



COMMISSION SCOLAIRE  
DU LAC-SAINT-JEAN

# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(Voir instructions au verso)

Sans perte de temps ☐  
Avec perte de temps ☐

BLOC I - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ				(À compléter par l'employé)			
Nom :		Prénom :		Matricule :			
Adresse :							
Téléphone : ( )				Date de naissance : / /			
Titre d'emploi :				Année		Mois Jour	
DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT							
Date : / /		Jour :		Heure : :			
Année		Mois Jour					
Lieu précis de l'événement :				Établissement :			
Tâche exécutée au moment de l'accident :							
Horaire de travail complété : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				Sinon, heure de l'arrêt de travail : :			
Supérieur immédiat ou son représentant avisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>							
Nom :		Fonction :					
Quand cette personne a-t-elle été avisée ?				Date : / /		Heure : :	
				Année		Mois Jour	
DESCRIPTION DE L'ACCIDENT - VERSION DE L'EMPLOYÉ							
Témoins lors de l'événement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>							
Nom :		Fonction :					
Nom :		Fonction :					
Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :							
Nature des premiers soins :							
Nom du secouriste :							
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.							
				/ /			
				Année		Mois Jour	
Signature de l'employé				Date			
BLOC II - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT				(À compléter par le supérieur immédiat)			
Établissement :				# Établissement :			
Adresse :							
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 ? / /			
Avez-vous rencontré l'employé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				Si oui, quand ? / /			
Description des mesures correctives effectuées :							
J'effectuerai une enquête approfondie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, un rapport suivra.							
J'aurai des commentaires à formuler ultérieurement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>							
Nom du supérieur		Signature		( ) -		Année / Mois / Jour	
				Téléphone		Date	

# INSTRUCTIONS

## Cadre administratif

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

### Bloc I – à compléter par l'employé :

- L'employé victime d'un accident du travail complète le bloc I du présent formulaire et signe ce dernier.

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

- **Supérieur :** On entend par le supérieur, la direction d'établissement ou de service ou son représentant.

## Procédures 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.
- b) L'employé victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle complète 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 complété par le supérieur immédiat. Une fois complété, le formulaire doit être acheminé sans délai au Secteur SST (Ressources Humaines).

### 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 et aux gestionnaires afin de 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 et/ou préventives par le supérieur immédiat vise à maintenir un environnement de travail sécuritaire et à s'assurer que les actions à entreprendre sont faites afin d'éviter la répétition d'un tel événement.

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

- a) Dans le cas d'un accident du travail l'employé est responsable de remettre au secteur SST, une copie de son attestation médicale émise par son médecin traitant. Le formulaire de déclaration d'accident du travail dûment complété ainsi que l'attestation médicale sont essentiels, afin que le secteur SST 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.

#### Assignment 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.

#### 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.