

PROCÉDURE	DÉPARTEMENT : DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU SOUTIEN À L'ORGANISATION	
TITRE : Procédure de déclaration, enquête et analyse d'un accident / incident du travail et déclaration d'une maladie professionnelle		Version n° 4
Destinataire : Gestionnaires et personnes salariées		
Responsable de l'application : Direction des ressources humaines et du soutien à l'organisation		
Signature : Présidente-directrice générale	LU ET APPROUVÉ PAR Présidente-directrice générale	18 février 2014 Date

1. PRÉAMBULE, OBJECTIF ET BUTS

Cette procédure permet de :

- décrire et de s'assurer que les responsabilités de l'employeur et des personnes salariées en matière de lésions ou de maladies professionnelles seront assumées;
- recueillir tous les faits pertinents sur tous les éléments de la situation de travail;
- déterminer les modalités de gestion des risques associés au travail quant à leur identification, à leur analyse et à leur contrôle, ainsi qu'au suivi des mesures correctives ou préventives.

2. CADRE JURIDIQUE

- La politique-cadre concernant les pratiques organisationnelles en gestion des ressources humaines favorisant la santé et aux mieux-être des personnes au travail (3.51).
- La loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c. S-2.1).
- La loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001).
- Procédure de gestion intégrée en matière de santé et sécurité du travail (5.71).

3. CHAMPS D'APPLICATION

Cette procédure a pour but d'orienter les actions nécessaires afin de faciliter la déclaration d'un accident / incident du travail ou d'une maladie professionnelle, de décrire les éléments à considérer lors de l'enquête et l'analyse et de définir le rôle et les responsabilités des différents intervenants, soit :

- La personne salariée, le gestionnaire, ou son représentant;
- La coordination de la planification de la main-d'œuvre, la formation et à la santé et au mieux-être;

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1 ^{er} novembre 2011 18 février 2014	Abroge :	Page 1 de 13
---	---	--	-----------------	------------------------

- Le directeur de la direction concernée;
- Le comité paritaire de santé et de sécurité du travail.

4. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

Accident du travail : 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. (*Art. 2 de la LATMP*)

Incident (accident sans perte de temps) : Fait qui n'entraîne pas de blessure, mais qui aurait pu en causer ou qui entraîne des dommages matériels.

Lésion professionnelle : Une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail ou une maladie professionnelle, y compris la récidive, la rechute ou l'aggravation. (*Art. 2 de la LATMP*)

Maladie professionnelle : 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. (*Art. 2 de la LATMP*)

Représentant du gestionnaire : on entend par représentant, toute personne pouvant agir au nom et en remplacement du gestionnaire et ayant une reconnaissance légitimement reconnue par l'employeur.

CPMOFSME : Coordination de la planification de la main-d'œuvre, la formation et à la santé et au mieux-être.

CPSST : Comité paritaire en santé et sécurité du travail

CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail

EAEA : Enquête et analyse d'un événement accidentel

LATMP : Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

5. STRUCTURE FONCTIONNELLE

a) Responsabilités des différents intervenants

RESPONSABLE	ACTIONS
La personne salariée	<ul style="list-style-type: none">• S'assure d'obtenir les premiers soins, si requis;• Avise son gestionnaire ou son représentant, de tout accident, incident ou maladie professionnelle qui survient au travail et qui entraîne ou non un arrêt de travail, et ce, immédiatement ou dès que possible, mais toujours avant de quitter son travail ou l'établissement (<i>Art. 265 LATMP</i>);

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1er novembre 2011 18 février 2014	Abrogée le :	Page 2 de 13
---	---	--	---------------------	------------------------

- **En cas de maladie professionnelle**, la personne salariée doit effectuer les démarches nécessaires afin de démontrer médicalement l'existence de la maladie;
 - Remplit la section « Déclaration de la personne salariée » du formulaire « **Déclaration d'accident / incident du travail ou de la maladie professionnelle** » et la remet à son gestionnaire complété et signé (*annexe 1*);
 - Remet au service de la CPMOFSME ou son représentant **chaque billet médical de la CSST** (*annexe 3*) lors d'accident avec arrêt de travail ainsi que les rapports médicaux obtenus lors des visites ultérieures, dans une enveloppe cachetée;
 - Suit la procédure d'assignation temporaire;
 - Participe à l'enquête et l'analyse d'accident;
 - Remplit le formulaire « **Réclamation du travailleur** » lorsqu'absent plus de 14 jours (*annexe 5*); (https://www.servicesenligne.csst.qc.ca/travailleurs/reclamation_travailleur/etape0.aspx)
 - Avise le Service de la CPMOFSME ou son représentant de toute prolongation d'absence et de son retour au travail.
-
- S'assure que les premiers soins seront dispensés, si Requis;
 - Avise le Service de la CPMOFSME immédiatement après la survenance de l'événement accidentel;
 - Assiste la personne accidentée dans la complétion du formulaire « **Déclaration d'accident/incident du travail ou de la maladie professionnelle** » et remplit la section 5 et 6 (*annexe 1*);
 - **En cas de déclaration d'une maladie professionnelle**, le gestionnaire ou son représentant signe la déclaration l'achemine au Service de la CPMOFSME;
 - Remplit le formulaire « **Rapport d'enquête et d'analyse d'accident / incident du travail** » (*annexe 2*);
 - **En cas de déclaration d'une maladie professionnelle**, le « Rapport d'enquête et d'analyse d'accident / incident du travail » (*annexe 2*) n'a pas à être complété, la responsabilité du suivi de ce type de déclaration relève du service de la CPMOFSME;
 - Achemine dans les plus brefs délais la déclaration et le rapport d'enquête et d'analyse d'accident / incident du travail au service de la CPMOFSME;

<i>Approuvée le :</i> 26 novembre 2003	<i>Entrée en vigueur le :</i> Date de la signature	<i>Révisée le :</i> 12 janvier 2004 1er novembre 2011 18 février 2014	<i>Abroge :</i>	<i>Page</i>
---	---	--	-----------------	-------------

3 de 13

- Voit à l'application des mesures correctives;
- Participe à la détermination de l'assignation temporaire de la personne accidentée;
- Autorise le paiement le relevé de présence électronique, après avoir reçu, du Service de la CPMOFSME, une confirmation de l'invalidité.

Le service de la CPMOFSME

- Reçoit et évalue l'attestation médicale et transmet au gestionnaire le formulaire « **Avis d'absence / Permis de retour au travail** » (*annexe 4*);
- Soutient au besoin les gestionnaires dans le processus relatif au rapport d'enquête et d'analyse d'accident / incident du travail et recherche de mesures correctives adaptées;
- Remplit le formulaire « **Avis de l'employeur et demande de remboursement pour la CSST (ADR)** » ;
- Effectue le suivi administratif auprès de la CSST et du Service de la rémunération;
- Étudie et évalue chaque déclaration et rapport d'enquête et d'analyse d'accident / incident du travail, il transmet ses recommandations quant aux mesures correctives à apporter auprès des gestionnaires et directeurs concernés;
- Effectue au besoin des rapports d'enquête et d'analyse d'accident / incident du travail plus approfondies;
- **En cas de maladie professionnelle**, le service de la CPMOFSME s'assure du suivi complet de la déclaration;
- Transmet l'information pertinente au CPSST pour l'arrêt de plus de 14 jours d'un travailleur;
- Avise la CSST dès que possible dans les cas suivants :
 - l'accident provoque le décès d'un travailleur;
 - un travailleur subit un traumatisme important (perte d'un membre par exemple);
 - plusieurs travailleurs blessés;
 - doivent s'absenter ou l'accident cause des dégâts matériels de 160 283\$ et plus.

Le directeur

- Collabore avec les gestionnaires de sa direction à l'identification des mesures préventives requises pour éviter la répétition d'accident/incident du travail;
- Priorise, s'il y a lieu, au sein de sa direction les mesures préventives nécessitant un investissement financier;
- S'assure que le suivi requiert face au rapport enquête et analyse soit effectuée.

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1er novembre 2011 18 février 2014	Abrogée le :	Page 4 de 13
---	---	--	---------------------	------------------------

Le comité paritaire de santé et de sécurité du travail

- Reçoit et étudie les déclarations d'accident / incident du travail ou de maladie professionnelle et les rapports d'enquête et d'analyse d'accident/incident du travail;
- Formule des recommandations et des suggestions à la direction concernée pour éliminer les risques d'accident / incident du travail ou de maladie professionnelle;
- Peut intervenir dans des circonstances particulières. Il peut être invité à participer à la réalisation d'un EAEA. La complexité de l'événement, le besoin d'une expertise ou d'une recherche particulière sont des conditions qui amènent le CPSST à intervenir directement.

b) Responsabilités de l'application :

Individuellement, il revient à chaque gestionnaire de l'organisation de veiller à offrir un environnement de travail des plus sécuritaires à ses personnes salariées, et ce, en tout temps.

En ce sens, la loi C-21 (qui amende le Code criminel canadien) introduit un devoir incomptant à quiconque dirige l'accomplissement d'un travail ou l'exécution d'une tâche ou est habilité à le faire de prendre les mesures voulues pour éviter qu'il n'en résulte de blessure corporelle pour autrui. Quiconque contrevient à ce devoir est coupable de négligence criminelle s'il en résulte un décès ou une lésion corporelle.

6. MODALITÉS D'APPLICATION

PROCÉDURE À SUIVRE POUR LE FORMULAIRE « DÉCLARATION D'ACCIDENT / INCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE » (annexe 1)

Pourquoi remplir le formulaire de déclaration?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour permettre de colliger rapidement les renseignements pertinents lors d'une lésion professionnelle.
Quand produire la déclaration?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans les plus brefs délais. ▪ Lors de tout accident, incident ou maladie professionnelle qui survient au travail et qui entraîne, ou non, un arrêt de travail.
Qui remplit le formulaire de déclaration?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne salariée impliquée complète obligatoirement la section « Déclaration de la personne salariée ». Le gestionnaire ou son

<i>Approuvée le :</i> 26 novembre 2003	<i>Entrée en vigueur le :</i> Date de la signature	<i>Révisée le :</i> 12 janvier 2004 1 ^{er} novembre 2011 18 février 2014	<i>Abroge :</i>	<i>Page</i> 5 de 13
---	---	--	-----------------	------------------------

	<p>représentant doit prêter assistance à la demande de la personne salariée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le gestionnaire ou son représentant, avec la collaboration de la personne salariée impliquée, complète les sections 5 et 6.
--	--

PROCÉDURE À SUIVRE POUR LE FORMULAIRE « RAPPORT D'ENQUÊTE ET D'ANALYSE D'ACCIDENT / INCIDENT DU TRAVAIL» (annexe 2)

<p>Pourquoi effectuer une enquête et une analyse?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Quand enquêter?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Qui effectue l'enquête?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Où effectuer l'enquête?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Quoi enquêter?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Comment enquêter?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Comment effectuer l'analyse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour permettre d'identifier les causes à partir des faits recueillis dans le but d'appliquer des mesures préventives pour éviter la répétition de ce type d'événement. ▪ Le plus tôt possible après la déclaration. ▪ Le gestionnaire ou son représentant en présence de la personne salariée impliquée. Un représentant du Service de la CPMOFSME peut jouer un rôle de support et de conseil pour l'interprétation des données ou pour le choix des mesures préventives. ▪ Sur les lieux mêmes de l'accident. ▪ Recueillir tous les faits pertinents auprès de la personne salariée impliquée, si possible, et des témoins sur tous les éléments de la situation de travail : (Organisation, tâches, environnement, équipement, individus). ▪ Méthodes de cueillette : <ul style="list-style-type: none"> - Reconstitution des faits sur les lieux de l'accident; - Inspection visuelle; - Vérification de l'équipement et des méthodes de travail, - Consultation de personnes; - Photos, croquis, etc. ▪ Il faut effectuer le classement des faits, l'identification des anomalies et déterminer les causes.
--	--

<p>Approuvée le : 26 novembre 2003</p>	<p>Entrée en vigueur le : Date de la signature</p>	<p>Révisée le : 12 janvier 2004 1^{er} novembre 2011 18 février 2014</p>	<p>Abrogée le :</p>
			Page 6 de 13

POUR LE PERSONNEL PROVENANT D'UNE AGENCIE DE PRÊT DE PERSONNEL

- Il est primordial que l'événement soit rapporté par la victime, directement à son employeur et de s'assurer que le CRSSS de la Baie-James ait été avisé.
- Le formulaire de déclaration d'accident / incident du travail ou de maladie professionnelle devra également être rempli par la victime et soumis à son employeur. Ce dernier devra en prendre connaissance et nous en aviser immédiatement afin de mettre conjointement en branle le processus d'EEA.

7. ENTRÉE EN VIGUEUR

La procédure modifiée entre en vigueur à compter de la date de signature.

8. FORMULAIRES

- Annexe 1 - Déclaration d'accident / incident du travail ou de la maladie professionnelle
- Annexe 2 - Rapport d'enquête et d'analyse d'accident / incident du travail
- Annexe 3 - Billets médicaux de la CSST
- Annexe 4 - Avis d'absence / Permis de retour au travail
- Annexe 5 - Réclamation du travailleur

9. RÉFÉRENCES

CSST. *Accident du travail ou maladie professionnelle. Travailleurs ou employeurs - Formulaires* [En ligne]. <http://www.csst.qc.ca/index.htm>

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, CANADA. *Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)* [en ligne]. <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/C-46/page-98.html?term=article+219#s-219>

La Loi C-21 et ses impacts en SST, objectif prévention, vol. 29. No 4, ASSTSAS 2006, 2p. [En ligne].
<http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/OP/op294016.pdf>

BERNIER, Lionel, *Guide de la gestion de la sous-traitance en matière de santé et de sécurité du travail – Annexe 1*, AQESSS, mai 2011, 181 p.

<i>Approuvée le :</i> 26 novembre 2003	<i>Entrée en vigueur le :</i> Date de la signature	<i>Révisée le :</i> 12 janvier 2004 1er novembre 2011 18 février 2014	<i>Abroge :</i>	<i>Page</i> 7 de 13
---	---	--	-----------------	------------------------

10. LISTE DES MODIFICATIONS ET COMMENTAIRES

DATE aaaa-mm-jj	VERSION	MODIFICATIONS/COMMENTAIRES	ARCHIVÉE
2011-10-25	1	Point 7 – Pour le personnel provenant d'une agence de prêt de personnel	
	1	Annexe 1 et 2	
	1	Point 5 a) – clarifier les rôles	
	1	Point 5 b) – Ajout des responsabilités d'application	
2014-02-17	3	Entête – Appellation des destinataires	
	3	Point 2 – Modification au cadre juridique	
	3	Point 3 – Modification et ajout d'intervenants	
	3	Point 5 a) – Ajout de responsabilité à la personne salariée, à la CPMOFSME et au CPSST.	

11. RÉVISION ANNUELLE

La personne soussignée a revu ce document à la date indiquée et l'a reconduit sans modification.

DATE aaaa-mm-jj	SIGNATURE AUTORISÉE

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1er novembre 2011 18 février 2014	Abrogée le :	Page 8 de 13
------------------------------------	--	---	--------------	-----------------



IMPRESSION RECTO-VERSO

DÉCLARATION D'ACCIDENT / INCIDENT DU TRAVAIL
OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE
 Accident/incident du travail Maladie professionnelle

Déclaration de l'employé	1. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ				
	Nom : _____ Prénom : _____ Matricole : _____		Statut : TC <input type="checkbox"/> TPR <input type="checkbox"/> TPO <input type="checkbox"/> TTP <input type="checkbox"/> TTC <input type="checkbox"/> Quart de travail : Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Rotation <input type="checkbox"/> Point de service : _____		
Chef d'unité ou de service, employé	2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT				
	Tâche exécutée lors de l'événement : _____ Fréquence d'exécution de la tâche : Féquent <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Rare <input type="checkbox"/> Témoin : _____ Signature des témoins : _____ Date : _____ Bénéficiaire impliqué : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
3. MOMENT ET LIEU					
Date de l'événement : _____ Heure : _____ Jour de la semaine : D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date de la déclaration : _____ Est-ce la première fois que ce type d'accident vous arrive ? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nombre de fois : <input type="checkbox"/> Lieu exact de l'événement : _____					
4. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT (Précisez ce qui est arrivé, comment c'est arrivé ainsi que les équipements impliqués) 					
5. ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS DE LA BLESSURE OU DU MALAISE					
Siège de la lésion (précisez gauche ou droite)		Nature de la lésion	Genre de blessure	Agent causal de la lésion	Nature de la maladie
<input type="checkbox"/> tête <input type="checkbox"/> oeil <input type="checkbox"/> visage <input type="checkbox"/> bras <input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> doigt <input type="checkbox"/> dos <input type="checkbox"/> épaule, clavicule <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> jambe <input type="checkbox"/> pied <input type="checkbox"/> autre _____		<input type="checkbox"/> brûlure <input type="checkbox"/> contusion, écrasement <input type="checkbox"/> coupure <input type="checkbox"/> fracture <input type="checkbox"/> écorchure, égratignure <input type="checkbox"/> entorse, foulure <input type="checkbox"/> lombalgie, dorsalgie cervicalgie <input type="checkbox"/> piqûre <input type="checkbox"/> autre _____	<input type="checkbox"/> acte violent <input type="checkbox"/> heurté contre <input type="checkbox"/> frappé par <input type="checkbox"/> chute, glissade <input type="checkbox"/> coincé <input type="checkbox"/> effort excessif <input type="checkbox"/> réaction de l'organisme <input type="checkbox"/> autre _____	<input type="checkbox"/> personne <input type="checkbox"/> mouvement volontaire <input type="checkbox"/> mouvement involontaire <input type="checkbox"/> surface glissante <input type="checkbox"/> ameublement <input type="checkbox"/> boîte <input type="checkbox"/> article métallique <input type="checkbox"/> outil <input type="checkbox"/> autre _____	<input type="checkbox"/> allergie <input type="checkbox"/> dermatose <input type="checkbox"/> intoxication <input type="checkbox"/> maladie infectieuse ou parasitaire <input type="checkbox"/> autre _____
6. MESURES CORRECTIVES IMMÉDIATES (Que suggérez-vous pour qu'un tel événement ne se reproduise plus ?)					
a) Par employé : _____			b) Par chef d'unité ou de service : _____		
Cette déclaration est en conformité avec les articles 265 et 266 de LATMP.					

Signature de l'employé : _____ Date : _____ Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____

Copies : 1^{er} : Gestion de la présence au travail 2^e : Employé 3^e : Supérieur immédiat : 4^e : Comité paritaire de santé et sécurité du travail

VOICI QUELQUES ÉLÉMENTS IMPORTANTS À SAVOIR AU MOMENT DE REMPLIR CE FORMULAIRE

- ✓ Ce formulaire vise à identifier les facteurs de risques et à proposer des mesures préventives permettant ainsi d'améliorer la sécurité de votre environnement de travail et doit être utilisé pour déclarer toute situation jugée dangereuse.
- ✓ Il est important de remplir ce formulaire et de l'acheminer à son gestionnaire le plus tôt possible après l'événement.
- ✓ La description de l'événement doit permettre d'identifier les éléments suivants :
 - Ce qui était fait au moment de l'événement;
 - S'agit-il d'une tâche habituelle;
 - Y-a-t-il des témoins et qui sont-ils;
 - La chronologie de l'événement;
 - Le contexte;
 - La finalité de l'événement;
 - Autres.
- ✓ Le moment et le lieu sont des informations essentielles nous permettant de déceler des tendances ou encore des raisons organisationnelles en lien avec l'événement.
- ✓ Les déclarations reçues font l'objet d'une analyse du Service de la planification des effectifs et de la gestion de la présence au travail et sont acheminées au comité paritaire de santé et sécurité du travail.

Pour information : Procédure 5.33 ou encore 418-748-3575 poste 5156.

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1 ^{er} novembre 2011 18 février 2014	Abrogé :	Page 9 de 13
------------------------------------	--	---	----------	-----------------



IMPRESSION RECTO-VERSO

À REMPLIR PAR LE GESTIONNAIRE

RAPPORT D'ENQUÊTE ET D'ANALYSE D'ACCIDENT / INCIDENT DU TRAVAIL

1. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Nom : _____ Prénom : _____ Matricole : _____

Service : _____ Date de l'événement : _____

Blessure avec perte de temps Blessure sans perte de temps Gravité réelle ou potentielle de l'événement : grave (arrêt de travail indéterminé ou décès) moyenne (arrêt de travail + 14 jours) mineure (pas d'arrêt de travail ou - de 14 jours)

2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT (incluant les faits anormaux contributifs)

(Précisez pour chacune des causes ce qui est abnormal. Demandez-vous : Pourquoi cet élément est-il abnormal ?)

3 CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

A) ORGANISATION

- Formation, entraînement déficient ou insuffisant
- Achat non approprié
- Mauvaise conception de l'équipement / outil
- Manque d'entretien
- Mauvaise planification
- Manque de communication
- Personnel réduit
- Autres, spécifiez : _____

B) TÂCHES

- Manque de coordination entre les individus
- Non-utilisation des équipements de protection
- Mauvaise utilisation des équipements
- Posture de travail inadéquate
- Mauvaises prises pour déplacer bénéficiaire
- Non-respect des méthodes sécuritaires
- Cadence de travail inadéquate
- Autres, spécifiez : _____

C) ENVIRONNEMENT (lieu)

- Espace restreint
- Mauvais entreposage
- Condition atmosphérique
- Sol humide / glissant
- Aménagement inadéquat du poste
- Autres, spécifiez : _____

D) ÉQUIPEMENT - MATERIEL

- Équipement défectueux
- Équipement inadéquat ou inexistant
- Équipement de protection individuelle inadéquat ou absent
- Matière dangereuse
- Équipement non disponible
- Autres, spécifiez : _____

E) INDIVIDUS

- Connaissances insuffisantes ou surestimées
- Capacité physique insuffisante
- Mouvement incontrôlé
- Comportement agressif d'un bénéficiaire ou d'un visiteur

- Manque de dextérité
- Réaction imprévisible d'un bénéficiaire ou d'un visiteur
- Autres, spécifiez : _____

4. MESURES PRÉVENTIVES OU CORRECTIVES (Afin d'éviter que cette situation ne se reproduise.)

MESURES PRÉVENTIVES OU CORRECTIVES	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER

Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____ Signature du directeur : _____ Date : _____

Copies : 1^{er} : Gestion de la présence au travail 2^e : Employé 3rd : Supérieur immédiat : 4th : Directeur 5th : Comité paritaire de santé et sécurité du travail

RAPPORT D'ENQUÊTE ET D'ANALYSE D'ACCIDENT/INCIDENT DU TRAVAIL

Ce rapport doit être rempli par le gestionnaire de l'employé victime d'un accident ou d'un incident du travail.

Il s'agit d'une démarche qui vise à rechercher, recueillir, valider et ordonner les faits inhérents à l'événement dans le but d'identifier la ou les causes de l'événement et le prévenir. Cette analyse permettra ensuite de proposer des pistes d'actions concrètes pour éliminer à la source le risque qu'un accident/incident similaire se reproduise.

Il est également transmis au Service de la planification des effectifs et de la gestion de la présence au travail et est acheminé au comité paritaire en santé et sécurité au travail.

Veuillez acheminer rapidement ce formulaire une fois complété au Service de la planification des effectifs et de la gestion de la présence au travail.
Pour information : Procédure 5.33 ou encore 418-748-3575 poste 5156.

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1 ^{er} novembre 2011 18 février 2014	Abrogée le :	Page 10 de 13
------------------------------------	--	---	--------------	------------------

Annexe 3

<p>68961</p> <p>Prénom et nom à la naissance</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Date de naissance</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td>Sexe</td> <td>Date d'expiration</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> </tr> </table> <p>Init. Nom du médecin Numéro Groupe</p> <p>Diagnostic et évolution de la pathologie et des traitements.</p> <p>Cochez s'il y a lieu ▶ 1 Victime d'un acte criminel 2 Sauveteur (acte de civisme)</p>	Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois	<p style="text-align: right;">CSST</p> <p style="text-align: right;">RAPPORT MÉDICAL</p> <p>1 Sommaire de prise en charge 2 D'évolution</p> <p>Consolidation Indiquer si la période prévisible de consolidation à compter de la présente visite est :</p> <p>1 <input type="checkbox"/> De 60 jours ou moins 2 <input type="checkbox"/> Plus de 60 jours</p> <p>Le travailleur 1 <input type="checkbox"/> de physiothérapie Date de la demande est-il en 2 <input type="checkbox"/> d'ergothérapie attente 3 <input type="checkbox"/> d'une hospitalisation</p> <p>Nom de l'établissement vers lequel est dirigé le travailleur :</p> <p>Avez-vous dirigé le travailleur vers un autre médecin ? <input type="checkbox"/> Oui Nom du médecin <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date de la demande</p> <p>Séquelles permanentes à prévoir 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date de l'événement Date de la visite</p> <p>Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire</p> <p style="text-align: right;">1937 (2010-10) 1. CSST</p> 
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois		
<p>15212 Numéro d'assurance maladie</p> <p>Prénom et nom à la naissance</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Date de naissance</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td>Sexe</td> <td>Date d'expiration</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> </tr> </table> <p>Init. Nom du médecin Numéro Groupe</p> <p>Diagnostic de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires (nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés).</p>		Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois		
<p>CSST</p> <p style="text-align: right;">Attestation médicale</p> <p><input type="checkbox"/> Initiale ou <input type="checkbox"/> Complémentaire</p> <p>Consolidation Si la période de consolidation est de 14 jours ou moins, à compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion professionnelle, inscrire la date prévisible de consolidation : Année Mois Jour</p> <p>Si la période de consolidation est de plus de 14 jours, indiquer si elle est : 1 <input type="checkbox"/> De 60 jours ou moins 2 <input type="checkbox"/> De plus de 60 jours</p> <p>Date de l'événement Année Mois Jour Date de la visite Année Mois Jour</p> <p>Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire Année Mois Jour</p> <p style="text-align: right;">1936 (06-05) 1. CSST</p>									
<p>03975 Numéro d'assurance maladie</p> <p>Prénom et nom à la naissance</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Date de naissance</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> <td>Sexe</td> <td>Date d'expiration</td> <td>Année</td> <td>Mois</td> </tr> </table> <p>Init. Nom du médecin Numéro Groupe</p> <p>Diagnostic final de la lésion professionnelle.</p>		Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois		
<p>CSST</p> <p style="text-align: right;">Rapport final</p> <p>Consolidation Inscrire la date Année Mois Jour</p> <p>Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles</p> <p>1 La lésion professionnelle entraîne-t-elle une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>2 La lésion professionnelle entraîne-t-elle des limitations fonctionnelles ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Si oui, ces limitations ont-elles aggravé des limitations fonctionnelles antérieures ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions 1 ou 2, répondre à la 3 .</p> <p>3 Produirez-vous le rapport d'évaluation conformément au Barème des dommages corporels ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Si non, avez-vous dirigé le travailleur vers un autre médecin ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Nom du médecin</p> <p>Date de l'événement Année Mois Jour Date de la visite Année Mois Jour</p> <p>Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire Année Mois Jour</p> <p style="text-align: right;">1938 (03-03) 1. CSST</p>									

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1 ^{er} novembre 2011 18 février 2014	Abroge : 	Page 11 de 13
------------------------------------	--	---	--------------	------------------



GESTION DES INVALIDITÉS

AVIS D'ABSENCE / PERMIS DE RETOUR AU TRAVAIL

Nom :
Gestionnaire :

Numéro de matricole :
Lieu de travail :

CSST

Accident de travail :
Maladie professionnelle :
Retrait préventif :
IVAC :

ASSURANCE-SALAIRE

Régulier :
Grossesse :

SAAQ :

Type de retour au travail CSST

Assignation temporaire CSST (AsCS) (réaffecté à d'autres tâches)	du	au
Assignation CSST doublé (AsgSt) (travail à son poste, doublé avec limitations)	du	au
Retour progressif (Rcsst) (retour au travail de façon progressive)	du	au

Type de retour au travail ASSURANCE SALAIRE

Assignation temporaire ass.-sal. (AsgAS) (réaffecté à d'autres tâches)	du	au
Retour progressif ass.-sal. (RetPg) (retour au travail de façon progressive)	du	au
Travaux légers ass.-sal. (Trleg) (Retour en travaux légers avec limitation)	du	au

Date de la prochaine visite médicale :

Date prévisible du retour au travail :

Date du retour au travail régulier :

AUTORISATION DU PAIEMENT PÉRIODE DU au
Commentaire(s) :

Technicienne en administration, poste
Servie de la santé et au mieux-être

Date

c. c. Gestionnaire
Personnel de la liste de rappel
Service de la rémunération

/2013-12-10

Approuvée le : 26 novembre 2003	Entrée en vigueur le : Date de la signature	Révisée le : 12 janvier 2004 1er novembre 2011 18 février 2014	Abrogée le :	Page 12 de 13
---	---	--	---------------------	-------------------------

Annexe 5

 <p>Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec</p>	<p style="text-align: center;">Réclamation du travailleur</p> <p style="text-align: center;">Consultez les instructions avant de remplir le formulaire</p> <p style="text-align: center;">Cochez si: <input type="checkbox"/> 1* Accident du travail <input type="checkbox"/> 2* Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> 3* Frais d'assistance médicale (Voir note au verso)</p>															
<p>A • Identification du travailleur</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom à la naissance</td> <td style="width: 50%;">Numéro d'assurance sociale</td> </tr> <tr> <td>Vénom</td> <td>Numéro d'assurance maladie</td> </tr> <tr> <td>Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang</td> <td>Appartement</td> </tr> <tr> <td>Ville, localité</td> <td>Province, pays</td> <td>Code postal</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Cochez si la présente demande vous concerne à titre de: <input type="checkbox"/> 1* Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> 3* Bénévole <input type="checkbox"/> 2* Domestique <input type="checkbox"/> Inscrite le montant de la protection personnelle </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>		Nom à la naissance	Numéro d'assurance sociale	Vénom	Numéro d'assurance maladie	Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang	Appartement	Ville, localité	Province, pays	Code postal	Cochez si la présente demande vous concerne à titre de: <input type="checkbox"/> 1* Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> 3* Bénévole <input type="checkbox"/> 2* Domestique <input type="checkbox"/> Inscrite le montant de la protection personnelle			\$		
Nom à la naissance	Numéro d'assurance sociale															
Vénom	Numéro d'assurance maladie															
Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang	Appartement															
Ville, localité	Province, pays	Code postal														
Cochez si la présente demande vous concerne à titre de: <input type="checkbox"/> 1* Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> 3* Bénévole <input type="checkbox"/> 2* Domestique <input type="checkbox"/> Inscrite le montant de la protection personnelle																
\$																
<p>B • Identification de l'établissement où vous travaillez</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom (raison sociale) de l'employeur</td> <td style="width: 50%;">Nature de l'emploi au moment de l'événement</td> </tr> <tr> <td>Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang</td> <td>Bureau</td> </tr> <tr> <td>Ville, localité</td> <td>Province, pays</td> <td>Code postal</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Numéro de téléphone Ind. rég. </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Numéro de dossier d'expérience </td> </tr> </table>		Nom (raison sociale) de l'employeur	Nature de l'emploi au moment de l'événement	Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang	Bureau	Ville, localité	Province, pays	Code postal	<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone Ind. rég.			<input type="checkbox"/> Numéro de dossier d'expérience				
Nom (raison sociale) de l'employeur	Nature de l'emploi au moment de l'événement															
Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang	Bureau															
Ville, localité	Province, pays	Code postal														
<input type="checkbox"/> Numéro de téléphone Ind. rég.																
<input type="checkbox"/> Numéro de dossier d'expérience																
<p>C • Description de l'événement (VOIR INSTRUCTIONS)</p> <p>Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.</p> <p style="text-align: right;">Date du retour au travail Année Mois Jour Heure Min. Cochez si la date est indéterminée</p>																
<p>D • Situation familiale</p> <p>Encerclez la case qui correspond à votre situation familiale selon les lois sur l'impôt. Inscrivez le nombre de vos personnes à charge sans compter celles pour lesquelles vous réclamez une déduction pour pension alimentaire.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt</td> <td style="width: 70%;"> 1* Célibataire ou soutien de famille monoparentale <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge 2* Avec conjoint ou conjointe à charge <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge, incluant conjoint ou conjointe 3* Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <i>Note: La notion de conjoint inclut les conjoints de fait de sexe différent ou de même sexe.</i> </td> </tr> <tr> <td>À remplir si vous réclamez une déduction pour pension alimentaire</td> <td> <input type="checkbox"/> Conjoint ou Ex-conjoint <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td>Important:</td> <td>Une personne est considérée à charge si le travailleur peut réclamer à cause d'elle au moins un crédit d'impôt total ou partiel ou une déduction pour pension alimentaire au moment où survient la lésion ou la maladie professionnelle.</td> </tr> </table>		Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt	1* Célibataire ou soutien de famille monoparentale <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge 2* Avec conjoint ou conjointe à charge <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge, incluant conjoint ou conjointe 3* Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge	<i>Note: La notion de conjoint inclut les conjoints de fait de sexe différent ou de même sexe.</i>		À remplir si vous réclamez une déduction pour pension alimentaire	<input type="checkbox"/> Conjoint ou Ex-conjoint <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/>	Important:	Une personne est considérée à charge si le travailleur peut réclamer à cause d'elle au moins un crédit d'impôt total ou partiel ou une déduction pour pension alimentaire au moment où survient la lésion ou la maladie professionnelle.							
Situation familiale déclarée selon les lois sur l'impôt	1* Célibataire ou soutien de famille monoparentale <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge 2* Avec conjoint ou conjointe à charge <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge, incluant conjoint ou conjointe 3* Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Nombre de personnes à charge															
<i>Note: La notion de conjoint inclut les conjoints de fait de sexe différent ou de même sexe.</i>																
À remplir si vous réclamez une déduction pour pension alimentaire	<input type="checkbox"/> Conjoint ou Ex-conjoint <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/>															
Important:	Une personne est considérée à charge si le travailleur peut réclamer à cause d'elle au moins un crédit d'impôt total ou partiel ou une déduction pour pension alimentaire au moment où survient la lésion ou la maladie professionnelle.															
<p>E • Renseignements supplémentaires</p> <p>Autres revenus, s'il y a lieu</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Obez-vous plus d'un emploi ?</td> <td style="width: 30%;">Votre employeur vous a-t-il payé les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ?</td> <td style="width: 30%;">Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 jours d'incapacité de travailler ?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>À remplir s'il s'agit d'une demande de réparation de lunettes ou d'autres orthèses ou prothèses endommagées par le fait du travail. Même si vous n'avez subi aucune blessure, vous devez décrire comment cela s'est produit à la section C.</td> <td> 1* Existe-t-il dans l'entreprise un régime d'assurance couvrant les frais? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </td> <td> 2* Si oui, quel est le montant maximum accordé? \$ 3* Signature de l'employeur ou de son représentant Date </td> </tr> <tr> <td>Décès</td> <td>Année Mois Jour</td> <td>Inscrire les nom, adresse et numéro de téléphone du bénéficiaire (conjoint survivant ou ayant droit)</td> </tr> <tr> <td>Si l'événement a entraîné le décès, en inscrire la date</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Obez-vous plus d'un emploi ?	Votre employeur vous a-t-il payé les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ?	Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 jours d'incapacité de travailler ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À remplir s'il s'agit d'une demande de réparation de lunettes ou d'autres orthèses ou prothèses endommagées par le fait du travail. Même si vous n'avez subi aucune blessure, vous devez décrire comment cela s'est produit à la section C.	1* Existe-t-il dans l'entreprise un régime d'assurance couvrant les frais? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2* Si oui, quel est le montant maximum accordé? \$ 3* Signature de l'employeur ou de son représentant Date	Décès	Année Mois Jour	Inscrire les nom, adresse et numéro de téléphone du bénéficiaire (conjoint survivant ou ayant droit)	Si l'événement a entraîné le décès, en inscrire la date		
Obez-vous plus d'un emploi ?	Votre employeur vous a-t-il payé les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ?	Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 jours d'incapacité de travailler ?														
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non														
À remplir s'il s'agit d'une demande de réparation de lunettes ou d'autres orthèses ou prothèses endommagées par le fait du travail. Même si vous n'avez subi aucune blessure, vous devez décrire comment cela s'est produit à la section C.	1* Existe-t-il dans l'entreprise un régime d'assurance couvrant les frais? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2* Si oui, quel est le montant maximum accordé? \$ 3* Signature de l'employeur ou de son représentant Date														
Décès	Année Mois Jour	Inscrire les nom, adresse et numéro de téléphone du bénéficiaire (conjoint survivant ou ayant droit)														
Si l'événement a entraîné le décès, en inscrire la date																
<p>F • Signature</p> <p>Je déclare que les renseignements fournis dans la présente réclamation sont véridiques et complets. J'autorise la Commission de la santé et de la sécurité du travail à obtenir tous les renseignements relatifs à la présente réclamation.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur copie du présent formulaire dûment rempli et signé.</td> <td style="width: 50%;">Signature du travailleur ou de son représentant</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Date</td> </tr> </table>		Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur copie du présent formulaire dûment rempli et signé.	Signature du travailleur ou de son représentant	Date												
Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur copie du présent formulaire dûment rempli et signé.	Signature du travailleur ou de son représentant															
Date																

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la Commission des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

COMMISSION

1939 (99-10)

Approuvée le :	Entrée en vigueur le :	Révisée le :	Abrogé :	Page
26 novembre 2003	Date de la signature	12 janvier 2004 1 ^{er} novembre 2011 18 février 2014		13 de 13