

# FORMULAIRE D'ENQUÊTE D'ACCIDENT



Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enquête effectuée par : \_\_\_\_\_

Date de l'enquête : \_\_\_\_\_

Raison de l'enquête :

Blessures  Dommages matériels

---

L'accident s'est produit :

Date \_\_\_\_\_

Heure \_\_\_\_\_

Quart de travail : Jour

Soir

Nuit

Où l'accident s'est-il produit : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

OUI  NON

Si non, combien d'autres fois : \_\_\_\_\_

---

Nom de la personne accidentée : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Homme

Femme

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ancienneté dans le travail : \_\_\_\_\_

Ancienneté dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des témoins ? OUI  NON

Si oui, inscrire leurs noms et coordonnées ci-dessous

---

---

---

---

Nom du supérieur immédiat présent lors de l'accident

---

Comment l'accident est-il arrivé?

---

---

---

---

#### DESCRIPTION DU TRAVAIL

La personne accidentée effectuait-elle son travail régulier?

OUI  NON

Si non, décrire le travail effectué

---

---

---

---

La personne accidentée a-t-elle reçu la formation adéquate pour effectuer ce travail ?

OUI  NON

La personne accidentée travaillait-elle en temps supplémentaire?

OUI  NON

Quel le mode de rémunération ?

Taux horaire  À la semaine  Bonus  Pièce

La personne accidentée a-t-elle reçu une formation adéquate sur les méthodes de travail sécuritaires?

OUI  NON

Si non, pourquoi ?

---

---

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

OUI  NON

L'employeur tolère-t-il ces méthodes?

OUI  NON

Commentaires généraux

---

---

---

---

---

---

---

---

## ORGANISATION DU TRAVAIL

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

OUI  NON

Les directives sont-elles erronées ou incomplètes?

OUI  NON

Les appareils protecteurs sont-ils disponibles ?

OUI  NON

Les appareils protecteurs sont-ils adéquats ?

OUI  NON

---

## ÉQUIPEMENT

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

---

---

---

L'utilisation d'une machine est-elle en cause?

OUI  NON

Si oui, indiquer le nom, la marque, le modèle, l'année de fabrication.

---

---

---

La machine était-elle en bonne condition?

OUI  NON

Quand a-t-elle été inspectée la dernière fois?

---

---

Les vêtements sont-ils fournis par l'employeur?

OUI  NON

Si oui, étaient-ils en bon état?

OUI  NON

Si non, expliquez

---

---

---

---

L'employeur doit-il fournir un équipement de sécurité ?

OUI  NON

Si oui, était-il fourni ?

OUI  NON

Était-il en bon état?

OUI  NON

Si non, expliquez

---

---

---

Commentaires

---

---

---

---

---

---

---

---

## ÉTAT DES 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



