



**COMMISSION DE SERVICES RÉGIONAUX DE KENT**  
**25-04 — POLITIQUE SUR LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL**

**1) BUT**

Établir une politique afin de déterminer un système adéquat de santé et de sécurité au travail relié aux opérations de la Commission de services régionaux de Kent respectant la clause 8 de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*.

**2) DÉFINITIONS**

« Accident » désigne un événement imprévu qui interrompt l'exécution régulière du travail et qui peut causer des dégâts matériels ou compromettre l'état physique ou de santé d'une personne.

« Agent de Travail Sécuritaire NB », signifie la personne responsable de faire respecter la *Loi* et les Règlements concernant la santé et la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick.

« Agent physique » désigne de l'énergie ou une influence telle que le bruit, la chaleur, le froid ou les radiations qui peuvent affecter le corps, une partie du corps ou une fonction du corps.

« Comité » signifie le comité mixte d'hygiène et de sécurité.

« Responsable des RH », signifie l'employé ou l'employée de la Commission de services régionaux de Kent à qui les tâches décrites au point 7 ont été déléguées pour la bonne gestion des ressources humaines.

« CSRK » est une abréviation de Commission de services régionaux de Kent.

« Demande des travailleurs » signifie le formulaire de *Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs* développé par Travail Sécuritaire NB et disponible en Annexe B.

« Direction générale », signifie la personne nommée en vertu de l'article 13 (1) de la *Loi sur la prestation de services régionaux* ou la personne nommée par le Conseil d'administration ou son délégué.

« Directeur » signifie une personne qui, dans le cadre de ses fonctions, doit superviser une ou plusieurs personnes.

« Employé » signifie les membres-cadres et les salariés de la Commission de services régionaux de Kent.

« *Loi* » signifie la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* du Nouveau-Brunswick et tous les Règlements qui s'y rattachent.

« Rapport de l'employeur » signifie le formulaire de *Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie* développé par Travail Sécuritaire NB et disponible en Annexe A.

« Santé » signifie le mieux-être physique et mental d'une personne qui est à l'absence de maladies, souffrances ou d'anomalies qui peuvent nuire à son bon fonctionnement physique et mental.

« Sécurité » désigne l'ensemble des mesures qui servent à rappeler constamment aux gens les possibilités d'accidents et de blessures.

### **3) GÉNÉRALITÉS**

- a. Aux fins d'interprétation de cette politique, le masculin comprend le féminin, et le singulier comprend le pluriel, selon les exigences du texte.
- b. La CSRK veut s'acquiescer d'une politique pour l'exécution de toutes les tâches de façon favorable pour la santé et la sécurité de son personnel.
- c. La CSRK ne peut pas fournir un service qui risque de causer un accident ou faire du tort à un employé.
- d. Chaque employé doit exécuter son travail de façon efficace et doit prendre le temps nécessaire afin de l'accomplir de façon sécuritaire.
- e. Chaque employé est responsable de sa santé et de sa sécurité et doit exécuter son travail de façon efficace tout en prenant le temps nécessaire afin de l'accomplir de façon sécuritaire. Il doit suivre les règles, les procédures, les instructions et les directives pratiques qui concernent la bonne exécution de son travail assurant sa santé, sa sécurité et celles de ses collègues de travail.

### **4) RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE**

- a. La direction générale retient seulement les services de directeurs qui s'engagent à faire appliquer les règles et procédures de l'organisme en matière de santé et de sécurité.
- b. À l'évaluation du rendement d'un directeur, un des facteurs importants est le dossier de la santé et de la sécurité pour la division qui relève de ce cadre supérieur.
- c. La direction générale fait en sorte que les dossiers et les données concernant la santé et la sécurité soient tenus à jour et facilement consultables par le conseil d'administration, par les directeurs, par les employés et par les autorités en matière de santé et de sécurité.
- d. La direction générale exécute ses tâches conformément à toutes les règles et procédures touchant la santé et la sécurité.
- e. La direction générale voit à ce que toutes les réunions traitant de santé et de sécurité soient menées conformément aux règles et procédures énoncées dans la présente politique.
- f. La direction générale s'assure que toutes les autres règles et procédures de la CSRK sont conformes à celles applicables pour la santé et la sécurité.
- g. La direction générale s'occupe activement de la santé et de la sécurité en lisant les procès-verbaux des réunions concernant la sécurité, en examinant de façon périodique

les dossiers relatifs à la sécurité, et en vérifiant au hasard les méthodes de travail par des tournées d'observation et des vérifications de sécurité informelles.

- h. La direction générale peut assister de plein droit aux réunions du comité.
- i. La direction générale évalue les demandes de formation en matière de santé et de sécurité faites par les membres du comité ou par des directeurs, en plus de coordonner les activités à cet égard et de trouver le financement requis.
- j. La direction générale classe la présente politique dans le dossier de Travail sécuritaire NB.

## **5) RESPONSABILITÉS DES DIRECTEURS**

- a. Les directeurs doivent exécuter leurs tâches en tenant compte des politiques, des règlements, des procédures et des guides opérationnels touchant la santé et la sécurité.
- b. Les directeurs doivent s'assurer qu'il y a une trousse de premiers soins à jour dans chaque bureau de la CSRK et dans les voitures d'employés qui se déplacent régulièrement dans le cadre de leurs fonctions.
- c. Lorsqu'un accident survient, le directeur enquête rapidement sur l'accident et s'assure que la direction générale soit mise au courant dans le plus bref délai et que le Rapport de l'employeur soit complété et soumis à Travail Sécuritaire NB (**Annexe A**). Il s'assure aussi que l'employé remplisse et soumette la Demande des travailleurs (**Annexe B**).
- d. Les directeurs ont la responsabilité de s'assurer que tous les employés sous leur tutelle ont les connaissances et la formation nécessaires avant d'exécuter leur travail.
- e. Ils ont la responsabilité de vérifier et de s'assurer que tous les employés sous leur tutelle ont l'équipement de protection adéquat afin d'accomplir leur travail de façon sécuritaire.
- f. Ils doivent aussi apporter des suggestions à la direction générale dans le but d'améliorer la santé et la sécurité au travail.

## **6) RESPONSABILITÉS DES EMPLOYÉS**

- a. Les employés doivent exécuter leurs tâches en tenant compte des politiques, des règlements, des procédures et des guides opérationnels touchant la santé et la sécurité.
- b. Les employés doivent se comporter de façon à protéger leur santé et leur sécurité ainsi que celles des autres personnes qui se trouvent au lieu de travail ou à proximité.
- c. Ils doivent signaler tout danger dont ils ont connaissance sur le lieu de travail à leur directeur, à un membre du comité et/ou à la direction générale.
- d. Tous les employés de la CSRK, incluant les étudiants, doivent porter l'équipement de protection requis afin d'effectuer le travail de façon sécuritaire.
- e. Les employés qui utilisent un outil doivent :
  - i. inspecter l'outil avant de s'en servir ;
  - ii. ne pas se servir d'outils défectueux ;
  - iii. signaler au directeur les outils défectueux ;
  - iv. maintenir les outils en bon état de fonctionnement ;
  - v. utiliser les outils aux seules fins pour lesquels ils ont été conçus ;
  - vi. ranger les outils dans les contenants ou endroits appropriés lorsqu'on n'en fait pas usage ; et

- vii. ne pas laisser traîner les outils sur les planchers, sur les escaliers, dans les passages ou dans les endroits surélevés d'où ils pourraient tomber.
- f. Il est toujours à l'avantage de l'employé d'apporter des suggestions afin d'améliorer la santé et la sécurité au travail à leur directeur immédiat qui par la suite en discute avec la direction générale.

## **7) RESPONSABILITÉS DU RESPONSABLE DES RH**

- a. Le Responsable des RH doit coordonner les activités du programme de santé et sécurité de la CSRK.
- b. Il assure la mise à jour de cette politique contenant les règles et procédures pour la santé et la sécurité. La politique doit être révisée au moins tous les cinq ans avec la collaboration du comité.
- c. Au besoin, le responsable des RH recommande aux directeurs et au comité de modifier les règles et procédures établies en matière de santé et de sécurité.
- d. Il doit s'assurer que l'équipement d'urgence et de premiers soins soient accessibles et entretenus aux bureaux.
- e. Il agit comme personne-ressource relevant du dossier de la santé et sécurité pour les employés et auprès de Travail Sécuritaire NB.
- f. Il doit avoir un livre de record de toute formation qui fut suivie par les employés de la CSRK.
- g. Il doit réunir les informations concernant la sécurité et il doit les communiquer aux employés une première fois lors de l'entrée en fonction d'un nouvel employé, puis effectuer des rappels réguliers (préférentiellement annuel) avec l'ensemble du personnel.
- h. Il s'assure de faire distribuer et afficher les informations prescrites par la *Loi*, c'est-à-dire assurer l'accès au texte de la *Loi* ainsi qu'aux noms et contacts des membres du comité dans un espace commun dans les bureaux de la CSRK.
- i. Il doit aussi apporter des suggestions à la direction générale dans le but d'améliorer le programme de santé et sécurité au travail.
- j. Il a la responsabilité de coordonner l'inspection des bureaux de la CSRK une fois par mois pour identifier tous les risques possibles.
  - i. La CSRK doit s'assurer que les lieux de travail fixes soient inspectés tous les mois pour y repérer tout risque pour la santé et la sécurité des employés et du public en suivant l'**Annexe C**.
  - ii. Le Responsable des RH est responsable d'assurer que le formulaire est rempli et remis à la direction générale à la suite des inspections mensuelles en plus de les présenter durant les réunions du comité.

## **8) COMITÉ MIXTE D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ**

- a. Composition
  - i. Le comité est composé de six (6) membres tels que déterminés par le personnel et le conseil d'administration de la CSRK.
  - ii. Le comité doit être composé d'un nombre égal de représentants de l'employeur et des employés. L'employeur désigne ses représentants (un membre du CA et deux directeurs), et les employés élisent leurs représentants ou les désignent.

b. Nominations

- i. Toutes les nominations au comité sont faites pour une période de quatre ans. On remplace immédiatement un membre qui doit quitter le comité ou qui est incapable de remplir ses obligations auprès du comité.
- ii. Les nominations et les élections ont lieu aux quatre ans. Les noms des membres du comité doivent être inscrits sur une formule remise par Travail Sécuritaire NB et une copie de cette liste doit être affichée en permanence dans les bureaux de la CSRK (**Annexe D**).
- iii. Il n'y a pas de limite au nombre de fois qu'une personne puisse être élue ou nommée au comité.
- iv. Les représentants de l'employeur et des employés élisent un coprésident dans leur groupe respectif, et ces derniers convoquent des élections pour la nomination d'un secrétaire.

c. Réunions

- i. Le comité tient une réunion tous les trois mois ou à toute autre occasion approuvée par les coprésidents.
- ii. Le secrétaire affiche un avis de réunion une semaine à l'avance. L'avis indique la date, l'heure et l'endroit de la réunion, et il présente un ordre du jour officiel. L'avis invite aussi les employés à transmettre par écrit leurs observations au secrétaire du comité avant la réunion. Une copie de l'avis est transmise à la direction générale.
- iii. Les employés faisant partie du comité indiquent à leur directeur la date et l'heure où ils seront absents de leur poste habituel et, ce, le plus tôt au possible jusqu'à un minimum d'un jour ouvrable d'avis. Les directeurs s'efforcent d'organiser le travail ou d'affecter le personnel de façon à ce que le membre du comité puisse assister à la réunion. Lorsqu'un membre du comité ne peut assister à la réunion ou prévoit être en retard, le comité doit en être avisé avant l'heure du début de la réunion.
- iv. Le secrétaire tient le procès-verbal de la réunion sur la formule fournie par Travail Sécuritaire NB. (**Annexe E**)
- v. Le procès-verbal de la réunion est examiné, signé et daté par les coprésidents du comité, et il est affiché dans la semaine qui suit la réunion. Le secrétaire en conserve une copie dans les dossiers de WorkSafeNB au cas où celle-ci en demanderait l'accès, et en envoie une copie à la direction générale.
- vi. Si le comité souhaite soumettre une recommandation à la direction, ils peuvent le faire par l'entremise du formulaire de recommandation conçu par Travail Sécuritaire NB (**Annexe F**). Cette formule permet de garder une trace papier des recommandations du comité et des réponses à celles-ci.

d. Déroulement de la réunion :

- i. Ouverture de la séance par un des coprésidents. Le secrétaire inscrit au procès-verbal la date, l'heure et le lieu de la réunion ainsi que le nom des personnes

présentes. Il inscrit à mesure le nom et l'heure d'arrivée des participants qui se présentent lorsque la réunion est en cours.

- ii. Adoption de l'ordre du jour
- iii. Lecture du procès-verbal de la réunion précédente. Toutes les observations relatives à ce procès-verbal sont consignées.
- iv. Suivi des points découlant du procès-verbal.
- v. Inspections
- vi. Examen des rapports d'accidents du milieu de travail (si applicable)
- vii. Étudier les plaintes reçues (si applicable)
- viii. Fixer la date de la prochaine réunion
- ix. Levée de la séance.

**N. B. Le déroulement de la réunion peut être modifié par les coprésidents lorsque des invités sont présents ou pour un autre motif.**

e. Formation

- i. En consultation avec les membres du comité, l'employeur accorde le congé nécessaire pour que les membres puissent acquérir la formation qu'exige l'exercice de leurs fonctions et leurs responsabilités. La formation et l'accréditation des membres du comité relèvent de Travail sécuritaire NB. Le paiement des frais occasionnés pour la formation des membres du comité doit être approuvé par la direction générale ou la direction des finances.

f. Rémunération

- i. Les membres du comité qui participent à des activités qui concernent directement le fonctionnement du comité reçoivent leur rémunération et leurs autres prestations pour la durée de ces activités.

g. Fonctions et responsabilités

- i. Faire des recommandations pour l'établissement et l'application de règles touchant la santé et la sécurité.
- ii. Participer à la détermination et à l'élimination des risques pour la santé et la sécurité dans le lieu de travail.
- iii. Informer les employés et l'employeur des dangers existants ou éventuels au lieu de travail et de la nature des risques pour leur santé et leur sécurité.
- iv. Établir et promouvoir des programmes de santé et de sécurité pour instruire et renseigner l'employeur et les employés.
- v. Recevoir et examiner les plaintes concernant la santé et la sécurité des employés au lieu de travail, et faire des recommandations à cet égard à l'employeur.
- vi. Tenir des dossiers concernant les plaintes reçues et examinées ainsi que les recommandations auxquelles elles ont donné lieu.
- vii. Obtenir de l'employeur les renseignements voulus pour établir les dangers existants ou éventuels que présentent les conditions de travail, les outils, les équipements, les dispositifs et les machines dans le lieu de travail.

- viii. Faire effectuer des exercices de contrôle et de mesure par les membres du comité qui ont la formation voulue lorsque Travail sécuritaire NB juge nécessaire d'assurer une telle surveillance régulière du lieu de travail et qu'elle a ordonné au comité de s'en occuper.
- ix. Participer à toutes les inspections et enquêtes concernant la santé et la sécurité des employés et, plus particulièrement, aux enquêtes requises lorsqu'un employé est victime d'un accident qui a ou peut avoir des conséquences mortelles, qui provoque ou peut provoquer la perte d'un membre ou une maladie professionnelle, ou qui nécessite ou peut nécessiter une hospitalisation.
- x. Enquêter sur toute question soumise au comité au niveau approprié lorsqu'un employé exerce son droit de refus pour l'exécution d'un acte lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que cet acte mettra vraisemblablement en danger sa vie ou sa sécurité ou celle d'une autre personne.
- xi. Exercer les autres fonctions :
  - 1. que peut assigner la CSRK ;
  - 2. que l'employeur et les employés peuvent confier d'un commun accord ;
  - 3. qui sont prescrites par la *Loi*.

#### h. Résolution

- i. Lorsqu'un comité ne peut s'entendre sur une question relative à la santé et à la sécurité, il demande à la direction générale de chercher à résoudre le problème. Lorsque ce dernier ne trouve pas de solution, le comité demande à un agent de Travail sécuritaire NB de régler le problème.
- ii. Lorsque le comité juge que le problème doit être réglé immédiatement, il s'adresse directement à un agent de Travail sécuritaire NB. Le comité fait savoir dès que possible à la direction générale qu'il a demandé à un agent de régler le problème.

### 9) ORIENTATION ET FORMATION DES EMPLOYÉS

- a. Toute orientation en santé et sécurité est obligatoire pour tous les employés de la CSRK.
- b. Selon la *Loi*, la CSRK doit fournir les renseignements, donner les instructions et assurer la formation ainsi que la supervision nécessaire afin de protéger la santé et la sécurité des salariés.
- c. Le Responsable des RH est responsable de s'assurer que l'orientation et la formation de tout nouveau salarié doivent se faire en suivant l'**Annexe G** avec l'aide des personnes impliquées.
- d. Une formation générale en premiers soins et RCR sont obligatoires pour au moins un employé, mais idéalement il y en aura deux, pour chaque lieu de travail permanent de la CSRK avec renouvellement aux trois ans.

### 10) ÉQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE

- a. La CSRK payera une paire de bottes de sécurités par an aux employés permanents qui effectuent des tâches quotidiennes nécessitant une telle protection. Le montant maximum remboursé par la CSRK est de 150 \$ à la réception du reçu.

- i. Un employé peut décider de se procurer des bottes aux deux ans et, par conséquent, recevoir un remboursement maximal de 300 \$ pour l'équipement avec présentation du reçu.
- b. Les bottes de sécurité doivent être portées en tout temps par les inspecteurs en bâtiment effectuant du travail à l'extérieur des bureaux de la CSRK.
- c. Tout autre équipement de protection nécessaire pour assurer la santé et la sécurité des employés (casque de sécurité, veste haute visibilité, lunette de protection, bouchons d'oreille, masques faciaux, etc.) doit être porté en tout temps et sera payé par la CSRK.

#### **11) GESTION DES MATIÈRES DANGEREUSES UTILISÉES AU TRAVAIL**

- a. Selon le [Règlement 2016-6 de la Loi](#), la CSRK doit fournir toutes les informations nécessaires au salarié pour que celui-ci puisse travailler avec ou près d'une matière dangereuse contrôlée en toute sécurité.
- b. Étant donné que la CSRK fait appel à une entreprise privée pour nettoyer ses bureaux et que les produits nettoyants utilisés dans l'exercice des fonctions de nettoyage sont classés comme des produits de consommation régis par la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* et non par la *Loi sur les produits dangereux*, cette section de la politique demeure simple et dirige les employés vers le Règlement provincial.
  - i. Les produits nettoyants présents dans les bureaux de la CSRK sont conservés dans des espaces désignés qui sont en tout temps verrouillés afin d'assurer la sécurité des employés et du public.

#### **12) PROCÉDURES DE TRAVAIL SÉCURITAIRE — TRAVAIL SOLITAIRE ET DE TRANCHÉES**

- a. Selon le Règlement 92-133 de la *Loi*, la CSRK doit établir un code de directives pratiques pour assurer la santé et la sécurité d'un employé qui travaille seul à tout moment dans un lieu de travail, contre les risques provenant directement ou indirectement du travail assigné.
  - i. Le travail à domicile n'est pas considéré comme un travail solitaire selon la *Loi*.
- b. Tout employé travaillant seul dans un lieu de travail éloigné et de façon solitaire et/ou qui travaillera près ou dans une tranchée (fondation) doit en tout temps suivre la procédure de travail sécuritaire disponible en **Annexe H**.

#### **13) TOLÉRANCE ZÉRO EN MATIÈRE DE CONSOMMATION DE DROGUES ET D'ALCOOL AU TRAVAIL**

- a. Afin de respecter les droits de la personne, la responsabilité de la CSRK consiste en l'identification des personnes soupçonnées d'être sous l'effet de drogues et d'alcool au travail.
- b. Il importe que ces personnes reçoivent de l'aide nécessaire, afin de poursuivre leur travail de façon efficace et sécuritaire.
- c. Il importe dans l'identification des personnes soupçonnées d'être sous l'effet de drogues et d'alcool que l'identification soit basée sur des faits et non sur des allégations. Les appréciations de rendement, les évaluations de performances en fonctions des tâches à accomplir sont des outils qui appuient l'identification de ces personnes.



- d. La direction générale doit s'assurer qu'il existe un doute raisonnable et il doit maintenir un relevé écrit de ces vérifications et remarques dans le dossier de l'employé.
- e. L'employé qui refuse d'obtenir de l'aide et dont l'état ne s'améliore pas ou se détériore sera traité selon les clauses listées au sein de la Politique 24-02 — Manuel des membres du personnel. L'employé qui a en sa possession des drogues illicites sera rapporté à la Gendarmerie Royale du Canada.
- f. L'employé qui doit s'absenter de son travail en raison de traitement relié à un problème de drogues ou d'alcool est assuré de reprendre son poste à son retour, dans la mesure qu'il puisse accomplir les fonctions du poste.

#### 14) AVIS D'ACCIDENT

Lorsqu'un accident survient, le directeur enquête rapidement sur l'accident et s'assure que la direction générale soit mise au courant dans le plus bref délai. La CSRK doit s'assurer que les formulaires exigés par Travail Sécuritaire NB soient remplis et envoyés en suivant les procédures suivantes :

- a. Le Rapport de l'employeur (**Annexe A**) doit être rempli et soumis par l'employeur selon les délais prescrits par Travail Sécuritaire NB.
  - i. L'employeur doit soumettre le formulaire dans un délai de trois jours après l'une des dates suivantes :
    - 1. La date de l'accident ;
    - 2. La date à laquelle la maladie professionnelle a été diagnostiquée chez l'employé ;
    - 3. La date à laquelle l'employé vous a avisé son employeur de l'accident / la blessure ou de la maladie.
  - ii. Dans le cas d'un accident plus grave, l'employeur doit aviser sans délai Travail Sécuritaire NB en appelant le **1-800-999-9775**. Les blessures provoquant les effets suivants sont incluses dans ces procédures :
    - 1. Perte de connaissance ;
    - 2. Une amputation ;
    - 3. Une fracture (autres qu'aux doigts ou aux orteils) ;
    - 4. Une brûlure qui nécessite des soins médicaux ;
    - 5. Une perte de vision d'un œil ou des deux yeux ;
    - 6. Une lacération profonde ;
    - 7. Une hospitalisation ; ou
    - 8. Un décès.
- b. La Demande des travailleurs (**Annexe B**) doit être remplie et soumise par l'employé selon les délais prescrits par Travail Sécuritaire NB.
  - i. La CSRK recommande aux employés de soumettre le formulaire de Demande des travailleurs même si l'employé n'a pas reçu de soins médicaux et ne souhaite pas recevoir l'indemnisation pour que l'accident / la blessure figure tout de même dans les dossiers.
  - ii. Les employés ont un an suite à la date de l'accident / la blessure pour présenter une demande.

## 15) DROIT DE REFUS

- a. Un employé peut refuser d'accomplir tout acte à son lieu de travail lorsqu'il a des doutes raisonnables et probables de croire que cet acte mettra en danger sa santé ou sa sécurité selon la *Loi*.
- b. Le processus pour soumettre un droit de refus est présenté en **Annexe I**.

## 16) ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

- a. Tous les lieux de travail doivent être bien éclairés et la qualité de l'air doit toujours répondre aux normes de qualité satisfaisantes.
- b. Un éclairage de secours est prévu pour les passages qui mènent aux sorties qui sont aussi indiquées par une enseigne éclairée et munie d'une source d'alimentation de réserve.
- c. Lorsque le niveau de bruit d'un lieu de travail correspond aux lignes directrices du *Règlement général* (91-191), ce lieu de travail est désigné comme un endroit où il faut porter un protecteur antibruit.

## 17) MILIEU DE TRAVAIL SANS PARFUM

L'utilisation de produits parfumés est interdite en tout temps en raison des risques pour la santé posés par l'exposition à des produits parfumés pour toutes les personnes qui travaillent dans les établissements, qui les fréquentent ou les visitent. Certaines personnes sont sensibles à différentes odeurs et on se doit comme organisation de respecter leurs conditions.

- a. La CSRK reconnaît que les produits chimiques entrant dans la fabrication des produits parfumés peuvent rendre certaines personnes malades, en particulier celles qui sont sensibles aux parfums ou qui souffrent d'asthme, d'allergies ou d'autres problèmes de santé.
- b. Les produits parfumés connus sont : les parfums, les produits de maquillage, les shampoings, les déodorants et autres, ou encore des produits tels que les désodorisants d'ambiance, les produits de nettoyage, etc. (Source : Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail)
- c. Chaque employé ou toute autre personne fréquentant les établissements de la CSRK doit contribuer à maintenir un environnement de travail sain et sécuritaire pour autrui en respectant la présente politique.
- d. La CSRK demande à toutes les personnes qui travaillent dans ses établissements ou qui les fréquentent ou les visitent de coopérer en évitant d'utiliser des produits parfumés.
- e. Tous les produits utilisés pour le nettoyage devront être peu ou non parfumés. Lorsqu'il y aura des travaux à l'intérieur des établissements qui nécessiteront l'utilisation de cire, de shampoing, de peinture ou de vaporisation, la CSRK avisera les employés à l'avance pour que le personnel affecté par ces produits puisse prendre les dispositions nécessaires pour que leur santé ne soit pas à risque.

## ANNEXE A



## Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

**IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements. Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.**

Si vous signalez une blessure ou une maladie liée à une perte d'audition due au bruit, veuillez plutôt remplir le [Rapport de l'employeur sur la perte d'audition liée au travail](#).

Avez-vous été avisé de la blessure ou maladie dans les trois jours précédant ce rapport?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'employé a-t-il été avisé de son droit de présenter une demande de prestations?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'employé a-t-il l'intention de présenter une demande de prestations?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

## 1. Renseignements sur l'employé

Nom de famille de l'employé		Prénom de l'employé	
Numéro et rue			Numéro d'appartement
Ville / Village	Code postal	Province	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Numéro de téléphone (travail / autre)	
Profession		Numéro d'assurance sociale	

## 2. Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur	Numéro de l'employeur de Travail sécuritaire NB	Numéro d'activité
Numéro et rue, ou case postale		
Ville / Village	Code postal	Province
Personne-ressource chez l'employeur		Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)
Titre de poste		
Courriel de la personne-ressource	Numéro de téléphone de la personne-ressource (travail)	Numéro de téléphone de la personne-ressource (cellulaire / autre)

## 3. Blessure ou maladie

Qu'est-ce qui a causé la blessure ou maladie?
<input type="checkbox"/> Un incident précis a causé la blessure ou maladie (date : _____, heure : _____)
<input type="checkbox"/> La blessure ou maladie est survenue sur une période (date à laquelle vous avez remarqué les symptômes pour la première fois : _____)
<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une réapparition d'une blessure ou d'une maladie antérieure liée au travail (ancien numéro de réclamation : _____)
Une réapparition est une blessure ou une maladie qui réapparaît et pour laquelle le travailleur a déjà reçu des prestations de Travail sécuritaire NB (traitements ou remplacement du salaire). Il ne s'agit pas d'un nouvel accident ou d'une nouvelle blessure, mais plutôt d'une poussée ou d'une réapparition.

# Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

Date à laquelle vous avez été avisé de la blessure ou maladie (aaaa-mm-jj)	Heure	Nom de la personne au lieu de travail qui a été avisée
L'employé s'est-il absenté du travail après le jour de l'accident en raison de sa blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Partie(s) du corps atteinte(s)	Précisez le côté gauche ou droit, ou les deux. <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Les deux	
La blessure ou maladie est-elle survenue sur les lieux de l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, où est-elle survenue (par exemple, dans le restaurant d'un hôtel, le stationnement d'un magasin)?		
La blessure ou maladie est-elle survenue au Nouveau-Brunswick? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, dans quelle province (ou état) est-elle survenue?		
Décrivez le type de blessure ou maladie (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :		
<input type="checkbox"/> Accident mortel <input type="checkbox"/> Blessure traumatique psychologique (par exemple, syndrome de stress post-traumatique, stress, anxiété) <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Crise cardiaque / Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Blessure liée à un travail répétitif <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Trouble respiratoire	<input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Perte d'audition soudaine* <input type="checkbox"/> Hernie <input type="checkbox"/> Amputation (bras / jambe) <input type="checkbox"/> Amputation (doigt / orteil) <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Blessure des tissus mous (foulure, entorse, contusion) <input type="checkbox"/> Blessure à la tête <input type="checkbox"/> Luxation	<input type="checkbox"/> Lacération / Coupure / Éraflure <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Plaie punctiforme <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Blessure à un œil <input type="checkbox"/> Blessure aux dents <input type="checkbox"/> Piqûre d'aiguille <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez expliquer.) :
L'employé a-t-il obtenu des soins médicaux d'un professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Nom du professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.) :		
Nom de l'établissement (hôpital, clinique, etc.) :		
Date de la consultation :		
L'employé a-t-il été hospitalisé pour la nuit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Décrivez en détail l'accident, y compris ce qui pourrait avoir contribué à votre blessure ou maladie, OU BIEN joignez votre avis d'incident. (S'il s'agit d'une réapparition, décrivez les circonstances de la poussée.)		

## Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

L'incident impliquait-il un accident de véhicule à moteur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'incident comprenait-il un glissement ou une chute dans un stationnement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'incident est-il survenu sur les lieux d'un client?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'incident impliquait-il un animal (par exemple, une morsure)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 4. Tâches de travail

Les employeurs du Nouveau-Brunswick sont tenus par la loi d'offrir du travail modifié à leurs employés dès que possible. Le travail modifié appuie leur rétablissement.

<p>Avez-vous offert un travail modifié à votre employé (différentes tâches, heures réduites, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet</p> <p>Si oui, quand? (aaaa-mm-jj)</p>	<p>L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj)</p> <p><input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> Toutes ses tâches</p> <p><input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Tâches modifiées</p>
---	---

### 5. Heures de travail et salaire

Ne remplissez cette section **que si l'employé s'est absenté du travail** en raison de sa blessure ou maladie.

Votre employé doit fournir des talons de chèques de paie ou autre preuve acceptable de revenu pour les **quatre semaines qui précèdent immédiatement son arrêt de travail**.

<p>Dernière date à laquelle l'employé a travaillé (aaaa-mm-jj)</p>	<p>A-t-il été payé pour la pleine journée?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pour combien d'heures a-t-il été payé?</p>	<p>L'employé est-il retourné au travail de façon temporaire?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez la (les) date(s).</p>														
<p>Date d'entrée en service (aaaa-mm-jj)</p>	<p>Fréquence de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Permanent à temps plein <input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Occasionnel</p> <p>Si l'employé est saisonnier ou occasionnel, donnez la date du début de l'emploi : et la date prévue de la fin de l'emploi :</p>															
<p>Type de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Propriétaire-exploitant</p> <p><input type="checkbox"/> Sous-traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur à la pièce (payé en fonction de la quantité produite / des services rendus)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p>		<p>L'employé travaille-t-il les mêmes jours chaque semaine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez le <b>nombre</b> d'heures travaillées chaque jour de la semaine, par exemple, 7,5 heures.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>Lun.</th> <th>Mar.</th> <th>Mer.</th> <th>Jeu.</th> <th>Ven.</th> <th>Sam.</th> <th>Dim.</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Si non, <b>nombre moyen</b> d'heures par jour :</p> <p>Si non, <b>nombre moyen</b> de jours par semaine :</p>	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.							
Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.										
<p>Si l'employé est au service de l'entreprise depuis moins de 12 mois, indiquez ses gains bruts pour la période avant l'interruption de travail.</p> <p style="text-align: center;">(du                      au                      )</p>																
<p>Gains bruts par semaine (y compris les heures supplémentaires). Si ses gains varient, indiquez la moyenne pour les quatre dernières semaines.</p>																
<p>Gains bruts pour la période de 12 mois précédant immédiatement l'interruption de travail :</p>		<p>Taux horaire :</p>														

# Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

L'employé réclame-t-il l'exemption pour personne mariée sur le formulaire TD1 auprès des services de la feuille de paie? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous versé un remplacement du salaire (congé de maladie, vacances, etc.) à l'employé depuis la date de sa blessure ou maladie? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez donner des détails.

## 6. Déclaration et consentement

Avez-vous une objection à ce que votre employé reçoive des prestations d'indemnisation pour sa blessure ou maladie? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez expliquer (maximum de 2 000 caractères). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

- ☐ Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.
- ☐ J'accepte d'aviser Travail sécuritaire NB immédiatement de tout revenu lié à l'emploi que l'employé touche, à ma connaissance, pendant qu'il reçoit des prestations d'indemnisation, peu importe la source, d'un retour au travail ou de tout autre changement de circonstances qui pourraient avoir un effet sur la demande de prestations du travailleur.
- ☐ J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à ce rapport, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Travail sécuritaire NB prend la protection de la vie privée au sérieux. Veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Nom	Signature* (représentant de l'employeur)	Date (aaaa-mm-jj)
-----	--	-------------------

\*Votre employé ne signe pas ce formulaire. S'il choisit de faire la demande de prestations d'indemnisation, il doit remplir la *Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs*. Les formulaires de l'employeur et du travailleur sont nécessaires pour traiter une demande d'indemnisation.

## 7. Transmission

Présentez ce rapport par le biais de votre dossier sécurisé Mes services. Le portail de Mes services vous permet aussi d'obtenir des certificats d'employeur en règle; de déclarer vos ~~salaires annuels (Formulaire 100)~~ ou vos salaires mensuels (Cotisation mensuelle selon les salaires réels); et encore plus. [Apprenez-en plus](#)

Pour transmettre votre rapport par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie » dans la ligne de mention objet et adressez-le à [app-dem@ws-ts.nb.ca](mailto:app-dem@ws-ts.nb.ca).

Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en se servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'~~atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire~~ notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Vous pouvez aussi envoyer ce rapport par la poste ou par télécopie.

Travail sécuritaire NB  
1, rue Portland  
Case postale 160  
Saint John NB E2L 3X9

Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722

Remplissez ce formulaire si un employé subit une blessure ou une maladie liée au travail. Vous devez envoyer le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB **dans un délai de trois jours** après l'une des dates suivantes : la date de l'accident si la blessure ou la maladie pourrait donner droit à l'employé ou à une (des) personne(s) à sa charge à des prestations pour perte de salaire ou soins médicaux en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick; la date à laquelle la maladie professionnelle a été diagnostiquée chez l'employé; ou la date à laquelle l'employé vous a avisé de l'accident / la blessure ou de la maladie.

**VOUS SIGNEZ UNE BLESSURE OU MALADIE LIÉE À UNE PERTE D'AUDITION?** Les réclamations pour perte d'audition liée au travail exigent des renseignements additionnels qui aideront Travail sécuritaire NB à déterminer si la perte d'audition est admissible à une protection en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick. Si vous signalez une blessure ou une maladie liée à une perte d'audition, veuillez plutôt remplir le [Rapport de l'employeur sur la perte d'audition liée au travail](#). Exception : Si la perte d'audition de votre employé découle d'un événement précis, comme une explosion, veuillez continuer de remplir le Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie. En vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, veuillez prendre note que vous devez signaler sans délai toute explosion accidentelle à un lieu de travail.

## Exigences supplémentaires en vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*

Vous devez aviser sans délai Travail sécuritaire NB si un accident provoque une perte de connaissance, une amputation, une fracture (autre qu'aux doigts ou aux orteils), une brûlure qui nécessite des soins médicaux, une perte de vision d'un œil ou des deux yeux, une laceration profonde, une hospitalisation ou un décès. Pour déclarer ces blessures, téléphonez immédiatement au **1 800 999-9775**. Apprenez-en plus sur vos obligations en vertu de la *Loi* en consultant le [Guide sur la législation en matière d'hygiène et de sécurité au travail](#) (site Web ou application).

**IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements.** Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Veuillez vous assurer d'avoir en main :

- Date à laquelle votre employé vous a avisé de l'accident / la blessure ou de la maladie
- Détails de l'accident / la blessure ou de la maladie, y compris la date et le lieu
- Date du début de tout travail modifié (heures réduites, changement au niveau des tâches, etc.), si cela s'applique
- Détails des gains de l'employé, si la blessure ou la maladie a entraîné une interruption de travail
- Détails des heures de travail de l'employé, si la blessure ou la maladie a entraîné une interruption de travail

Remarque : Votre employé ne signe pas ce rapport. Il doit remplir la [Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs](#) s'il choisit de faire la demande de prestations pour perte de salaire, pour soins médicaux ou les deux. **Les formulaires de l'employeur et du travailleur sont nécessaires pour traiter une demande d'indemnisation de Travail sécuritaire NB.**

**Le rétablissement à la suite d'une blessure ou d'une maladie liée au travail exige un travail d'équipe. L'employeur, l'employé, Travail sécuritaire NB et les fournisseurs de soins de santé jouent tous un rôle pour assurer un rétablissement efficace.**

## Maintenez un lien avec votre employé

Le travail est bon. Il permet à l'employé d'avoir un lien social et lui donne un but à atteindre, qui contribuent à leur tour à sa santé et à son mieux-être physiques et mentaux. Des preuves démontrent que le travail aide aussi à accélérer le rétablissement. Pour appuyer les employés pendant leur rétablissement, l'employeur, des fournisseurs de soins de santé et d'autres personnes feront tous les efforts possibles pour permettre aux employés de maintenir un lien avec leur lieu de travail.

- **L'employeur** doit garder le contact avec ses employés tout au long du processus de rétablissement pour leur permettre de maintenir leur lien avec le lieu de travail; leur offrir des tâches modifiées utiles et productives ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de leurs aptitudes; assurer que leurs superviseurs et collègues les soutiennent pendant leur rétablissement; et collaborer avec toutes les parties associées à leur retour au travail. Ces obligations s'appliquent à tous les employeurs de la province, peu importe la taille de l'entreprise, son industrie ou son profil des risques.
- **L'employé** doit garder le contact avec son employeur et Travail sécuritaire NB tout au long du processus de rétablissement; collaborer avec l'employeur pour trouver des travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de ses aptitudes; et collaborer avec Travail sécuritaire NB, y compris fournir les renseignements nécessaires.
- Le **médecin** offre des soins médicaux rapides; présente des rapports à Travail sécuritaire NB; aide à établir les attentes pour les travailleurs; et facilite les efforts en vue d'un retour au travail à l'aide d'une communication efficace et d'une collaboration avec toutes les parties associées au retour au travail.
- **Travail sécuritaire NB** administre les soins de santé et le remplacement du salaire; coordonne et surveille les soins de santé et services de réadaptation nécessaires; aide à élaborer, à gérer et à surveiller le plan de retour au travail; et aide à établir les attentes pour les travailleurs et les employeurs.

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter [travailsecuritairenbc.ca/employeurs](http://travailsecuritairenbc.ca/employeurs). Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au numéro sans frais **1 800 999-9775** (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).



## ANNEXE B



## Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

Si vous ne l'avez pas déjà fait, avisez votre superviseur de votre accident / blessure ou maladie.

Apprenez-en plus au sujet du rétablissement à la suite d'une blessure subie au travail à [travailsecuritairenb.ca](http://travailsecuritairenb.ca).

Choix de langue de correspondance

- ☐ Français  
☐ Anglais

**IMPORTANT : SAUVEGARDEZ CE FORMULAIRE À VOTRE ORDINATEUR OU UNITÉ DE RÉSEAU, ET REMPLISSEZ-LE À PARTIR DE LA VERSION SAUVEGARDÉE. Ne le remplissez pas à partir d'un navigateur en ligne.**

Ce formulaire ne devrait être rempli que si vous voulez présenter une demande de prestations à Travail sécuritaire NB. **Vous N'AVEZ PAS besoin de le remplir si vous ne voulez pas présenter de réclamation.** Les travailleurs ont un an (à partir de la date de l'accident / la blessure) pour présenter une demande de prestations (six mois dans le cas d'un décès).

- ☐ J'ai reçu des soins médicaux pour une blessure subie au travail ou une maladie professionnelle, et je veux que Travail sécuritaire NB prenne une décision sur ma demande de prestations pour perte de salaire ou d'aide médicale.
- ☐ J'ai subi une blessure au travail ou je suis atteint d'une maladie professionnelle, mais je n'ai pas reçu de soins médicaux. Je veux que ma demande figure au dossier pour qu'elle soit documentée. Je comprends qu'une décision ne sera pas prise sur cette réclamation.

**Votre santé et votre mieux-être sont une priorité.** Cela signifie des soins médicaux et des prestations pour perte de salaire rapides. Nous savons qu'il peut être difficile d'attendre. Pour aider à assurer qu'une décision soit prise sur votre demande de prestations dès que possible, il est important de remplir toutes les sections EN ENTIER. Nous ne pourrions pas donner suite à votre demande tant que nous n'aurons pas reçu **TOUS les renseignements nécessaires.**

## 1. Vos renseignements

Nom de famille		Prénom		Profession	
Numéro et rue				Numéro d'appartement	
Ville / Village		Code postal		Province	
Numéro de téléphone (cellulaire)		Numéro de téléphone (domicile)		Numéro de téléphone (travail / autre)	
				Moment de la journée qui vous convient pour un appel <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi	
Adresse de courriel		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Numéro d'assurance-maladie	
		Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Numéro d'assurance sociale	
Employeur		Adresse de l'employeur (rue ou case postale)			
Ville / Village		Personne-ressource chez l'employeur		Numéro de téléphone de la personne-ressource chez l'employeur	

## 2. Blessure ou maladie

Qu'est-ce qui a causé votre blessure ou maladie?	
<input type="checkbox"/> Un incident précis a causé la blessure ou maladie (date : _____, heure : _____) <input type="checkbox"/> La blessure ou maladie est survenue sur une période (date à laquelle vous avez remarqué les symptômes pour la première fois : _____) <input type="checkbox"/> Il s'agit d'une réapparition d'une blessure ou d'une maladie antérieure liée au travail (ancien numéro de réclamation : _____)	
<small>Une réapparition est une blessure ou une maladie qui réapparaît et pour laquelle vous avez déjà reçu des prestations de Travail sécuritaire NB (traitements ou remplacement du salaire). Il ne s'agit pas d'un nouvel accident ou d'une nouvelle blessure, mais plutôt d'une poussée ou d'une réapparition.</small>	
Vous êtes-vous absenté du travail après le jour de l'accident en raison de cette blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Partie(s) du corps atteinte(s)	Précisez le côté gauche ou droit, ou les deux. <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Les deux

# Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

La blessure ou maladie est-elle survenue sur les lieux de l'employeur? ☐ Oui ☐ Non

Si non, où est-elle survenue (par exemple, dans le restaurant d'un hôtel, le stationnement d'un magasin)?

La blessure ou maladie est-elle survenue au Nouveau-Brunswick? ☐ Oui ☐ Non

Si non, dans quelle province (ou état) est-elle survenue?

Décrivez le type de blessure ou maladie (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accident mortel  | <input type="checkbox"/> Évanouissement  | <input type="checkbox"/> Lacération / Coupure / Éraflure |
| <input type="checkbox"/> Blessure traumatique psychologique<br>(par exemple, syndrome de stress<br>post-traumatique, stress, anxiété) | <input type="checkbox"/> Perte d'audition soudaine*                                | <input type="checkbox"/> Brûlure                         |
| <input type="checkbox"/> Cancer   | <input type="checkbox"/> Hernie  | <input type="checkbox"/> Plaie punctiforme               |
| <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle  | <input type="checkbox"/> Amputation (bras / jambe)                                 | <input type="checkbox"/> Morsure                         |
| <input type="checkbox"/> Crise cardiaque / Accident vasculaire<br>cérébral  | <input type="checkbox"/> Amputation (doigt / orteil)                               | <input type="checkbox"/> Blessure à un œil               |
| <input type="checkbox"/> Blessure liée à un travail répétitif   | <input type="checkbox"/> Fracture  | <input type="checkbox"/> Blessure aux dents              |
| <input type="checkbox"/> COVID-19   | <input type="checkbox"/> Blessure des tissus mous<br>(foulure, entorse, contusion) | <input type="checkbox"/> Piqûre d'aiguille               |
| <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse  | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête  | <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez expliquer.) :   |
| <input type="checkbox"/> Réaction allergique  | <input type="checkbox"/> Luxation  |  |
| <input type="checkbox"/> Trouble respiratoire   |  |  |

Avez-vous obtenu des soins médicaux d'un professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.)?

☐ Oui ☐ Non

Nom du professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.) :

Nom de l'établissement (hôpital, clinique, etc.) :

Date de la consultation :

Avez-vous été hospitalisé pour la nuit? ☐ Oui ☐ Non

Décrivez l'accident de façon aussi détaillée que possible (maximum de 2 000 caractères), y compris ce qui pourrait avoir contribué à votre blessure ou maladie. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre un document distinct. S'il s'agit d'une réapparition, décrivez les circonstances de la poussée.

L'incident impliquait-il un accident de véhicule à moteur?

☐ Oui ☐ Non

L'incident comprenait-il un glissement ou une chute dans un stationnement?

☐ Oui ☐ Non

L'incident est-il survenu sur les lieux d'un client?

☐ Oui ☐ Non

L'incident impliquait-il un animal (par exemple, une morsure)?

☐ Oui ☐ Non

\*Dans le cas d'une perte d'audition due au bruit, veuillez remplir la [Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail](#).

# Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

## 3. Tâches de travail

Votre employeur doit vous offrir des tâches modifiées qui sont utiles et productives, ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de vos aptitudes.

Votre employeur vous a-t-il offert un travail modifié (différentes tâches, heures réduites, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet Si oui, quand? (aaaa-mm-jj)	Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj) <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> Toutes vos tâches <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Tâches modifiées
--	---

## 4. Heures de travail, salaire et renseignements bancaires

Ne remplissez cette section **que si vous vous êtes absenté du travail et demandez un remplacement de votre salaire** en raison de votre blessure ou maladie.

Des **talons de chèques de paie pour les quatre semaines qui précèdent immédiatement votre arrêt de travail** en raison de votre blessure ou maladie doivent accompagner votre demande. Si vous ne savez pas comment les obtenir, veuillez le demander à votre employeur.

Dernière date à laquelle vous avez travaillé (aaaa-mm-jj)	Avez-vous été payé pour la pleine journée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, vous avez été payé pour combien d'heures?	Êtes-vous retourné au travail de façon temporaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la (les) date(s). (aaaa-mm-jj)														
Date d'entrée en service (aaaa-mm-jj)	Fréquence de travail <input type="checkbox"/> Permanent à temps plein <input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Occasionnel Si vous êtes un travailleur saisonnier ou occasionnel, donnez la date du début de l'emploi : et la date prévue de la fin de l'emploi :															
Type de travail <input type="checkbox"/> Propriétaire-exploitant <input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Travailleur à la pièce (payé en fonction de la quantité produite / des services rendus) <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	Travaillez-vous les mêmes jours chaque semaine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez le <b>nombre</b> d'heures travaillées chaque jour de la semaine, par exemple, 7,5 heures. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lun.</th> <th>Mar.</th> <th>Mer.</th> <th>Jeu.</th> <th>Ven.</th> <th>Sam.</th> <th>Dim.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> Si non, <b>nombre moyen</b> d'heures par jour : Si non, <b>nombre moyen</b> de jours par semaine :		Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.							
Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.										
Lorsque vous présentez votre déclaration d'impôt, déclarez-vous votre conjoint comme une personne à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																
Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi ou en avez-vous fait la demande depuis votre arrêt de travail en raison de cette blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																
Votre employeur vous a-t-il versé un remplacement de votre salaire (congé de maladie, vacances, etc.) depuis la date de votre blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																
Travail sécuritaire NB a besoin de vos <b>renseignements bancaires pour effectuer le paiement du remplacement de votre salaire, le remboursement de vos frais de déplacement, etc.</b> Vous pouvez donner ces renseignements en joignant un chèque annulé par le biais de cette demande ou en fournissant les renseignements suivants : <table> <tr> <td>Numéro de succursale : (parfois appelé « numéro de transit »)</td> <td>Institution financière :</td> <td>Numéro de compte : (habituellement 7 chiffres, mais pourrait en compter plus selon la banque)</td> </tr> </table> Les numéros bancaires dont vous avez besoin figurent au bas de vos chèques. Vous pouvez également les obtenir en visitant le site Web de votre institution financière et en cliquant sur « Dépôt direct » ou « Prélèvements automatiques ». (Le nom des onglets pourrait varier.) Remarque : Il n'est pas nécessaire d'indiquer vos renseignements bancaires si vous présentez ce formulaire à titre de renseignement seulement (sans demande de soins médicaux ou de remplacement du salaire).			Numéro de succursale : (parfois appelé « numéro de transit »)	Institution financière :	Numéro de compte : (habituellement 7 chiffres, mais pourrait en compter plus selon la banque)											
Numéro de succursale : (parfois appelé « numéro de transit »)	Institution financière :	Numéro de compte : (habituellement 7 chiffres, mais pourrait en compter plus selon la banque)														

# Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs

## 5. Déclaration et consentement

- ☐ Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.
- ☐ J'accepte d'aviser Travail sécuritaire NB immédiatement de tout revenu lié à mon emploi touché pendant que je reçois des prestations d'indemnisation, peu importe la source, d'un retour au travail ou de tout autre changement de circonstances qui pourraient avoir un effet sur cette demande de prestations.
- ☐ J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à cette demande de prestations, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Travail sécuritaire NB prend la protection de votre vie privée au sérieux. Veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).
- ☐ J'accepte que tout fournisseur de soins de santé pourrait transmettre des renseignements médicaux concernant ma demande de prestations auprès de Travail sécuritaire NB, et qu'il pourrait fournir tout renseignement concernant ma capacité de retourner au travail à Travail sécuritaire NB ou à mon employeur, et j'y consens.

Présentez-vous une demande de prestations de Travail sécuritaire NB dans un délai de un an à partir de la date de votre blessure ou maladie? ☐ Oui ☐ Non

Vous devez signaler tout accident / toute blessure ou toute maladie à votre employeur dès que possible.

Avez-vous signalé votre blessure ou maladie à votre employeur? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj)

Veuillez indiquer que vous avez donné les renseignements suivants à votre employeur :

- ☐ Date et heure de l'accident ☐ Partie(s) du corps atteinte(s)
- ☐ Cause de la blessure ☐ Lieu où l'accident est survenu
- ☐ Les soins médicaux que vous avez reçus, s'il en est (donnez le nom du fournisseur de soins de santé / de l'hôpital / de la clinique et la date de la consultation)

Nom	Signature* (travailleur ou personne à charge)	Date (aaaa-mm-jj)
-----	---	-------------------

\*Votre employeur ne signe pas ce formulaire. Il doit plutôt présenter un *Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie*.

## 6. Confirmation et transmission

Avant de transmettre le formulaire, assurez-vous d'avoir :

- ☐ rempli toutes les sections nécessaires en entier;
- ☐ joint vos talons de chèques de paie (si vous présentez une demande de remplacement du salaire);
- ☐ joint une copie d'un chèque annulé ou donné vos renseignements bancaires.

Pour transmettre votre demande par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Demande de prestations » dans la ligne de mention objet et adressez-le à [app-dem@ws-ts.nb.ca](mailto:app-dem@ws-ts.nb.ca).

Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en vous servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Vous pouvez aussi envoyer cette demande par la poste ou par télécopie.

Travail sécuritaire NB  
 1, rue Portland  
 Case postale 160  
 Saint John NB E2L 3X9

Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722

## Vous avez subi une blessure au travail? Nous sommes là pour vous aider!

Personne n'aime être blessé. C'est cependant rassurant de savoir que si vous subissez une blessure, vous avez une équipe fiable à votre service. Il faut commencer en signalant votre blessure à votre employeur. Si vous ne l'avez pas déjà fait, avisez votre superviseur, votre gestionnaire ou une autre personne appropriée à votre lieu de travail de votre accident / blessure ou de votre maladie aussitôt que possible.

Présentez ce formulaire lorsque vous faites une demande de prestations d'indemnisation de Travail sécuritaire NB comme des prestations pour perte de salaire ou soins médicaux (physiothérapie, médicaments, etc.) à la suite d'une blessure subie au travail ou d'une maladie professionnelle. Il faut envoyer le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB dans un délai de un an à partir de la date de l'accident / la blessure ou de la maladie. Présentez aussi ce formulaire dans le cas d'une réapparition, c'est-à-dire une blessure ou une maladie qui réapparaît et pour laquelle vous avez déjà reçu des prestations de Travail sécuritaire NB (traitements ou remplacement du salaire), et qui entraîne une absence du travail.

**VOTRE BLESSURE OU MALADIE EST-ELLE LIÉE À UNE PERTE D'AUDITION?** Les réclamations pour perte d'audition liée au travail exigent des renseignements additionnels qui aideront Travail sécuritaire NB à déterminer si la perte d'audition est admissible à une protection en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick. Si vous faites une demande de prestations pour perte d'audition, veuillez plutôt remplir la [Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail](#). Exception : Si votre perte d'audition découle d'un événement précis, comme une explosion, veuillez continuer de remplir le formulaire *Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs*.

**Il est important de signaler sa blessure ou sa maladie aussitôt que possible pour assurer de recevoir l'aide nécessaire.**

Votre santé et votre mieux-être sont une priorité. Cela signifie la prestation de soins médicaux et du remplacement du salaire rapides. Nous savons qu'il peut être difficile d'attendre. Pour aider à assurer qu'une décision soit prise sur votre demande de prestations dès que possible, il est important de **remplir toutes les sections en entier**.

**IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements.** Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Veuillez vous assurer d'avoir en main :

- Numéros d'assurance-maladie et d'assurance sociale
- Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource chez votre employeur
- Détails de l'accident / la blessure ou de la maladie, y compris la date et le lieu
- Nom du fournisseur de soins de santé et date de la consultation si vous avez reçu des soins médicaux
- **Talons de chèques de paie** (ou preuve du revenu semblable) pour les quatre semaines précédant votre arrêt de travail si vous demandez le remplacement de votre salaire
- Chèque annulé ou renseignements bancaires (numéros de succursale, d'institution financière et de compte)

Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande tant que nous n'aurons pas reçu **TOUS les renseignements nécessaires**.

## Maintenez un lien

Le travail est bon. Il permet au travailleur d'avoir un lien social et lui donne un but à atteindre, qui contribuent à leur tour à son mieux-être physique et mental. Des preuves démontrent que le travail aide aussi à accélérer le rétablissement. Pour vous appuyer pendant votre rétablissement, votre employeur, des fournisseurs de soins de santé et d'autres personnes feront tous les efforts possibles pour vous permettre de maintenir un lien avec votre lieu de travail.

- L'**employeur** doit garder le contact avec vous tout au long du processus de rétablissement pour vous permettre de maintenir votre lien avec le lieu de travail; vous offrir des tâches modifiées utiles et productives ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de vos aptitudes; assurer que vos superviseurs et collègues vous soutiennent pendant votre rétablissement; et collaborer avec toutes les parties associées à votre retour au travail. Ces obligations s'appliquent à tous les employeurs de la province, peu importe la taille de l'entreprise, son industrie ou son profil des risques.
- Le **travailleur** doit garder le contact avec son employeur et Travail sécuritaire NB tout au long du processus de rétablissement; collaborer avec l'employeur pour trouver des travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de ses aptitudes; et collaborer avec Travail sécuritaire NB, y compris fournir les renseignements nécessaires.
- Le **médecin** offre des soins médicaux rapides; présente des rapports à Travail sécuritaire NB; aide à établir les attentes; et facilite les efforts en vue d'un retour au travail à l'aide d'une communication efficace et d'une collaboration avec toutes les parties associées au retour au travail.
- **Travail sécuritaire NB** administre les soins de santé et le remplacement du salaire; coordonne et surveille les soins de santé et services de réadaptation nécessaires; aide à élaborer, à gérer et à surveiller le plan de retour au travail; et aide à établir les attentes pour les travailleurs et les employeurs.

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation, les prestations offertes, et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter [travailsecuritairenbc.ca/travailleurs](http://travailsecuritairenbc.ca/travailleurs). Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au numéro sans frais **1 800 999-9775** (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).

## ANNEXE C

LES COMITÉS MIXTES D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ

Commission de services  
régionaux de Kent



Kent Regional  
Service Commission

### *Formulaire d'inspection des lieux de travail*

Éléments inspectés	Dangers identifiés	Catégorie	Mesures de prévention à prendre	Date cible d'achèvement
<b>1. Conditions atmosphériques :</b> Poussières, gaz, émanations, gouttelettes, éclairage				
<b>2. Bâtiments et structures :</b> Fenêtres, portes, planchers, sorties, escaliers, allées, rampes, entreposage des ordures, toits, murs				
<b>3. Ascenseur (seulement à Bouctouche) :</b> Câbles, commandes, inspections				
<b>4. Matériel de lutte contre l'incendie :</b> Extincteurs, systèmes de gicleurs, alarmes				
<b>5. Passages et signalisations :</b> Sortie de secours, lumières d'urgence, obstruction dans les voies de passage				
<b>6. Premiers secours :</b> Trousses sont faciles à trouver et ont assez de matériel, DEA sont entretenus				

## Formulaire d'inspection des lieux de travail

Éléments inspectés	Dangers identifiés	Catégorie	Mesures de prévention à prendre	Date cible d'achèvement
<b>7. Mobiliers :</b> Chaises, bords tranchants, bureaux, armoires				
<b>8. Fournitures et matières dangereuses :</b> Matières inflammables, gaz, acides, produits chimiques toxiques, déchets				
<b>9. Équipement de protection individuelle :</b> Casques protecteurs, gants, chaussures, vestes réfléchissantes				
<b>10. Installations et aires d'entreposage :</b> Armoires, étagères, placards, voie libre vers sorties				
<b>11. Équipement de transport :</b> Fourgonnette et camion HydroVac				
<b>12. Divers :</b> Entretien, formation, tous les éléments qui ne figurent pas dans les catégories ci-dessus				

Autres commentaires / Remarques :

---

---

---

---

---

---

---

### Catégories de dangers

#### Classe A (dangers majeurs)

Dangers qui pourraient causer une incapacité permanente, un décès ou une perte importante au niveau de la structure, de l'équipement ou du matériel. Des réparations immédiates devraient être faites.

#### Classe B (dangers graves)

Dangers qui pourraient causer une blessure grave, une incapacité temporaire ou des dommages perturbateurs à la propriété. Les réparations devraient être faites dans les jours à venir.

#### Classe C (dangers mineurs)

Dangers qui pourraient causer une blessure mineure n'entraînant pas une incapacité ou des dommages non perturbateurs à la propriété. Les réparations sont planifiées à plus long terme, dans les semaines ou les mois à venir.

[www.travailsecuritairenb.ca](http://www.travailsecuritairenb.ca)

1 800 222-9775

Bureau inspecté : Bouctouche / Richibucto

Date : \_\_\_\_\_

Inspecteur : \_\_\_\_\_  
(Imprimé)

\_\_\_\_\_  
(Signature)



Commission de services  
régionaux de KentKent Regional  
Service Commission

# LE COMITÉ MIXTE D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ – À VOTRE SERVICE!

Le comité mixte d'hygiène et de sécurité est un comité consultatif qui s'engage à renforcer la culture de santé et de sécurité pour prévenir les blessures subies au travail et les maladies professionnelles. Nos représentants des salariés et de l'employeur se rencontrent à intervalles réguliers pour discuter de questions liées à la santé et à la sécurité, et faire des recommandations. Il peut s'agir de recommandations sur les inspections du lieu de travail; la détermination des dangers et l'évaluation des risques; les enquêtes sur les incidents; et l'examen des incidents.

**Si vous avez une préoccupation en matière de santé et de sécurité, parlez-en à votre superviseur d'abord.** Si vous voulez en discuter davantage, communiquez avec l'un des membres du comité mixte d'hygiène et de sécurité suivants :

REPRÉSENTANTS DES SALARIÉS

SECTEUR

COORDONNÉES


REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYEUR

SECTEUR

COORDONNÉES


*N'oubliez pas que nous sommes tous responsables de notre propre santé et sécurité, ainsi que de celles de nos collègues.  
(Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail – Système de responsabilité interne).*



Careful

Attention

WORKSAFE  
TRAVAIL SÉCURITAIRE

# JOINT HEALTH AND SAFETY COMMITTEE MEETING MINUTES

## PROCÈS-VERBAL DU COMITÉ MIXTE D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ



### EMPLOYER INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Employer's name (legal or trade name) For project sites, provide the name of the contractor responsible and consider the project site as the workplace. /

Nom de l'employeur (appellation légale ou nom commercial) Pour les chantiers, indiquer le nom de l'entrepreneur responsable et considérer le chantier comme le lieu de travail.

### WORKPLACE ADDRESS / ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL

Street Number / N°

Street / Rue

Town/City / Ville / Village

### MEETING INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉUNION

Date	Start time / Heure de début	End time / Heure de fin	Location / Endroit	Previous meeting date / Date de la dernière réunion
------	--------------------------------	----------------------------	--------------------	--

Co-chair's name (employer rep) /  
Nom du (de la) coprésident-e (représentant l'employeur)

Co-chair's name (employee rep) /  
Nom du (de la) coprésident-e (représentant les salariés)

Members present / Membres présents

Members absent / Membres absents

Guests / Invités

Recorder's name / Nom de la personne qui rédige le  
procès-verbal

### STANDING ITEMS / REPORTS (items discussed at every meeting) / POINTS PERMANENTS / RAPPORTS (sujets discutés à chaque réunion)

Topic / Sujet	Discussion (If actiona are identified, add to the New Business section.) / Discussion (Si des mesures à prendre sont précisées, veuillez les ajouter à la section « AFFAIRES NOUVELLES ».)
---------------	--


**BUSINESS CARRIED FORWARD (tasks/safety concerns that were not completed or resolved by the original target date) / AFFAIRES REPORTÉES DE LA DERNIÈRE RÉUNION (tâches / préoccupations en matière de sécurité qui n'ont pas été effectuées ou résolues avant la date visée initiale)**

Date reported to JHSC / Date signalée au comité mixte	Topic/Concern / Sujet / Préoccupation	Department/ Location / Département / Endroit	Target date / Date visée	Recommendation / Recommandation	JHSC member responsible / Membre du comité mixte responsable	Status / État

**NEW BUSINESS (new health and safety concerns that have not been reviewed by committee members) / AFFAIRES NOUVELLES (nouvelles préoccupations en matière de santé et de sécurité que les membres du comité n'ont pas examinées)**

Date reported to JHSC / Date signalée au comité mixte	Topic/Concern / Sujet / Préoccupation	Department/ Location / Département / Endroit	Target date / Date visée	Recommendation / Recommandation	JHSC member responsible / Membre du comité mixte responsable	Status / État

**NEXT MEETING / PROCHAINE RÉUNION**

Date	Time / Heure	Location / Endroit
------	--------------	--------------------

**SIGNATURES**

Co-chair signature (employer rep) Signature du (de la) coprésident-e (représentant l'employeur)	Phone number / Numéro de téléphone	Email address / Adresse de courriel	Date
Co-chair signature (employee rep) Signature du (de la) coprésident-e (représentant les salariés)	Phone number / Numéro de téléphone	Email address / Adresse de courriel	Date

**Committees must retain minutes for a minimum of three years and have them available to WorkSafeNB on request. / Les comités mixtes d'hygiène et de sécurité doivent les conserver pour une période d'au moins trois ans et les mettre à la disposition de Travail sécuritaire NB sur demande.**

For WorkSafeNB submission (on request only): / Pour faire parvenir à Travail sécuritaire NB (uniquement sur demande) :

- **Email / Par courriel :** [jhsc-cmhs@ws-ts.nb.ca](mailto:jhsc-cmhs@ws-ts.nb.ca)
- **Fax / Par télécopie :** 1 888 629-4722 (toll-free number / numéro sans frais)



## ANNEXE F

**Formulaire de recommandation du comité mixte d'hygiène et de sécurité**

La recommandation suivante est présentée au nom du comité mixte d'hygiène et de sécurité :

Présentée à :		Date présentée :		
Coprésident représentant l'employeur :		Coprésident représentant les salariés :		
Une réponse par écrit est demandée au plus tard le (date) :				
<b>DÉTAILS DES DANGERS POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ</b>				
Description	Aire de travail ou département touché	Nouvelle inquiétude? (Oui ou non)	Inquiétude répétée ou non résolue? (Oui ou non) (Inclure la date à laquelle l'inquiétude a été soulevée pour la première fois.)	Législation à l'appui
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Date à laquelle l'inquiétude a été soulevée pour la première fois : (date) _____	
<b>RECOMMANDATION DU COMITÉ MIXTE (pourquoi le comité appuie la recommandation)</b>				
<b>RÉPONSE DE L'EMPLOYEUR</b>				
<input type="checkbox"/> L'employeur accepte la recommandation et elle sera mise en œuvre au plus tard le (date) _____.				
<input type="checkbox"/> L'employeur modifie la recommandation et propose une autre solution pour les raisons suivantes :				
<input type="checkbox"/> L'employeur modifie la recommandation et propose une autre solution pour les raisons suivantes :				
Signature – Coprésident de l'employeur :		Date :		
Signature – Coprésident des salariés :		Date :		
Signature – Employeur :		Date :		



## ANNEXE G

## Orientation des nouveaux salariés

Nom du salarié :	Nom de la personne offrant l'orientation :	Département où le salarié travaille :	Date du début de l'emploi du salarié :

### NOTES POUR LA PERSONNE OFFRANT L'ORIENTATION

1. Veuillez remplir ce document d'orientation avec les nouveaux salariés avant qu'ils ne commencent à travailler dans des conditions ou des situations dangereuses.
2. Les salariés ne doivent pas faire fonctionner de l'équipement ou des machines sauf s'ils ont :
  - reçu une formation pratique relative à l'équipement et aux machines;
  - reçu des instructions quant à l'équipement de protection individuelle nécessaire pour l'équipement ou les machines;
  - démontré qu'ils sont compétents ou surveillés de près, et peuvent faire fonctionner l'équipement ou les machines en toute sécurité.
3. Ajoutez les documents d'orientation remplis au dossier du personnel du salarié.
4. L'employeur doit conserver tous les dossiers d'orientation et de formation pendant au moins trois ans.

**Conseil :** Envisagez de prévoir du temps avec le nouveau salarié à la fin de sa première journée de travail pour discuter de toute préoccupation en matière de sécurité qu'il pourrait avoir.

**Repassez les sujets d'orientation qui suivent avec tous les nouveaux salariés avant qu'ils ne commencent à travailler.**

Directeur.rice du département

☐ **1. COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR**

104 boulevard Irving, unité 1  
Bouchouche, N.-B.  
E4S 3L5  
506-743-1490



25 boulevard Cartier, unité 145  
Richibucto, N.-B.  
E4W 3W7  
506-523-1820

☐ **2. COORDONNÉES DES MEMBRES DU COMITÉ MIXTE D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ**

☐ **3. DROITS, RESPONSABILITÉS ET OBLIGATIONS DES SALARIÉS EN VERTU DE LA LOI SUR L'HYGIÈNE ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL ET DE SES RÈGLEMENTS (y compris le processus pour refuser d'effectuer un travail dangereux)**

1) Droit d'être informé / 2) Droit de participer / 3) Droit de refuser

- 1) Les employés doivent consulter la Politique sur la santé et sécurité au travail de la CSRK. Ce document est partagé lors de l'entrée en poste et révisé pendant l'orientation.
- 2) Ils ont le droit de signaler tout danger dont ils ont connaissance sur le lieu de travail et de s'impliquer dans le comité mixte.
- 3) Les employés peuvent refuser d'accomplir toutes tâches s'ils croient que celle-ci mettra en danger leur santé ou leur sécurité (Voir Annexe J).

☐ **4. PROCÉDURES DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ, AINSI QUE CODES DE DIRECTIVES PRATIQUES RELATIFS AUX TÂCHES DU SALARIÉ**

- Tous les employés de la CSRK, incluant les étudiants, doivent porter l'équipement de protection requis afin d'effectuer le travail de façon sécuritaire.
- Ils doivent suivre les procédures de travail sécuritaire lorsqu'ils travaillent de façon solitaire ou près de tranchées. (Voir Annexe I)

☐ **5. AMÉNAGEMENT DES INSTALLATIONS DE PREMIERS SOINS ET FAÇON D'OBTENIR DES PREMIERS SOINS**

Boucoute - Trousses de premiers soins disponibles dans le placard de la réception (en face de l'imprimante) / Appareil DEA (défibrillateur) dans le corridor menant aux salles de bain. / Employé.e.s formé.e.s en premiers soins:

Richibucto - Trousses de premiers soins disponibles dans l'armoire près de l'espace café et de la salle de conférence / Appareil DEA (défibrillateur) à la réception près de l'imprimante. Employé.e.s formé.e.s en premiers soins:

☐ **6. COMMENT SIGNALER UNE BLESSURE OU UNE MALADIE LIÉE AU TRAVAIL**

En cas d'urgence: composer le 9-1-1 (9-9-1-1 si l'appel est fait depuis le bureau) et avertissez un collègue aussitôt que possible.

- Remplir le formulaire de Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs et soumettre à Travail Sécuritaire NB.
- Signaler les blessures et maladies à votre directeur pour que celui-ci soumettent le Rapport de l'employeur à Travail Sécuritaire NB.

☐ **7. PROCÉDURES D'URGENCE ET PLAN DES MESURES D'URGENCE**

En cas d'urgence : 9-1-1 / 9-9-1-1 si l'appel est fait depuis le bureau / Hôpital Stella-Maris-de-Kent : 7714 Route 134 à Sainte-Anne-de-Kent

Sortie d'urgence identifiée lors de la visite des lieux de travail.

En cas d'intempéries, la responsable des RH communiquera aux employés par courriel pour confirmer la fermeture des bureaux et éviter de mettre les employés à risque.

☐ **8. ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE**

Bottes de sécurités / Vestes à haute visibilité / Casques protecteurs / Identification - Lorsque nécessaire de façon régulière pour l'emploi lunettes protectrices / bouchons à oreilles / masque facial

La CSRK défraiera les coûts associés à l'achat et au remplacement de ces équipements de protection individuelle (section 10 de la Politique)

**Signature du superviseur :**

**Signature du salarié :**

**Date d'achèvement :**

## ANNEXE H

# Procédure de travail sécuritaire

Lieu de travail, tâche ou équipement :	Rédigée par :	Date créée :	Date du dernier examen :
Lieux variés - Inspections	Isabelle Godin, Responsable des RH	Mai 2025	Mai 2025

Dangers	Équipement de protection individuelle / Appareils nécessaires / Autres facteurs de sécurité dont il faut tenir compte	Formation / Référence
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidents routiers</li> <li>- Travail solitaire</li> <li>- Harcèlement</li> <li>- Blessure lors des inspections (structures instables)</li> <li>- Inspections de fondations: blessure en tombant, ne pas pouvoir sortir du site, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Véhicule respectant la Loi sur les véhicules à moteur par rapport à l'inspection, aux assurances, au port de la ceinture, etc.</li> <li>- Identification claire et visible.</li> <li>- Chaussures de sécurité (capées), casque de protection, veste haute visibilité, bouchons à oreille et lunettes de sécurité.</li> <li>- Téléphone cellulaire avec une charge suffisante.</li> <li>- Accès sécuritaire pour entrer et sortir des fondations : Échelles ou escaliers de hauteur suffisante, pente de 45°, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Session d'orientation</li> <li>- Formation en premiers soins fortement recommandée</li> <li>- 92-133 - Règlement sur le code de directives pratiques en matière de travail solitaire</li> <li>- Lois sur l'hygiène et la sécurité au travail</li> <li>- Loi sur les véhicules à moteur</li> </ul>

## Procédure de travail sécuritaire

- 1- Avant de partir du bureau, l'employé avisera un collègue des lieux qu'il visitera et l'heure à laquelle il sera de retour.
- 2- L'employé conduira de façon sécuritaire et préventive pour se rendre d'un site à l'autre. En cas de mauvaise température, l'inspection sera repoussée.
- 3- L'employé portera l'équipement de protection nécessaire (chaussures de sécurité/capées, casque de protection, veste haute visibilité, bouchons à oreille et/ou lunettes de sécurité) durant l'inspection.
- 4- L'employé portera de manière visible un badge identificateur démontrant qu'il opère légalement sur le site d'inspection et représente la CSRK.
- 5- L'employé aura en tout temps son téléphone cellulaire sur sa personne durant l'inspection. Il s'assurera que la charge de la batterie soit suffisante pour la durée de l'inspection
- 6- Si l'employé se rend compte qu'ils risquent de travailler dans une zone sans signal cellulaire, ils communiqueront avec le bureau avant de perdre le signal pour les aviser et indiqueront un délai durant lequel ils appelleront à nouveau.

Approuvée par :

Date :



## ANNEXE I - DROIT DE REFUS / APPENDIX I - RIGHT TO REFUSE

L'article 19 de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* stipule ce qui suit :

Un salarié peut refuser d'accomplir tout acte lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que cet acte mettra vraisemblablement en danger sa santé ou sa sécurité ou celle de tout autre salarié.

Si vous refusez d'accomplir tout acte en vertu de l'article 19, vous devez :



En faire part immédiatement à votre surveillant lui donnant les raisons de votre refus. Demeurez au lieu de travail durant vos heures normales de travail.

Si l'employeur règle la question à votre satisfaction, retournez au travail. Si vous croyez encore que le travail est dangereux :



En faire part le plus tôt possible au comité mixte d'hygiène et de sécurité, s'il y en a un, lui donnant les raisons de votre refus.

Si le comité règle la question à votre satisfaction, retournez au travail. Si la question n'est pas résolue à votre satisfaction après l'intervention du comité, ou s'il n'y a pas de comité :



Appelez Travail sécuritaire NB au **1 800 999-9775** et expliquez votre situation. Un agent fera enquête.

Selon les résultats de son enquête, l'agent peut vous aviser de retourner au travail. S'il croit que le travail est dangereux, il donnera un ordre à l'employeur d'améliorer les conditions de travail. Lorsque l'agent détermine que son ordre a été respecté et que les conditions ne sont plus dangereuses, retournez au travail.

La décision d'un agent peut être portée en appel à l'agent principal de contrôle et ensuite au Tribunal d'appel.

Pendant l'enquête sur le refus, l'employeur peut affecter le travailleur à l'exécution d'autres travaux.

L'employeur ne peut confier l'exécution des travaux refusés à un deuxième travailleur à moins que celui-ci n'ait été avisé du refus du premier travailleur, des motifs de ce refus et de son droit de refuser d'accomplir un travail dangereux.

Si vous faites l'objet d'une mesure discriminatoire pour avoir exercé votre droit en vertu de la *Loi*, vous pouvez déposer une plainte auprès de Travail sécuritaire NB. Ce dernier nommera un arbitre pour entendre l'affaire.

**1 800 999-9775**

[www.travailsecuritairenb.ca](http://www.travailsecuritairenb.ca)



**1 800 999-9775**

[www.travailsecuritairenb.ca](http://www.travailsecuritairenb.ca)

Section 19 of the *Occupational Health and Safety Act* states:

"An employee may refuse to do any act where he has reasonable grounds for believing that the act is likely to endanger his health or safety or the health or safety of any other employee."

If you refuse to continue to work in accordance with section 19, you must:



Report immediately to your supervisor giving your reasons for refusing to work. Stay at your workplace for your normal working hours.

If the employer resolves the matter to your satisfaction, go back to work. If you still believe the work is unsafe –



Bring the matter to the attention of the joint health and safety committee, if it exists, as soon as possible, giving the reasons for refusing to work.

If the committee resolves the matter to your satisfaction, go back to work. If the matter is not resolved to your satisfaction after the committee intervention, or when there is no committee –



Call WorkSafeNB at **1 800 999-9775** and explain your situation. An officer will investigate.

From the finding of the investigation, the officer may advise you to go back to work. If the officer believes the work is unsafe, an order will be issued to the employer to improve the working conditions. When the officer finds that the order has been carried out and the working conditions that led to the right to refuse are no longer unsafe, go back to work.

An officer's decision can be appealed to the chief compliance officer and then to the Appeals Tribunal.

While the refusal is being investigated, the employer may assign the worker to other work.

The employer must not assign someone else to do the work that has been refused unless the second worker is informed of the first refusal, the reasons for the refusal, and the right to refuse unsafe work.

If you are discriminated against for exercising your right under the Act, you may file a complaint with WorkSafeNB. They will appoint an arbitrator to hear the matter.

**1 800 999-9775**

[www.worksafenb.ca](http://www.worksafenb.ca)



**1 800 999-9775**

[www.worksafenb.ca](http://www.worksafenb.ca)