

Déclaration d'un événement accidentel au travail, résultat d'analyse d'un événement accidentel au travail et procédure d'extraction des listes des mesures correctives

OBJECTIF

Le présent document est un guide pour vous aider à compléter la déclaration et l'analyse d'accident. De plus, le document vous explique la procédure afin d'extraire la liste des mesures correctives à compléter et le bilan des mesures exécutées durant la période de votre choix.

POUR QUI ?

Tous les utilisateurs d'Employeur D

1^{ère} section - La déclaration d'accident

Vous y trouverez une copie du formulaire papier annoté ainsi qu'une image du formulaire dans Employeur D annoté.

Pour chacun des champs du formulaire de déclaration papier, vous avez un numéro qui correspond au champ d'Employeur D où vous devez saisir l'information.

Déclaration d'un événement accidentel au travail

Au besoin, référez-vous à l'aide à la tâche à la page suivante

Doit être rempli par l'employé

IDENTIFICATION	Date et heure de l'événement : 01	AA	MM	JJ	HH	MM	Date et heure de la déclaration : 02	AA	MM	JJ	HH
Date et heure d'arrêt de travail :	AA	MM	JJ	HH	MM	Nom et prénom de l'employé : 03			Matricule Ville : 04		
Fonction occupée au moment de l'événement : 05						Fonction titulaire, si différente de la fonction occupée au moment de l'événement : 06					
Unité administrative : 07						Gestionnaire de premier niveau : 08					
N° de véhicule ou d'équipement (s'il y a lieu) : 09						Nom et prénom témoin N°1 : 10			Matricule Ville :		
Pièce jointe (s'il y a lieu) : Croquis ou photo <input type="checkbox"/> Déclaration écrite <input type="checkbox"/> Rapport de police <input type="checkbox"/>						Nom et prénom témoin N°2 : 10			Matricule Ville :		
DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT	Lieu de l'événement : 11										
Que faisiez-vous au moment de l'événement (activité) ? 12											
Expliquer ce qui s'est passé (description de l'événement) : 13											
Équipement de protection porté lors de l'événement : 14											
Suggestion pour éviter la répétition d'un tel événement : 15											
CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT	Genre d'accident : 16					Assignment temporaire remise : 17 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Transport en ambulance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Nature de la lésion (blessure) : 19						Siège de la lésion (blessure) : 20					
Description des premiers soins (si requis) : 21						Nom du secouriste : 22					
Événement avec perte de temps			<input type="checkbox"/>	Responsabilité d'un tiers (ex : accident de la route) 23			<input type="checkbox"/>	Formulaire rempli par un tiers (ex : contremaître, collègue de travail)			
Événement sans perte de temps			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
SIGNATURES	Nom et prénom (lettres moulées) Employé :					Signature			Date AA MM		
	Gestionnaire de premier niveau :								AA MM		

Aide Quitter

Accueil Structures Employé Impression Financement Outils Configuration Guides & Nouveautés

Rapport Accident de Travail (RAT)

Suivi de dossier

Type: [] Nombre de lignes par page: 250

Enregistrer le critère de recherche

Type **Date** Informations

Aucun résultat

Ajouter Supprimer Transférer

Informations générales

Événement: [] Objet du dossier: Ouvert (1)

Date de l'événement: **1** 2016-05-04 Heure de l'événement: 16:00

Date de la déclaration ou demande: 2016-05-04 Heure de la déclaration: [] **2**

1ère visite médicale: 2016-05-04 Complété par: sigma, prof (Formation)

Date d'enquête / d'analyse: [] Complété le: 2016-05-04

Type de rapport: <Aucun> Responsable RH: []

8 Supérieur immédiat: []

CNESST avisée le: [] CNESST avisée par: []

CNESST

dossier d'expérience: 76808861 (Ressources humaines) (Unité:58070)

Etablissement CNESST: <Aucun>

Dossier d'expérience devancier: []

Informations sur l'employé au moment de l'événement

Informations habituelles sur l'employé

Fonction	Statut RHUM:	PERMANENT (PERM)
Quart: <Aucun>	Affectation ou activité (police, pompier seulement):	<Aucun>
Age: 47	Ancienneté:	11 années 0 mois

Informations sur l'employé au moment de l'événement

Emploi/fonction: De l'employé emplois/fonctions **5** AGENT(E) CONS.SYS.INFO.RH (211: []

Fonction: <Aucun>

Quart de travail: <Aucun>

Statut RHUM: PERMANENT (PERM)

Affectation ou activité (police, pompier seulement): <Aucun>

Expérience dans le poste

Nombre d'années: 0 Nombre de mois: 0 Nombre de semaines: 0

Mutuelle: []

Description et dommages

Activité lors de l'accident: <Aucun> **12**

Équipement de protection porté lors de l'événement: **14**

Suggestion pour éviter la répétition d'un tel événement: **15**

Informations de l'employé

Matricule: **4**

Nom: []

Prénom: **3**

N.A.S.: []

Date de naissance: []

Sexe: []

Téléphone: []

Couriel: []

Structure **7**

Ville: 1 Ville de Montréal

Arrondissement/Service: 36 SER SERV. RESS.

UADM: 0300000001 BUR SYST.IN

Centre d'opération: 104137 SYS.INFO RH

Activité opérationnelle: 001601 GESTION DU PER

Résumé des jours perdus / coûts

Jours perdus incluant les assignations temporaires : []

Jours en assignation temporaire : []

Jours perdus sans les assignations temporaires : 0.00

Coûts indirects : 0.00

Filtre sur le suivi de dossier

Tous

Anomalies et mesures correctives

Attestation médicale

Autres décisions

Avis de l'employeur et demande de remboursement

Avis du Bem

Description de l'évènement selon la version du travailleur

13

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

Résultats et dommages à l'employé:

<Aucun>

<Aucun>

<Aucun>

Natures des lésions:

19

<Aucun>

<Aucun>

<Aucun>

Sièges des lésions: 20

<Aucun>

<Aucun>

<Aucun>

16 **Genre d'accident:** <Aucun>

Agent causal: <Aucun>

Précisez l'agent causal:

Enquête

Y a-t-il eu visite des lieux de l'accident: <Aucun> * Date de la visite des lieux:

Noms des personnes ayant visité les lieux:

Ville de l'accident:

Province ou État de l'accident: <Aucun> 11 Pays de l'accident: <Aucun>

Lieu de l'évènement: <Aucun> Précision du lieu: <Aucun>

Précisez le lieu:

L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)?

Résultats et dommages matériels à l'employeur

Élément endommagé:

Coût estimé: Coût définitif:

Gravité potentielle: <Aucun> Pièces jointes: Croquis Photo Autres

Responsabilité d'un tiers 23

Données du tiers

Nom du tiers

Nom: Télécopieur:

Téléphone: Extension:

Courriel:

Adresse du tiers

No civique: Rue:

Appartement: Succursale:

Casier postal: Code postal:

Ville: Province: <Aucun>

Pays: <Aucun>

Témoins 10 Le rapport d'accident sera enregistré si vous tentez de modifier les témoins.

Nom: Nombre de lignes par page:

250 Enregistrer le critère de recherche

Nom	Prénom	Type de témoin
Aucun résultat		

- Billet médical
 - Clinique médicale
 - Compte
 - Conclusions finales de l'évènement
 - Conséquence
 - Contestation
 - Contrainte
 - Décision sur l'admissibilité
 - Décision sur l'imputation
 - Demande de partage de coût
 - Dépense
 - Document associé
 - Document fusionné
 - Enquête MELITO
 - Expertise
 - Expertise CSST (article 204)
 - Formulaire d'assignation temporaire
 - Gestion du temps
 - Procureurs - Dossier CLP
 - Limitation fonctionnelle
 - MELITO (Nouveau)
 - Note administrative
 - Note évolutive
 - Panorama de vérification
 - Rapport complémentaire
 - Rapport d'évaluation médicale
 - Rapport final
 - Rapport médical
 - Réclamation du travailleur
 - Résultat d'analyse d'un accident de travail
 - Rôle d'audition
 - Taux journalier
- Actualiser**
- Travailler avec IRR**

Ajouter Supprimer

Champs utilisateurs

Date d'évaluation du dossier pour partage de coûts: Opposition à la réclamation: <Aucun>

17 Assignation temporaire remise?: <Aucun>

Matière à partage de coûts?: <Aucun>

FONCTION PRINCIPALE DE L'EMPLOYÉ

6 Fonction principale occupée: Horaire ou quart de travail habituel: <Aucun>

A) PREMIERS SECOURS ET PREMIERS SOINS

21 Nature des premiers secours: 22 Nom du secouriste:

18 Transport en ambulance: <Aucun> Centre hospitalier:

B) VÉHICULE DE L'EMPLOYEUR IMPLIQUÉ

9 Véhicule est une des causes: <Aucun> Numéro du rapport de police:

Numéro du véhicule: # Ville d'inventaire du véhicule:

C) DONNÉES SUR LE PROCESSUS D'ENQUÊTE DE D'ANALYSE DE L'ACCIDENT

Description de l'accident par le supérieur hiérarchique:

Analyse sommaire de l'accident par le supérieur hiérarchique:

Date de l'enquête d'accident:

D) INTERVENTION DU COMITÉ DE SANTÉ / SÉCURITÉ

Avez-vous discuté de cet accident au comité SST?: <Aucun> Date de la rencontre ou analyse:

Membres du comité SST:

E) RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Catégorie de la demande: <Aucun> Date de naissance prévue ou réelle:

Nombre de semaines de grossesse:

Enregistrer Annuler

12 3 4 5 6 7 8
9 10 11 12 13 14 15 16

Implications CNEST de l'événement

Informations sur le dossier CNEST
Aucune information présente
Modifier les informations

Financement

Informations sur le taux personnalisé
Informations sur le régime rétrospectif

2^e section - le Résultat d'analyse d'un événement accidentel au travail.

Vous y trouverez une copie du formulaire papier annoté ainsi qu'une image du formulaire dans Employeur D annoté.

Pour chacun des champs du formulaire de résultat d'analyse papier, vous avez un numéro qui correspond au champ d'Employeur D où vous devez saisir l'information.

Doit être rempli par l'enquêteur

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT PAR L'ENQUÊTEUR (expliquer la séquence de l'événement)	Visite des lieux : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> *
01	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>*Vous pouvez saisir la case Visite des lieux dans le RAT dans la section Enquête.</p> </div>

CAUSES (anomalies identifiées)	RECOMMANDATIONS DE MESURES CORRECTIVES	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER
<i>Pourquoi l'événement est-il survenu ?</i> 02	<i>Que doit-on mettre en place pour éviter que l'événement ne se répète ? Que faut-il modifier dans nos programmes ?</i> 03	<i>Qui est responsable de la mesure ?</i> 04	<i>Quand la mesure devrait-elle être mise en œuvre ?</i> 05

COMMENTAIRES, AUTRES CORRECTIFS OU INFORMATIONS ADDITIONNELLES
06

PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À L'ANALYSE 07			
Nom et prénom (lettres moulées)	Fonction	Signature	Date
			AA MM JJ
			AA MM JJ
			AA MM JJ

APPROBATION (gestionnaire responsable tel que spécifié dans le RACI)			
Nom et prénom (lettres moulées)	Fonction	Signature	Date
			AA MM JJ

Contact Aide Affichage standard Quitter

Accueil Structures Employé Impression Financement Outils Configuration Guides & Nouveautés

Résultat d'analyse d'un accident de travail

Informations générales

Date: 2016-05-06 Heure: 15:31

Description de l'évènement par l'enquêteur

Expliquer la séquence de l'évènement:

1

Causes (anomalie identifiées)

Pourquoi l'évènement est-il survenu?:

2

Recommandations de mesures correctives

Que doit-on mettre en place pour éviter que l'évènement se répète? Que faut-il modifier dans nos programmes?:

3

Responsable

Qui est responsable de la mesure?:

4

Échéancier

Quand la mesure devrait être complétée: 5 Date de réalisation:

Informations sur l'évènement

No de l'évén.:
Date de l'évènement
Employé:
Ville: Ville de Montréal

Structure

Ville:
1 Ville de Montréal
Arrondissement/Service:
52 ARR DIR.ARR.VM
UADM:
0502000000 DIV DIV. VOIR
Centre d'opération:
306141 VMA - GESTION D
Activité opérationnelle:

Desjar

Commentaires, autres correctifs ou informations additionnelles

Voici un exemple de ce rapport

Registre des mesures préventives ou correctives - Suivi

Par: COSSETTE,STEPHANE
Date: 2017-04-13
Heure: 14:07

Nom - Arrondissement/Service		ARR CDN - NDG										
Date de l'événement	Nom complet	Nom - UADM	Activité lors de l'accident	Genre d'accident	Cause / anomalie	Description de la mesure	Date limite	Date de réalisation	Coût de la mesure	Responsable de la mesure	Jour de retard	
2016-12-15		DIV DIV.CULT.SP		Effort en levant, tirant, poussant	Démontage régulier à deux techniciens en aluminium plus légers	Avoir des garde-corps en aluminium plus légers	2017-01-31				72	
2017-01-04		DIV VOIR.PARCS-	Collecte sélective	Effort en tenant, manutentionnant	L'employé affirme avoir tiré sur les sapins durant la collecte.	S'assurer que les sapins ne sont pas coincés dans la glace / neige	2017-01-11				92	
2017-01-09		DIV VOIR.PARCS-	Déchets	Effort en levant, tirant, poussant	Contenu du poids et de la charge non évalué	Meeting SST (S'assurer que les employés utilisent les bonnes méthodes)	2017-01-12				91	
2017-01-27		DIV VOIR.PARCS-	Déchets	Chuter niveau inférieur	Négligence de la part de l'équipe	J'ai demandé à l'employée de s'assurer de bien vérifier où et comment elle dépose ses pieds au sol.	2017-01-27				78	
2017-01-30		DIV VOIR.PARCS-	Patinoires	Accident véhicule en mouvement	NIDS DE POULE APPAREIL PAS BIEN ADAPTÉ POUR LA CONDUITE ROUTIÈRE CONDUCTEUR DOIT PORTER ATTENTION AUX CONDITIONS ROUTIÈRES CONDUCTEURS DE CET APPAREIL DOIVENT ÉVITER CE TRONÇON JUSQU'À TEMPS QUE C'EST RÉPARÉ	FAIRE BOUCHER DES NIDS DE POULE EMQUÊTE DE VOIR SI L'APPAREIL EST APPROPRIÉ À NOS BESOINS /CONDITIONS il FAUT RALENTIR EN HIVER VÉRIFIER VITESSE DE L'APPAREIL RENCONTRE SST PROPOSER NOUVELLE ROUTE	2017-03-09				35	
2017-02-23		DIV VOIR.PARCS-	Élagage	Frapper par objet	M. Delisle a négligé de regarder vers le haut lors de sa 2ième avancée	Répéter l'ordre de regarder avant de si avancer. Et que celui qui coupe s'assure d'avoir le champ libre	2017-02-23				49	

Page: 1 / 6



Ce rapport est disponible en version Pdf ou Excel.
Le format Excel permet, entre autre, de faire des tris, de définir la largeur des colonnes.

4^E section - la procédure afin d'extraire la liste des mesure correctives à compléter.

Un rapport pour **un bilan des mesures correctives** pour une période donnée se nomme *-Registre des mesures préventives ou correctives - Bilan*

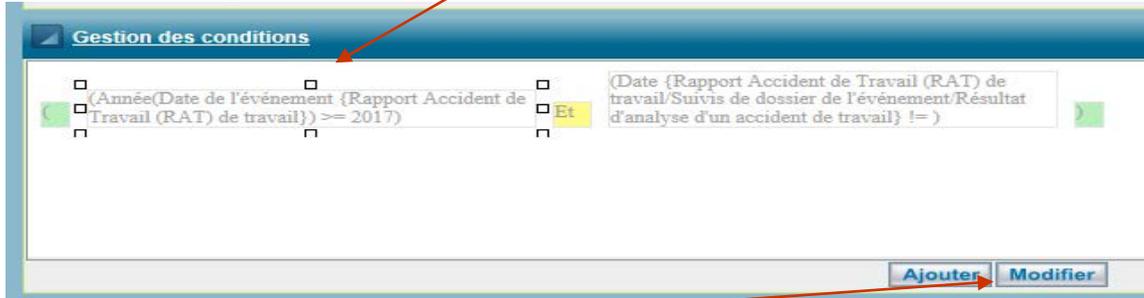
Vous pouvez y avoir accès dans Employeur D par l'onglet Impression>>Modèles de rapports>>Gestion des modèles.



Vous pouvez sélectionner la période désirée en modifiant l'année de référence.



Pour modifier la période, vous devez cliquer sur le rectangle de la période et des petits carrés vont apparaître autour du rectangle.



Ensuite cliquer sur modifier

Informations générales

Champ Opérateur Valeur

Rapport Accident de Travail (RAT) de travail

dossier d'expérience

Opérateur: Egal à, Différent de, Plus petit que, Plus grand que, Plus petit ou égal, Plus grand ou égal

Valeur: Aujourd'hui + Années 2017

Vous pourrez modifier l'année

Voici un exemple de ce rapport

Registre des mesures préventives ou correctives - Bilan

Par: COSSETTE.STEPHANE

Date: 2017-04-13

Heure: 14:15

Nom - Arrondissement/Service	Date de l'événement	Nom complet	Nom - UADM	Activité lors de l'accident	Genre d'accident	Cause / anomalie	Description de la mesure	Date limite	Date de réalisation	Coût de la mesure	Responsable de la mesure
ARR CDN - NDG	2017-01-04		DIV VOIR.PARCS-	Collecte sélective	Effort en tenant, manutentionnant	L'employé affirme avoir tiré sur les sapins durant la collecte.	S'assurer que les sapins ne sont pas coincés dans la glace / neige	2017-01-11			
ARR CDN - NDG	2017-01-05		DIV VOIR.PARCS-	Entretien ou réparation mécanique	Glisser, trébucher	1) Botte glacie et mouille 2) Manque d'attention	1) Nettoyer les bottes avant de monter. 2) Bande antidérapant sur le marche des camions	2017-04-30			
ARR RDP-PAT	2017-01-06		DIV HORT.ET PAR	Nettoyage	Glisser, trébucher	L'employée s'est appuyée les pieds sur une surface irrégulière et mouillée.	Avisée employés de reposer ses deux pieds bien à plat sur le sol. Adapter la longueur de la prise par la distance du corps du bord.			0	
ARR CDN - NDG	2017-01-09		DIV VOIR.PARCS-	Déchets	Effort en levant, tirant, poussant	Contenu du poids et de la charge non évalué	Meeting SST (S'assurer que les employés utilisent les bonnes méthodes)	2017-01-12			
SER SERV.MAT.RO	2017-01-11		SEC ST-LAURENT	Ne peut être classifié, inconnu		- Surface du pare-chocs était glissante - Position ou posture de travail difficile	- S'assurer de nettoyer la surface de travail. - Elevé le véhicule à une hauteur adéquate - Utiliser un vérin ou plate-forme pour travailler à une hauteur adéquate. - Fournir des protèges coudes.	2017-02-02	2017-02-02		
ARR CDN - NDG	2017-01-12		DIV VOIR.PARCS-	Patinoires	Chuter même niveau	surface glacée surface en pente pas de crampons	Rappel employé port crampon rencontre SST				
ARR CDN - NDG	2017-01-13		DIV VOIR.PARCS-		Accident véhicule en mouvement	pluie/ dégel l'employé a des crampons mais ne les portaient pas 1) Le chauffeur a reculé sur le trottoir 2) La suspension n'était pas complètement remontée 3) L'employée n'avait pas les jambes pliées	1) Valider si le camion a le droit de monter sur les trottoirs 2) Rencontre de sensibilisation avec la validation des procédures	2017-01-31	2017-01-31		



Page: 1 / 8

Ce rapport est disponible en version Pdf ou Excel

Le format Excel permet, entre autre, de faire des tris, de définir la largeur des colonnes.