

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL ET D'INCIDENT

(Voir instructions au verso)

BLOC I - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE

(À compléter par la personne salariée)

Nom :		Prénom :		Matricule :	
Adresse :					
Téléphone : ()			Date de naissance : / /		
			Année Mois Jour		
Titre d'emploi :					

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date : / /		Jour :		Heure : :	
		Année Mois Jour			
Lieu précis de l'événement :			Établissement :		
Que faisiez-vous au moment de l'accident ? :					
Horaire de travail complété : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Sinon, heure de l'arrêt de travail : :					
Supérieur immédiat ou son représentant (si applicable) avisé : OUI <input type="checkbox"/> Par quel moyen : NON <input type="checkbox"/>					
Nom du supérieur immédiat :			Fonction :		
Quand cette personne a-t-elle été avisée ?			Date : / /		
			Année Mois Jour		

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT – VERSION DE LA PERSONNE SALARIÉE

<input type="checkbox"/> Voir annexe					
Témoins visuels lors de l'événement : OUI NON <input type="checkbox"/>					
Nom:			Fonction :		
Nom:			Fonction :		

Description de la lésion physique et/ou psychologique (Ex : blessure ou partie du corps touchée) :

Nature de la lésion: Physique		Si autre: _____		Si autre: _____	
Genre de contact: Psychique		Agent causal :		Préciser: _____	

** Dans le cas où le supérieur immédiat est visé, vous n'avez pas à lui faire signer le formulaire.*

Description des premiers soins:

Nom du secouriste : _____					
Personne contactée(parenté)	Oui	Non	Par:	_____	
Transport à la maison	Oui	Non	Par:	_____	
Transport à l'hôpital	Oui	Non	Par:	_____	

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas ?

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à ce qui s'est produit.

		/ /	
Signature de la personne salariée		Date	
		Année Mois Jour	
		()	
		/ /	
Nom du responsable SST (si applicable)		Signature (si applicable)	
		Téléphone	
		Date	
		Année Mois Jour	

BLOC II - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

(À compléter par le supérieur immédiat)

Établissement :		# Établissement :	
Adresse :			

DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'événement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Si oui, quand ? / /	
Avez-vous rencontré la personne salariée: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Si oui, quand ? / /	
Description des mesures correctives effectuées : _____			
<input type="checkbox"/> Voir annexe			
J'effectuerai une enquête complémentaire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
		()	
		/ /	
Nom du supérieur		Signature	
		Téléphone	
		Date	
		Année Mois Jour	

INSTRUCTIONS

Cadre administratif

Dans le but d'alléger le présent formulaire, l'emploi du terme accident de travail et incident de travail inclus maladie professionnelle.

Le présent formulaire est utilisé pour déclarer un accident et incident du travail avec ou sans perte de temps.

Bloc I – à compléter par la personne salariée

Bloc II – à compléter par le supérieur immédiat

Procédures à suivre lors de la déclaration d'un accident du travail ou d'un incident

1. Déclaration de l'accident du travail

- La personne salariée doit le signaler sans délai à son supérieur immédiat, ou à défaut à un représentant de l'employeur et ce, avant de quitter les lieux de l'établissement.
- La personne salariée complète le bloc I du présent formulaire et signe ce dernier.
- La personne salariée collabore à la cueillette des informations et à l'analyse dudit accident et ce, en tout temps.
- Le bloc II du formulaire doit être complété par le supérieur immédiat et celui-ci doit l'acheminer sans délai au Service des ressources humaines- secteur de l'assiduité.

2. Assistance médicale

S'il y a blessure nécessitant que la personne salariée s'absente de son travail pour une consultation médicale, elle doit en aviser au préalable son supérieur immédiat ou son représentant.

3. Enquête et analyse de l'accident du travail

La personne salariée victime d'un accident du travail doit fournir les renseignements nécessaires au supérieur et aux gestionnaires afin de réaliser l'enquête et l'analyse de l'accident. Celles-ci visent principalement à identifier les causes de cet événement et d'en prévenir la répétition.

4. Mesures correctives et préventives

L'identification des mesures correctives et/ou préventives par le supérieur immédiat vise à maintenir un environnement de travail sécuritaire et à s'assurer que les actions à entreprendre sont faites afin d'éviter la répétition d'un tel événement.

5. Attestation médicale et formulaires de la CNESST

- Dans le cas d'un accident du travail, la personne salariée est responsable de remettre au secteur de l'assiduité, une copie de son attestation médicale émise par son médecin traitant. Le formulaire de déclaration d'accident du travail dûment complété ainsi que l'attestation médicale sont essentiels, afin que le secteur de l'assiduité puisse autoriser, s'il y a lieu, le versement des indemnités prévues à cet effet.
- La personne salariée victime d'un accident du travail doit collaborer aux évaluations médicales ou expertises exigées par l'employeur lorsque celui-ci en fait la demande.

Cadre légal

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Définition (article 2)

- L'accident du travail est un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.
- La maladie professionnelle est une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

Attestation médicale (article 267)

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle qui le rend incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée sa lésion doit remettre à son employeur l'attestation médicale prévue par l'article 199.

Assignment temporaire (article 179)

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut, en utilisant le formulaire prescrit par la Commission, assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable, même si sa lésion n'est pas consolidée, si le professionnel de la santé qui a charge du travailleur croit que le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail; ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique et psychique du travailleur compte tenu de sa lésion; et ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

Accident du travail sans perte de temps

Il s'agit d'un accident du travail qui n'entraîne pas d'absence du travail au-delà de la journée de l'événement.

Accident du travail avec perte de temps

Il s'agit d'un accident du travail qui entraîne un arrêt de travail prescrit par un médecin sur une attestation médicale CSST, et ce, au-delà du jour de l'accident.

Avis à l'employeur (article 265)

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle ou, s'il est décédé ou empêché d'agir, son représentant, doit en aviser son supérieur immédiat, ou à défaut un autre représentant de l'employeur, avant de quitter l'établissement lorsqu'il en est capable, ou sinon dès que possible.

Dans le présent document, la forme masculine du texte désigne aussi bien les femmes que les hommes