

Avis de l'employeur et demande de remboursement

- **Accident du travail**
- **Maladie professionnelle**

Dans le texte suivant, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

L'employeur doit utiliser ce formulaire pour :

- aviser la CSST qu'un travailleur qui a subi un accident du travail, une maladie professionnelle ou une rechute, récurrence ou aggravation sera incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée durant laquelle s'est produit l'accident ou s'est manifestée la maladie;
- demander à la CSST le remboursement d'indemnités versées au travailleur pour les jours où il a été absent de son travail.

L'employeur doit poster ce formulaire dans les 2 jours suivant :

- la date du retour au travail du travailleur, si celui-ci revient au travail dans les 14 jours complets suivant le début de son incapacité d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle; ou
- les 14 jours complets suivant le début de l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle, si le travailleur n'est pas revenu au travail à la fin de cette période.

Le présent document comporte 2 sections :

1. Comment remplir le formulaire **Avis de l'employeur et demande de remboursement.**
2. Formulaire **Avis de l'employeur et demande de remboursement.**

La prévention, j'y travaille !

Comment remplir le formulaire

Le personnel du bureau de la CSST de votre région peut vous aider à remplir ce formulaire.

La prévention, j'y travaille !



Avis de l'employeur et demande de remboursement

1• Identification du travailleur										
Nom à la naissance					Numéro d'assurance maladie		Date de l'événement d'origine			Espace réservé à l'employeur
Prénom							Année Mois Jour Heure			
Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang					Appartement		Numéro d'assurance sociale		Sexe	Date de récurrence, rechute ou aggravation
Ville, localité					Province, pays Code postal				M F	Année Mois Jour
Téléphone		Ind. rég.	Date de naissance		Année Mois Jour		Cochez si le travailleur est			
					<input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome					

Espace réservé à l'employeur
Pour faciliter votre gestion, cet espace permet d'utiliser votre codification interne (ex. le numéro d'employé).

Date de l'événement d'origine
Date de l'accident du travail ou date à laquelle le travailleur a eu connaissance qu'il était atteint d'une maladie professionnelle.

Date de récurrence, rechute ou aggravation
Date de la détérioration de l'état de santé du travailleur reliée à une lésion professionnelle antérieure le rendant incapable d'occuper son emploi.

2• Identification de l'employeur											
Raison sociale de l'employeur					Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro.		Numéro de dossier d'expérience			Espace réservé à la CSST	
					M U T						Espace réservé à la CSST
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur										Espace réservé à la CSST	
Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang					Bureau		Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement		Numéro de l'établissement		
Ville, localité					Province, pays Code postal		<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20		ETA		
Nom de la personne à joindre					Téléphone		Ind. rég.	Poste		Télécopieur	Ind. rég.

Mutuelle de prévention
Regroupement d'employeurs qui choisissent de s'engager dans une démarche visant à favoriser la prévention des lésions professionnelles en vue de bénéficier d'une tarification qui reflète leurs efforts. Pour plus d'information, téléphonez au bureau de la CSST de votre région.

Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement
Ce nombre correspond aux travailleurs inscrits sur votre liste de paie au moment de l'événement. Cette donnée permet de fixer la durée d'exercice du droit de retour au travail, qui peut être un maximum de un ou deux ans selon le cas.

Numéro de dossier d'expérience
Un employeur peut avoir plusieurs dossiers d'expérience (anciennement sous-dossier financier). Indiquez à quel dossier d'expérience devrait être imputé le coût de la lésion. Ce numéro paraît sur la documentation que la CSST adresse aux employeurs.

Numéro de l'établissement
L'établissement désigné un lieu physique. Un employeur peut avoir plusieurs numéros d'établissement émis par la CSST selon le nombre d'usines ou de succursales. Indiquez le numéro de l'établissement auquel est rattaché le travailleur. Ce numéro paraît sur la documentation que la CSST adresse aux employeurs.

3• Renseignements et description de l'événement											
Lieu de l'événement					Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?		Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.		Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?		Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès.
<input type="checkbox"/> Poste de travail		<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Année Mois Jour			
<input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement...)		<input type="checkbox"/> Hors du Québec									

3• Renseignements et description de l'événement

Lien de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement...) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client...) <input type="checkbox"/> Hors du Québec		Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → Voir verso	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise. <input type="checkbox"/> Voir verso	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → Voir verso	Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour
Description de l'événement selon la version du travailleur Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.							
Exemples Accident : Le travailleur est un boucher. En dépeçant une pièce de boeuf, il s'est coupé profondément à la main gauche avec un couteau.							
Rechute, récurrence ou aggravation : Il y a deux mois, le travailleur a eu un accident du travail qui a entraîné une entorse du genou et un arrêt de travail de 2 semaines. Depuis son retour au travail, il dit avoir de plus en plus de douleur. Ce matin, il a consulté son médecin qui lui a donné un autre arrêt de travail.							
Profession ou métier exercé au moment de l'événement				Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)		Année Mois Jour	

Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso.)

Description de l'événement selon la version du travailleur

Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités exercées au moment de l'événement, par exemple : les opérations effectuées, les équipements utilisés, les mouvements et gestes exécutés, etc. Dans les cas de rechute, récurrence ou aggravation, décrivez les circonstances entourant la réapparition de la lésion.

Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?

L'employeur peut désigner un médecin à qui la CSST communiquera le dossier médical du travailleur concernant sa lésion.

4• Renseignements sur le retour au travail

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement Année Mois Jour	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie Année Mois Jour	Date de retour au travail Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévue <input type="checkbox"/> Indéterminée	Type de retour <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignment temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)	L'assignment temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	--	---	--	---

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie

Elle correspond au jour de l'abandon du travail. L'employeur est tenu de payer au travailleur 100 % de son salaire net perdu pour cette journée. Cette somme n'est pas remboursée par la CSST.

Assignment temporaire

Mesure qui permet à l'employeur d'affecter le travailleur à des tâches sécuritaires et productives en attendant qu'il redeviennne capable d'exercer son emploi. L'accord du médecin traitant est requis. Pour plus d'information, téléphonez au bureau de la CSST de votre région.

Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)

Différentes solutions de retour au travail proposées par le médecin traitant, l'employeur, le travailleur ou la CSST peuvent être mises en place en attendant que le travailleur redeviennne capable d'exercer son emploi.

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Salaire annuel brut \$	Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Autre	Mode de rémunération <input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À forfait	Ancienneté dans votre entreprise Années Mois	Date d'embauche Année Mois
---------------------------	--	---	---	-------------------------------

Contrat de travail

Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année.
 Ex. 10 \$ /heure X 40 heures X 52 semaines = 20 800 \$

Gagné au cours des 12 derniers mois

Le salaire brut que le travailleur a gagné à votre service au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail y compris toutes formes de rémunération telles que bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.

6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)

Nombre de jours payables	•	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable)	\$	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur	=	Salaire net	X 90 % =	Remboursement réclamé	\$
<input type="checkbox"/>	Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.	<input type="checkbox"/>	Jusqu'au retour au travail	<input type="checkbox"/>	ou jusqu'au	Année	Mois	Jour	

Nombre de jours payables

La période des 14 premiers jours équivaut aux 14 jours civils complets suivant le jour de l'abandon du travail. Les jours payables correspondent aux jours au cours desquels le travailleur aurait normalement travaillé n'eût été sa lésion professionnelle; ils incluent les jours fériés.

Salaire brut perdu

Le salaire brut du travailleur est le salaire de son contrat de travail et comprend toutes les formes de rémunération qui étaient prévues (bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.). En 2002, le salaire maximum assurable brut est de 2019,23 \$ pour la période des 14 premiers jours.

Retenues à la source faites habituellement par l'employeur

Seules les retenues relatives à l'impôt fédéral, à l'impôt provincial, à l'assurance emploi, au régime de rentes et au régime québécois d'assurance parentale sont considérées aux fins de la détermination du salaire net. Elles sont calculées selon la situation familiale du travailleur déclarée à l'employeur.

Exemple 1

Le 4 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler le jour même. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 40 heures du lundi au vendredi, soit 5 jours de 8 heures. Il revient au travail le 13 novembre.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

- Jour de l'événement : 4 novembre
- Jour de l'abandon : 4 novembre
- 14 premiers jours : 5 au 18 novembre
- Jour de retour au travail : 13 novembre
- Jours payables : 5, 6, 7, 8, 11 et 12 novembre

Exemple 2

Le 5 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler 2 jours plus tard, soit le 7 novembre. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 32 heures du mardi au vendredi, soit 4 jours de 8 heures.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

- Jour de l'événement : 5 novembre
- Jour de l'abandon : 7 novembre
- 14 premiers jours : 8 au 21 novembre
- Jours payables : 8, 12, 13, 14, 15, 19, 20 et 21 novembre

Remboursement réclamé

L'indemnité est versée au travailleur à la période de paie s'il a fourni à l'employeur une attestation médicale justifiant son incapacité de travailler. Pour être remboursé, l'employeur ou son représentant doit signer le formulaire et le transmettre à la CSST accompagné de l'attestation médicale du travailleur.

La CSST vous offre le virement automatique. Ce service permet de faire déposer dans votre compte bancaire les remboursements des indemnités de remplacement du revenu que vous avez versés au travailleur accidenté. Pour bénéficier de ce service, informez-vous au bureau de la CSST de votre région.

Aviser par téléphone le bureau de la CSST de votre région lorsque l'événement a entraîné des dommages matériels de plus de 50 000 \$.

Directions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE 33, rue Gamble Ouest Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2R3 (819) 797-6191 1 800 668-2922 Télécopieur : 762-9325 1185, rue Germain 2 ^e étage Val-d'Or (Québec) J9P 6B1 (819) 354-7100 1 800 668-4593 Télécopieur : 874-2522	CÔTE-NORD 700, boulevard Laure, bureau 236 Sept-Îles (Québec) G4R 1Y1 (418) 964-3900 1 800 668-5214 Télécopieur : 964-3959 235, boul La Salle Baie-Comeau (Québec) G4Z 2Z4 (418) 294-7300 1 800 668-0583 Télécopieur : 294-7325 ESTRIE Place Jacques-Cartier 180, rue des Gouverneurs, bureau 204 Sherbrooke (Québec) J1J 2C3 (819) 821-5000 1 800 668-3090 Télécopieur : 821-6116	GASPÉSIE - ÎLES-DE-LA-MADELINE 103, boulevard de Gaspé Gaspé (Québec) G4X 2V1 (418) 368-7800 1 800 668-6789 Télécopieur : 368-7855 200, boulevard Perron Ouest New-Richmond (Québec) G6C 7B0 (418) 392-5091 1 800 668-4595 Télécopieur : 392-5406	LAURENTIDES 85, rue De Martigny Ouest 6 ^e étage Saint-Jérôme (Québec) J7Y 3R8 (450) 431-4000 1 800 465-2234 Télécopieur : 432-1765 LAVAL 1700, boulevard Laval Laval (Québec) H7S 2G6 (450) 967-3200 Télécopieur : 668-1174	OUTAOUAIS 15, rue Gamelin C.P. 1454 Gatineau (Québec) J8X 3Y3 (819) 778-8600 1 800 668-4483 Télécopieur : 778-8699 QUÉBEC 425, rue du Pont C.P. 3908, succursale Terminus Québec (Québec) G1K 7S6 (418) 266-4000 1 800 668-6811 Télécopieur : 266-4015	SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU 145, boulevard Saint-Joseph C.P. 100 Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 6Z1 (450) 359-2100 1 800 668-2204 Télécopieur : 359-1307 VALLEYFIELD 9, rue Nicholson Salaberry-de-Valleyfield (Québec) G1K 4M4 (450) 377-6200 1 800 668-2550 Télécopieur : 377-8228
BAS-SAINT-LAURENT 180, rue des Gouverneurs C.P. 2180 Rimouski (Québec) G5L 7P3 (418) 725-6100 1 800 668-2773 Télécopieur : 725-6237	ÎLE-DE-MONTRÉAL 1, complexe Desjardins Tour du sud, 31 ^e étage C.P. 3, succursale place Desjardins Montréal (Québec) H5B 1H1 (514) 906-3000 Télécopieur : 906-3200	LANAUDIÈRE 432, rue De Lanaudière C.P. 550 Joliette (Québec) J0E 7N2 (450) 753-2600 1 800 461-4489 Télécopieur : 756-6832	LONGUEUIL 25, boulevard La Fayette Longueuil (Québec) J4K 5B7 (450) 442-6200 1 800 668-4612 Télécopieur : 442-6373	SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN Place du Fjord 901, boulevard Talbot, C.P. 5400 Chicoutimi (Québec) G7H 6P8 (418) 696-5200 1 800 668-0087 Télécopieur : 545-3543 Complexe du Parc 1209, boulevard Sacré-Coeur, 6 ^e étage, C.P. 47 Saint-Félicien (Québec) G8K 2P8 (418) 679-5463 1 800 668-6820 Télécopieur : 679-5931	YAMASKA 2710, rue Bachand Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 8H6 (450) 771-3900 1 800 668-2465 Télécopieur : 773-8126 77, rue Principale Bureau RC-4 Granby (Québec) J2G 9B3 (450) 378-7971 Télécopieur : 776-7256 26, place Charles-De-Montmagny Sorel-Tracy (Québec) J3P 7E3 (450) 743-2727 Télécopieur : 746-1036

Site Internet : www.csst.qc.ca

Espace réservé à l'employeur

Espace réservé à la CSST

Numéro de dossier à la CSST

1• Identification du travailleur

Nom à la naissance

Prénom

Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang Appartement

Ville, localité Province, pays Code postal

Téléphone Ind. rég. Date de naissance Année Mois Jour

Cochez si le travailleur est Propriétaire, associé ou administrateur Travailleur autonome

Numéro d'assurance maladie

Date de l'événement d'origine

Année Mois Jour Heure

Numéro d'assurance sociale

Sexe M F

Date de récidive, rechute ou aggravation

Année Mois Jour

2• Identification de l'employeur

Raison sociale de l'employeur

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur

Adresse Numéro Boulevard, avenue, rue, rang Bureau

Ville, localité Province, pays Code postal

Nom de la personne à joindre

Téléphone Ind. rég. Poste

Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro

Numero de dossier d'expérience

M U T

Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement

20 ou moins plus de 20

Numéro de l'établissement

ETA

Télécopieur Ind. rég.

3• Renseignements et description de l'événement

Lieu de l'événement

Poste de travail À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client...)

Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement...)

Hors du Québec

Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)

Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? Oui Non

Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise. Voir verso

Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? Oui Non

Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour

Description de l'événement selon la version du travailleur

Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.

Profession ou métier exercé au moment de l'événement

Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)

Année Mois Jour

4• Renseignements sur le retour au travail

Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso)

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie

Date de retour au travail

Type de retour Réelle Prévue Indéterminée

Même emploi Assignation temporaire Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)

L'assignation temporaire a-t-elle été offerte ? Oui Non

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Salaire annuel brut

Nature du contrat de travail

Mode de rémunération

Ancienneté dans votre entreprise

Date d'embauche

Contrat de travail ou Gagné au cours des 12 derniers mois

À temps plein À temps partiel Saisonnier

À contrat à durée déterminée Autre

À taux fixe (heure, semaine, mois) Au pourboire À la commission À la pièce Autre

Années Mois

Année Mois

6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)

Nombre de jours payables

Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable)

Retenues à la source faites habituellement par l'employeur

Salaire net X 90 % =

Remboursement réclamé

Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours. Jusqu'au retour au travail ou jusqu'au

Année Mois Jour

Conformément à l'article 269 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une copie du présent formulaire a été remise au travailleur ou à son représentant le :

Année Mois Jour

Signature de l'employeur ou de son représentant

Année Mois Jour

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

Identification de la personne étrangère à votre entreprise qui a provoqué l'événement

Nom	Numéro de téléphone Ind. rég.
Adresse	
Code postal	

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	Numéro du professionnel de la santé	
Adresse	Numéro de téléphone Ind. rég.	Numéro de télécopieur Ind. rég.
Code postal		

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

Note.- Le travailleur qui a subi un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou son représentant, doit produire sa réclamation à la CSST sur le formulaire **Réclamation du travailleur, le plus tôt possible** mais au plus tard dans les six mois, dans le cas où :

- il est absent de son travail pendant plus de 14 jours;
- il est atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique;
- il demande le remboursement de frais d'assistance médicale.

Le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut également produire la **Réclamation du travailleur**.

2. Décrivez la nature des premiers secours ou des premiers soins et inscrivez le nom du secouriste.

3. Décrivez les mesures correctives apportées.

Schéma de l'être humain Cochez 1) Nature de la blessure 2) Parties du corps touchées

Description des blessures
Cochez les cases appropriées.

- Endroit douloureux
- Entorse, foulure, luxation
- Fracture
- Plaie superficielle**, égratignure, éraflure, piqûre, écharde, pénétration de corps étranger
- Plaie profonde**, coupure, laceration, déchirure, plaie ouverte, abcès, furoncle
- Meurtrissure, contusions, écrasement des tissus mous, mais **peau intacte**
- Déchirure musculaire, elongation tendineuse
- Amputation, perte d'un oeil, d'ongles ou de dents
- Électrocution
- Brûlure, gelure, radiation (*flash*)
- Arthrite, bursite, tendinite
- Évanouissement spontané sans choc physique
- Évanouissement après choc physique, commotion cérébrale
- Intoxication, empoisonnement ou infection générale
- Asphyxie, noyade, strangulation
- Maladie de la peau, allergies
- Bris de prothèse
- Lésion interne
- Autres blessures (hernie, maladie contagieuse, surdité, etc.) précisez _____