



## Que faire en cas d'accident de travail :

Vous pouvez contacter votre syndicat en tout temps pour vous accompagner dans le processus suivant:

### 1- Aviser rapidement l'employeur :

Si vous êtes victime d'un accident du travail, et ce, quelle qu'en soit la gravité, vous devez aviser votre contremaître dès que possible et remplir, accompagner de votre représentant SST, le formulaire de déclaration d'évènement ci-dessous et **conserver une copie** :

**STO** Société de transport de l'Outaouais

**Formulaire de déclaration d'évènement**  
Processus d'enquête et analyse par l'employé et son supérieur immédiat  
Équivalent en entreprise du LB1070

ENQUÊTE NO. : \_\_\_\_\_

Veuillez cocher le type d'évènement impliqué. Un (1) seul évènement déclaré par formulaire.

Type :  Avec BLESSURE invalidante  
 Avec perte de temps  Dommage MATÉRIEL  B

<b>1. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ(E)</b>		
Nom, prénom	Numéro de l'employé / matricule	
Fonction de l'employé(e)	Supérieur immédiat en poste lors de l'évènement (nom et no. de poste)	
<b>2. PREMIERS SOINS</b>		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Donnés par (nom, prénom, fonction)	
NATURE de la blessure :	SIÈGE de la blessure :	
<b>3. DÉTAILS DE L'ÉVÈNEMENT</b>		
Date (jour-mois-année) :	Heure :	
Lieu précis :		
Évènement déclaré le :		Déclaré à qui :
Visite des lieux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Par (nom, fonction) :
Témoins : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
1* Nom, fonction :	2* Nom, fonction :	
Décrivez faits entourant l'évènement selon l'approche MELITO :		
MOMENT Début / fin de quart, temps supplémentaire, etc.	No. du trajet / ligne :	
ÉQUIPEMENT Bon état, access. équipement de protection individuelle (EPI), etc.	No. du véhicule :	
LIEU Conditions climatiques / météo, éclairage, déplacement des objets, etc.	Vitesse (si applicable) :	
INDIVIDU Ambus./si d'expérience, formation, etc.		
TÂCHE Nouvelle tâche, respect des procédures de travail, etc.		
ORGANISATION Disponibilité des EHI, formation, supports cv, etc.		
<b>DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT</b>		

Vous manquez d'espace? Veuillez affiler - "Annexe 1 - Informations supplémentaires"

## **2- Si vous êtes incapable de reprendre votre travail, consultez rapidement un médecin:**

Consulter un médecin, de votre choix, même si votre blessure semble mineure. Lors de cette consultation médicale, informez votre médecin que la blessure a été causée par un accident du travail et indiquez-lui, non seulement votre blessure principale, mais aussi toute autre douleur ou symptôme. N'oubliez pas de demander à votre contremaître l'enveloppe d'assignation temporaire à faire remplir par votre médecin, ceci vous évitera d'y retourner;

## **3- Assignation temporaire :**

Si l'employeur vous remet un formulaire d'assignation temporaire, vous devrez présenter ce formulaire à votre médecin traitant. Sachez que votre employeur ne pourra procéder à l'assignation temporaire sans l'accord préalable de votre médecin. Afin d'autoriser une assignation temporaire, votre médecin devra s'assurer que l'assignation répond aux trois critères suivants :

- ✓ Vous êtes raisonnablement en mesure d'exécuter ce travail;
- ✓ Ce travail ne comporte pas de danger pour votre santé, votre sécurité ou votre intégrité physique;
- ✓ Ce travail favorise votre réadaptation.

## **4- Remettez à votre employeur l'attestation médicale :**

Assurez-vous que le médecin vous donne une attestation médicale (de la CNESST) que vous devrez remettre à votre employeur si vous êtes incapable d'exercer votre emploi au-delà du jour de l'accident. Faire parvenir vos documents à : [servicePSME@sto.ca](mailto:servicePSME@sto.ca) et conserver une copie;

## **5- Assurez-vous de remplir le formulaire « Réclamation du travailleur »**

Lorsque vous remplirez ce formulaire, assurez-vous que toutes les informations demandées soient complétées. Dans la section « description de l'événement » soyez le plus précis possible. Indiquez le lieu de l'accident, le fait accidentel, le lien avec le travail et toutes les parties du corps qui ont été atteintes. Conserver une copie;

**SECTION 2 [3 COPIES]**

À l'usage de la CNESST	
N° de dossier du travailleur	
Poste de travail	

  

1 - Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (Seigneur, titre de naissance)		N° d'assurance maladie	
Prénoms		N° d'assurance sociale	
Adresse du domicile (N° Rue, App)		Date de l'événement	
Ville		Date de la réception de l'incident ou de l'ajournement	
Province (Québec) Code postal		Date de naissance	
Édition	Téléphone (autre)	Sexe	Code de l'activité
		F	M
		Code de l'activité	Code de l'activité
À l'usage de la CNESST			
N° de dossier d'expérimentation		EXP	
Nom de la personne à rendre			
Téléphone		Fax	
Télécopieur			

  

2 - Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'employeur (si applicable)	
Adresse (si applicable) ou (si applicable) à Montréal (N° Rue, Bureau)	
Ville	
Province (Québec) Code postal	

  

3 - Lieu de l'événement	
<input type="checkbox"/> Au Québec - Poste de travail - Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafeteria, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec, indiquez le province et le pays si hors du Canada	<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (par la route, chez un client, etc.)

  

4 - Description de l'événement	
Décrivez l'incident/accident ou le décès professionnel.	
Profession ou métier exercé au de l'accident	

  

5 - Arrêt de travail			
<b>Arrêt de travail</b> - Date du dernier jour travaillé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Retour au travail</b> - Date du retour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Niveau emploi - Assujettissement temporaire d'emploi <input type="checkbox"/> Autre	

  

6 - Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu			
Nombre total de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt - Obligé - Autre (enfant à charge, etc.) - Autre conjoint ou conjointe non à charge - Autre (autre conjoint)	Nombre de personnes assurées à charge - Obligé - Autre (autre conjoint)	Revenu annuel brut (incluant) \$ - Obligé - Autre (autre conjoint)	Autre emploi - Quel genre de travail avez-vous eu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre travail vous empêchera-t-il d'occuper vos autres emplois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

  

7 - Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail	
J'atteste que des frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.	<input type="checkbox"/> Signalez de temps en temps

  

8 - Déclaration et autorisation	
J'affirme que les renseignements fournis sont vrais. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction et est passible d'une amende.	<input type="checkbox"/> Signature du travailleur ou de son représentant
Si l'événement a causé le décès, nommez la personne à contacter (projet, agence, etc.)	Téléphone

  

9 - Autorisations de communiquer et de recueillir des renseignements	
J'autorise tout professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la CNESST les renseignements fournis à ce jour. Si de nouveaux renseignements sont nécessaires, j'autorise également la CNESST à communiquer les renseignements obtenus à mon dossier qui sont nécessaires à l'obtention de services de réadaptation, dans le cadre du traitement de ma réclamation, à tout fournisseur qui collaborera avec moi ou que la CNESST fait appel, à moins d'une révocation écrite de ma part, sans préavis d'autorisation, demeurent valides jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.	<input type="checkbox"/> Signature du travailleur

  

1-800-422-2101 Copie 1 : CNESST Copie 2 : Employeur Copie 3 : Travailleur

**6- Gardez vos factures et vos reçus :**

Gardez vos factures et vos reçus si vous devez payer certains produits, par exemple : des médicaments et des produits pharmaceutiques, des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie, des orthèses ou des prothèses.

Gardez également vos reçus de stationnement, de repas, d'hébergement et de transport en commun, et notez le kilométrage que vous avez fait si vous utilisez votre propre véhicule. Vous pouvez vous faire rembourser par la (CNESST) en présentant les originaux des reçus et des pièces justificatives.

## **7- En cas de refus de votre dossier par la CNESST :**

Veillez communiquer dès que possible avec votre syndicat afin de contester la décision pour protéger vos droits.

*La démarche à suivre dans le cas d'une maladie professionnelle est sensiblement la même que dans le cas d'un accident du travail. Renseignez-vous auprès de votre syndicat.*

## **Coordonnées utiles:**

<b>CNESST en ligne :</b>	<b><u><a href="https://www.cnesst.gouv.qc.ca">https://www.cnesst.gouv.qc.ca</a></u></b>
<b>CNESST par téléphone :</b>	<b>1-844-838-0808</b>
<b>Représentant SST CAAG:</b>	<b>Mathieu Leclair (819) 921-6281</b>
<b>Représentant SST CEE :</b>	<b>Vincent Fournier (819) 671-2315</b>
<b>Remplaçant des représentants SST:</b>	<b>Kevin Deslauriers (819) 790-8446</b>
<b>Syndicat :</b>	<b>Steve Beaudin (819) 665-1959</b>