

FORMULAIRES DE DÉCLARATION ET D'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

SI L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL QUE VOUS AVEZ SUBI VOUS EMPÊCHE
DE REPRENDRE VOTRE TRAVAIL, AVISEZ SANS DÉLAI VOTRE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT.

▶ COMMENT REMPLIR LES FORMULAIRES

FORMULAIRE :

REPLI PAR :

ENVOYÉ À :

▶ **A**
DÉCLARATION
D'UN ÉVÉNEMENT
ACCIDENTEL

▶ L'EMPLOYÉ
OU
SON REPRÉSENTANT
SYNDICAL

▶ 1^{re} COPIE

▶ SERVICE DE SANTÉ OU, À DÉFAUT,
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

▶ 2^e COPIE
+ COPIE JAUNE

▶ RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

▶ 3^e COPIE

▶ SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT

▶ 4^e COPIE

▶ EMPLOYÉ

▶ **B**
ENQUÊTE
PRÉLIMINAIRE
(COPIE JAUNE)

▶ RESPONSABLE DE
L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

▶ 2^e COPIE
+ COPIE JAUNE

▶ SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT

**LES INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE A SONT AU VERSO DE CETTE FEUILLE.
LES INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE B SONT AU VERSO DU FORMULAIRE B.
LES INFORMATIONS CONCERNANT LE CADRE ADMINISTRATIF
ET LE CADRE LÉGAL SONT AU VERSO DE LA 4^e COPIE.**



ASSOCIATION PARITAIRE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU SECTEUR AFFAIRES SOCIALES

5100, rue Sherbrooke Est, bureau 950, Montréal (Québec) H1V 3R9 • Téléphone : 514 253-6871 ou 1 800 361-4528 • Télécopieur : 514 253-1443

INSTRUCTIONS POUR FORMULAIRE A

DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ OU SON REPRÉSENTANT SYNDICAL

▶ **COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL**

▶ **Identification de l'employé ou de la personne victime d'un événement accidentel (section 1)**

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE LES INFORMATIONS DEMANDÉES.

- ▶ Faites un «X», s'il y a lieu, sur le schéma pour indiquer le(s) site(s) de la douleur que vous avez ressentie.

▶ **Description de l'événement accidentel (section 2)**

- ▶ La date et l'heure de survenue de l'événement accidentel (ex. : 0 h 15, 8 h 15, 16 h 15).
- ▶ Le lieu exact de l'événement accidentel (ex. : chambre 426, côté gauche du lit n° 1, stationnement, cafétéria).
- ▶ Les circonstances qui ont entouré l'événement accidentel (ex. : alors que je transférais Monsieur Untel dans son fauteuil roulant, ce dernier a perdu pied et j'ai tenté de le retenir pour qu'il ne tombe pas au sol).
- ▶ Proposez des suggestions ou des commentaires pour qu'un événement accidentel semblable ne se reproduise pas.

▶ **Signature de l'employé ou de la personne victime de l'événement accidentel (section 3)**

- ▶ Indiquez le nom et la fonction de la personne qui a rédigé le présent formulaire.
- ▶ Indiquez la date et l'heure où la déclaration a été faite.
- ▶ Indiquez le nom du supérieur immédiat de l'employé ou de la personne victime de l'événement accidentel.
- ▶ L'employé ou la personne qui a été victime de l'événement accidentel doit signer le présent formulaire.

FORMULAIRE A

DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

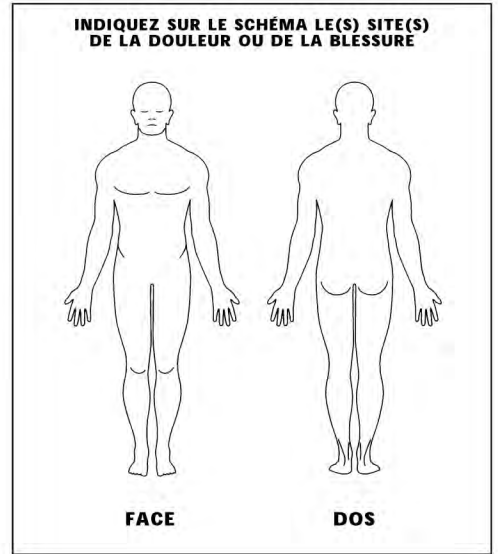
RÉSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ

REÇU LE : HEURE : NUMÉRO D'ÉVÉNEMENT :

AT : MP : INC : NC :

1- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ OU DE LA PERSONNE QUI A ÉTÉ VICTIME DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

- ▶ Nom :
- ▶ N° d'employé :
- ▶ Titre d'emploi :
- ▶ Téléphone (dans l'établissement) :
- (autre numéro) :
- ▶ Service :
- ▶ Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) :
-
-
- ▶ Premiers soins reçus Aucun
 Sur les lieux de l'événement
 À l'urgence
 Autre endroit
- ▶ Nom de la personne qui a donné les premiers soins :
- ▶ Combien d'années d'expérience avez-vous cumulées ? Dans l'établissement :
- Dans ce titre d'emploi :
- Dans ce poste de travail :
- ▶ Quel est votre statut d'emploi ? Temps complet Temps partiel Occasionnel
- ▶ Depuis combien d'années détenez-vous ce statut ?
- ▶ Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel ? Jour Soir Nuit



2- DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

- ▶ Date de l'événement : / / Heure de l'événement : **(0 À 24 HEURES)**
- ANNÉE MOIS JOUR
- ▶ Lieu exact de l'événement accidentel :
- ▶ Décrivez les circonstances qui ont entouré l'événement accidentel :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- ▶ Que suggérez-vous pour qu'un événement accidentel semblable ne se reproduise pas ?
.....
.....
.....
.....
- ▶ Autres commentaires :
.....
.....
.....

3- SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ OU DE LA PERSONNE VICTIME DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Je suis informé de la procédure de déclaration d'événement accidentel et je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit.

- ▶ Déclaration rédigée par : Fonction :
- ▶ Date de la déclaration : / / Heure : **(0 À 24 HEURES)**
- ANNÉE MOIS JOUR
- ▶ Nom du supérieur immédiat de l'accidenté :
- ▶ Signature de l'employé ou de la personne victime de l'événement accidentel :



INFORMATIONS

► CADRE ADMINISTRATIF

ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL :	incident ou accident du travail.
LÉSION PROFESSIONNELLE :	blessure ou maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle.
REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR :	chef de service, d'unité, d'équipe, coordonnateur de nuit, cadre, gestionnaire, etc.

PROCÉDURE À SUIVRE DANS LE CADRE DE LA DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

► 1- Déclaration de l'événement accidentel

- Tout employé¹ ou personne œuvrant sur les sites et lieux de l'établissement ou tout employé ou personne exécutant des fonctions dans le cadre de son travail pour l'établissement, doit signaler **sans délai** à son supérieur immédiat ou, à défaut, à un représentant de l'employeur, tout événement accidentel relié au travail avant de quitter les lieux de l'établissement, et ce, à moins de circonstances exceptionnelles.
- L'employé ou la personne victime d'un événement accidentel ou le représentant syndical de l'employé (si l'employé victime est incapable de le remplir par lui-même) remplit le formulaire A du présent document et le signe. Dès que remplies, les copies des formulaires doivent être acheminées aux personnes concernées, selon les procédures établies.
- L'employé ou la victime d'une maladie professionnelle avise son supérieur immédiat ou, à défaut, le représentant de l'employeur sur l'unité de travail à laquelle il est affecté, dès la connaissance de cette maladie. Il remplit le formulaire A du présent document et le signe.
- L'employé ou la personne victime d'un événement accidentel collabore, lorsque son état le permet, à l'enquête préliminaire avec son supérieur immédiat ou, à défaut, avec un représentant de l'employeur mandaté pour procéder à cette enquête.

► 2- Assistance médicale

- L'employé ou la personne victime d'un événement accidentel qui doit obtenir des soins médicaux et traitements alors qu'il est à son travail doit aviser préalablement son supérieur immédiat ou un représentant de l'employeur avant de quitter son poste de travail. À défaut d'être dans l'établissement, il doit rapporter cet événement à son supérieur immédiat ou à un représentant de l'employeur dès que possible, mais au plus tard dès le début de son prochain quart de travail et en particulier, s'il doit s'absenter de son travail.
- L'employé ou la personne victime d'un événement accidentel, dont la blessure occupationnelle ou la maladie professionnelle justifie une absence de son travail, doit informer **sans délai** son supérieur immédiat ou un représentant de l'employeur. Si la consultation médicale a lieu en dehors de son quart de travail, il doit l'informer dès que possible, mais au plus tard dès le début de son prochain quart de travail.

► 3- Enquête et analyse de l'événement accidentel

- L'employé ou la personne victime d'un événement accidentel doit fournir les renseignements nécessaires au(x) responsable(s) de l'établissement mandaté(s) pour réaliser l'enquête et l'analyse de l'événement accidentel. L'enquête et l'analyse de l'événement accidentel visent à identifier les causes de cet événement et à en prévenir la répétition.

► 4- Attestation médicale et formulaires de la CSST

- Dans le cas d'une assistance médicale, l'employé est responsable de remettre l'attestation médicale au Service de santé ou, à défaut, à la Direction des ressources humaines dès que possible, mais au plus tard dès le début de son prochain quart de travail. Les autres documents médicaux (et copies) émis par le médecin traitant ou le médecin consultant (rapport médical CSST, rapport final CSST, formulaire d'assignation temporaire ou autre certificat médical) doivent être transmis au Service de santé ou, à défaut, à la Direction des ressources humaines, de la même façon et dans les délais énoncés précédemment.
- L'employé victime d'un événement accidentel muni d'une attestation médicale doit se rendre au Service de santé dans les plus brefs délais pour remplir et signer le(s) formulaire(s) exigé(s) par la CSST.
- L'employé victime d'une lésion professionnelle doit collaborer aux examens médicaux lorsque l'employeur en fait la demande.

¹ La forme masculine est utilisée pour alléger le texte.

► 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.

► Avis au supérieur (articles 265 et 266)

- L'employé victime d'une lésion professionnelle ou, s'il est décédé ou incapable 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. Cet avis est suffisant s'il identifie correctement l'employé et s'il décrit dans un langage ordinaire, l'endroit et les circonstances entourant la survenance de la lésion professionnelle (...).

► Attestation médicale (article 267)

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

INSTRUCTIONS POUR FORMULAIRE B

ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

**À REMPLIR À LA SUITE DE L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE EFFECTUÉE
EN COLLABORATION AVEC L'EMPLOYÉ OU SON REPRÉSENTANT**

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE D'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

Compte rendu de l'enquête préliminaire (sections 1 à 4)

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE LES INFORMATIONS DEMANDÉES.

- ▶ Indiquez le nom de la victime, son numéro d'employé et la date de l'événement accidentel.
- ▶ Indiquez l'activité à laquelle était affecté l'employé au moment de l'événement accidentel (section 1) (ex. : transférer un bénéficiaire du lit au fauteuil roulant).
- ▶ Indiquez si l'activité est reliée au travail habituel de l'employé (section 1).
- ▶ Faites un schéma du lieu de l'événement accidentel et indiquez l'endroit exact où l'employé (ainsi que les autres personnes présentes) était situé au moment de l'événement accidentel. Soyez le plus précis possible (section 1).
- ▶ Indiquez, s'il y a lieu, la séquence des faits ayant conduit à la survenue de l'événement (section 2).
- ▶ Indiquez et décrivez les facteurs ayant contribué à la survenue de l'événement accidentel (section 3).
- ▶ Indiquez les mesures correctives ou préventives que vous recommandez pour éviter qu'un événement semblable ne se reproduise (section 4).
- ▶ Inscrivez votre nom, apposez votre signature ainsi que la date de l'enquête (section 4).

Représentant de l'employeur (section 5)

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE LES INFORMATIONS DEMANDÉES.

- ▶ Le supérieur immédiat de l'employé victime de l'événement accidentel inscrit son nom.
- ▶ Le supérieur immédiat indique les mesures correctives ou préventives proposées ou retenues et les détaille s'il y a lieu.
- ▶ Le supérieur immédiat inscrit son nom, appose sa signature et indique la date.

**LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT FAIT SUIVRE LES FORMULAIRES
SELON LES PROCÉDURES DE L'ÉTABLISSEMENT.**