**POLAIRE – Procédures de déclaration des accidents et des incidents**

Tableau de référence

Mise à jour en mai 2020

**Les employés (y compris les superviseurs, les gestionnaires et les directeurs) peuvent consulter le conseiller spécialiste en santé et sécurité au travail pour obtenir de l’aide.**

|  |  |
| --- | --- |
| **EMPLOYÉ** | 1. Signale immédiatement au superviseur, de vive voix ou par écrit, toute situation comportant des risques (accident, incident, maladie professionnelle, etc.)
2. Appelle un secouriste en cas de blessure.

\*\*\**Si le superviseur n’est pas disponible, il faut signaler la situation au gestionnaire.*\*\*\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPERVISEUR** | 1. S’assure que les premiers soins ou les soins médicaux nécessaires sont donnés à l’employé blessé.
2. Consigne les renseignements ci-après dans le Rapport d’enquête de situation comportant des risques (formulaire LAB1070) du Programme du travail d’Emploi et Développement social Canada (EDSC) :
* Genre de situation (situation comportant des risques, blessure légère, blessure invalidante, déversement, incendie, etc.);
* Date et lieu de l’incident;
* Personnes concernées;
* Brève description des circonstances.
1. Signale immédiatement l’incident au gestionnaire.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GESTIONNAIRE** |

|  |
| --- |
| Veille à ce que des mesures correctives soient prises sur-le-champ afin de prévenir la répétition de situations semblables; s’assure aussi que les protocoles d’intervention d’urgence sont suivis pour les soins à prodiguer aux blessés. |

**Nomme immédiatement un enquêteur qualifié parmi les membres du Comité de santé et de sécurité au travail (SST) qui ont suivi la formation en enquêtes sur les accidents. Pour ce faire, il :** * transmet à l’enquêteur les renseignements généraux recueillis par le superviseur;
* informe le Comité de SST de la situation dans les 24 heures suivant le moment où celle-ci est signalée et lui indique le nom de la personne nommée pour faire enquête.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENQUÊTEUR****(agit pour le compte de l’employeur)** | **1-** Mène l’enquête en prenant les mesures suivantes :* Utilise les techniques d’enquête appropriées apprises dans le cours d’enquêtes sur les accidents;
* Remplit le rapport d’enquête de situation comportant des risques (LAB1070);
* Tous les champs du formulaire doivent être remplis à l’exception des cases 2 et 9.

**2-** Les commentaires du Comité de SST (case 9) doivent être inscrits selon les délais de production du rapport.**3-** Fait parvenir le formulaire LAB1070 au gestionnaire dans un délai de 13 jours ouvrables.**REMARQUE : Le rapport (formulaire LAB1070) dûment rempli doit être signé par le gestionnaire et envoyé au bureau régional du Programme du travail d’EDSC dans les 14 jours ouvrables.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **GESTIONNAIRE** | 1. Signe et transmet le formulaire LAB1070 au bureau régional\* du Programme du travail d’EDSC dans les 14 jours ouvrables suivant l’incident.
2. Soumet le rapport d’enquête au Comité de SST aux fins d’examen à sa prochaine réunion.
3. S’assure qu’une copie du rapport est conservée aux dossiers de POLAIRE.
 |

\*Dans le cas d’une situation survenue au Nunavut, envoyez le rapport par la poste au bureau de Vancouver, au 1300, rue West Georgia, bureau 1400, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 6G3, ou envoyez-le par courriel à :

NA-NWPR-OHS-SST-LS-NT-GD@labour-travail.gc.ca

\*Dans le cas d’une situation survenue à Ottawa, envoyez le rapport par la poste au bureau régional de l’Ontario, situé à Ottawa, au 360, avenue Laurier Ouest, pièce 750, édifice Narono, Ottawa (Ontario) K1P 1C8, ou envoyez-le par courriel à :

ON-LAB-TRA-HOIR\_RESCR-GD@labour-travail.gc.ca

**Indemnisation des travailleurs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Situation comportant des risques** :* Incident, quasi-incident sans blessure;
* Incendie, déversement;
* Équipement endommagé;
* Etc.
 | **Premiers soins** **Blessure** | **Blessure mineure**faisant l’objet d’un traitement médical, mais sans qu’il y ait perte de temps de travail après la journée de l’incident(traitement à l’hôpital ou par un médecin, physiothérapie, etc.) | **Blessure invalidante**(perte de temps de travail à partir du lendemain de l’incident; le temps d’absence la journée de l’incident n’est pas considéré comme du temps de travail perdu)  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Demande d’indemnisation pour accident du travail :** **Non requise** | **Demande d’indemnisation pour accident du travail :** **Requise** |

|  |
| --- |
| À Cambridge Bay, un gestionnaire doit remplir le formulaire [**Alberta WCB Employer Report of Injury or Occupational Disease**](https://www.wcb.ab.ca/assets/pdfs/employers/c040_instn.pdf), et le travailleur blessé doit remplir le formulaire [**Alberta WCB Worker Report of Injury or Occupational Disease**](https://www.wcb.ab.ca/assets/pdfs/workers/c060_with_instructions.pdf)Au bureau d’Ottawa, un gestionnaire doit remplir le [**formulaire 7 – Avis de lésion ou de maladie (employeur)**](http://www.aiso.org/upload/Ressources%20humaines/Formulaire%207%20_%20pour%20employeur.pdf) de la Commission de la sécurité professionnelle et de l’assurance contre les accidents de travail (CSPAAT) de l’Ontario, et le travailleur blessé doit remplir le [**formulaire 6 – Avis de lésion ou de maladie (travailleur)**](http://www.aiso.org/upload/Ressources%20humaines/Formulaire%206_%20pour%20employe%CC%81.pdf).Il **faut** envoyer toutes les demandes d’indemnisation au **Service fédéral d’indemnisation des accidentés du travail**, et **non pas directement** au WCB Alberta ou à la CSPAAT (Ontario), dans un délai de trois (3) jours ouvrables, soit par courriel à : NC-FWCS-SFIAT-CLAIMS-RECLAMATIONS-GD@hrsdc-rhdcc.gc.ca, soit par télécopieur, au : 819-934-6590 |