

# DÉCLARATION D'INCIDENT / D'ACCIDENT / MALADIE PROFESSIONNELLE TOUCHANT L'EMPLOYÉ

## PARTIE A – DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Remplir le jour même par le travailleur et envoyer à **votre gestionnaire**.

### 1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Employé d'agence :  OUI  NON

Nom de l'agence : \_\_\_\_\_

### 2. DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT

Date de l'évènement : \_\_\_\_\_

Heure de l'évènement : \_\_\_\_\_

Nom de l'installation : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Nom du service où a eu lieu l'évènement : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a un usager d'impliqué?  OUI  NON

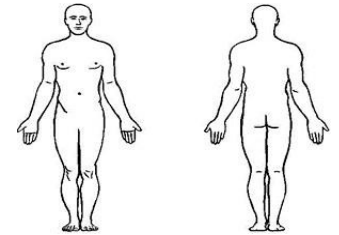
Numéro du dossier de l'usager : \_\_\_\_\_

Numéro de la chambre : \_\_\_\_\_

**Genre d'accident** (veuillez cocher la case correspondant à votre évènement) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agression physique                       | <input type="checkbox"/> Mobilisation d'un client                                  |
| <input type="checkbox"/> Mouvement, posture                       | <input type="checkbox"/> Frappé par, frappé contre, coincé, écrasé                 |
| <input type="checkbox"/> Douleur                                  | <input type="checkbox"/> Éclaboussures, ingestion, sous l'effet d'une substance    |
| <input type="checkbox"/> Chute, glissade (surface glacée)         | <input type="checkbox"/> Chute, glissade (autre qu'en raison d'une surface glacée) |
| <input type="checkbox"/> Risques psychosociaux                    | <input type="checkbox"/> Agression psychologique                                   |
| <input type="checkbox"/> Contact avec produits chimiques          | <input type="checkbox"/> Électricité, chaleur ou froid                             |
| <input type="checkbox"/> Effort excessif et manutention de charge | <input type="checkbox"/> Dangers environnementaux                                  |
| <input type="checkbox"/> Accident de transport                    | <input type="checkbox"/> Explosion, feu  |
| <input type="checkbox"/> Morsure ou piqûre (insectes, animaux)    | <input type="checkbox"/> Piqûre, coupure   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                            |  |

*S'il s'agit d'une blessure physique,  
encerclez sur le schéma l'endroit de la  
douleur.*



**DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT (uniquement des faits, aucune interprétation)** (que s'est-il produit juste avant la survenue de l'évènement, comment l'évènement est-il survenu, quelles étaient les particularités de l'environnement de travail, etc.). **Vous pouvez utiliser une autre feuille si nécessaire.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. TÉMOINS DE L'ÉVÈNEMENT

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_ Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

### 4. SUGGESTIONS POUR QU'UN ÉVÈNEMENT SEMBLABLE NE SE REPRODUISE PAS (joindre une feuille supplémentaire au besoin).

1.

2.

3.

4.

#### Premiers soins

Précisez les actions immédiates qui ont été prises : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

Date de la déclaration : \_\_\_\_\_

**Faire parvenir le formulaire à votre gestionnaire.**

## PARTIE B – ANALYSE DU GESTIONNAIRE

1. ENQUÊTE – ANALYSE			
<b>Est-ce que l'événement a nécessité une absence au-delà du jour de l'événement?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Avez-vous rencontré l'employé et le témoin s'il y a lieu? Si oui, l'employé doit mettre ses initiales : _____</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Est-ce que l'événement a occasionné des dommages matériels?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précisez : _____ <b>Est-ce que vous avez effectué une requête Octopus en lien avec l'événement?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, écrire le numéro de la requête : _____	
2. BRÈVE ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT (voir description de l'employé)			
<input type="checkbox"/> <b>Votre analyse de l'événement est idem à l'employé.</b> Si vous avez des commentaires à ajouter, spécifiez : _____ _____ _____			
3. AGENTS CAUSALS			
MOMENT			
<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire (055)	<input type="checkbox"/> Début du quart (056)	<input type="checkbox"/> Fin du quart (057)	<input type="checkbox"/> Travail urgent (058)
ÉQUIPEMENT			
<input type="checkbox"/> Équipement à risque élevé (04)	<input type="checkbox"/> Matière toxique, inflammable ou corrosive (05)	<input type="checkbox"/> Mécanisme de protection absent ou inadéquat (06)	<input type="checkbox"/> ÉPI inadéquat ou absent (024)
<input type="checkbox"/> Équipement défectueux (025)	<input type="checkbox"/> Équipement inadéquat ou non ergonomique (026)	<input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente (027)	<input type="checkbox"/> Fiche signalétique non disponible (028)
<input type="checkbox"/> Manque d'équipement (029)			
LIEU			
<input type="checkbox"/> Conditions ambiantes impropres (010)	<input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques (011)	<input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat (012)	<input type="checkbox"/> Encombrement (036)
<input type="checkbox"/> Mauvais entreposage (037)	<input type="checkbox"/> Espace restreint (038)	<input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propreté (039)	<input type="checkbox"/> Inégalité du sol (040)
<input type="checkbox"/> Surface glissante (041)	<input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate (042)	<input type="checkbox"/> Bruit (062)	
INDIVIDU			
<input type="checkbox"/> Inexpérience (07)	<input type="checkbox"/> Comportement inadéquat (08)	<input type="checkbox"/> Condition physique (09)	<input type="checkbox"/> Attitude désintéressé (030)
<input type="checkbox"/> ÉPI inutilisé (031)	<input type="checkbox"/> Geste inadéquat ou dangereux (032)	<input type="checkbox"/> Habilité insuffisante (033)	<input type="checkbox"/> Inadvertance (034)
<input type="checkbox"/> Connaissances insuffisantes (035)	<input type="checkbox"/> Facultés affaiblies (054)	<input type="checkbox"/> Condition personnelle (059)	<input type="checkbox"/> Animal (060)
<input type="checkbox"/> Tierce personne (061)			
TÂCHE			
<input type="checkbox"/> Aiguille (01)	<input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate (02)	<input type="checkbox"/> Patient confus (03)	<input type="checkbox"/> Cadence de travail (016)
<input type="checkbox"/> Consignes et instructions non suivies (017)	<input type="checkbox"/> Effort excessif (018)	<input type="checkbox"/> Geste dangereux (019)	<input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail (020)
<input type="checkbox"/> Inobservance des procédures et règles de sécurité (021)	<input type="checkbox"/> Mobilisation de patient (022)	<input type="checkbox"/> Patient agressif ou défensif (023)	
ORGANISATION			
<input type="checkbox"/> Procédures/règles inadéquates ou inexistantes (013)	<input type="checkbox"/> Supervision ou contrôle inadéquat (014)	<input type="checkbox"/> Formation ou entraînement insuffisant (015)	<input type="checkbox"/> Diffusion inadéquate des consignes et mauvaise communication (043)
<input type="checkbox"/> Achat non approprié, non adéquat (044)	<input type="checkbox"/> Affectation inadéquate (045)	<input type="checkbox"/> Mauvaise conception (046)	<input type="checkbox"/> Description de tâche (047)
<input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail (048)	<input type="checkbox"/> Insuffisance de l'entretien (049)	<input type="checkbox"/> Inspection déficiente (050)	<input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâches (051)
<input type="checkbox"/> Méthode de travail déficiente (052)	<input type="checkbox"/> Manque de personnel (053)		
RISQUES PSYCHOSOCIAUX			
<input type="checkbox"/> Charge de travail (081)	<input type="checkbox"/> Reconnaissance au travail (082)	<input type="checkbox"/> Soutien social du supérieur immédiat (083)	<input type="checkbox"/> Soutien social des collègues (084)
<input type="checkbox"/> Justice organisationnelle	<input type="checkbox"/> Autonomie décisionnelle (085)	<input type="checkbox"/> Harcèlement psychologique (086)	<input type="checkbox"/> Violence
<input type="checkbox"/> Exposition à un événement à potentiel traumatique			
4. RECOMMANDATIONS – MESURES DE CONTROLE, CORRECTIVES ET PREVENTIVES			
_____ _____ _____			
Signature du gestionnaire de l'analyse : _____		Matricule : _____	Date : _____
Signature de l'employé suite à la rencontre : _____			Date : _____

Faire parvenir le formulaire complété à [ssqvt.prevention.09ciss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ssqvt.prevention.09ciss@ssss.gouv.qc.ca)