

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					Assignation 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 Événement sans perte de temps				<input type="checkbox"/> <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)	
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

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: 8

CNESST avisée le: CNESST avisée par: 8

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 ☐ Tous les 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

Rapport Accident de Travail (RAT)

Informations de l'employé

Matricule: 4

Nom: 3

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

Résultats du dossier

<Aucun>

Résumé jours perdus / coûts

Jours perdus incluant les assignations temporaires :

Jours en assignation temporaire :

Jours perdus sans les assignations temporaires : 0.00

Coûts directs : 0.00

Coûts indirects : 0.00

Filtre sur 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>

Energie:

<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

Trimestre avec IRR

[Ajouter](#) [Supprimer](#)

Champs utilisateurs

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

Assignment temporaire remise?: 17

Matière à partage de coûts?:

FONCTION PRINCIPALE DE L'EMPLOYÉ

Fonction principale occupée: 6 Horaire ou quart de travail habituel:

A) PREMIERS SECOURS ET PREMIERS SOINS

Nature des premiers secours: 21 Nom du secouriste: 22

Transport en ambulance: 18 Centre hospitalier:

B) VÉHICULE DE L'EMPLOYEUR IMPLIQUÉ 9

Véhicule est une des causes: 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?: Date de la rencontre ou analyse:

Membres du comité SST:

E) RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Catégorie de la demande: 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

[Imputations 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 checked="" type="checkbox"/>
01	<div> <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
Pourquoi l'événement est-il survenu ? 02	Que doit-on mettre en place pour éviter que l'événement ne se répète ? Que faut-il modifier dans nos programmes ? 03	Qui est responsable de la mesure ? 04	Quand la mesure devrait-elle être mise en œuvre ? 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
			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 sur l'événement

No de l'évén.:

Date de l'événement

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:

Informations générales

Date: 2016-05-06

Heure: 15:31

Description de l'événement par l'enquêteur

Expliquer la séquence de l'événement:

1

Causes (anomalie identifiées)

Pourquoi l'événement est-il survenu?:

2

Recommandations de mesures correctives

Que doit-on mettre en place pour éviter que l'événement 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:

Commentaires, autres correctifs ou informations additionnelles

6

Coût de la mesure:

Personnes ayant participé à l'analyse 7

1) Nom et prénom: 1) Fonction: 1) Date:

2) Nom et prénom: 2) Fonction: 2) Date:

3) Nom et prénom: 3) Fonction: 3) Date:

Enregistrer Annuler

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

Deux rapports ont été développés.

Un rapport pour faire le suivi des **mesures correctives actives** se nomme *-Registre des mesures préventives ou correctives - Suivi*

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

Accueil Structures Employé Impression Financement Outils Configuration Guides & Nouveautés

Impression

Graphiques

Modèles de rapports

Nom du rapport regis

Nombre de lignes par page: 250

☒ Enregistrer le critère de recherche

	Nom du rapport	Origine
<input type="checkbox"/>	Registre des mesures préventives ou correctives - Suivi	SST - Rapport Accident de Travail (RAT) COSSETTE,STEPHANE
<input type="checkbox"/>	Registre des mesures préventives ou correctives - Bilan	SST - Rapport Accident de Travail (RAT) COSSETTE,STEPHANE

Nouveau Copier Import-Export de rapport Supprimer Quitter

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	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				76
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.

Accueil Structures Employé Impression Financement Outils Configuration Guides & Nouveautés

Nom du rapport regis

Listes et rapports
Graphiques
Modèles de rapports

Nombre de lignes par page: 250 ☒ Enregistrer le critère de recherche

Nouveau modèle
Gestion des modèles

Nom du rapport		Origine
<input type="checkbox"/>	Registre des mesures préventives ou correctives - Suivi	SST - Rapport Accident de Travail (RAT) COSSETTE,STEPHANE
<input type="checkbox"/>	Registre des mesures préventives ou correctives - Bilan	SST - Rapport Accident de Travail (RAT) COSSETTE,STEPHANE

Nouveau Copier Import-Export de rapport Supprimer Quitter

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

Gestion des conditions

(Année(Date de l'événement {Rapport Accident de Travail (RAT) de travail}) >= 2017) Et (Date {Rapport Accident de Travail (RAT) de travail/Suivis de dossier de l'événement/Résultat d'analyse d'un accident de travail} !=)

Ajouter Modifier

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

Gestion des conditions

☐ (Année(Date de l'événement {Rapport Accident de Travail (RAT) de travail}) >= 2017) ☐ Et ☐ (Date {Rapport Accident de Travail (RAT) de travail/Suivis de dossier de l'événement/Résultat d'analyse d'un accident de travail} !=)

Ajouter Modifier

Ensuite cliquer sur modifier

Informations générales

Champ:

Opérateur:

Valeur: ☐ Aujourd'hui ☒ 2017 Années

Rapport Accident de Travail (RAT) de travail

dossier d'expérience

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 glisse 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 pousse 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 pluie/ dégel l'employé a des crampons mais ne les portaient pas	Rappel employé port crampon rencontre SST				
ARR CDN - NDG	2017-01-13		DIV VOIR.PARCS-		Accident véhicule en mouvement	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.