



**IMPORTANT – Ce formulaire doit être rempli par la personne témoin.**

|  |  |
|--|--|
| Date de l'événement :  |  |
| Heure de l'événement :   |  |
| Contremaître ou gestionnaire en place au moment de l'événement : |  |
| <i>DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT AU VERSO</i>                       |  |

En tant que témoin, quelles sont selon vous les causes de l'événement ? Encerclez toutes celles qui vous semblent applicables.

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



Merci de décrire l'événement selon la connaissance que vous en avez, en prenant soin de remplir toutes les cases (pour vous aider à répondre, vous pouvez prendre connaissance du tableau à la page suivante) :

|                |  |
|----------------|--|
| Moment :       |  |
| Équipement :   |  |
| Lieu :         |  |
| Individu :     |  |
| Tâche :        |  |
| Organisation : |  |



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Moment</b>       | Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi, Samedi, Dimanche, Avant une pause, après une pause, en temps supplémentaire, travail urgent demandé, au début du quart de travail, à la fin du quart de travail, avant ou après une annonce de mise à pied, période estivale, etc.  |
| <b>Équipement</b>   | Accessoires inadéquats, mal ajusté, mauvaise utilisation de l'équipement, absence de dispositif de sécurité ou défectueux, équipement non disponible, absence de protecteur, etc.  |
| <b>Lieu</b>         | Propreté des lieux, ordre, espace réservé aux contaminants, etc.<br><br>L'endroit de travail est-il encombré ou restreint ?<br><br>Température intérieure : _____ Température extérieure : _____   |
| <b>Individu</b>     | Capacités physiques insuffisantes (vision, audition, forme physique, entraînement physique), expérience de travail insuffisante, oubli ou absence des règles de sécurité, méthode de travail établie non utilisée, ÉPI non portés, etc.<br><br>Aviez-vous des limitations en termes de capacité physique ? Aviez-vous eu des douleurs similaires dans le passé ? Dans quelles circonstances ? Aviez-vous consulté ?<br><br>Les règles de sécurité sont-elles connues ?<br><br>Est-ce que le travail nécessitait le port d'un équipement de protection individuelle ? Pourquoi ne pas l'avoir utilisé, le cas échéant?                        |
| <b>Tâche</b>        | Méthode de travail non expliquée, méthode de travail non sécuritaire, posture de travail inadéquate, méthode de travail existante non écrite ou méthode de travail inexistante, etc.<br><br>Est-ce que le travail s'effectuait selon les normes et les techniques enseignées ?<br><br>La fréquence du travail ? Combien de fois par jour effectuiez-vous ce mouvement ? Poids de la charge ? Est-ce une posture contraignante ? A-t-on des appareils de levage ou outils à utiliser pour faciliter le travail ? Les a-t-on utilisés ?<br><br>Chronologie de la tâche : (vidéo, photo et/ou description du poste de travail, si vous en avez) |
| <b>Organisation</b> | Sélection du personnel, supervision inappropriée, programme de formation, coordination des activités, etc.<br><br>Aviez-vous reçu une formation sur ce poste de travail ?  |



Par la présente, je confirme la véracité des informations rapportées dans ce document. Je comprends que toute information volontairement falsifiée pourrait mener à l'application de sanctions disciplinaires.

Je m'engage par ailleurs à collaborer pleinement et promptement avec les ressources humaines au cas où mes témoignages seraient de nouveau sollicités en lien avec ce dossier de lésion ou maladie professionnelle.

Signé à Saint-Elzéar-de-Bonaventure, le \_\_\_\_\_ (date)

NOM EN LETTRES MOULÉES : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

Merci d'apposer vos initiales dans le bas de chacune des quatre pages précédentes.

***Merci pour votre collaboration à cette enquête !***

---

| SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER À L'INTERNE |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Date inscrite p. 4                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Nom en lettres moulées p. 4                         |  |
| <input type="checkbox"/> Signature p. 4                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Initiales membre sur chacune des 4 pages            |  |
| Date de réception du document complété :                                     |  |
| Signature :  |  |