



Ce feuillet d'explications traite du formulaire « Déclaration, enquête et analyse d'un évènement accidentel ou d'une situation dangereuse » en Annexe 1

Q. Dans quelles circonstances dois-je remplir ce formulaire?

R. Lorsque je subis un accident dans le cadre de mon travail et/ou si j'observe une situation dans l'environnement de travail qui pourrait provoquer un accident ou un problème de santé.

Q. Y a-t-il des avantages à remplir un formulaire de déclaration?

D'abord, remplir un formulaire pour déclarer un accident de travail et garder une copie de ce formulaire est important pour mon propre dossier de réclamation à la CNESST.

Aussi, il est essentiel de signaler tout risque en matière de Santé et sécurité au travail (SST) à l'employeur dans le but de prévenir les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Q. Est-ce que je peux subir des représailles en remplissant un formulaire de déclaration?

La Loi sur la Santé et Sécurité au travail, prévoit que comme travailleurs nous ne devons pas subir de représailles en participant à l'identification et l'élimination des risques SST donc en remplissant le formulaire de déclaration.

De plus, cette même loi m'**oblige** comme travailleur à déclarer les accidents de travaux et/ou situations dangereuses pour participer à l'identification et l'élimination des risques d'accidents de travail et de maladies professionnelles sur mon lieu de travail.

C'est dire à quel point c'est important!

Si malgré tout, vous croyez avoir subi des représailles après avoir déclaré une situation dangereuse ou un accident de travail, nous vous pressons de communiquer avec nous dès que possible codim@aptsq.com ou 514-378-8124.

Q. Pourquoi est-ce que c'est moi qui dois remplir le formulaire de déclaration?

Parce que c'est moi qui connais le mieux mon environnement de travail et que l'employeur doit être informé des risques SST présents pour qu'il puisse bien assurer ma protection.

Q. Si je ne suis pas blessé gravement et que je n'ai pas eu besoin de soins médicaux, est-ce que je dois quand même remplir le formulaire de déclaration?

La réponse est OUI. Par exemple, si vous chutez après avoir glissé sur un plancher mouillé ou une plaque de glace dans le stationnement, même si vous n'avez aucune fracture ni entorse, c'est important de déclarer afin de documenter l'accident au cas où une séquelle se manifeste dans les semaines ou mois suivant cet accident.

Et dans le cas où plus d'une personne glissent et chutent au même endroit et remplissent chacune un formulaire de déclaration, une mesure comme l'usage d'une cire de plancher antidérapante pourrait être nécessaire comme mesure de prévention.

Sinon, pas besoin d'attendre que quelqu'un se blesse. **L'idéal en prévention SST c'est d'identifier les risques avant qu'ils ne causent d'accident ou maladie professionnelle.**

Aide-mémoire pour remplir la première page du formulaire de déclaration :

Le formulaire sert à déclarer autant un accident de travail qu'une situation dangereuse. Voici comment les différencier.

Accident de travail :

C'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 ou qui peut entraîner pour elle une blessure/lésion professionnelle physique ou psychologique.

On déclare comme accident de travail, un événement qui s'est produit dans le cadre du travail même s'il n'y a pas de blessure évidente ou immédiate.

Situation dangereuse :

C'est un événement redouté ou indésirable qui aurait pu (échapper belle) ou pourrait nuire à la santé ou la sécurité des personnes et causer une blessure physique ou psychologique.

Vous trouverez des exemples de situations dangereuses sur la prochaine page.

Section 1. Identification de l'employé(e)

Il est important de préciser dans quelle installation vous travailliez au moment de l'évènement. Ex. pour Batshaw, CROM ou Douglas svp indiquer le nom ou adresse du bâtiment.

Section 2. Description de l'évènement

La description de l'évènement doit être le plus factuel que possible. Notez les faits et vos observations. C'est aussi l'endroit où décrire vos blessures et/ou symptômes. Vous pouvez également cocher la.les partie.s de votre corp affectée.s. Dans le cas de lésion psychologique, cochez l'endroit où vos symptômes sont ressentis. Ex. la tête

Évitez d'écrire vos antécédents médicaux sur ce formulaire car ceci n'est pas un formulaire médical mais un formulaire pour décrire un évènement. Ce formulaire sert à démontrer que vous avez été exposé à un risque SST et ce, peu importe vos prédispositions personnelles.

Si vous avez des questions en remplissant votre déclaration, **n'hésitez pas à communiquer avec nous codim@apsq.com.**

Voici quelques exemples de situations dangereuses à déclarer :



Risques chimiques : exposition à un produit chimique ou un polluant

Ex. monoxyde de carbone, insecticide, fumée d'incendie



Risques biologiques : exposition à des micro-organismes ou agents allergènes

Ex. bactéries ou virus, acariens dans de vieux tapis poussiéreux, infiltration d'eau mal gérée (développement de moisissures)



Risques ergonomiques : liés à un contexte de travail où l'ergonomie n'est pas adéquatement prise en compte.

Ex. mouvements répétitifs, efforts physiques excessifs, postures contraignantes ou poste de travail qui n'est pas ergonomique.



Risques liés à la sécurité :

Ex. équipement défectueux ou qui peut occasionner des blessures, surface mouillée ou glacée qui peut provoquer des chutes



Risques physiques : exposition à une forme d'énergie ou force qui pénètre notre corps par nos oreilles, nos yeux ou notre peau.

Ex. Bruit fort et prolongé, Rayons X, chaleur accablante



Risques psychosociaux : les principaux risques psychosociaux du travail sont: la violence (physique et psychologique), l'incivilité, le harcèlement psychologique, l'exposition à des agressions et/ou événements potentiellement traumatiques, le travail émotionnellement exigeant. Ex. travailler au quotidien avec une clientèle vulnérable et en détresse tout en manquant de temps et de ressources pour leur venir en aide. Subir des microagressions à répétition.

Selon l'Institut national de santé public du Québec (INSPQ) le personnel œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux constitue le groupe de travailleurs le plus exposé aux risques psychosociaux.

Pour plus d'informations sur les risques psychosociaux du travail, vous pouvez consulter le dossier sur la charge de travail et les risques psychosociaux sur le site de [APTS](http://apts.ca) [Charge de travail et risques psychosociaux](http://apts.ca/charge-de-travail-et-risques-psychosociaux) et/ou contactez-nous codim@aptsq.com or 514-378-8124.

Annexe1

Déclaration, enquête et analyse d'un événement accidentel ou d'une situation dangereuse / Declaration, investigation and analysis of an accident or a dangerous situation

Accident Situation Dangereuse (aucun accident n'est survenu) Dangerous Situation (no accident occurred)

I- Identification de l'employé(e) déclarant l'événement accidentel ou la situation dangereuse / General Information

Nom et prénom : _____ N° d'employé(e) : _____
Full name : _____ Employee ID : _____

Titre d'emploi : _____ Service : _____
Job title : _____

Installation : _____ Téléphone de contact : _____
Contact phone : _____

Année d'expérience au poste : _____
Years of experience in current position: _____

Syndicat: SCFP SQEES RSFQ
 SCFP Prévost APTS FIQ APES

Statut d'emploi / Employment Status: Temps complet / Full time Temps partiel / Part-time Occasionnel / Occasional

II- Description de l'événement (à remplir par l'employé) / Description of the event (to be completed by the employee)

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel? Jour / Day Soir / Evening Nuit / Night TS / Overtime
What was your work schedule at the time of the incident?

Date de l'événement (AAAA/MM/JJ) : _____ Heure (0-24h) / Time: _____
Incident date (YYYY/MM/DD): _____

Lieu exact (Ex.: salle de bain, # chambre, stationnement, etc.): _____ Unité / Service: _____
Exact Location (Ex.: bathroom, room number, parking lot, etc.): _____

Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : _____
Eyewitness names (if applicable): _____

Avez-vous reçu des premiers soins? Si oui, précisez: Non / No Oui / Yes _____
Did you receive first aid? If yes, specify: _____

Nom de la personne qui a donné les premiers soins : _____
Name of the person who gave first aid: _____

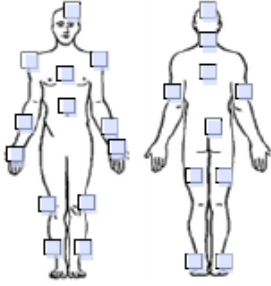
Site(s) de la lésion / Site of injury: _____

Nom du supérieur avisé / Name of notified superior: _____
Nom du gestionnaire / Name of manager: _____

Téléphone du gestionnaire / Manager phone number: _____

Date et heure que le superviseur a été avisé (AAAA/MM/JJ): _____
Date and time that the superior was notified (YYYY/MM/DD): _____

Indiquer le(s) site(s) de la douleur ou de la blessure
Indicate pain or injury location



Dommmages matériels:
Property damages: _____

Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse :
Description of the accident:

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas?
What are your suggestions to prevent a similar situation?

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit
I confirm that the information provided is correct and consistent with what happened

Signature de l'employé(e): _____ Date (AAAA/MM/JJ): _____
Employee signature: _____ Date (YYYY/MM/DD): _____

Envoyez le formulaire avec les parties I et II remplies à votre gestionnaire afin de compléter la section III
Send the form with the sections I and II filled to your manager to complete the section III

I- Identification de l'employé(e) déclarant l'événement accidentel ou la situation dangereuse / General Information		
Nom et prénom : Full name :	<input type="text"/>	N° d'employé(e) : Employee ID : <input type="text"/>
III- Enquête et analyse (à remplir par le gestionnaire) / Investigation and analysis (to be completed by the manager)		
À quelle activité était affecté l'employé(e) au moment de l'événement accidentel ? What activity was the employee assigned to at the time of the accident? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Quart de travail complété / Shift completed		<input type="checkbox"/> A quitté pour consultation médicale / Left for medical consultation
Causes et facteurs ayant contribué à l'événement / Causes and factors contributing to the event		Comment ce facteur contribue à l'événement? / How does the factor contribute to the incident?
<input type="checkbox"/> Équipements (Lit, civière, chariot, outils, lève-personne, etc.) Equipments (Bed, stretcher, cart, patient lift, etc.)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Tâches (Inobservance des règles de sécurité, cadence de travail, posture de travail, etc.) Tasks (Non-respect of safety guidelines, work pace, posture, etc.)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Personnes/Travailleur (Formation, méthode de travail, expérience, etc.) People/Worker (training, work method, experience, etc.)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Environnement (Bruit, espace encombré, éclairage, etc.) Environment (Noise, crowded space, lighting, etc.)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Organisation du travail (Communication, procédure absente, ambiance de travail, etc.) Work organisation (Communication, lack of procedure, work climate, etc.)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Personnes/Usagers/Tiers (Client, famille, etc.) People/Users/Third party (client, family, etc.)	<input type="text"/>	
Mesures préventives ou correctives / Corrective or preventive measures	Responsable (nom) / Responsible (name)	Échéancier (AAAA/MM/JJ) Timeline (YYYY/MM/DD)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commentaires : <input type="text"/> Comments : <input type="text"/>		
Nom du gestionnaire : <input type="text"/> Name of manager :	Signature : <input type="text"/>	
Date (AAAA/MM/JJ) : <input type="text"/> Date (YYYY/MM/DD) :	<input type="text"/>	
Envoyez les sections I à III du formulaire complétées au / Send the sections I to III of the form completed to: Courriel / E-mail : preventionssmet.comtl@ssss.eouv.qc.ca Télécopieur / Fax : 514-457-8423		
IV- Service de prévention et de promotion de la santé / Prevention and health promotion dept.		
Nom de l'agent de gestion en prévention responsable : <input type="text"/> Name of the assigned prevention agent:	Date (AAAA/MM/JJ) : <input type="text"/> Date (YYYY/MM/DD) :	<input type="text"/>