Centre de services scolaire des Affluents Québec

DÉCLARATION D'INCIDENT / ACCIDENT

Préambule – Important de lire avant de débuter

La déclaration des événements accidentels et des situations dangereuses est une étape essentielle pour assurer un milieu de travail sain et sécuritaire. C'est aussi une obligation de la Loi sur la santé et sécurité du travail (LSST). Suite à la déclaration, une démarche d'enquête et d'analyse doit être effectuée par le supérieur afin d'identifier les éléments anormaux dans la situation pour ainsi corriger et prévenir la répétition d'une telle situation.

Définitions

- **Incident :** Un incident est un événement qui n'a pas causé de blessure mais qui aurait pu entraîner de graves conséquences.
- **Événement accidentel :** 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 non une lésion professionnelle.

Responsabilité de l'employé

Le formulaire doit d'abord être rempli par l'employé(e) qui a subi l'incident ou l'événement accidentel.

Par la suite, le formulaire doit être transmis au supérieur immédiat.

Responsabilité du supérieur immédiat

Le supérieur immédiat doit prendre connaissance de la déclaration sans délai, s'assurer que l'employé a reçu le soutien requis et procéder à l'enquête et à l'analyse de l'événement. Il identifie les causes, détermine les mesures correctives et préventives appropriées, et en assure le suivi afin de prévenir la répétition d'une situation similaire.

Le supérieur dispose de 5 jours pour compléter et transmettre la déclaration à l'adresse sst.mieuxetre@cssda.gouv.qc.ca en indiquant dans l'objet : **déclaration d'incident_Nom, prénom de l'employé**

Consigne pour remplir la déclaration électroniquement

La déclaration doit être remplie à l'ordinateur.

1. Il faut enregistrer les fichiers PDF sur votre ordinateur avant de pouvoir le remplir à l'écran.
2. Ouvrir le fichier PDF dans l'application de bureau.
3. Une fois la déclaration complétée, vous devez attester de l'information en cochant la case "En cochant cette case et en datant le formulaire, vous reconnaissez que cela équivaut à votre signature".
4. La déclaration doit être envoyée à votre supérieur immédiat par courriel.

Centre de services scolaire des Affluents
Québec

DÉCLARATION D'INCIDENT / ACCIDENT

Section de l'employé

Identification

Ce formulaire doit être obligatoirement être complété à l'ordinateur en utilisant les champs déroulants.			
Nom :		Prénom :	
Matricule :		Courriel :	
Corps d'emploi :			

Événement

Date de l'événement:		Heure de l'événement :	
Lieu de travail : (nom école / service)		Endroit de survenance : (classe, cours d'école, corridor, stationnement, gymnase)	
Élève(s) impliqué(s)	☐ Non ☐ Oui Initiales :		
Témoins (s)	☐ Non ☐ Oui		
	Nom, prénom et fonction :		
	Nom, prénom et fonction :		

Blessures/Malaise/premiers secours et premiers soins

Avez-vous subi une blessure ou un malaise ? :	☐ Non ☐ Oui				
Nature des blessures ou du malaise :		Partie du corps affectée : (siège de la lésion)		Précisez gauche ou droit (si applicable)	
Description de l'événement : éléments factuels et concis permettant de comprendre l'événement					
Selon vous, comment cet incident/événement aurait-il pu être évité ?					

Nom :	Prénom :	Date de l'événement :

Premiers secours ou premiers soins reçus :	☐ Non ☐ Oui	
	☐ Physiques ☐ Psychologiques	
Nom du (des) secouriste(s) :		
Cet incident a-t-il nécessité un transport en ambulance ? :	Non Oui	
Bris de lunette :	☐ Non ☐ Oui	
Supérieur(e) immédiat(e) avisé(e)	☐ Non (vous devez transmettre cette déclaration à votre supérieur(e))	
	☐ Oui	Date : Heure :
En cochant cette case et en datant le formulaire, vous reconnaissez que cela équivaut à votre signature. ☐	Date :	

IMPORTANT : UNE FOIS VOTRE PARTIE COMPLÉTÉE, VOUS DEVEZ TRANSMETTRE VOTRE DÉCLARATION À VOTRE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT. SI L'ÉVÉNEMENT A OCCASIONNÉ UNE VISITE MÉDICALE, VEUILLEZ TRANSMETTRE SANS DÉLAI TOUS LES DOCUMENTS MÉDICAUX À L'ADRESSE sst.mieuxetre@cssda.gouv.qc.ca

Centre de services scolaire des Affluents
Québec

DÉCLARATION D'INCIDENT / ACCIDENT

Section du supérieur

Analyse et identification des causes principales

Nom :	Prénom :	Date de l'événement :

Outil d'aide au supérieur pour compléter l'analyse et l'identification

◯	**Incident** (aucune visite médicale et aucun arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement)
◯	**Accident - Sans perte de temps** (avec visite médicale, sans arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement)
◯	**Accident - Avec perte de temps** (avec visite médicale entraînant un arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement)

À la suite de l'analyse des faits, quelles sont les causes identifiées ?

Précisions ou autre :

Mesures préventives

Correctifs – recommandations	Responsable	Date d'échange ou date réalisée

Nom prénom du supérieur immédiat prend acte de la déclaration :		Date :	

IMPORTANT : LE SUPÉRIEUR DISPOSE DE 5 JOURS POUR COMPLÉTER LA DÉCLARATION ET LA TRANSMETTRE À L'ADRESSE : sst.mieuxetre@cssda.gouv.qc.ca EN INDIQUANT DANS L'OBJET : **DÉCLARATION D'INCIDENT_NOM, PRÉNOM DE L'EMPLOYÉ**