

Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre

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

I N C I D E N T / A C C I D E N T

E T

M A L A D I E P R O F E S S I O N N E L L E

P R É V E N T I O N E T P R O M O T I O N D E L A

S A N T É

Tél.: 514 934-1934 poste 34051

Télécopieur: 514 934-8073

preventionsante@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 prévention 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 PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ 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, laceration, 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
 - Lombar
 - 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 échéancier.



Rapport d'incident / d'accident et maladie professionnelle

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 A A A A M M J J		Heure AM PM		Date signalée A A A A M M J J		Heure AM PM		Signalé à : Poste:	
Quart de travail (hr)	de	à	Temps supplémentaire ☐ Oui ☐ 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 :								Face Dos Indiquez le site de la douleur ou de la blessure, s'il y a lieu	
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 ?	☐ 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 :

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 : CONTINUEZ AU VERSO ►
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...?"
1 PROCÉDURES Est-ce que les procédures étaient conçues pour un usage sécuritaire, étaient-elles connues, étaient-elles suivies ? PRÉCISEZ. Ne s'applique pas ☐	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.	
2 ÉQUIPEMENT / MATÉRIAUX Est-ce que l'équipement était défectueux, inapproprié, non gardé ? PRÉCISEZ. Ne s'applique pas ☐	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.	
3 CONDITIONS DU MILIEU DE TRAVAIL Quelles conditions ont contribué à l'accident (ex. : congestion, équipement de protection inadéquat ?) PRÉCISEZ. Ne s'applique pas ☐	Pourquoi ces conditions étaient-elles présentes? (ex. : absence de standards, inspections du milieu de travail inexistantes). PRÉCISEZ.	
4 FACTEURS RELIÉS AUX INDIVIDUS Est-ce que l'employé connaissait les procédures, était-il attentif ? PRÉCISEZ. Ne s'applique pas ☐	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.	
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 ☐	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 :	RÉSERVÉ AU SERVICE DE LA PRÉVENTION ☐ Secteur prévention ☐ SISST ☐ Secteur gestion de présences ☐
Date :	
Poste :	

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

