
FORMULAIRE D'ENQUÊTE ET D'ANALYSE D'ACCIDENTS ET D'INCIDENTS

(BASÉ SUR LA MÉTHODE DU DIAGRAMME CAUSES À EFFET – ISHIKAWA)

REV20190111

1. Informations sur la personne accidentée

Nom et prénom : _____

Département : _____ Occupation : _____

Date de l'événement : _____ Heure : _____

Date de la déclaration : _____ Heure : _____

2. Renseignements sur l'accident

Lieu: _____

Description de l'accident ou de l'incident : _____

Témoins : _____ Secouriste _____

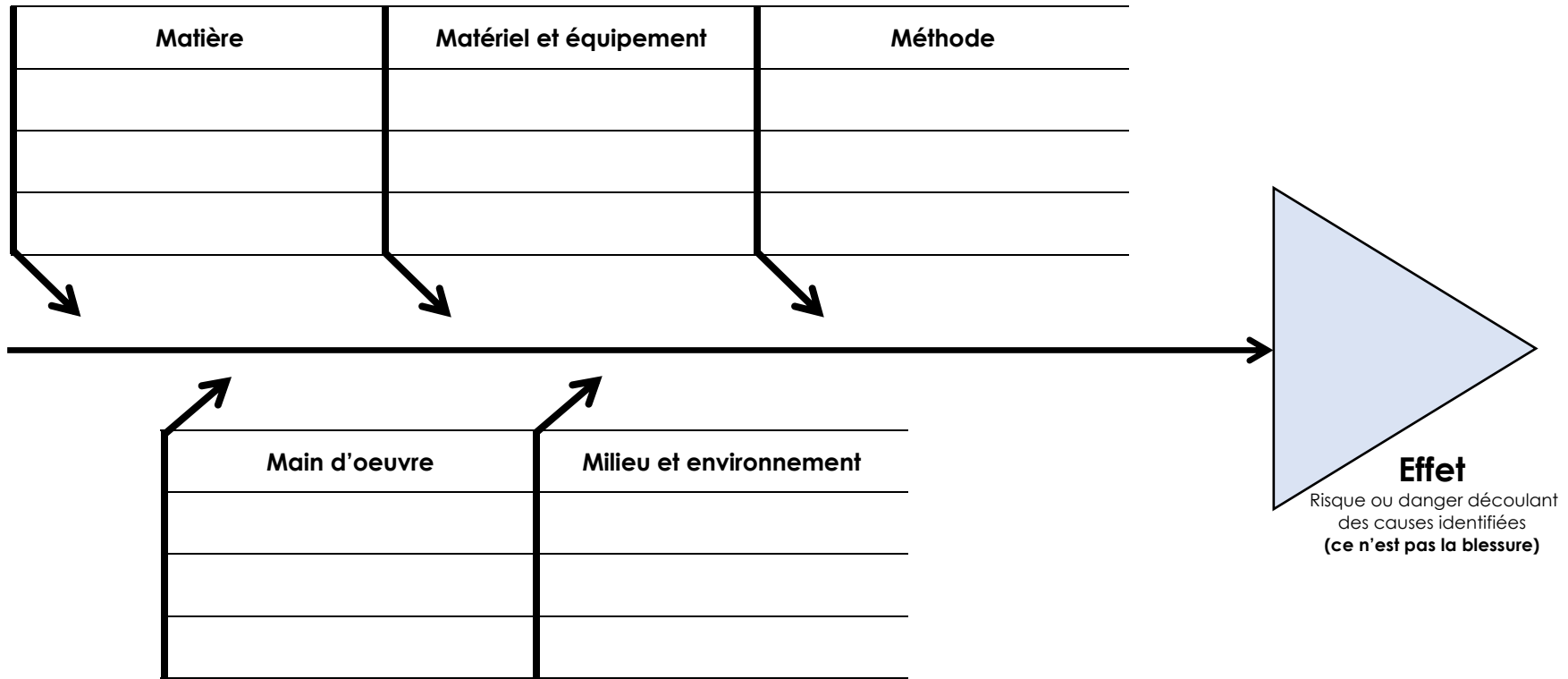
3. Grille des faits anormaux

Un fait ne doit pas porter à interprétation, il doit être incontestable, mesurable et vérifiable.

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

4. Analyse selon le diagramme des 5 M

À partir des faits anormaux, questionnez-vous sur toutes les causes potentielles qui ont contribué à entraîner un effet.
Inscrire ces causes dans le diagramme des 5 M ci-dessous.



Matière - Ex. : Mauvaises qualité de la matière première, pile instable, pièces coupantes

Matériel et équipement - Ex. : Outils défectueux, absence de garde sur la machine, équipement non conforme par rapport à une norme

Méthode - Ex. : Procédure de travail non respectée, tâche inhabituelle, enlève le garde sur la machine

Main d'oeuvre - Ex. : Absence de formation, absence d'autorisation, règles internes non appliquées ou non connues

Milieu et environnement - Ex. : Encombrement, niveau d'éclairage insuffisant, température élevée, poussière dans l'air, plancher glissant

5. Causes principales

À partir du diagramme de la page précédente, faire ressortir les **causes principales** sans lesquelles cet accident ne serait pas survenu.

1	
2	
3	

6. Actions et mesures correctives

Causes	Actions immédiates et temporaires	Responsable	Échéance	Suivi par superviseur ✓	Suivi par CSS ✓
1					
2					
3					
	Mesures de prévention permanentes (Outil, équipement, aménagement, séquence, méthode de travail, etc.)	Responsable	Échéance	Suivi par superviseur ✓	Suivi par CSS ✓
1					
2					
3					

7. Enquête et analyse d'accident ou d'incident réalisée par :

Représentant de l'employeur (nom)	Fonction	Signature	Date
Représentant des travailleurs (nom)	Fonction	Signature	Date
Représentant du CSS (nom)		Signature	Date
Direction (nom)		Signature	Date

À des fins de statistiques (optionnel)

Genre d'accident	Agent causal	Nature de la lésion	Siège de la lésion
<input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Coincé <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Explosion, incendie <input type="checkbox"/> Frappé par... <input type="checkbox"/> Heurté contre... <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Appareil de levage <input type="checkbox"/> Charge <input type="checkbox"/> Échelle <input type="checkbox"/> Flamme, feu <input type="checkbox"/> Machine, outil <input type="checkbox"/> Particules <input type="checkbox"/> Radiations <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Éblouissement (flash) <input type="checkbox"/> Écrasement <input type="checkbox"/> Entorse, foulure <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Tendinite, bursite <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Doigt(s) <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Autres :

Cet accident est survenu suite à :

	Un travail standard
	Un travail non standard
	Une situation d'urgence