

## DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(Voir instructions au verso)

### BLOC I - À REMPLIR PAR LA PERSONNE ACCIDENTÉE

Nom :	Prénom :	Matricule :
Adresse :		Code postal :
Téléphone : ( )	Date de naissance : <small>Année</small> / <small>Mois</small> / <small>Jour</small>	N° d'ass. maladie :
Titre d'emploi :		N° d'ass. sociale :

### Déclaration de l'accident ou de l'incident

Date : <small>Année</small> / <small>Mois</small> / <small>Jour</small>	Jour :	Heure :
Lieu précis de l'événement :		Établissement :
Tâche exécutée au moment de l'accident :		
Horaire de travail : OUI <input type="checkbox"/> Sinon, heure de l'arrêt complété NON <input type="checkbox"/> de travail : _____	Retour au travail :	<input type="checkbox"/> Date prévue : _____ <input type="checkbox"/> Date indéterminée
Supérieur immédiat ou son représentant avisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Fonction : <small>Année</small> / <small>Mois</small> / <small>Jour</small>	
Quand cette personne a-t-elle été avisée ?	Date : _____	Heure :

### Description de l'accident ou de l'incident – Version de la personne accidentée

Témoins* lors de l'événement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (*Note : un témoin est une personne qui a vu l'événement se produire)	
Nom :	Fonction :
Description de la lésion (blessure ou maladie et partie du corps touchée) :	
Nature des premiers soins :	Nom du secouriste :
Avez-vous consulté un <b>médecin</b> ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>Si vous devez consulter, assurez-vous d'avoir en main le formulaire d'assignation temporaire.</b>	

À titre indicatif, que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas ?

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

Signature de la personne accidentée	Date <small>Année</small> / <small>Mois</small> / <small>Jour</small>
-------------------------------------	---

### BLOC II - À REMPLIR PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Établissement :	# Établissement :		
Date de retour au travail : <small>Année</small> / <small>Mois</small> / <small>Jour</small>	Type de retour : <input type="checkbox"/> même emploi <input type="checkbox"/> autre emploi (travaux légers, retour progressif, ...)		
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 ? <small>Année</small> / <small>Mois</small> / <small>Jour</small>		
Avez-vous rencontré la personne accidentée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, quand ? / /		
Selon vous, quelles sont les causes de l'accident :			
Description des mesures correctives effectuées :			
Je recommande une enquête approfondie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
J'aurai des commentaires à formuler ultérieurement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Nom du supérieur	Signature	Téléphone ( )	Date <small>Année</small> / <small>Mois</small> / <small>Jour</small>

# INSTRUCTIONS

## Cadre administratif

**Le présent formulaire est utilisé uniquement par une employée ou un employé pour déclarer un accident du travail avec ou sans perte de temps, et ce, incluant la maladie professionnelle.**

### 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.

### Bloc I – à remplir par la personne accidentée :

- La personne victime d'un accident du travail remplit le bloc I du présent formulaire et signe ce dernier.

### Bloc II – à remplir par le supérieur immédiat :

- **Supérieur** : la direction d'établissement ou de service ou son représentant.

## Procédure à suivre lors de la déclaration d'un accident du travail

### 1. Déclaration de l'accident du travail

- a) Dès qu'un employé subit un accident du 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 ou sinon dès que possible.
- b) L'employé victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle remplit le bloc I du présent formulaire et signe ce dernier. Il collabore à la cueillette des informations et à l'analyse dudit accident, et ce, en tout temps.
- c) Le bloc II du formulaire doit être rempli par le supérieur immédiat. Une fois rempli, le formulaire doit être acheminé sans délai au Service des ressources humaines **par courriel au Service des ressources humaines [srh.sante@csssh.gouv.qc.ca](mailto:srh.sante@csssh.gouv.qc.ca)**

### 2. 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.

### 3. Enquête et analyse de l'accident du travail

L'employé victime d'un accident du travail doit fournir les renseignements nécessaires au supérieur immédiat et au Service des ressources humaines pour 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 ou préventives par le supérieur immédiat vise à maintenir un environnement de travail sécuritaire et à s'assurer que des actions soient entreprises pour éviter la répétition d'un événement semblable.

### 5. Attestation médicale et formulaires de la CSST

- a) Dans le cas d'un accident du travail, l'employé est responsable de remettre au Service des ressources humaines une copie de son attestation médicale émise par son médecin traitant. Le formulaire de déclaration d'accident du travail dûment rempli ainsi que l'attestation médicale sont essentiels pour que le Service des ressources humaines puisse autoriser, s'il y a lieu, le versement des indemnités prévues à cet effet.
- b) 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.

## Cadre légal

### Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

#### Définition (article 2)

- a) 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.
- b) 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 de laquelle s'est manifestée sa lésion doit remettre à son employeur l'attestation médicale prévue à 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 convenable), même si la lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que : le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail et que ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion et que 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.

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