

GUIDE D'ENQUÊTE

ENQUÊTE D'ACCIDENT

Qui fait l'enquête? _____

Date de l'enquête d'accident : _____ Heure : _____

Raison de l'enquête (cochez)

Blessures Dommages matériels Prévention

Commentaires : _____

Quand l'accident est-il arrivé?

Heure _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Quart de travail : Jour _____ Soir _____ Nuit _____

Où l'accident s'est-il produit? _____

Qui a été blessé?

Nom : _____

Âge : _____ Sexe homme femme

Adresse : _____

Tél. : (_____) _____ Autres : (_____) _____

N° d'assurance-maladie : _____

N° du dossier CNESST : (lorsque connu) _____

Témoins : _____

Est-ce la première fois qu'un accident survient à cet endroit?

OUI NON

Si non, combien d'autres fois? _____

LE TRAVAIL

Décrire le travail au moment de l'accident :

Est-ce son travail régulier? OUI NON

Si non, commentaires : _____

Ancienneté dans ce travail : _____

Ancienneté dans l'entreprise : _____

L'accidenté ou l'accidentée a-t-il reçu l'entraînement requis? OUI NON

Si oui, par qui? Nom : _____

Combien de temps a duré l'entraînement? _____

L'accidenté ou l'accidentée travaillait-il en heures supplémentaires? OUI NON

Si oui, expliquez : _____

Mode de rémunération Horaire Bonus Pièce

A-t-on fait une étude sécuritaire sur les méthodes de travail? OUI NON

Les travailleurs et les travailleuses ont-ils développé leurs propres méthodes de travail?

OUI NON

Est-ce que l'employeur tolère ces méthodes ? OUI NON

Vos commentaires sur les postures, sur les charges de travail et les répétitions :

ÉQUIPEMENT

Quel genre d'équipement, machine, objet ou substance était utilisé par la personne accidentée au moment de l'accident?

Décrivez

Nom : _____

Marque : _____

Année de fabrication : _____

Type ou modèle : _____

S'il s'agit d'une machine, était-elle en bonne condition? OUI NON

Si non, expliquez : _____

À quand remonte la dernière inspection? _____

Est-ce qu'une autre machine, objet ou substance, était impliqué dans l'accident?

OU NON

Si oui, décrivez :

Vos commentaires :

LIEUX

Comment étaient les conditions physiques de travail au moment de l'accident au niveau de :

L'éclairage : _____

L'espace de travail : _____

Les planchers : _____

La ventilation : _____

La poussière : _____

La température : _____

L'humidité : _____

Le chauffage : _____

Le bruit : _____

Les gaz en présence : _____

Garde protecteur : manquant _____ inadéquat _____

L'ORGANISATION

Nom du supérieur immédiat : _____

Y a-t-il des directives incitant les travailleurs et les travailleuses à travailler
toujours plus vite?

OUI NON

Directives erronées ou incomplètes :

OUI NON

Supervision appropriée :

OUI NON

Supervision inadéquate :

OUI NON

Appareils protecteurs non disponibles :

OUI NON

Appareils protecteurs inadéquats :

OUI NON

Vêtements fournis par l'employeur :

OUI NON

Étaient-ils en bon état?

OUI NON

Étaient-ils adéquats et adaptés

OUI NON

Si non, expliquez : _____

Y a-t-il des règlements de sécurité imposés par l'employeur?

Si oui, lesquels? _____
