|  |  |
| --- | --- |
| **Déclaration no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | [ ]  **Accident** [ ]  **Incident**  |

|  |
| --- |
| ***À lire avant de remplir ce formulaire*** |
| * Les instructions et la procédure à suivre pour remplir ce formulaire se trouvent à la fin de cette déclaration.
 |
| * La personne qui subit un accident du travail ou un incident doit le signaler ***sans délai*** à son supérieur immédiat ou, à défaut, à une représentante ou un représentant de l’employeur, et ce, avant de quitter les lieux de l’établissement.
 |
| * Ce formulaire doit être rempli à l’écran, imprimé **en format légal (8 ½" x 14")** et signé par toutes les parties.
 |
| * L’**original de cette déclaration**doit être transmis **dans les 48 heures suivant l’événement** au **Service des ressources humaines,** à l’attention de **Mme Véronique Paquet**, **pavillon 5,** **local 51-114.**
 |

|  |
| --- |
| **Cochez les cases appropriées** |
|  | **Avecperte de temps** |  | **Sansperte de temps** |  |
| [ ]  | **Membre du personnel : numéro d’employé**       | [ ]  |  | [ ]  |  |
| [ ]  | **Étudiante ou étudiant : numéro d’étudiant**       | [ ]  |  | [ ]  |  |
| [ ]  | **Visiteur / usager** | [ ]  |  | [ ]  |  |
| [ ]  | **Autre, *précisez***       | [ ]  |  | [ ]  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **BLOC 1 – Identification de la personne accidentée** | ***(à compléter par la personne accidentée)*** |
| **Nom** |       | **Prénom** |       |
| **Adresse** |       | **App**. |       |
| **Ville** |       | **Province** |       | **Code postal** |       |
| **Téléphone** | **Travail**        | **poste**       | **Résidence**       |
|  | **Cellulaire**        | **Date de naissance (*aaaa-mm-jj)*** |       |
| **Fonction actuelle** |       | **Service/Département** |       |
| **Statut** | [ ]  **Cadre**  | [ ]   **Enseignan**t  | [ ]  **Professionnel**  | [ ]  **Soutien**  |
|  | [ ]  **Étudiant**   | [ ]  **Visiteur / usager**  | [ ]  **Autre, *précisez***      |

|  |
| --- |
| **Déclaration de l’accident ou de l’incident** |
| **Date de l’événement (*aaaa-mm-jj*)** |       | **Heure (*hh:mm*)** |       |
| **Lieu précis de l’événement (endroit, pavillon, local, etc.)** |
|       |
| **Description de l’accident ou de l’incident et de la tâche effectuée au moment de l’accident ou de l’incident –** **(quand, où, qui faisait quoi, avec qui, avec quoi, comment ça s’est produit) (*version de la personne accidentée*)** |
|       |
| **Horaire de travail complété** | [ ]  **Oui**  | [ ]  **Non** **Si non, heure de l’arrêt de travail (*hh:mm*)**       |
| **Une personne a-t-elle été avisée?**  | [ ] <http://www.doodle.com/gtnuuyziz7yivinu> **Oui** **Si oui, indiquez qui et quand** | [ ]  **Non**  |
| **Nom**  |       | **Date (*aaaa-mm-jj*)** |       | **Heure (*hh:mm*) :** |       |
| **Fonction** |       |

|  |
| --- |
| **Déclaration de l’accident ou de l’incident (suite)** |
| **Que suggérez-vous pour qu’un événement semblable ne se reproduise pas?** |
|       |
| **Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée)** |
|       |
| **Présence d’un témoin lors de l’événement** | **[ ]  Oui Si oui, indiquez qui** | **[ ]  Non**  |
| **Nom** |       | **Fonction** |       |
| **Nom** |       | **Fonction** |       |

|  |
| --- |
| **Premiers soins** |
| **Avez-vous reçu des premiers soins sur les lieux du travail?** | [ ] <http://www.doodle.com/gtnuuyziz7yivinu> **Oui** **Si oui, indiquez par qui** | [ ]  **Non**  |
| **Nom de la ou du secouriste**  |       |  |
| **Est-ce que vous vous êtes rendu à l’hôpital?**  | [ ]  **Oui** [ ]  **Non**  |
| **Si oui, à quel hôpital et par quel moyen de transport?**  |       |
| **Est-ce que vous prévoyez aller faire examiner votre blessure par un médecin?** | [ ]  **Oui** [ ]  **Non**  |
| **Si non, pourquoi?**       |

|  |
| --- |
| ***Je confirme que les renseignements fournis sont véridiques et conformes à ce qui s’est produit.*** |
|  |  |  |       |
|  | **Signature de la personne accidentée** |  | **Date (*aaaa-mm-jj*)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **BLOC 2 – Description des mesures correctives et/ou préventives** | ***(à compléter par le supérieur immédiat)*** |
| **Avez-vous visité le lieu de l’événement?** | [ ]  **Oui** **Si oui, quand? (*aaaa-mm-jj*)**       | [ ]  **Non**  |
| **Avez-vous rencontré la personne accidentée?** | [ ]  **Oui** **Si oui, quand? (*aaaa-mm-jj*)**       | [ ]  **Non**  |
| **J’effectuerai une enquête approfondie** |
|  | [ ]   | **Oui** | **Le *Rapport d’enquête et d’analyse d’accident du travail ou d’incident et ses annexes* suivront** |
|  | [ ]   | **Nonn** | **Expliquez pourquoi** |
|       |
| **Description des mesures correctives et/ou préventives effectuées** |
| **Immédiates/temporaires :** |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| **Permanentes :** |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| **J’aurai des commentaires à formuler ultérieurement** | [ ]  **Oui** [ ]  **Non**  |
| **Que suggérez-vous pour qu’un événement semblable ne se reproduise pas**? |
|       |

***Supérieur immédiat ou personne qui le remplace***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |  |  |       |
| **Nom (en caractères d’imprimerie)** |  | **Signature** |  | **Date (aaaa-mm-jj)** |

|  |
| --- |
| **Instructions** |

|  |
| --- |
| Le présent formulaire est utilisé pour déclarer un accident du travail, avec ou sans perte de temps, et ce, incluant la maladie professionnelle ainsi que les incidents.**Bloc 1 (à compléter par la personne accidentée)**La personne victime d’un accident du travail ou d’un incident complète et signe le bloc 1 du présent formulaire.**Bloc 2 (à compléter par le supérieur immédiat ou la personne qui le remplace)**On entend par supérieur immédiat, la direction du secteur, du service ou de la personne qui le remplace. |

**Procédures à suivre lors de la déclaration d’un accident du travail ou d’un incident, ou d’une
maladie professionnelle**

1. **Déclaration de l’accident du travail ou de l’incident**
2. Dès que la personne subit un accident du travail ou un incident, elle doit le signaler ***sans délai*** à son supérieur immédiat ou, à défaut, à une représentante ou un représentant de l’employeur, et ce, avant de quitter les lieux de l’établissement.
3. La personne victime d’un accident du travail, d’un incident ou atteinte d’une maladie professionnelle, remplit et signe le bloc 1 du présent formulaire. Elle collabore à la cueillette des informations et à l’analyse dudit événement, et ce, en tout temps.
4. Le bloc 2 du présent formulaire doit être complété et signé par le supérieur immédiat ou la personne qui le remplace.
5. **Assistance médicale**

S’il y a blessure nécessitant que la personne s’absente de son travail pour une consultation médicale, elle doit, dans la mesure du possible, en aviser au préalable son supérieur immédiat, la personne qui le remplace ou une représentante ou un représentant de l’employeur.

1. **Enquête et analyse d’accident du travail ou d’incident**

La personne victime d’un accident du travail ou d’un incident doit fournir les renseignements nécessaires à son supérieur immédiat ou à la personne qui le remplace ainsi qu’aux membres du comité PSST aux fins de l’enquête et de l’analyse de l’événement visant principalement à identifier les causes et à en prévenir la répétition.

1. **Mesures correctives et/ou préventives**

L’identification des mesures correctives et/ou préventives vise à maintenir un environnement de travail sécuritaire et à s’assurer que les actions à entreprendre sont faites afin d’en éviter la répétition.

1. **Attestation médicale et formulaires de la CSST**
2. Le présent formulaire ***dûment complété et signé*** *ainsi que l’Attestation médicale CSST* sont essentiels afin que le Service des ressources humaines puisse autoriser, s’il y a lieu, le versement des indemnités prévues à cet effet. Dans le cas d’un accident du travail, la personne accidentée est responsable de remettre au Service des ressources humaines l’*Attestation médicale CSST* et/ou le *Rapport médical CSST* émis par son médecin traitant.
3. La personne victime d’un accident du travail ou d’un incident doit collaborer aux expertises médicales 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 de LATMP)**

1. **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.
2. **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 de LATMP)**

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 à l’article 199.

**Assignation temporaire (article 179 de LATMP)**

L’employeur d’un travailleur victime d’une lésion professionnelle peut 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 médecin qui a charge du travailleur croit que : 1) le travailleur est raisonnablement en mesure d’accomplir ce travail; 2) ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l’intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et 3) ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

**Accident du travail sans perte de temps**

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

**Accident du travail avec perte de temps**

Il s’agit d’un accident qui entraîne un arrêt de travail prescrit par un médecin sur une *Attestation médicale CSST*, et ce, au‑delà du jour de l’événement.

**Incident**

Événement imprévu et soudain qui a failli causer un accident du travail.