

RÔLES ET RESPONSABITÉS en prévention

L'employé

- ▶ **DÉCLARE** rapidement toute situation dangereuse ou accidentelle au travail par le biais du DAAT-12 (**délai de 24h**);
- ▶ **PARTICIPE** au développement et au maintien d'une culture durable en matière de santé, sécurité et mieux-être au travail;
 - ▶ Nomme les enjeux;
 - ▶ Propose des solutions;
 - ▶ Collabore à la mise en place des recommandations.
- ▶ **S'APPROPRIE ET MET EN APPLICATION** les outils d'intervention mis à sa disposition ;
- ▶ **RESPECTE** les politiques et les procédures en matière de santé et de sécurité au travail, les outils d'intervention ainsi que les méthodes de travail adéquates et sécuritaires.

FORMER POUR LA SÉCURITÉ!

- Formation ARS
- Formation ITCA
- Formation OMÉGA
- Formation sur les mesures d'urgence (code blanc)
- Procédure sécuritaire de travail
- PDSP
- Etc.

DAAT-12
DÉCLARATION DE L'EMPLOI ET ANALYSE D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE SITUATION À RISQUE
À REMPLIR PAR LE DÉCLARANT

Centre intégré de services sociaux et de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Gaspésie et les îles de la Madeleine

Québec

I. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Nom, prénom : _____ Matricule : _____ Sexe : _____
Age : _____
Titre d'emploi : _____ Temps partiel régulier (TPR) : Ocasional (PO) : Bénévol : Autre :
Statut : Temporaire Permanent CIBSC CLSC
Unité : _____ Immatriculation : _____ CHSLD : _____ CRD : _____ CDRPH : _____
Dop : CHIRAC : Autre :
Nom du service : _____ Nombre d'années dans le service : _____

II. Description de l'événement

Date de l'événement : _____ Heure de l'événement : _____ (à 24 heures)
Temps supplémentaire : Oui Non
Date de l'accident : _____ Heure de l'accident : _____ (à 24 heures)
Temps supplémentaire : Oui Non

Quant de travail : _____
Prix de service : _____

Type d'événement et nature de la blessure : _____

Accident : Chute Accident électrique Accident psychologique Autre accident
 Brûlure Choc à la tête Accident de la route Choc à la tête
 Collision Choc contre un mur Choc contre un mur Choc contre un mur
 Coup de tête Choc contre une personne Choc contre une personne Choc contre une personne
 Choc contre un animal Choc contre un animal Choc contre un animal Choc contre un animal
 Choc contre un objet Choc contre un objet Choc contre un objet Choc contre un objet
 Choc contre un autre Choc contre un autre Choc contre un autre Choc contre un autre
 Détresse respiratoire Détresse respiratoire Détresse respiratoire Détresse respiratoire
 Détresse circulatoire Détresse circulatoire Détresse circulatoire Détresse circulatoire
 Détresse digestive Détresse digestive Détresse digestive Détresse digestive
 Détresse urinaire Détresse urinaire Détresse urinaire Détresse urinaire
 Détresse cutanée Détresse cutanée Détresse cutanée Détresse cutanée
 Détresse oculaire Détresse oculaire Détresse oculaire Détresse oculaire
 Détresse auditive Détresse auditive Détresse auditive Détresse auditive
 Détresse thermique Détresse thermique Détresse thermique Détresse thermique
 Autres : _____

Gestes maladroits/dérapages (GMD) : _____
Trousse maladroits/dérapages (TMD) : _____
Autres : _____

Précautions pour empêcher l'accident : _____
Meilleurs résultats : _____
Autres : _____

III. Lieu de l'événement

Le lieu où l'accident s'est produit : _____
Lieu où l'événement s'est produit : _____
Lieu où l'incident s'est produit : _____

Utiliser si l'événement n'a pas eu lieu au travail : _____
L'événement s'est produit dans un autre endroit que le lieu de travail. DÉCRIVEZ-LE EN DÉTAILS ET DÉCRIVEZ LA SITUATION QUI ENTRE DANS LA SITUATION DÉCRITE CI-DESSUS.

IV. Description des circonstances qui ont entraîné l'événement ou la situation à risque

AVANT L'ÉVÉNEMENT : _____

PENDANT L'ÉVÉNEMENT : _____

V. Mesures physiques nécessaires sur le schéma des sites de douleur

Site(s) de douleur : _____

Prévenir une douleur supplémentaire au niveau : _____
Prévenir toute douleur par ce moyen : _____

1^{er} : Nom, prénom : _____
2nd : Nom, prénom : _____
Matricule : _____

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à ce qui s'est produit. (Procéder dans l'ordre jusqu'à l'onglet date de travail)

Signature de l'employé : _____

Veuillez faire remplir le verso par votre supérieur immédiat ou son représentant et l'envoyer
formulare par courriel à : daat12.cissscq@sss.surov.qc.ca
Les employés peuvent également faire parvenir une copie de leur déclaration à leur syndicat.
Note importante : À numériser recto-verso, un formulaire à la fois ! (1 formulaire = 1 fichier)

RÔLES ET RESPONSABILITÉS en prévention

Le gestionnaire

- ▶ **INTÈGRE** dans ses pratiques de gestion le développement et le maintien d'une culture durable en matière de santé, sécurité et mieux-être au travail ;
 - ▶ **INFORME** son personnel sur l'endroit où trouver le formulaire de déclaration d'accident DAAT-12 et sur les mises à jour de fonctionnement;
 - ▶ **COMPLÈTE** systématiquement l'analyse de niveau 1, soit le verso du formulaire de déclaration (DAAT-12), et le transmet (rempli recto verso et en format légal 8 1/2 X 14) dans un **délai de 48h**, à l'adresse de courriel: daat12.cisssca@ssss.gouv.qc.ca ;
 - ▶ **PRENDS EN CHARGE** l'analyse de niveau 2 selon les critères établis et interpelle les différents collaborateurs.
 - ▶ **INTERPELLE** son AGP dédié au besoin (pour toutes interventions/actions)

SECTION 2 : 3.1.4 ET 6 - REMPLIR PAR LE GESTIONNAIRE ÉTUDE		SECTION 1 : la signature du gestionnaire est obligatoire																																										
3. IMPACTS DAMAGES MATERIELS : <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> L'ordre de... <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Autres Nombre des dommages matériels : <input type="text"/>																																												
Le risque matinal pourra faire l'objet d'un remboursement ou être révisé à un événement accidenté et régulé dans l'exercice de ses fonctions.																																												
Analyses préliminaires : Risque moyen (soit) : <input type="checkbox"/> Niveau 1 (Niveau du DAAT-13 obligatoire) <input type="checkbox"/> Niveau 2 (Niveau du DAAT-13 recommandé) Analyse régulière (soit) : <input type="checkbox"/> Niveau 1 (Niveau de risque moyen jusqu'à une sévérité, violence physique grave, répercussions) <input type="checkbox"/> Niveau 2 (Correspondance entre le risque moyen et la sévérité, violence physique grave, répercussions) La révision : <input type="checkbox"/> Réviser tous les risques matériels																																												
3. ANALYSE BRÈVE ANALYSE DE LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT EN COLLABORATION AVEC L'EMPLOIÉ.																																												
4. IDENTIFICATION DES RISQUES 4.1. IDENTIFICATION DES RISQUES (DAAT-13) <table border="1"> <tr> <td>Risques</td> <td><input type="checkbox"/> Travail seul <input type="checkbox"/> En fin de quart</td> <td><input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>Équipement et matériel</td> <td><input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel (EPI), état ou mal état <input type="checkbox"/> Manque d'équipement <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>Équipement d'atelier</td> <td><input type="checkbox"/> Équipement d'atelier usagé <input type="checkbox"/> Matériel brisé, infirmier ou corrompu <input type="checkbox"/> Utilisation de protection incorrecte ou insuffisante</td> </tr> <tr> <td>Environnement</td> <td><input type="checkbox"/> Faute de données de sécurité non divulguée <input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propriété <input type="checkbox"/> Utilisation inadéquate</td> </tr> <tr> <td>Lieu d'environnement</td> <td><input type="checkbox"/> Condition entière insaine <input type="checkbox"/> Matériel éteignoir <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>Condition atmosphérique</td> <td><input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques défavorables <input type="checkbox"/> Surface glissante</td> </tr> <tr> <td>Énergie électrique</td> <td><input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>Individu employé</td> <td><input type="checkbox"/> Attribut intrinsèque <input type="checkbox"/> Gêne technologique ou dangereuse <input type="checkbox"/> Insécurité <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>Attribut physique - capteur</td> <td><input type="checkbox"/> Attribut physique - capteur <input type="checkbox"/> Maladie infantile <input type="checkbox"/> Insuffisance</td> </tr> <tr> <td>Connaissance maladroite</td> <td><input type="checkbox"/> Faute affectue ou maladroite <input type="checkbox"/> Insuffisance</td> </tr> <tr> <td>4.2. Risques</td> <td><input type="checkbox"/> Comportement inadéquat <input type="checkbox"/> Insuffisance des procédures et règles de sécurité <input type="checkbox"/> Perte confiance <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>4.3. Autre</td> <td><input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>4.4. Organisation</td> <td><input type="checkbox"/> Absence de supervision, non détaillé <input type="checkbox"/> Diffusion insuffisante des connaissances nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise <input type="checkbox"/> Manque de personnalisation <input type="checkbox"/> Problèmes logistiques inadéquats ou insuffisants <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> <tr> <td>Attribut matérielle</td> <td><input type="checkbox"/> Absence de formation au travail <input type="checkbox"/> Formation du personnel insuffisante <input type="checkbox"/> Mécanismes de protection du travail <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'équipement et/ou de l'infrastructure</td> </tr> <tr> <td>Autre ressource humaine</td> <td><input type="checkbox"/> Insuffisance de l'encadrement <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'encadrement et de l'entraînement</td> </tr> <tr> <td>4.5. Communication - Solutions à mettre en place</td> <td><input type="checkbox"/> Responsable - Sûr <input type="checkbox"/> Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Responsable : _____ Responsable - Mis en place : _____ Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/> Meilleur : _____ Responsable - Mis en place : _____ Responsable - Sûr : _____ Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/> Meilleur : _____ * Prendre une feuille supplémentaire au besoin. </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 5. COMMENTAIRES (si vous avez des questions sur l'évaluation, veuillez choisir les informations qui nécessitent la décision à l'aide de l'outil de travail) </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 6. SIGNATURES DES GESTIONNAIRES DU GESTIONNAIRE Prénom et nom (en lettres masquées) : _____ Date : _____ Signature : _____ _____ en tant que _____, lors et sous la responsabilité de _____ Mise à jour : Avril 2023 </td> </tr> </table>			Risques	<input type="checkbox"/> Travail seul <input type="checkbox"/> En fin de quart	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Équipement et matériel	<input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel (EPI), état ou mal état <input type="checkbox"/> Manque d'équipement <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Équipement d'atelier	<input type="checkbox"/> Équipement d'atelier usagé <input type="checkbox"/> Matériel brisé, infirmier ou corrompu <input type="checkbox"/> Utilisation de protection incorrecte ou insuffisante	Environnement	<input type="checkbox"/> Faute de données de sécurité non divulguée <input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propriété <input type="checkbox"/> Utilisation inadéquate	Lieu d'environnement	<input type="checkbox"/> Condition entière insaine <input type="checkbox"/> Matériel éteignoir <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Condition atmosphérique	<input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques défavorables <input type="checkbox"/> Surface glissante	Énergie électrique	<input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Individu employé	<input type="checkbox"/> Attribut intrinsèque <input type="checkbox"/> Gêne technologique ou dangereuse <input type="checkbox"/> Insécurité <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Attribut physique - capteur	<input type="checkbox"/> Attribut physique - capteur <input type="checkbox"/> Maladie infantile <input type="checkbox"/> Insuffisance	Connaissance maladroite	<input type="checkbox"/> Faute affectue ou maladroite <input type="checkbox"/> Insuffisance	4.2. Risques	<input type="checkbox"/> Comportement inadéquat <input type="checkbox"/> Insuffisance des procédures et règles de sécurité <input type="checkbox"/> Perte confiance <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	4.3. Autre	<input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	4.4. Organisation	<input type="checkbox"/> Absence de supervision, non détaillé <input type="checkbox"/> Diffusion insuffisante des connaissances nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise <input type="checkbox"/> Manque de personnalisation <input type="checkbox"/> Problèmes logistiques inadéquats ou insuffisants <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Attribut matérielle	<input type="checkbox"/> Absence de formation au travail <input type="checkbox"/> Formation du personnel insuffisante <input type="checkbox"/> Mécanismes de protection du travail <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'équipement et/ou de l'infrastructure	Autre ressource humaine	<input type="checkbox"/> Insuffisance de l'encadrement <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'encadrement et de l'entraînement	4.5. Communication - Solutions à mettre en place	<input type="checkbox"/> Responsable - Sûr <input type="checkbox"/> Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/>	Responsable : _____ Responsable - Mis en place : _____ Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/> Meilleur : _____ Responsable - Mis en place : _____ Responsable - Sûr : _____ Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/> Meilleur : _____ * Prendre une feuille supplémentaire au besoin.			5. COMMENTAIRES (si vous avez des questions sur l'évaluation, veuillez choisir les informations qui nécessitent la décision à l'aide de l'outil de travail)			6. SIGNATURES DES GESTIONNAIRES DU GESTIONNAIRE Prénom et nom (en lettres masquées) : _____ Date : _____ Signature : _____ _____ en tant que _____, lors et sous la responsabilité de _____ Mise à jour : Avril 2023		
Risques	<input type="checkbox"/> Travail seul <input type="checkbox"/> En fin de quart	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																										
Équipement et matériel	<input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel (EPI), état ou mal état <input type="checkbox"/> Manque d'équipement <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																											
Équipement d'atelier	<input type="checkbox"/> Équipement d'atelier usagé <input type="checkbox"/> Matériel brisé, infirmier ou corrompu <input type="checkbox"/> Utilisation de protection incorrecte ou insuffisante																																											
Environnement	<input type="checkbox"/> Faute de données de sécurité non divulguée <input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propriété <input type="checkbox"/> Utilisation inadéquate																																											
Lieu d'environnement	<input type="checkbox"/> Condition entière insaine <input type="checkbox"/> Matériel éteignoir <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																											
Condition atmosphérique	<input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques défavorables <input type="checkbox"/> Surface glissante																																											
Énergie électrique	<input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																											
Individu employé	<input type="checkbox"/> Attribut intrinsèque <input type="checkbox"/> Gêne technologique ou dangereuse <input type="checkbox"/> Insécurité <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																											
Attribut physique - capteur	<input type="checkbox"/> Attribut physique - capteur <input type="checkbox"/> Maladie infantile <input type="checkbox"/> Insuffisance																																											
Connaissance maladroite	<input type="checkbox"/> Faute affectue ou maladroite <input type="checkbox"/> Insuffisance																																											
4.2. Risques	<input type="checkbox"/> Comportement inadéquat <input type="checkbox"/> Insuffisance des procédures et règles de sécurité <input type="checkbox"/> Perte confiance <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																											
4.3. Autre	<input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Insuffisante <input type="checkbox"/> Insuffisance <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																											
4.4. Organisation	<input type="checkbox"/> Absence de supervision, non détaillé <input type="checkbox"/> Diffusion insuffisante des connaissances nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise <input type="checkbox"/> Manque de personnalisation <input type="checkbox"/> Problèmes logistiques inadéquats ou insuffisants <input type="checkbox"/> Autre, précisez :																																											
Attribut matérielle	<input type="checkbox"/> Absence de formation au travail <input type="checkbox"/> Formation du personnel insuffisante <input type="checkbox"/> Mécanismes de protection du travail <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'équipement et/ou de l'infrastructure																																											
Autre ressource humaine	<input type="checkbox"/> Insuffisance de l'encadrement <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'encadrement et de l'entraînement																																											
4.5. Communication - Solutions à mettre en place	<input type="checkbox"/> Responsable - Sûr <input type="checkbox"/> Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/>																																											
Responsable : _____ Responsable - Mis en place : _____ Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/> Meilleur : _____ Responsable - Mis en place : _____ Responsable - Sûr : _____ Date d'échéance : _____ complété <input type="checkbox"/> Meilleur : _____ * Prendre une feuille supplémentaire au besoin.																																												
5. COMMENTAIRES (si vous avez des questions sur l'évaluation, veuillez choisir les informations qui nécessitent la décision à l'aide de l'outil de travail)																																												
6. SIGNATURES DES GESTIONNAIRES DU GESTIONNAIRE Prénom et nom (en lettres masquées) : _____ Date : _____ Signature : _____ _____ en tant que _____, lors et sous la responsabilité de _____ Mise à jour : Avril 2023																																												

**OUTIL DE
PROMOTION!**

➤ Visualise la vidéo
sur le DAAT-12
avec son équipe

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Service de la prévention, santé et sécurité au travail (SPSST)

- ▶ ASSURE la mise à jour de la procédure DAAT-12 ;
- ▶ ANALYSE les situations rapportées avec le DAAT-12 et émet des recommandations afin d'éliminer ou de diminuer la problématique à la source en collaboration avec le gestionnaire.
- ▶ ASSURE aux gestionnaires un support-conseil et d'expertise dans la gestion des risques associés au travail, émet des recommandations et la mise en place de mesures supplémentaires;
- ▶ ASSURE un suivi auprès du gestionnaire lors de récurrence et/ou un suivi de nouvelle procédure mise en place;
- ▶ COLLABORE avec :
 - ▶ Gestionnaire;
 - ▶ Les instances syndicales;
 - ▶ les équipes de travail;
 - ▶ La gestion des risques lorsqu'un usager est impliqué;
 - ▶ Toutes autres parties prenantes.

