



<https://www.flickr.com/photos/leehaywood/4141490385>

Les accidents du travail

Quoi faire lorsque ça arrive

1- Aviser son gestionnaire

- Votre gestionnaire est peut-être déjà au courant, mais il est important de l'aviser par écrit avec le « [Formulaire SASF-071 - Déclaration d'accident, d'incident et de premiers secours](#) »
- Une fois que vous êtes en sécurité, remplir le formulaire
- Le formulaire doit être rempli par le secouriste qui vous est venu en aide ou par vous si vous êtes en état de le faire.
- Le formulaire peut-être rempli dans les jours qui suivent l'accident, mais il est préférable de le faire le jour même.

Université de Montréal et du monde.
Une collaboration de la Direction des ressources humaines et de la Direction de la prévention et de la sécurité.

Date de l'événement _____ Heure _____
Événement rapporté le _____
Numéro de l'événement (Sûreté) _____

Déclaration d'accident, d'incident et de premiers secours Formulaire SASF-071

1. IDENTIFICATION DE LA VICTIME

Nom _____ Prénom _____ Téléphone UdeM ou autre _____
A. Membre du personnel → Matricule _____ Unité administrative _____
B. Étudiant → Fonction / titre _____ Syndicat _____
C. Visiteur/ Externe → Code permanent _____

2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

A) Lieu de l'événement Pavillon _____ Local _____ Nature du local _____
B) Type d'événement Accident de travail ou d'études Incident Malaise
C) Description détaillée de l'événement | Qu'est-il arrivé? À quel moment? À quel endroit? Comment, dans quelles circonstances? Dans le cadre de quelles tâches, ou de l'utilisation de quel équipement?

D) Description de la blessure ou du malaise ressenti

Nature de la lésion Brûlure Contusion Coupure Griffure
 Morsure Intoxication Piqûre Entorse/foulure

Siège de la lésion
Veuillez encrer l'endroit de la blessure

Spécifications supplémentaires sur le siège de la lésion

E) Nature des premiers soins et premiers secours apportés, le cas échéant

3. TRANSPORT ET INTERVENANTS

A) Transport Aucun Vers la clinique UdeM Vers l'hôpital _____
Heure de l'appel _____ Heure d'arrivée _____ Numéro du véhicule _____

B) Intervenants (s'il y a lieu)

Nom du secouriste _____ N° de téléphone _____
Nom d'un témoin _____ N° de téléphone _____
Nom du constable _____ N° de téléphone _____

4. REFUS DE SOINS OU DE TRANSPORT | À faire remplir **UNIQUEMENT** si la personne blessée ou malade refuse les soins

« Je refuse de recevoir les premiers soins ou d'être transporté dans un centre médical, et ce, contre l'avis des responsables en devoir. Je libère l'Université de Montréal de toute responsabilité découlant de mon refus. »

Signature de la victime _____ Date _____

Mai | Août 2019 SASF-071

1- Aviser son gestionnaire

- Une fois le formulaire rempli, signez-le au verso.
- Remettre le formulaire à votre gestionnaire afin qu'il en prenne connaissance et qu'il le signe.
- Le formulaire doit être téléversé dans votre dossier Synchro sous l'onglet « Rapport d'incident SST »

5. SECTION RÉSERVÉE À UN REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR | ANALYSE PRÉLIMINAIRE DE L'ÉVÉNEMENT

La personne a-t-elle fait un retour immédiat au travail ou à ses activités scolaires? Oui Non
Avez-vous effectué une visite immédiate des lieux de l'événement? Oui Non
Avez-vous remarqué des conditions particulières ayant contribué à cet événement? Oui Non
L'événement a-t-il occasionné des dommages matériels? Oui Non
Si c'est le cas, veuillez fournir une brève description des dommages.

Indiquer si ces facteurs ont contribué à l'événement. Remplir les cases correspondantes et, lorsque non applicable, mentionner N/A.

Moment (début ou fin de quart de travail, urgence, etc.)	Individu (nouvel employé, équipement de protection individuelle (ÉPI), formation, etc.)
Équipement (le type, son usage, sa condition, manutention, etc.)	Tâche (procédure connue, tâche inhabituelle, animal, travail en hauteur, etc.)
Lieu (localisation, intérieur, extérieur, état des lieux)	Organisation (disponibilité des ÉPI, méthode de travail, communication, etc.)

Mesures correctives immédiates prises à la suite de l'événement (mesures temporaires)

Actions correctives mises en place pour éviter que l'événement ne se reproduise (mesures permanentes)

6. SIGNATURES | SECTION OBLIGATOIRE

« Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans la présente déclaration soient communiqués à qui de droit aux fins de traitements et suivis administratifs. »

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom en lettres moulées de la personne blessée ou malade	Signature de la personne blessée ou malade	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom en lettres moulées du supérieur immédiat	Signature du supérieur immédiat	Date

7. TRANSMISSION DE LA COPIE ORIGINALE DE LA DÉCLARATION

Si la personne blessée ou malade est :

- **Un employé** | Veuillez soumettre cette déclaration par l'entremise de la vignette « Rapport d'incident SST » de votre Libre-service Synchro. [Cliquez ici](#) pour connaître la procédure détaillée. Si vous êtes un secouriste, veuillez remettre le formulaire au gestionnaire de la personne blessée ou malade.
- **Un étudiant, un visiteur ou une personne externe** | Veuillez transmettre ce formulaire et les photos par courriel à accidents-sst@dps.umontreal.ca.

La DPS-SST et la DRH se réservent le droit de communiquer avec vous afin d'assurer un suivi ou d'obtenir plus de détails.

La personne qui remplit et soumet ce formulaire doit en conserver une copie.

Maj | Août 2019 SASF-071

→ Votre signature

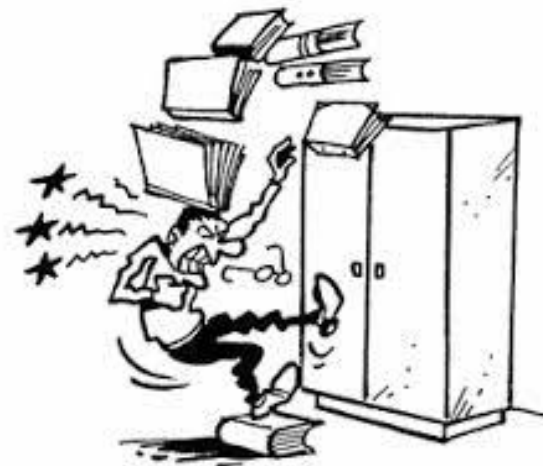
→ Gestionnaire



Krobs.ch



Inrs.fr



<https://www.centrepatronalsst.qc.ca/publications/infos-sst-bonjour/prevention-et-securite/des-accidents-pourraient-arriver-au-bureau/>

Quand dois-je déclarer un accident?

Lors de tout évènement (incident, passez proche, accident, maladie professionnelle) concernant un employé, et ce, qu'il y ait perte de temps ou non et que l'on ait prodigué les premiers soins ou non.

2- Consulter un médecin

- Vous devez consulter un médecin, même s'il s'agit d'une blessure mineure.
- Aviser le médecin que c'est un accident du travail
- Si vous ne pouvez pas travailler à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle au-delà de la journée de l'événement, vous devez remettre, aux RH secteur santé, une copie de l'attestation médicale* que le médecin vous aura fournie.
- Le médecin ne peut pas vous facturer pour remplir les rapports de la CNESST



Cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence [CC BY-SA-NC](#)

* L'attestation médicale doit être sur un formulaire de la CNESST

CNESST ATTESTATION MÉDICALE
Santé et sécurité du travail
Code A6400 0000

Titulaire de la carte
à la sécurité
JACP 7007 3004
Pierre Jacques
Date de naissance
1970 07 30
Date de l'événement
(origine)
2020 11 03
Date de début
activité ou aggravation
2020 11 03
Date de la visite

Titulaire
Martin Trudel 89731

Diagnostic(s) précis de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires
(incluant les détails des soins et des traitements prescrits ou administrés)
Fox chevilles gauche à arrachement ligament

DÉGÈRES DE LA LÉSION (Cochez tous les éléments qui s'appliquent) Autres (préciser)

<input type="checkbox"/> Oreille	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Thorax
<input type="checkbox"/> Oreilles	<input type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Bassin
<input type="checkbox"/> Voie	<input type="checkbox"/> Lombaire	<input type="checkbox"/> Abdomen
<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Sacré	
<input type="checkbox"/> Dents		

Membre supérieur

Gauche	Droite	Gauche	Droite
<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Cheville
<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> Coudé	<input type="checkbox"/> Doigt	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Orteil
<input type="checkbox"/> Avant bras		<input type="checkbox"/> Jambe	

Membre inférieur

Classe de la visite
Nom de la clinique ou de l'établissement de santé
Clinique Dr Trudel
103 du chemin
Nul Port Qc H3T 1P9
Téléphone 450 327 1124
Télécopieur 450 327 1123

Période prévisible de consolidation
À compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi
14 jours ou moins
Date prévisible de consolidation

ou
plus de 14 jours
Date prévisible à compter de la présente visite 8. Nombre de semaines

Remettez-vous le travailleur ?
 Oui Non Si oui, date prévue 2020 11 17

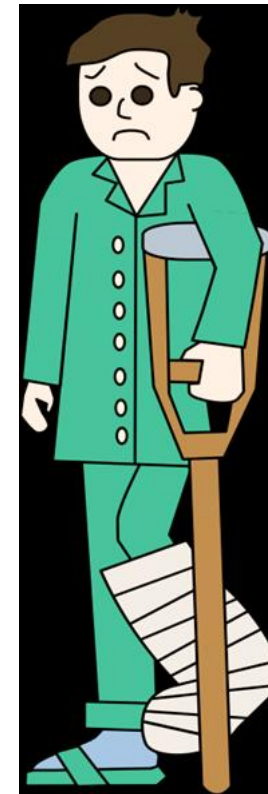
Cochez si médecin non participant à la RAMQ

Cochez s'il y a lieu Notice d'un autre avis Spécifier code de l'avis

Signature du médecin *Martin Trudel* Date 2020 11 03

Le High CHESST désigne le Commissionneur des normes, de l'ÉP&A, de la santé et de la sécurité du travail. La forme modifiée désigne aussi bien les formes que les homologues.

1998 (2017-05) Copie 1: CHESST Copie 2: Travailleur Copie 3: Employeur Copie 4: Médecin



<https://openclipart.org/search/?query=falling+down+>

À qui dois-je remettre l'attestation médicale à l'UdeM?

- Vous devez remettre une copie de votre attestation médicale au secteur santé de l'UdeM à l'adresse courriel suivante:
Secteur-sante@drh.umontreal.ca
- Votre gestionnaire n'a pas à recevoir ce document ou tout autre document médical



<https://openclipart.org/detail/236694/patient-with-broken-arm>



2020-11-10

cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

3- Faire votre réclamation du travailleur

- Si vous vous absentez du travail pour plus de 14 jours, ou si vous avez des frais à vous faire rembourser (physiothérapie, lunette, vêtements brisés, etc.), remplissez le formulaire [Réclamation du travailleur](#). Vous devez y joindre votre attestation médicale.
- Vous pouvez aussi utiliser les services en ligne sécurisés pour faire votre réclamation et demander des remboursements de frais. **Gardez tous vos reçus.**
- Avez votre représentant à la prévention par téléphone au 514 343-6111 poste 12443 ou par courriel comitesst1244@umontreal.ca

4- Passer les examens médicaux

- Vous devez vous assurer de passer tous les examens médicaux nécessaires et de bien suivre les traitements prescrits par votre médecin. Vous devez consulter le médecin désigné par votre employeur ou la CNESST, si demandé.
- En cas d'absence non motivée aux examens et traitements prescrits par le médecin, la CNESST peut déduire cette journée de l'indemnité de remplacement du revenu (IRR).



5- Informer la CNESST et le secteur santé de l'évolution de votre situation médicale

- Si votre état change, vous devez en informer la CNESST.
- Lorsque vous connaissez la date de votre retour au travail, vous devez aussitôt en informer le secteur santé et la CNESST.



Questions



Syndicat des employé.e.s de l'Université de Montréal

Et votre

Comité de santé et de sécurité du travail

Anne-Marie Desbiens

Laurence Gardner

Ross Thuot

Martine Trahan