



PRO-02 : PROCÉDURE EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL

LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ SANS AUCUNE DISCRIMINATION
ET DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE

PROCÉDURE EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL

PROCÉDURE À SUIVRE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)

1. AVIS À L'EMPLOYEUR

Le travailleur accidenté doit aviser son supérieur immédiatement avant de quitter l'établissement, le tout conformément à l'article 265 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)*.

2. PREMIERS SOINS, PREMIERS SECOURS

Il faut administrer les premiers soins, premiers secours.

Article 190 LATMP :

« L'employeur doit immédiatement donner les premiers secours à un travailleur victime d'une lésion professionnelle dans son établissement et, s'il y a lieu, le faire transporter dans un établissement de santé, chez un professionnel de la santé ou à la résidence du travailleur, selon ce que requiert son état.

Les frais de transport de ce travailleur sont assumés par son employeur qui, le cas échéant, les rembourse à la personne qui les a défrayés. »

3. REGISTRE DE PREMIERS SECOURS

Pour tout accident, vous devez **faire compléter** le Registre de premiers secours **par le travailleur et celui-ci**, après avoir fait sa déclaration, **doit le signer** et inscrire la date le jour de l'événement, même s'il s'agit d'un accident mineur et sans perte de temps.

Vous trouverez le formulaire « **Registre de premiers secours** » à l'annexe 1 de la présente section.

4. ASSIGNATION TEMPORAIRE

Si le travailleur quitte son travail et désire aller consulter un médecin, vous devez lui remettre (Voir politique et procédure), avant qu'il quitte l'établissement, l'enveloppe de documents comprenant entre autres le formulaire d'assignation temporaire, et lui donner la directive de se représenter à votre établissement immédiatement après la visite médicale. Le travailleur doit avoir une attestation médicale CNESST ainsi que le formulaire d'assignation temporaire dûment complété par le médecin qui a charge du travailleur.

Si le travailleur est incapable de réintégrer son emploi régulier et que l'assignation temporaire est acceptée par le médecin traitant, vous devez prendre les dispositions pour le réintégrer en tenant compte des restrictions médicales.

5. ENQUÊTE D'ACCIDENT

En regard d'enquête et analyse d'accident de travail veuillez vous référer à la **PRO-03 Enquête et analyse accident de travail**. Selon l'article 62 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail chapitre S-2.1 stipule :

L'employeur doit informer la Commission par le moyen de communication le plus rapide et, dans les 24 heures, lui faire un rapport écrit selon la forme et avec les renseignements exigés par règlement, de tout événement entraînant, selon le cas:

- 1 - Décès d'un travailleur;
- 2 - Travailleur, la perte totale ou partielle d'un membre ou de son usage ou un traumatisme physique important;
- 3 - Blessures telles à plusieurs travailleurs qu'ils ne pourront pas accomplir leurs fonctions pendant un jour ouvrable;
- 4 - Dommages matériels de 150 000 \$ et plus.

Les lieux doivent demeurer inchangés pour le temps de l'enquête de l'inspecteur, sauf pour empêcher une aggravation des effets de l'événement ou si l'inspecteur autorise un changement.

Le plus tôt possible après l'accident, idéalement avant la fin du quart de travail ou à l'intérieur des 24 heures suivant l'événement.

En regard d'enquête et analyse de l'accident de travail veuillez vous référer à la **PRO-03 Enquête et analyse accident de travail**.

6. FORMULAIRE DE LA CNESST « AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT » (A.D.R.)¹ [HTTPS://WWW.CSST.QC.CA/FORMULAIRES/PAGES/1940.ASPX](https://www.csst.qc.ca/formulaires/Pages/1940.aspx)

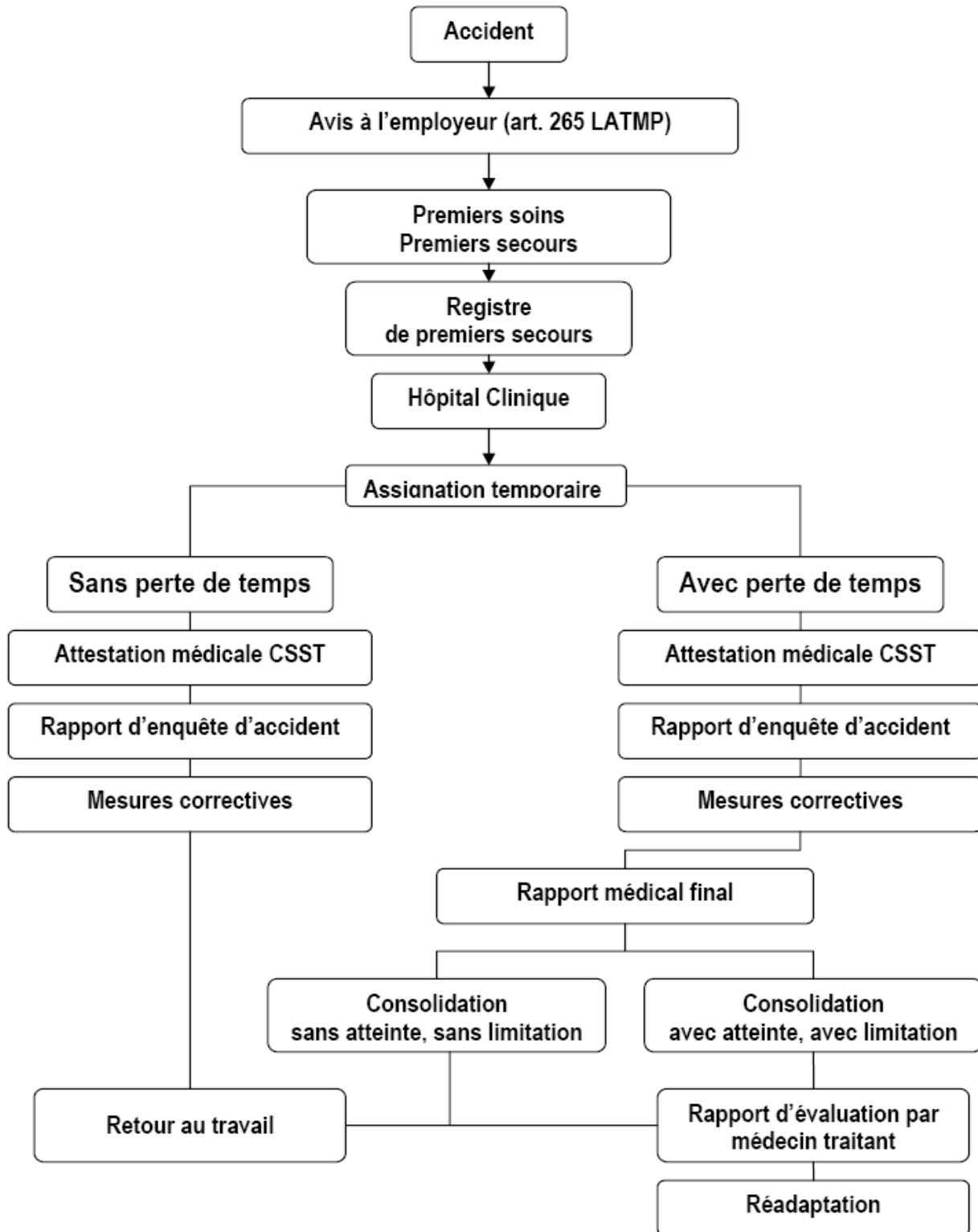
Pour chaque accident avec perte de temps ou avec assignation temporaire acceptée immédiatement, il faut compléter *l'Avis de l'employeur et demande de remboursement* (A.D.R.) avec le travailleur accidenté, immédiatement après la première visite médicale.

Il est essentiel que la partie « Description de l'événement » soit complétée par le travailleur accidenté ou par le représentant de ce travailleur si celui-ci n'est pas en mesure de le compléter lui-même.

Vous trouverez un exemple du formulaire « *Avis de l'employeur et demande de remboursement* » sur l'hyper lien de la CNESST <https://www.csst.qc.ca/formulaires/Pages/1940.aspx> .

¹ Vous devez vous procurer ce formulaire dans une succursale de la CNESST de votre région.

7. SCHÉMA



Veillez photocopier le formulaire « Registre de premiers soins »
en plusieurs copies et les insérer dans un cahier à anneaux qui deviendra
votre registre de premiers secours.



REGISTRE DE PREMIERS SOINS

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Nom :

FONCTION HABITUELLE					FONCTION AU MOMENT DE L'ÉVÉNEMENT					DIVISION/DÉPARTEMENT						
DATE ÉVÉNEMENT				DATE DE DÉCLARATION						DÉCLARÉ À (nom du superviseur)						
<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>Année</i>	<i>h</i>	<i>min</i>	<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>	<i>h</i>	<i>min</i>							

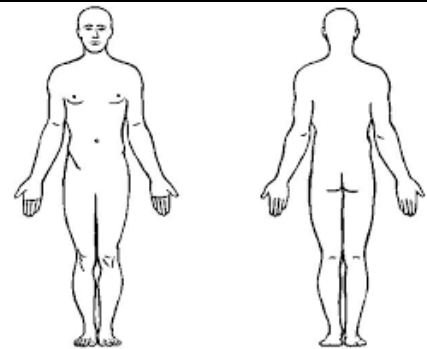
PREMIERS SOINS DONNÉS LE					NOM DU SECOURISTE				
<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>	<i>heure</i>	<i>min</i>					

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Droitier: Gaucher:

Description de la blessure ou de la douleur :

Nature des premiers soins :



Signature de l'employé				Date		
				<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>

FORM 36

DROITS DE GÉRANCE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)

Article 190 LATMP

« L'employeur doit immédiatement donner les premiers secours à un travailleur victime d'une lésion professionnelle dans son établissement et, s'il y a lieu, le faire transporter dans un établissement de santé, chez un professionnel de la santé ou à la résidence du travailleur, selon que le requiert son état.

Les frais de transport de ce travailleur sont assumés par son employeur qui les rembourse, le cas échéant, à la personne qui les a défrayés.

Sur un chantier de construction, l'obligation prévue par le premier alinéa s'applique au maître d'oeuvre au sens de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (chapitre S-2.1). »

Article 280 LATMP

« L'employeur inscrit dans un registre les accidents du travail qui surviennent dans son établissement et qui ne rendent pas le travailleur incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée sa lésion professionnelle; il présente ce registre au travailleur afin que celui-ci y appose sa signature pour confirmer qu'il a été victime de l'accident et la date de celui-ci.

Le registre des premiers secours et des premiers soins prévu par règlement peut servir à cette fin.

L'employeur met ce registre à la disposition de la Commission et d'une association syndicale représentative des travailleurs de son établissement ou leur en transmet copie, selon qu'elles le requièrent, et il transmet, sur demande, au travailleur ou à son représentant copie de l'extrait qui le concerne. »



**AVIS DE L'EMPLOYEUR ET
DEMANDE DE REMBOURSEMENT**
Santé et sécurité du travail

Espace réservé à l'employeur			
N° de dossier du travailleur 			
1- Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		N° d'assurance maladie 	
Prénom		N° d'assurance sociale 	
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)		Date de l'événement d'origine 	
Ville		Date de la récidive, rechute ou aggravation 	
Province, pays		Date de naissance 	
Code postal 			
Téléphone 	Téléphone (autre) 	Sexe	Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
2- Renseignements sur l'employeur			
Nom de l'employeur (raison sociale)		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro 	N° de dossier d'expérience
		M U T 	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur			
N°, Rue, Bureau		Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement	N° de l'établissement
Ville, Province, Pays		<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	ETA
Code postal 			
Nom de la personne à joindre		Téléphone 	Poste
			Télécopieur
3- Renseignements et description de l'événement			
Lieu de l'événement		Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.
<input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Voir verso
<input type="checkbox"/> Alléure dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.)		<input type="checkbox"/> Hors du Québec	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?
<input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		<input type="checkbox"/> Voir verso	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Voir verso
Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour			
Description de l'événement selon la version du travailleur			
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.			
Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso) <input type="checkbox"/>			
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	Année Mois Jour
4- Renseignements sur le retour au travail			
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement		Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Date de retour au travail
Année Mois Jour		Année Mois Jour	Année Mois Jour
		<input type="checkbox"/> Réelle	Type de retour <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Affectation temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)
		<input type="checkbox"/> Prévue	L'affectation temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Indéterminée	
5- Renseignements nécessaires au calcul des indemnités			
Salaires annuels bruts	Nature du contrat de travail	Mode de rémunération	Ancienneté dans votre entreprise
<input type="checkbox"/> Contrat de travail ou <input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> À taux fixe (heures, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À forfait
\$			Année(s) Mois
			Date d'embauche
			Année Mois
6- Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)			
Nombre de jours payables 	Salaires brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable) \$	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur = Salaire net X 90 % =	Remboursement réclamé \$
<input type="checkbox"/> Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.		Jusqu'au retour au travail	ou jusqu'au
		Année Mois Jour	Année Mois Jour
Conformément à l'article 209 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une copie du présent formulaire a été remise au travailleur ou à son représentant le :			
		Signature de l'employeur ou de son représentant	Année Mois Jour
			Année Mois Jour