

Rapport d'accident

Identification de l'entreprise

Nom de l'entreprise : _____

Établissement : _____

Département : _____

Identification de l'employé(e)

Nom : _____

Prénom : _____

N° d'assurance sociale (obligatoire) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nature du contrat de travail / Quart associé :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ À temps plein | ☐ Sur appel | ☐ Contrat à durée déterminée | ☐ Étudiant |
| ☐ À temps partiel | ☐ Saisonnier | ☐ Autre _____ | |

Date d'embauche :

 _____ / _____ / _____
 AA MM JJ

Mode de rémunération :

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ À taux fixe | ☐ À la pièce | ☐ À la commission | ☐ À forfait | ☐ Autre _____ |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|

Renseignements sur l'événement

Date de l'événement : Heure : _____

 _____ / _____ / _____
 AA MM JJ

Déclaré le :

 _____ / _____ / _____
 AA MM JJ

Y a-t-il des témoins?

☐ Oui ☐ Non

Nummer : _____

Nommer le(s) superviseur(s) en place au moment de l'accident : _____

Décrivez l'événement dans vos mots

Déclaration du travailleur :

**Dans les
mots du
travailleur,
écrit au JE**

 Signature du travailleur : 

Description des premiers soins : _____

Nom du secouriste : _____

 Photographies disponibles / Croquis : ☐ Oui ☐ Non

Poste ou occupation au moment de l'accident : _____

 Depuis le : _____ / _____ / _____
 AA MM JJ

L'événement a-t-il été provoqué par une personne étrangère à votre entreprise ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Lieu précis de l'accident: _____

Évaluation du besoin d'une enquête

Étape 1 – Indiquer la conséquence actuelle	Cocher	Étape 2 – Évaluer la conséquence potentielle probable	Cocher
Passé proche seulement	☐	Catastrophique / sérieux *	☐
Sans perte de temps – Sans premiers soins	☐	Grave (fracture, arrêt de travail, etc.) *	☐
Sans perte de temps – Premiers soins seulement	☐	Mineur (contusion, coupure superficielle, premiers soins, etc.)	☐
Sans perte de temps – Traitement médical seulement	☐	* Si vous cochez une des cases ombragées, une enquête complète est nécessaire.	
Perte de temps – Assignation temporaire *	☐		
Perte de temps – Arrêt de travail *	☐		

Section enquête d'accident

Personne responsable de l'enquête : _____	Visite des lieux : ☐ Oui ☐ Non	Date : _____ / _____ / _____ AA MM JJ
Partie(s) du corps touchée(s) (ex : yeux, doigt, avant-bras, autre) :		
Nature de la lésion (ex : Brûlure, entorse, fracture, contusion, autre) :		
Genre d'accident (ex : chute, écrasé par, frappé par, autre) :		

Description des enquêteurs

FAITS CONTRIBUTIFS À L'ÉVÈNEMENT – CHRONOLOGIE DE L'ÉVÈNEMENT – COMMENTAIRES – PHOTOS

Description de la scène comme s'il s'agissait d'un film, avec beaucoup de détails afin d'éliminer le plus d'interrogations possibles.

Équipements en cause

Section analyse d'accident

Causes de l'événement

Causes immédiates			Causes fondamentales	
Tâches	Équipement - Matériel	Lieu - Environnement	Organisation	Individu
☐ 1 Cadence de travail ☐ 2 Geste danger de l'employé ☐ 3 Geste danger tierce personne ☐ 4 Inobservance méthodes de travail ☐ 5 Inobservance procédure de travail ☐ 6 Inobservance règlements sécurité ☐ 7 Instructions non suivies ☐ 8 ÉPI non utilisé ☐ 9 Posture inadéquate ☐ 10 Réaction du corps ☐ 11 Autre	☐ 12 ÉPI inadéquat ☐ 13 Identification absente ou inadéquate ☐ 14 Mécanisme de protection absent ou inadéquat ☐ 15 Outil/équipement défectueux ☐ 16 Outil/équipement inadéquat ☐ 17 Matériel présentant des risques élevés ☐ 18 Matières dangereuses ☐ 19 Autre	☐ 20 Aménagement inadéquat ☐ 21 Conditions ambiantes ☐ 22 Conditions atmosphériques externes ☐ 23 Éclairage inadéquat ☐ 24 Ventilation inadéquate ☐ 25 Espace restreint ☐ 26 Malpropreté – Désordre ☐ 27 Autre	☐ 28 Achat inadéquat ☐ 29 Affectation (tâche-employé) ☐ 30 Communication ☐ 31 Conception ☐ 32 Entretien inadéquat ☐ 33 Formation déficiente ☐ 34 Méthode de travail inadéquate ou absente ☐ 35 Planification ☐ 36 Procédure inadéquate ou absente ☐ 37 Règlement inadéquat ou absent ☐ 38 Supervision absente ☐ 39 Autre	☐ 40 Conditions personnelles ☐ 41 Condition physique ☐ 42 Comportement ☐ 43 Connaissances du risque ☐ 44 Autre

Correctifs immédiats / temporaires

Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ

Correctifs permanents

Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ

Section administrative

Renseignements sur les conséquences		
L'accidenté a-t-il arrêté le travail ?	☐ Oui ☐ Non	de ____/____/____ à ____/____/____ AA MM JJ AA MM JJ
L'accidenté est-il en assignation temporaire ? (Nous faire parvenir le formulaire signé par le médecin)	☐ Oui ☐ Non	de ____/____/____ à ____/____/____ AA MM JJ AA MM JJ
L'accidenté est-il revenu au travail ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, quelle est la date de retour : ____/____/____ AA MM JJ
La blessure est-elle consolidée ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, nous faire parvenir une copie du rapport médical
Renseignements sur le suivi de l'événement		
L'accidenté a-t-il consulté un médecin ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, faire parvenir une copie de l'attestation médicale
L'employeur a-t-il présenté à la CSST un avis et une demande de remboursement (ADR) ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, nous faire parvenir une copie
L'employeur a-t-il reçu la copie de la réclamation du travailleur ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, nous faire parvenir une copie

Nom de l'enquêteur
(en lettres moulées)

Signature

Date

Nom de l'enquêteur
(en lettres moulées)

Signature

Date