

# Rapport de l'employeur sur un incident

La CSTIT peut utiliser cette information en vue de l'application des lois relevant de nos pouvoirs, notamment les *Lois sur l'indemnisation des travailleurs* (LIT), les *Lois sur la sécurité* ou les *Lois sur la santé et la sécurité dans les mines*, ainsi que leurs règlements d'application connexes, et pour communiquer avec vous concernant les obligations découlant des lois pertinentes. Au moment de fournir une adresse de courriel, la responsabilité vous revient de vous assurer que des mesures de protection raisonnables soient en place pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels dans votre compte de courriel.

**Remarque : Si vous ne faites que signaler un événement dangereux, veuillez seulement remplir la page 1 de ce rapport.**

**Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, ou pour obtenir plus de renseignements, contactez-nous.**  
**N° sans frais aux T.N.-O. : 1-800-661-0792 • N° sans frais au Nunavut : 1-877-404-4407**

Les employeurs doivent envoyer ce rapport d'incident dûment rempli dans un délai de **trois jours ouvrables**. Consultez la page 4 pour connaître les sanctions prévues dans la LIT.

A – Renseignements sur l'employeur			
Nom de l'entreprise	Personne-ressource	N° de compte à la CSTIT	Nom du superviseur
Adresse postale	Ville ou communauté	Territoire ou province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Courriel	
B – Type d'événement			
<i>(Prière de consulter la page 5 pour voir des définitions d'événements dangereux ou d'accidents causant des blessures graves.)</i>			
Veuillez répondre à <b>TOUTES</b> les questions suivantes.		<b>REMARQUE :</b> Pour signaler un <b>accident causant des lésions corporelles graves</b> ou un <b>événement dangereux</b> , vous devez composer le numéro de la ligne de signalement des incidents ouverte en tout temps au 1-800-661-0792 dès que possible et remplir et envoyer ce formulaire dans un délai de trois jours ouvrables.	
<b>Signalez-vous :</b>			
• une <b>blessure</b> , une <b>maladie</b> ou une <b>exposition</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• un <b>événement dangereux</b> au sens où l'entend l'article 1 du <i>Règlement sur la santé et la sécurité au travail</i> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• un <b>accident causant des lésions corporelles graves</b> au sens où l'entend l'article 1 du <i>Règlement sur la santé et la sécurité au travail</i> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• un <b>événement dangereux</b> au sens où l'entend l'article 16.01 du <i>Règlement sur la santé et la sécurité dans les mines</i> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• un <b>incident à signaler</b> au sens où l'entend l'article 16.01 du <i>Règlement sur la santé et la sécurité dans les mines</i> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
C – Personnes impliquées			
<i>(Veuillez remplir un rapport distinct pour chaque travailleur blessé. S'il s'agit d'un rapport pour un événement dangereux, au sens où l'entend l'article 1 du Règlement sur la santé et la sécurité au travail, prière d'inclure aussi les noms de l'employeur, de l'entrepreneur principal et du propriétaire du site de travail.)</i>			
Prénom	Nom	Titre du poste	Blessé(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Nom	Titre du poste	Blessé(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Nom	Titre du poste	Blessé(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
D – Lieu, date et heure de l'incident			
Ville	Territoire ou province	Chantier ou site de travail	
Date de l'incident (MM/JJ/AA)	Heure de l'incident	Date et heure du premier signalement à l'employeur	
E – Détails relatifs à l'incident			
Veuillez fournir une description aussi détaillée que possible de l'incident. Vous devez préciser l'endroit où il s'est produit, ce que faisait le travailleur, quel équipement a été utilisé et si l'incident impliquait du gaz, des produits chimiques ou des températures extrêmes. <i>(Veuillez joindre une feuille de plus si l'espace est insuffisant.)</i> <b>Vous devez aussi indiquer dans quelle(s) partie(s) du corps la blessure a été subie.</b>			

**F – Renseignements sur le travailleur blessé**

Prénom		Nom	
Adresse postale		Ville ou communauté	Territoire ou province
Adresse résidentielle (si elle diffère de celle ci-dessus)		Date de naissance (MM/JJ/AA)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Numéro de téléphone (y compris le code régional)	Cellulaire (y compris le code régional)	Courriel	
Numéro d'assurance sociale		Titre du poste (sans abréviation)	

1. Le travailleur travaille-t-il dans plus d'un territoire ou une province au sein de votre entreprise?  Oui  Non  
Si oui, veuillez dresser la liste des territoires et provinces :

2. Est-ce qu'une personne n'étant pas employée par l'employeur a causé la blessure ou l'incident?  Oui  Non  
(Si oui, veuillez fournir une explication et des coordonnées.)

3. Contestez-vous cette demande d'indemnisation?  Oui  Non (Si oui, veuillez fournir une explication.)

4. L'activité du travailleur au moment où est survenue la blessure était-elle effectuée pour votre entreprise?  Oui  Non  
(Si non, veuillez fournir une explication.)  
Si oui, l'activité faisait-elle partie des fonctions courantes du travailleur?  Oui  Non (Si non, veuillez fournir une explication.)

5. Les premiers soins ont-ils été fournis sur le site de travail?  Oui  Non  
(Si oui, veuillez joindre une copie de la fiche de premiers soins.)

Nom du fournisseur de premiers soins :

6. Le travailleur a-t-il obtenu des soins médicaux à l'extérieur du site de travail?  Oui  Non  
(Si oui, où? \_\_\_\_\_ Quand? \_\_\_\_\_)

**G – Retour au travail (Veuillez fournir des explications complètes et joindre des feuilles supplémentaires s'il y a lieu.)**

7. Le travailleur a-t-il cessé de travailler?  Oui  Non

Quand? \_\_\_\_\_ (MM/JJ/AA) Heure : \_\_\_\_\_

Le travailleur est-il retourné au travail?  Oui  Non

Quand? \_\_\_\_\_ (MM/JJ/AA) Heure : \_\_\_\_\_

A-t-on proposé des tâches différentes ou modifiées au travailleur?  Oui  Non

Quelle est la situation actuelle du travailleur?

Retour à l'emploi d'avant la blessure, avec tâches inchangées

Retour à l'emploi d'avant la blessure, avec tâches modifiées

Retour à l'emploi d'avant la blessure, avec horaire modifié

Retour à l'emploi d'avant la blessure, avec tâches et horaire modifiés

Retour à l'emploi à un poste différent pour s'adapter à la blessure

Autres mesures d'adaptation – veuillez préciser : \_\_\_\_\_

8. Avez-vous rempli un plan de retour au travail pour ce travailleur?  Oui  Non (Veuillez joindre le plan maintenant ou dans les cinq jours.)  
Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le plan de retour au travail, veuillez composer le 1-800-661-0792 et demander le spécialiste de retour au travail.

**H – Catégorie d'emploi**

9. Le travailleur est-il un sous-traitant?  Oui  Non  
Si oui, qui est le sous-traitant?

10. Le travailleur est-il le propriétaire ou l'exploitant de l'entreprise sous-traitante?  Oui  Non

11. Catégorie d'emploi du travailleur (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.)

<b>Emploi permanent</b> <input type="checkbox"/> Période déterminée (plus d'un an) <input type="checkbox"/> Permanent à temps plein ou à temps partiel <input type="checkbox"/> Apprenti	<input type="checkbox"/> Employé de relève <input type="checkbox"/> Autre	<b>Emploi non permanent</b> <input type="checkbox"/> Période déterminée (moins d'un an) Date de début de la période : _____ (MM/JJ/AA) Date de fin de la période : _____ (MM/JJ/AA) <input type="checkbox"/> Étudiant d'été <input type="checkbox"/> Employé occasionnel	<input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Employé saisonnier Date de début : _____ (MM/JJ/AA) Date de fin : _____ (MM/JJ/AA)
---	--	---	--

12. L'emploi fait-il l'objet de mises à pied saisonnières?  Oui  Non

13. L'emploi fait-il l'objet de mises à pied en raison d'un manque de travail?  Oui  Non

14. Date d'embauche du travailleur (MM/JJ/AA)

Nom complet du travailleur :

**I – Renseignements sur l'horaire de travail**

15. Nombre de jours au travail \_\_\_\_\_  
Nombre de jours de congé \_\_\_\_\_

16. Nombre d'heures normal par jour \_\_\_\_\_

17. Nombre d'heures normal par rotation \_\_\_\_\_

18. Nombre de jours dans une rotation entière. Veuillez indiquer le nombre d'heures prévu sous chaque jour de travail (8 h à 17 h; 7 h à 15 h, etc.).

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Semaine 1 – heures par jour							
Semaine 2 – heures par jour							
Semaine 3 – heures par jour							
Semaine 4 – heures par jour							

19. Date du début de la rotation (MM/JJ/AA) \_\_\_\_\_ Date de fin de la rotation (MM/JJ/AA) \_\_\_\_\_

20. Les jours de déplacement sont-ils inclus dans la période de travail et congé en rotation?  Oui  Non

21. Combien d'heures sont rémunérées pour les jours de déplacement? \_\_\_\_\_

**J – Renseignements sur le salaire (Veuillez répondre à toutes les questions.)**

22. Quel est le taux horaire? \_\_\_\_\_ / heure. Quels sont les revenus bruts annuels? \_\_\_\_\_  
Quel est le taux des heures supplémentaires? \_\_\_\_\_ / heure.  
Si le travailleur est payé autrement qu'à l'heure ou au moyen d'un salaire, veuillez fournir une explication à la question 30 ci-dessous.  
(p. ex., travailleur payé à la commission, etc.)

23. Le travailleur fait-il régulièrement des heures supplémentaires ou est-il régulièrement payé pour de telles heures?  Oui  Non  
Si oui, combien fait-il d'heures supplémentaires par jour? \_\_\_\_\_  
Donnez une estimation du nombre d'heures supplémentaires régulières. \_\_\_\_\_ /  Jour  Semaine  Mois

24. Quel pourcentage le travailleur reçoit-il pour son indemnité de congé? \_\_\_\_\_ %  
L'indemnité de congé est-elle payée sur chaque chèque?  Oui  Non  
L'indemnité de congé est-elle versée une fois par année?  Oui  Non Quand? \_\_\_\_\_  
Le travailleur reçoit-il d'autres avantages? (indemnité de vie dans le Nord, primes, etc.)  Oui  Non  
**Si oui, veuillez préciser quels sont les montants et les moyennes :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ces avantages sociaux sont-ils payés à partir du chèque de paye régulier du travailleur?  Oui  Non

25. Payez-vous le travailleur pour les heures de travail perdues?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir les dates auxquelles les heures de travail seront payées. \_\_\_\_\_

26. Continuerez-vous de payer des avantages sociaux? (Par exemple, l'indemnité de vie dans le Nord)  Oui  Non

27. Personne-ressource pour les salaires et horaires : \_\_\_\_\_

28. Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

29. Courriel : \_\_\_\_\_

30. Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire sur les salaires et horaires ici :

Nom complet du travailleur :

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire ici :

Rempli par (en lettres moulées)

Numéro de téléphone

Date (MM/JJ/AA)

**Il vous incombe de fournir à votre travailleur une copie du Rapport de l'employeur sur un incident.**

**AVIS :**

Un employeur qui manque à son obligation de soumettre un rapport d'incident dûment rempli dans les trois jours ouvrables, comme l'exigent les *Lois sur l'indemnisation des travailleurs (LIT)*, peut être passible des pénalités suivantes :

- 250 \$ chacun pour les deux premiers manquements;
- 500 \$ chacun pour les deux manquements suivants;
- 1 000 \$ pour chaque manquement subséquent.

**Veillez soumettre le formulaire rempli au bureau approprié de la CSTIT, en fonction des coordonnées ci-dessous :**

Siège social : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792  
Téléc. : 867-873-4596 • Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou

Case postale 669 • Iqaluit (NU) X0A 0H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Téléc. : 867-979-8501  
Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca

[wscc.nt.ca/fr](http://wscc.nt.ca/fr) • [wscc.nu.ca/fr](http://wscc.nu.ca/fr)

TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT  
LOI SUR LA SÉCURITÉ  
**RÈGLEMENT SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL**  
DÉFINITIONS

**1. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.**

« **accident causant des lésions corporelles graves** » Accident qui survient au lieu de travail et qui, selon le cas :

- a) cause ou risque vraisemblablement de causer la mort d'une personne;
- b) requiert l'hospitalisation d'une personne durant au moins 24 heures. (*accident causing serious bodily injury*)

« **événement dangereux** » Événement qui n'entraîne pas, mais qui aurait pu entraîner, un accident causant des lésions corporelles graves telles que :

- a) défaillance structurale ou effondrement :
  - (i) soit d'une structure, d'un échafaudage, d'un ouvrage provisoire ou d'un coffrage pour béton;
  - (ii) soit d'un tunnel, d'un caisson, d'un batardeau, d'une tranchée, d'un puits ou d'une excavation;
- b) défaillance d'une grue ou d'un monte-charge ou renversement d'une grue ou de matériel mobile motorisé;
- c) contact accidentel avec un conducteur sous tension;
- d) bris d'une meule;
- e) déversement ou fuite incontrôlés d'une substance toxique, corrosive ou explosive;
- f) détonation prématurée ou accidentelle d'explosifs;
- g) défaillance d'une plate-forme élevée ou suspendue;
- h) défaillance d'un appareil respiratoire à alimentation d'air. (*dangerous occurrence*)

TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT  
**RÈGLEMENT SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DANS LES MINES**  
PART XVI

**16.01. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente partie.**

« **événement dangereux** »

- a) Tout incident mettant en cause la machine d'extraction, les molettes ou les poulies, le câble d'extraction, le transporteur ou le boisage ou encore la charpente du puits;
- b) toute irruption d'eau;
- c) le fait pour un barrage ou une cloison de se fissurer, de suinter ou de se briser;
- d) le début d'un incendie;
- e) toute explosion ou tout allumage prématuré ou imprévu;
- f) la présence de gaz inflammables, nocifs ou toxiques dans les chantiers miniers ou les chantiers d'exploration;
- g) tout affaissement ou effondrement important, imprévu et incontrôlé des chantiers miniers;
- h) toute explosion ou tout début d'incendie lié de quelque façon que ce soit au fonctionnement d'un compresseur d'air, d'un réservoir d'air, d'une ligne d'air comprimé ou d'une chaudière à vapeur;
- i) la panne du circuit principal de ventilation;
- j) toute perte de contrôle d'un engin mobile ou tout dommage considérable causé à un tel engin;
- k) tout éboulement non contrôlé entraînant des dommages physiques ou le déplacement de plus de 50 t de matériaux;
- l) tout événement inhabituel qui n'est pas mentionné aux alinéas a) à k). (*dangerous occurrence*)

« **incident à signaler** » Incident qui comprend une blessure grave ou un décès. (*reportable incident*)

« **blessure grave** » La présente définition vise notamment :

- a) les fractures du crâne, de la colonne vertébrale, du bassin, du fémur, de l'humérus, du péroné, du tibia, du radius ou du cubitus;
- b) l'amputation d'une partie importante d'une main ou d'un pied;
- c) la perte permanente de l'usage d'un œil;
- d) les hémorragies internes graves;
- e) les brûlures causées par l'électricité et nécessitant des soins médicaux;
- f) les brûlures au troisième degré;
- g) les blessures causées directement ou indirectement par des explosifs;
- h) les asphyxies ou les empoisonnements entraînant une perte partielle ou totale de contrôle physique;
- i) les blessures susceptibles de mettre la vie en danger ou de causer une incapacité permanente. (*serious injury*)