* *Brocher avec la déclaration du travailleur*.

**Centre de services scolaire des Chic-Chocs 102, rue Jacques-Cartier**

**Gaspé (Québec) G4X 2S9 Téléphone : (418) 368-3499**

**Télécopieur : (418) 368-6531**

PARTIE II : SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Accident sans perte de temps Accident avec perte de temps

|  |  |
| --- | --- |
| ***A – ENQUÊTE*** |  |
| Nom de la personne qui rédige le rapport : Nom du travailleur ou de la travailleuse :  |
| L’enquête a-t-elle été effectuée dans les 24 heures de l’événement ? Oui | Non |
| L’enquête a-t-elle été effectuée sur les lieux de l’événement ? Oui Si non, pourquoi ?  | Non |
| Êtes-vous en accord avec la description du travailleur ou de la travailleuse? Oui Si non, inscrivez votre version des faits :  | Non |
| Probabilité que le même événement survienne : Fréquente Occasionnelle | Rare |
| ***B – ANALYSE*** |  |
| ***Causes de l’événement****Pour chacune des catégories, cochez la (les) cause(s) qui a (ont) amené l’événement à se produire.* |
| ***Équipement et matériel***1. *Entreposage inadéquat*
2. *Manque d’équipement*
3. *Équipement inadéquat ou défectueux*
4. *Équipement à risque élevé*
5. *Autre (spécifiez) : I****ndividu***
6. *Habileté (dextérité) insuffisante*
7. *Connaissances insuffisantes*
8. *Comportement inadéquat.*
9. *Geste inadéquat.*
10. *Autre (spécifiez) :*

***Environnement***1. *Aménagement inadéquat du poste*
2. *Conditions ambiantes impropres*
3. *Espace restreint*
4. *Manque d’ordre*
5. *Entreposage inadéquat*
6. *Autre (spécifiez) :*
 | ***Organisation***1. *Formation ou entraînement insuffisant*
2. *Procédures/règlements absents ou insuffisants*
3. *Supervision ou contrôle inadéquat*
4. *Mauvaise planification du travail*
5. *Insuffisance de l’entretien*
6. *Autre (spécifiez) :*

***Tâche***1. *Cadence du travail*
2. *Inobservance des règles et des procédures*
3. *Non-respect des méthodes de travail*
4. *Instructions verbales non suivies*
5. *Non-utilisation des équipements de protection*
6. *Posture de travail inadéquate*
7. *Utilisation non appropriée d’équipements*
8. *Efforts excessifs*
9. *Autre (spécifiez) :*
 |

Précisez, pour chacune des causes retenues, ce qui est anormal.

Demandez-vous : « Pourquoi cet élément est-il anormal»?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***No*** | ***Situation anormale*** | ***Pourquoi ?*** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***C – MESURES CORRECTIVES ET /OU PRÉVENTIVES*** |  |
| Indiquez trois mesures correctives et/ou préventives susceptibles, à votre avis, d’éviter que cette situation ne se reproduise. |
| ***Mesure préventive ou corrective*** | ***Responsable*** | ***Avisé le :*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Signature du supérieur immédiat : Date :

DIRECTIVES

**1.- Compléter. (Pour de l’information sur la façon de compléter cette partie du formulaire, vous adresser au coordonnateur du Service des ressources humaines)**

**2.- Imprimer.**

**3.- Signer.**

**4.- Faire suivre au Service des ressources humaines dans les 24 heures de l’événement.**