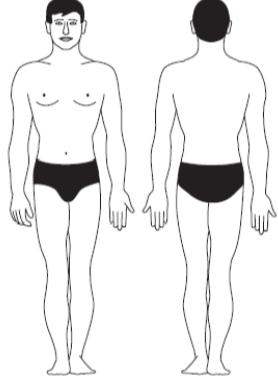


## DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'INCIDENT AU TRAVAIL

(voir instructions au verso)

### PARTIE 1 – IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE (À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ(E))

Nom :		Prénom :		Matricule :	
Téléphone : ( )			Date de naissance :		
Titre d'emploi : <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Soutien <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Autre :					
<b>DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT</b>					
Date :			Heure :		
Lieu précis de l'événement :				Établissement :	
Horaire de travail complété : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Sinon, heure de l'arrêt de travail :		
L'employé(e) s'est-il (elle) absenté(e) au-delà de la journée de l'événement? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
Supérieur immédiat ou son représentant avisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Date :		Heure :
Nom :			Fonction :		
<b>DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT</b> (tâche effectuée au moment de l'accident/incident, les mouvements et/ou gestes posés, les personnes et/ou les objets impliqués)					
Témoins lors de l'événement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			<b>Encercler la partie du corps touchée</b>  		
Nom :					
Nom :					
<b>DESCRIPTION DE LA LÉSION</b>					
Type de blessure :					
Premiers soins reçus : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Sur les lieux du travail <input type="checkbox"/> À l'urgence <input type="checkbox"/> Autre :					
Nature des premiers soins reçus :					
Nom du secouriste :					
Signature du secouriste :					
À titre indicatif, que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas ?					
<i>Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.</i>					
Signature de la personne accidentée				Date	

### PARTIE 2 – ENQUÊTE ET ANALYSE D'ACCIDENT DU TRAVAIL (À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR)

À quel moment avez-vous été avisé de l'accident ?			Date :		Heure :
Avez-vous visité le lieu de l'événement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Si oui, quand ?		
L'activité au moment de l'accident était-elle reliée au travail habituel de l'employé(e)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
<b>IDENTIFICATION DES CAUSES DE L'ACCIDENT</b>					
Équipement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez ?		
Environnement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez ?		
Tâche	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez ?		
Individu	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez ?		
Autre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez ?		
Organisation du travail	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui, précisez ?		
Commentaires :					
<b>DESCRIPTIONS DES MESURES CORRECTIVES EFFECTUÉES</b>					
Mesures temporaires :					
Mesures permanentes :					
Je recommande une enquête approfondie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
Signature du supérieur ou représentant			Date		Téléphone

## INSTRUCTIONS

Le présent formulaire est utilisé uniquement pour déclarer un accident du travail avec ou sans perte de temps des employés\* de la Commission scolaire du Val-des-Cerfs, et ce, incluant la maladie professionnelle.

### **Déclaration de l'accident**

1. Dès qu'un employé subit un accident de travail, il 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 où il travaille, lorsqu'il en est capable. Il doit également aviser la responsable du dossier « Assiduité au travail » au Service des ressources humaines.
2. L'employé victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle, avec ou sans perte de temps, complète la partie 1 du présent formulaire et signe ce dernier. Il le remet ensuite à son supérieur ou à son représentant. Il collabore à la cueillette d'informations et à l'analyse dudit accident et ce, en tout temps.
3. La partie 2 du formulaire doit être complétée par le supérieur immédiat ou l'adjoint. Pour ce faire, le supérieur immédiat doit procéder à une cueillette d'informations et à une analyse de l'événement accidentel. Une fois complété, l'original du formulaire doit être acheminé sans délai au Service des ressources humaines et une copie doit être conservée dans l'établissement. En cas d'accident avec perte de temps, le formulaire doit être au préalable transmis par télécopieur, dès que possible, à la personne responsable au (450) 372-1894.
4. L'employé victime d'un accident du travail doit fournir les renseignements nécessaires au supérieur immédiat afin de bien compléter le formulaire. Ce formulaire visant principalement à identifier les causes de l'événement et d'en prévenir la répétition.
5. Les mesures correctives et/ou préventives identifiées par le supérieur immédiat visent à maintenir un environnement de travail sécuritaire et à assurer que les actions à entreprendre seront faites afin d'éviter la répétition d'un tel événement.

### **Assistance médicale**

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

### **Attestation médicale et formulaires de la CSST**

Dans le cas d'un accident du travail, l'employé est responsable de remettre au Service des ressources humaines les documents suivants :

1. L'attestation médicale émise par son médecin traitant (section employeur);
2. La déclaration d'accident du travail complétée et signée par le supérieur immédiat;
3. La réclamation du travailleur complétée et signée dans le cas d'une absence de 14 jours et plus;
4. L'assignation temporaire, s'il y a lieu.

Les originaux de ces documents doivent être fournis dans les meilleurs délais et sont essentiels pour que le Service des ressources humaines puisse autoriser, s'il y a lieu, le versement des indemnités prévues à cet effet. Une copie par télécopieur (450-372-1894) est demandée dans l'attente des originaux.

L'employé victime d'un accident du travail doit collaborer aux évaluations médicales ou expertises exigées par l'employeur lorsque celui-ci en fait la demande.

### **Définitions**

**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. (article 2)

**Accident de 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 de travail avec perte de temps** : il s'agit d'un accident du travail qui entraîne un arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement et qui est prescrit par un médecin sur une attestation médicale CSST.

**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. (article 2)

### **Cadre légal**

**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.

**Assignation temporaire (article 179)** : 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; 3) ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

**Assistance (articles 270 et 279)** : L'employeur assiste le travailleur ou, le cas échéant, le bénéficiaire, dans la rédaction de sa réclamation à la CSST et lui fournit les informations requises à cette fin.

Un travailleur peut requérir l'aide de son représentant ou mandater celui-ci pour donner un avis ou produire une réclamation à la CSST.

\* La forme du masculin est utilisée afin d'alléger le texte