléphone(s): [redacted]

Conséquences de l'événement

Quart de travail complété ?	☑ Oui	☐ Non	Si non, précisez:
Perte de temps ?	☑ Oui	☐ Non	Si oui, précisez: Temps supplémentaire 50 min.
Soins médicaux reçus ?	☐ Oui	☑ Non	Si oui, précisez où:
Autres personnes blessées ?	☐ Oui	☑ Non	Si oui, précisez:
Dommages matériels ?	☐ Oui	☑ Non	Si oui, précisez:
Risque encore présent ?	☑ Oui	☐ Non	Si oui, précisez:



Indiquez le site de la douleur ou de la blessure, s'il y a lieu

C) Description de l'incident / l'accident

Version de l'employé répondant aux questions suivantes: QUI, QUOI, OÙ, QUAND, COMMENT ? (Soyez précis) (Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin)

Bact Alert (appareil hémocultures) brisé.
On a du repiquer 47 bouteilles (3 à 4 géloses par bouteilles + 2 gram)
Aucun surplus ajouté à l'horaire (personne n'a été contacté pour venir aider)
J'ai du aller aider ma collègue qui elle a terminé après 19h00.

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

Une meilleure gestion du personnel, des problèmes et des absences.

EMPLOYÉ

Nom [redacted]

Signature [redacted]

Date [redacted] Poste [redacted]

SUPERVISEUR

Nom CHRISTIAN-LANDRY

Signature [redacted]

Date [redacted] Poste gestionnaire

CONTINUEZ AU VERSO ▶

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

COPIE BLANCHE – Transmise au Service de santé et sécurité du travail dans les 24 heures suivant l'événement | COPIE JAUNE – Employé(e) | COPIE ROSE – Superviseur

▶▶ *À COMPLÉTER PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT* ◀◀

Nom de l'employé [redacted] **Date de l'événement** [redacted] A A A A / M M / J J

Analyse des causes d'incident / d'accident

Causes immédiates

(Veuillez compléter les sections applicables)

1 PROCÉDURES

Est-ce que les procédures étaient conçues pour un usage sécuritaire, étaient-elles connues, étaient-elles suivies ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☒

2 ÉQUIPEMENT / MATÉRIAUX

Est-ce que l'équipement était défectueux, inapproprié, non garde ? **PRÉCISEZ.**

Bris d'un appareil (demo ultime)

Ne s'applique pas ☐

3 CONDITIONS DU MILIEU DE TRAVAIL

Quelles conditions ont contribué à l'accident (ex. : congestion, équipement de protection inadéquat ?) **PRÉCISEZ.**

Beaucoup de travail dans tous les secteurs du laboratoire.

Ne s'applique pas ☐

4 FACTEURS RELIÉS AUX INDIVIDUS

Est-ce que l'employé connaissait les procédures, était-il attentif ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☒

5 TEMPS

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 ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☒

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...?"

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) **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à cette déficience? (ex. : manque d'entretien préventif, réparation inadéquate, critères d'achat inadéquats, mauvais standards d'utilisation) **PRÉCISEZ.**

Cette journée particulière était chargée de travail dans tous les départements

Pourquoi ces conditions étaient-elles présentes? (ex. : absence de standards, inspections du milieu de travail inexistantes) **PRÉCISEZ.**

Les Vacances du personnel donne manque d'effectif

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) **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à ces facteurs? (ex. : organisation du travail inadéquate, manque de personnel) **PRÉCISEZ.**

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)
1	Demander de l'aide au gestionnaire même s'il est occupé	CHRISTIAN-LANDRY	[redacted]	Demander de l'aide peut importe la situation même si le gestionnaire lui aussi est occupé car avec le manque de personnel tout le monde est pris dans les différents département. Particulièrement cette journée.
2				
3				
4				
5				

SUPERVISEUR

Nom: CHRISTIAN-LANDRY

Date: [redacted] Poste: gestionnaire

RÉSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

☐ Secteur prévention ☐ SIST

☐ Secteur gestion de présences ☐

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

Centre universitaire de santé McGill | McGill University Health Centre

Santé et sécurité du travail

Rapport d'incident / d'accident et maladie professionnelle

A) Identification de l'employé blessé

Nom [redacted] | Prénom [redacted] | No. d'employé [redacted]

Titre d'emploi: Technologiste médical | Service: Laboratoire

Poste tél. travail [redacted] | Tél. cellulaire [redacted]

Courriel électronique | Site de l'hôpital: La Salle

B) Identification de l'incident / accident

Date de l'événement (A A A A M M J J)	Heure	Date signalée (A A A A M M J J)	Heure	Signalé à:
[redacted]	[redacted] AM / PM	[redacted]	[redacted] AM / PM	Christian Landry — Poste:

Quart de travail (h): de [redacted] à [redacted] | Temps supplémentaire: ☐ Oui ☑ Non | Nombre de jours consécutifs travaillés: 4

Nature de la lésion: Pouce

Siège de la lésion: | ☐ Droite ☑ Gauche

Agent causal:

Genre de contact:

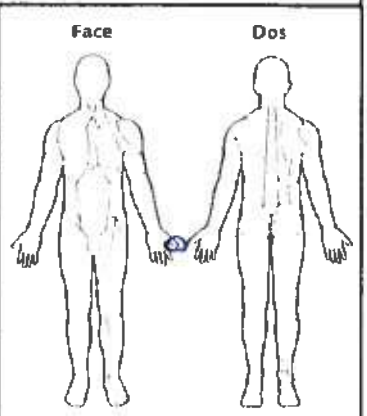
Tâche exécutée au moment de l'événement: Bureau, classement de papier/ménage

Fréquence d'exécution de la tâche par le travailleur: | Endroit précis où est survenu l'événement (chambre, local, etc.):

Témoin(s): [redacted] | Téléphone(s): [redacted]

Conséquences de l'événement

Quart de travail complété ?	☑ Oui	☐ Non	Sinon, précisez:
Perte de temps ?	☐ Oui	☑ Non	Sinon, précisez:
Soins médicaux reçus ?	☐ Oui	☑ Non	Sinon, précisez où:
Autres personnes blessées ?	☐ Oui	☑ Non	Sinon, précisez:
Dommages matériels ?	☐ Oui	☑ Non	Sinon, précisez:
Risque encore présent ?	☑ Oui	☐ Non	Sinon, précisez:



Indiquez le site de la douleur ou de la blessure, s'il y a lieu

C) Description de l'incident / l'accident

Veuillez demander à l'employé de répondre aux questions suivantes. QUI, QUOI, OÙ, QUAND, COMMENT ? Soyez précis. Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin.

Tiroir de bureau de type classeur qui m'est fermé sur le doigt (pouce gauche) parce qu'il se ferme tout seul.
Bleu présent
Pouce engourdi (perte de sensations) → encore présent à 16h00.

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

Un tiroir sécuritaire? je ne sais pas si ça existe?

EMPLOYÉ

Nom [redacted]

Signature [redacted]

Date [redacted] Poste [redacted]

SUPERVISEUR

Nom: CHRISTIAN LANDRY

Signature:

Date [redacted] Poste:

CONTINUEZ AU VERSO ▶

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

COPIE BLANCHE – Centre universitaire de santé McGill – Santé et sécurité du travail | COPIE JAUNE – Employé(e) | COPIE ROSE – Superviseur

▶▶ *À COMPLÉTER PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT* ◀◀

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)

1 PROCÉDURES
Est-ce que les procédures étaient conçues pour un usage sécuritaire, étaient-elles connues, étaient-elles suivies ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

2 ÉQUIPEMENT / MATÉRIAUX
Est-ce que l'équipement était défectueux, inapproprié, non garde ? **PRÉCISEZ.**

Le tiroir est incliné, d'où sa fermeture abrupte après ouverture.

Ne s'applique pas ☐

3 CONDITIONS DU MILIEU DE TRAVAIL
Quelles conditions ont contribué à l'accident (ex. : congestion, équipement de protection inadéquat ?) **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

4 FACTEURS RELIÉS AUX INDIVIDUS
Est-ce que l'employé connaissait les procédures, était-il attentif ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

5 TEMPS
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 ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

Causes fondamentales

(Toutes les causes immédiates origine d'une ou de plusieurs CAUSES FONDAMENTALES). Décrivez chaque cause en tentant de répondre à la question "POURQUOI...?"

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) **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à cette déficience? (ex. : manque d'entretien préventif, réparation inadéquate, critères d'achat inadéquats, mauvais standards d'utilisation) **PRÉCISEZ.**

La fixation du tiroir a été mal réglée lors de l'installation

Pourquoi ces conditions étaient-elles présentes? (ex. : absence de standards, inspections du milieu de travail inexistantes) **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à ces comportements non sécuritaires?
(ex. : manque de formation / d'orientation, sensibilisation insuffisante en matière de santé et de sécurité au travail) **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à ces facteurs? (ex. : organisation du travail inadéquate, manque de personnel) **PRÉCISEZ.**

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)
1	le gestionnaire de maintenance règlera le problème sous-peu	CHRISTIAN-LANDRY	[redacted]	une vérification de autres tiroirs sera faite dans l'ensemble de la bâtisse.
2				
3				
4				
5				

SUPERVISEUR

Nom : CHRISTIAN-LANDRY

Date : [redacted] Poste : gestionnaire

RÉSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

☐ Secteur prévention ☐ SPVSST

☐ Secteur gestion de présences ☐

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

Centre universitaire de santé McGill | McGill University Health Centre

Prévention et promotion de la santé

Rapport d'incident / d'accident et maladie professionnelle

A) Identification de l'employé blessé

Nom [redacted]	Prénom [redacted]	No d'employé [redacted]	
Titre d'emploi Tech. médicale	Service Labo La Sarre		
Poste tél. travail [redacted]	Tél. domicile [redacted]	Tél. cellulaire [redacted]	
Courriel électronique [redacted]		de l'hôpital Labo.	

B) Identification de l'incident / accident

Date de l'événement [redacted]	Heure [redacted] AM PM	Date signalée [redacted]	Heure [redacted] AM PM	Signalé à Christian Landry chef de service Poste
Quart de travail (hr) [redacted]		Temps supplémentaire ☐ Oui ☒ Non		Nombre de jours consécutifs travaillés 2 de 4

Nature de [redacted] Anxiété stress causant maux de cou et de tête détresse psychologique cou et tête manque de personnel erreur de horaire

Siège de [redacted] ☐ Droit ☐ Gauche

Agent [redacted]

Genre de [redacted]

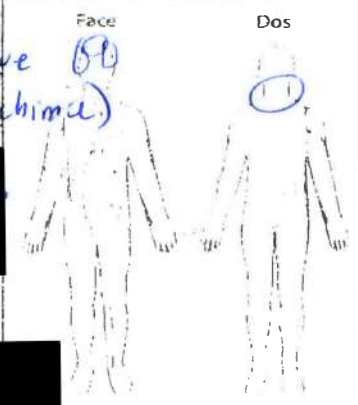
Tâche exécutée au moment de l'événement plusieurs "bancs" de travail en même temps (Hémato, Banque de sang et biochimie)

Fréquence d'exécution de la tâche [redacted]

Endroit précis où est survenu l'événement (chambre, local, etc.) Laboratoire

Témoin [redacted]

Téléphone(s) [redacted]



Indiquez le siège de la douleur ou de la blessure, s'il y a lieu

Conséquences de l'événement

Quart de travail complété ?	☒ Oui	☐ Non	Si non, précisez
Perte de temps ?	☐ Oui	☒ Non	Si oui, précisez
Soins médicaux reçus	☐ Oui	☒ Non	Si oui, précisez où
Autres personnes blessées ?	☒ Oui	☐ Non	Si oui, précisez assistante tech et tech [redacted]
Dommages matériels ?	☐ Oui	☒ Non	Si oui, précisez
Risque encore présent ?	☒ Oui	☐ Non	Si oui, précisez personnel non remplacé

C) Description de l'incident / l'accident

Version de l'employé répondant aux questions suivantes : QUI, QUOI, OÙ, QUAND, COMMENT ? (avec précis)

Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin

Dimanche soir, je regarde l'horaire et je constate qu'il n'y a pas de technologiste médicale de prévue à l'horaire lundi de jour en biochimie. J'ai laissé un message à mon chef de service dimanche à 22h30 pour l'en aviser. J'avais confirmé avec [redacted] que j'avais bien la dernière version de l'horaire. Christian Landry a essayé de rejoindre des Tech. pour rentrer le matin même. Personne de volontaire. [redacted] a proposé que son TSO

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

S'assurer que tous les bancs de travail soient comblés mais elle n'a pas été rappelée par Christ

une tech. médicale. Et remplacer lors des absences

EMPLOYÉ

Nom [redacted]

Signature

Date [redacted] Poste

SUPERVISEUR

Nom

Signature

Date Poste

CONTINUEZ AU VERSO ▶

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

▶▶ À COMPLÉTER PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT ◀◀

Nom de l'employé [redacted] Date de l'événement [redacted] A A A A / M M / J J

Analyse des causes d'incident / d'accident

Causes immédiates

(veuillez compléter les sections applicables)

1 PROCÉDURES

Est-ce que les procédures étaient conçues pour un usage sécuritaire, étaient-elles connues, étaient-elles suivies ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

2 ÉQUIPEMENT / MATÉRIAUX

Est-ce que l'équipement était défectueux, inapproprié, non garde ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

3 CONDITIONS DU MILIEU DE TRAVAIL

Quelles conditions ont contribué à l'accident (ex. : congestion, équipement de protection inadéquat ?) **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

4 FACTEURS RELIÉS AUX INDIVIDUS

Est-ce que l'employé connaissait les procédures, était il attentif ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

5 TEMPS

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 ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

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...?"

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). **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à cette déficience? (ex.: manque d'entretien préventif, réparation inadéquate, critères d'achat inadéquats, mauvais standards d'utilisation). **PRÉCISEZ.**

Pourquoi ces conditions étaient-elles présentes? (ex.: absence de standards, inspections du milieu de travail inexistantes) **PRÉCISEZ.**

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). **PRÉCISEZ.**

Qu'est ce qui a contribué à ces facteurs? (ex.: organisation du travail inadéquate, manque de personnel). **PRÉCISEZ.**

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)
1				
2				
3				
4				
5				

SUPERVISEUR

Nom :

Date : Poste :

RÉSERVE AU SERVICE DE LA PRÉVENTION

☐ Section prévention ☐ SPVST

☐ Section gestion de présences ☐

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

Centre universitaire de santé McGill | McGill University Health Centre

Santé et sécurité du travail

Rapport d'incident / d'accident et maladie professionnelle

A) Identification de l'employé blessé

Nom [redacted]	Prénom [redacted]	No. d'employé [redacted]	
Titre d'emploi Technicienne Classe B.	Service Optilab, Hôpital de La Sarre		
Poste tél. travail [redacted]	Tél. domicile —	Tél. cellulaire [redacted]	
Courriel électronique [redacted]	Site de l'hôpital La Sarre, Abitibi-Témiscamingue		

B) Identification de l'incident / accident

Date de l'événement A A A A M M J J [redacted]	Heure [redacted] AM PM	Date signalée A A A A M M J J [redacted]	Heure [redacted] AM PM	Signalé à : Nancy Gingras, Coordo. régionale Poste :
Quart de travail (hr) de [redacted]		Temps supplémentaire ☐ Oui ☒ Non		Nombre de jours consécutifs travaillés : 1

Nature de la lésion : Stress, Surcharge de travail, Poid sur les épaules

Siège de la lésion : Tête, muscle épaule ☐ Droit ☐ Gauche

Agent causal : Horaire mal faite

Genre de contact : Se déplacer d'un banc de travail à l'autre pour couvrir le personnel manquant

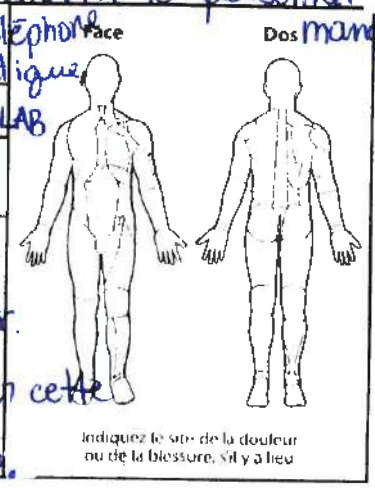
Tâche exécutée au moment de l'événement : ensemencements, préparer envois, téléphone Réception des spécimens, préanalytique, décanter tubes, Pneumatique

Fréquence d'exécution de la tâche par le travailleur :

Endroit précis où est survenu l'événement (chambre, local, etc.) : Laboratoire CORELAB

Témoin(s) [redacted]

Téléphone(s) [redacted]



Conséquences de l'événement

Quart de travail complété ?	☑ Oui ☐ Non	Si non, précisez :	
Perte de temps ?	☐ Oui ☑ Non	Si oui, précisez :	Non au contraire, on a dû courir.
Soins médicaux reçus ?	☐ Oui ☑ Non	Si oui, précisez où :	
Autres personnes blessées ?	☑ Oui ☐ Non	Si oui, précisez :	Tous les collègues sur le plancher cette même journée.
Dommages matériels ?	☐ Oui ☑ Non	Si oui, précisez :	
Risque encore présent ?	☑ Oui ☐ Non	Si oui, précisez :	Manque de personnel accru.

C) Description de l'incident / l'accident

Version de l'employé répondant aux questions suivantes : QUI, QUOI, OÙ, QUAND, COMMENT ? (Suivez prenez) — Utilisez des feuilles supplémentaires si nécessaire

Le chef de service a modifié l'horaire et a oublié de mettre un technicien sur un banc de travail. Le matin du 31 août, il a fait des téléphones pour voir si quelqu'un voulait le faire en temps supplémentaire volontaire et comme personne n'a accepté/répondu, il ne l'a pas attribué en temps supplémentaire obligatoire. Ce qui a forcé l'équipe sur le plancher à fournir plus d'effort pour couvrir 2 bancs de travail au lieu d'un seul puisque que cette journée était déjà prévue à -1 technicien sur le plancher.

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

Meilleur gestion de l'horaire, éviter les changements de dernière minute

EMPLOYÉ

Nom : [redacted]

Signature : [redacted]

Date [redacted] Poste [redacted]

SUPERVISEUR

Nom :

Signature : CONTINUEZ AU VERSO ▶

Date : Poste :

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

COPIE BLANCHE : Envoyez au service de santé et sécurité du travail dans les 24 h [redacted] COPIE JAUNE : Employé(e) COPIE ROSE : Superviseur

►► *À COMPLÉTER PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT* ◄◄

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)

1 PROCÉDURES
Est-ce que les procédures étaient conçues pour un usage sécuritaire, étaient-elles connues, étaient-elles suivies ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

2 ÉQUIPEMENT / MATÉRIAUX
Est-ce que l'équipement était défectueux, inapproprié, non garde ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

3 CONDITIONS DU MILIEU DE TRAVAIL
Quelles conditions ont contribué à l'accident (ex. : congestion, équipement de protection inadéquat ?) **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

4 FACTEURS RELIÉS AUX INDIVIDUS
Est-ce que l'employé connaissait les procédures, était-il attentif ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

5 TEMPS
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 ? **PRÉCISEZ.**

Ne s'applique pas ☐

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...?"

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). **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à cette déficience? (ex. : manque d'entretien préventif, réparation inadéquate, critères d'achat inadéquats, mauvais standards d'utilisation). **PRÉCISEZ.**

Pourquoi ces conditions étaient-elles présentes? (ex. : absence de standards, inspections du milieu de travail inexistantes). **PRÉCISEZ.**

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). **PRÉCISEZ.**

Qu'est-ce qui a contribué à ces facteurs? (ex. : organisation du travail inadéquate, manque de personnel). **PRÉCISEZ.**

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)
1				
2				
3				
4				
5				

SUPERVISEUR

Nom :

Date : Poste :

RÉSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

☐ Secteur prévention ☐ SISST

☐ Secteur gestion de présences ☐

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

Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Prévention et promotion de la santé

Rapport d'incident / d'accident et maladie professionnelle

A) Identification de l'employé blessé

Nom [redacted]	Prénom [redacted]	No. d'employé [redacted]
Titre d'emploi technologiste medical	Service laboratoire	
Poste tél. travail [redacted]	Tél. domicile [redacted]	Tél. cellulaire
Courriel électronique [redacted]	Site de l'hôpital La Sarre	

B) Identification de l'incident / accident

Date de l'événement	Heure	Date signalée	Heure	Signalé à :
[redacted]	[redacted] AM / PM	[redacted]	[redacted] AM / PM	Christian Landry Poste: chef labo.
Quart de travail (hr) de à		Temps supplémentaire ☐ Oui ☒ Non		Nombre de jours consécutifs travaillés :

Nature de la lésion : surcharge mentale

Siège de la lésion : ☐ Droit ☐ Gauche

Agent causal : manque d'effectif

Genre de contact :

Tâche exécutée au moment de l'événement : secrétaire

Fréquence d'exécution de la tâche par le travailleur : [redacted]

Endroit précis où est survenu l'événement (chambre, local, etc) :

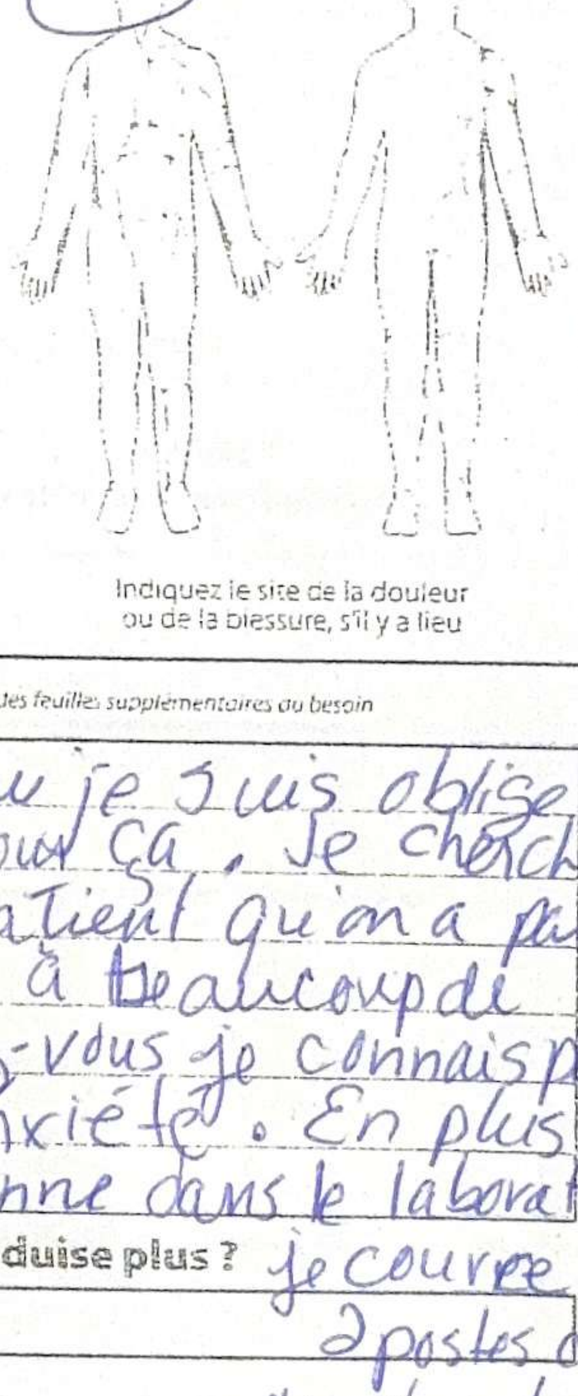
Témoin(s) [redacted]

Téléphone(s)

Conséquences de l'événement

Quart de travail complété ?	☒ Oui	☐ Non	Si non, précisez :
Perte de temps ?	☒ Oui	☐ Non	Si oui, précisez :
Soins médicaux reçus ?	☐ Oui	☒ Non	Si oui, précisez où :
Autres personnes blessées ?	☒ Oui	☐ Non	Si oui, précisez :
Dommages matériels ?	☐ Oui	☒ Non	Si oui, précisez :
Risque encore présent ?	☒ Oui	☐ Non	Si oui, précisez :

Face / Dos



Indiquez le site de la douleur ou de la blessure, s'il y a lieu

C) Description de l'incident / l'accident

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

Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin

manque très criant de personnel aujourd'hui je suis obligé d'être secrétaire quand je suis pas formé pour ça, je cherche des requêtes depuis ce matin. Plusieurs patient qui on a pas trouvé leur requêtes. Je suis obligé de dire à beaucoup de patient que je peux pas leur donné leur rendez-vous je connais pas le système. Ça me crée beaucoup d'anxiété. En plus il y a déjà chaque jour qui manque une personne dans le laboratoire

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

je courre toujours 2 postes de travail en plus de la coord de Banque Hemato Coagulation

EMPLOYÉ

Nom [redacted]	
Signature : [redacted]	
Date : [redacted] Poste : techno labo	

SUPERVISEUR

Nom :	
Signature :	CONTINUEZ AU VERSO ▶
Date :	Poste :

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

COPIE BLANCHE - Envoyez au Service de prévention et promotion de la santé dans les 24 heures suivant l'événement | COPIE JAUNE - Employé(e) | COPIE ROSE - Superviseur

Affichages entre le 2026-01-01 et le 2026-09-05

Numéro de poste	Centre d'activités RH	Titre d'emploi	Numero affichage	Debut affichage	Fin affichage
694428	900048-LAB REGR VAL-D'OR SQ	1291-SPEC CLIN BIOL MED	2026-1291-0051	2026-01-16	2026-01-30
694042	900062-LAB REGR ROUYN-N SQ	2227-COORD TECH (LABO)	2026-2227-0518	2026-05-01	2026-05-15
694039	900062-LAB REGR ROUYN-N SQ	2227-COORD TECH (LABO)	2026-2227-0594	2026-06-05	2026-06-19
694153	900065-LAB REGR VILLE-MA SQ	2223-TECHNOLOGISTE MED	2026-2223-0818	2026-08-14	2026-08-28

Demande : Postes non comblées de janvier 2026 - ce jour

Réponse : L'information demandée n'est pas compilée. L'information fournie est donc les listes des postes vacants en date du 2026-01-06 et en date du 2026-09-05.

Cahier des postes

608-CUSM

Poste vacant seulement en date du 2026-01-01

Unité administrative: 55006-CH R-NORANDA-BQ SANG **Service :** 900062-LAB REGR ROUYN-N SQ **Direction:** O1-DIR OPTILAB **Centre d'activité:** 6601-BANQUE DE SANG

POSTE										AFFECTATION						
Numéro	Qual	Statut	Heure annuelle	Équi. TC	Compte	Service Unité administrative	Hr/Pér.	Début	Quart	Quart Stable	Matricule	Nom Prénom			État de l'affectation		
État		Date début	Date abolition	Code abol.		Titre d'emploi	Jr/Pér.	Fin	Îlot	Prio.					Date emploi	Date départ	
État de l'affichage						Syndicat	Code horaire	Équi. TC			***T.E.*** Ind.	***Affectation*** Date début	Date fin	Priorité	Date prob. fin	Syndicat	
						Programme	Site				***T.E.*** Employé	Statut	***Congé*** Code	Date fin	***Code horaire*** Date début	Date fin	Code horaire
0000-0694-039	1-Norm	TC	1820	1.00	*	900062 - LAB REGR ROUYN-N SQ					[redacted]				TIT. TERMINÉ		
Vacant	2017-04-01					55006-CH R-NORANDA-BQ SANG	70.00	2019-09-01	1						2021-06-14		
2026-2227-594 TERMINÉ du 2026-06-05 au 2026-06-19. PERSONNE NOMMÉE CONGÉ PARENTAL: [redacted])						2227-COORD TECH (LABO)	10.00			1							
						14 - APTS ABITIBI	ADMIN		1.00		2022-10-02	2025-08-24	1				
							70 - ROUYN-NORANDA										

Titre d'emploi: 2227 - COORD TECH (LABO)

Cahier des postes

608-CUSM

Poste vacant seulement en date du 2026-01-01

Unité administrative: 55026-CH R.NORANDA-PATH **Service :** 900062-LAB REGR ROUYN-N SQ **Direction:** O1-DIR OPTILAB **Centre d'activité:** 6604-ANATOMOPATHOLOGIE

POSTE | **AFFECTATION**

Numéro | Qual | Statut | Heure annuelle | Équi. TC | Compte | Service / Unité administrative | Hr/Pér. | Début | Quart | Quart Stable | Matricule | Nom Prénom | État de l'affectation

État | Date début | Date abolition | Code abol. | Titre d'emploi | Jr/Pér. | Fin | Îlot | Prio. | Date emploi | Date départ

État de l'affichage | Syndicat | Code horaire | Équi. TC | *T.E.* Ind. | *Affectation* Date début | Date fin | Priorité | Date prob. fin | Syndicat

Programme | Site | *T.E.* Employé | Statut | *Congé* Code | Date fin | *Code horaire* Date début | Date fin | Code horaire

Titre d'emploi: **2223 - TECHNOLOGISTE MED**

0000-0700-495	4-Temp	TPT			*	900062 - LAB REGR ROUYN-N SQ				[redacted]	REMP. SANS HRE
Vacant	2019-12-09					55026-CH R.NORANDA-PATH		2019-12-09	1		2019-12-09
Aucun affichage						2223-TECHNOLOGISTE MED			1	2019-12-09	1
						14 - APTS ABITIBI					
							70 - ROUYN-NORANDA				

Titre d'emploi: **2227 - COORD TECH (LABO)**

0000-0694-042	1-Norm	TC	1820	1.00	*	900062 - LAB REGR ROUYN-N SQ				[redacted]	TIT. TERMINÉ
Vacant	2017-04-01					55026-CH R.NORANDA-PATH	70.00	2019-09-01	1		2026-08-04
2026-2227-518 TERMINÉ du 2026-05-01 au 2026-05-15. LIBÉRÉ						2227-COORD TECH (LABO)	10.00		1	2019-08-04 2022-06-14	1
						14 - APTS ABITIBI	ADMIN	1.00			
							70 - ROUYN-NORANDA				

Cahier des postes

608-CUSM

Poste vacant seulement en date du 2026-01-01

Unité administrative: 55085-CH VAL D'OR-LAB **Service :** 900048-LAB REGR VAL-D'OR SQ **Direction:** O1-DIR OPTILAB **Centre d'activité:** 6607-LABORATOIRES REGROUP

POSTE											AFFECTATION									
Numéro	Qual	Statut	Heure annuelle	Équi. TC	Courant	Service / Unité administrative	Hr/Pér.	Début	Quart	Quart Stable	Matricule	Nom Prénom						État de l'affectation		
État		Date début	Date abolition	Code abol.		Titre d'emploi	Jr/Pér.	Fin	Îlot	Prio.								Date emploi	Date départ	
État de l'affichage						Syndicat	Code horaire	Équi. TC			*T.E.* Ind.	*Affectation* Date début	Date fin	Priorité	Date prob. fin	Syndicat				
						Programme	Site				*T.E.* Employé	Statut		*Congé* Code	Date fin	*Code horaire* Date début	Date fin	Code horaire			

Titre d'emploi: 1291 - SPEC CLIN BIOL MED

0000-0694-428 1-Norm TC 1820 1.00 Vacant att. 2025-12-11 2026-1291-51 TERMINÉ du 2026-01-16 au 2026-01-30. PERSONNE NOMMÉE: [redacted]	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 70.00 2025-12-11 1 1291-SPEC CLIN BIOL MED 10.00 1 14 - APTS ABITIBI 694428 1.00 69 - VAL D'OR	[redacted] [redacted] TIT. ANTICIPÉ 2021-02-14 2026-04-13 1	

Titre d'emploi: 2223 - TECHNOLOGISTE MED

0000-0694-003 1-Norm TC 1820 1.00 10 - Vacant att. 2017-04-01 2023-2223-2458 TERMINÉ du 2023-10-27 au 2023-11-10. PERSONNE NOMMÉE: [redacted]	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 70.00 2023-01-15 6 2223-TECHNOLOGISTE MED 10.00 1 14 - APTS ABITIBI ADMIN 1.00 69 - VAL D'OR	[redacted] [redacted] TIT. ANTICIPÉ 2026-06-15 2026-06-15 1	
		[redacted] [redacted] TIT. TERMINÉ 2019-05-27 2023-03-12 2023-04-29 1	
0000-0694-158 1-Norm TC 1820 1.00 Vacant 2019-12-08 2023-2223-1797 TERMINÉ du 2023-08-18 au 2023-09-01. LIBÉRÉ	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 70.00 2023-07-30 6 2223-TECHNOLOGISTE MED 10.00 1 14 - APTS ABITIBI 694158 1.00 69 - VAL D'OR	[redacted] [redacted] TIT. TERMINÉ 2019-05-27 2020-09-13 2023-04-29 1	

Cahier des postes

608-CUSM

Poste vacant seulement en date du 2026-01-01

Titre d'emploi: 2223 - TECHNOLOGISTE MED

0000-0694-159 1-Norm TC 1820 1.00 10 - Vacant att. 2019-12-08 2025-2223-1106 TERMINÉ du 2025-11-14 au 2025-11-28. PERSONNE NOMMÉE: [redacted]	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 70.00 2019-12-08 6 2223-TECHNOLOGISTE MED 10.00 1 14 - APTS ABITIBI 694159 1.00 69 - VAL D'OR	[redacted] TIT. TERMINÉ 2018-06-04 2021-07-04 2025-03-08 1 81 2026-12-27
		[redacted] TIT. ANTICIPÉ 2021-06-14 2026-01-04 1

Cahier des postes

608-CUSM

Poste vacant seulement en date du 2026-01-01

Titre d'emploi: 2223 - TECHNOLOGISTE MED

0000-0701-121 4-Temp TPT Vacant 2025-09-07 Aucun affichage	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 2025-09-07 4 2223-TECHNOLOGISTE MED 1 14 - APTS ABITIBI 69 - VAL D'OR	[redacted] REMP. SANS HRE 2022-10-26 2025-09-07 1
		[redacted] REMP. SANS HRE 2020-11-02 2025-09-07 1
		[redacted] REMP. SANS HRE 2020-11-02 2025-09-07 1
		[redacted] REMP. SANS HRE 2023-06-19 2025-09-07 1
		[redacted] REMP. SANS HRE 2021-01-02 2025-09-07 1

Cahier des postes

608-CUSM

Poste vacant seulement en date du 2026-01-01

Titre d'emploi: 2227 - COORD TECH (LABO)

0000-0694-033 1-Norm TC 1820 1.00 10 - Vacant att. 2017-04-01 2025-2227-1108 TERMINÉ du 2025-11-14 au 2025-11-28. PERSONNE NOMMÉE: [redacted]	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 70.00 2025-05-18 5 2227-COORD TECH (LABO) 10.00 1 14 - APTS ABITIBI ADMIN 1.00 69 - VAL D'OR	[redacted] TIT. ANTICIPÉ 2019-05-27 2026-02-08 1 [redacted] TIT. TERMINÉ 2009-05-27 2019-04-28 2024-12-07 1 75 2026-10-04

Titre d'emploi: 2290 - CH CLIN SECU T 35.00

0000-0701-019 4-Temp TPT Vacant 2024-05-16 Aucun affichage	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 2024-05-16 4 2290-CH CLIN SECU T 35.00 1 14 - APTS ABITIBI 69 - VAL D'OR	

Titre d'emploi: 4003 - EXTERNE TECH MEDICAL

0000-0700-804 4-Temp TPT Vacant 2017-05-14 Aucun affichage	* 900048 - LAB REGR VAL-D'OR SQ 55085-CH VAL D'OR-LAB 2019-09-01 4 4003-EXTERNE TECH MEDICAL 1 14 - APTS ABITIBI 69 - VAL D'OR	