

**TOUS
LES SECTEURS**

QUOI FAIRE EN CAS D'ACCIDENT DE TRAVAIL

Étapes

- Recevoir les premiers secours (art. 190 Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)¹
- Transporter la personne accidentée dans un établissement de santé
- Aviser l'employeur avant de quitter ou dès que possible (art. 265 et 266 LATMP)
- Recevoir les soins médicaux
- Monter un dossier (art. 268 LATMP)

Rappel : La journée de l'accident, la victime reçoit son salaire régulier à 100 %.

Remplir le formulaire *Déclaration d'accident du travail* de la CSMB pour

- tout accident qui implique une travailleuse ou un travailleur même s'il s'agit d'un accident léger, d'un coup, d'une égratignure, etc. qui ne nécessite pas une intervention à l'hôpital.
- Il s'agit entre autres de laisser une trace pour prévenir en cas de rechute ou d'aggravation de votre état de santé à la suite de l'accident.

Ce formulaire est disponible à :

<http://portailadm.csmc.qc.ca/intra/Service/Adm/srh/sst/test/D%C3%A9claration%20d'accident%20du%20travail.doc>



Le formulaire est divisé en plusieurs sections :

- BLOC I - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ** : Nom, Adresse, Téléphone, Titre, Sexe, Date de naissance.
- DECLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÉNEMENT** : Lieu précis de l'événement, Nature de l'accident, Horaire de travail, Supplémentaire travaillé, Quand cette personne a-t-elle été avisée?
- DESCRIPTION DE L'ACCIDENT - VERSION DE L'EMPLOYÉ** : Témoignaire lors de l'événement, Nom, Description de la lésion, Nature des premiers soins, Nom du spécialiste.
- BLOC II - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT** : Adresse, Date.
- DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PREVENTIVES** : Avez-vous avisé le supérieur hiérarchique, Description des mesures correctives effectuées, Avez-vous avisé le supérieur hiérarchique, Avez-vous avisé le supérieur hiérarchique.
- Signature de l'employé** : Nom, Adresse, Téléphone, Date.

L'employeur

- L'employeur n'a pas à juger de la gravité de votre accident.
- L'employeur n'a pas à intervenir sur le contenu du bloc 1 du formulaire *Déclaration d'accident du travail*, lequel est réservé à l'employée ou l'employé.
- L'employeur ne doit pas vous décourager à remplir le formulaire *Déclaration d'accident du travail*.

¹ http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html

Attestation médicale

Au-delà de la déclaration d'accident du travail auprès de la CSMB.

- Lors d'une absence au lendemain d'un accident du travail, on doit fournir le formulaire *Attestation médicale* de la CSST. Celle-ci doit-être complétée par un ou un médecin traitant.
- Remettre le formulaire dûment rempli à la CSMB (Ressources humaines - Santé et Sécurité du travail, courrier interne #634).
- Conservez une photocopie pour vos dossiers.

31301 Numéro d'assurance maladie

CSST Attestation médicale
 Initiale ou Mandataire

Prénom et nom à la naissance

Date de naissance Année Mois Jour Sexe Date d'expiration Année Mois

Init. Nom du médecin Numéro Groupe

Diagnostic de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires (nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés).

Consolidation
Si la période de consolidation est de **14 jours ou moins**, à compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de lésion professionnelle, inscrire la date prévisible de consolidation :
Année Mois Jour

Si la période de consolidation est de **plus de 14 jours**, indiquer si elle est :
1 De 60 jours ou moins
2 De plus de 60 jours

Date de l'événement Année Mois Jour Date de la visite Année Mois Jour

Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire Année Mois Jour

Important de vérifier les dates

1. CSST
1936 (06-05)

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS :

Louis-Philippe Foisy, SEOM
514 637-3548 poste 268
lp.foisy@seom.qc.ca
Jacques St-Roch
514 637-3548 poste 223
j.st-roch@seom.qc.ca