

File 525-051

January 28, 2004

To All Local Presidents

Subject: **Accident Investigation Report**

A new Accident Investigation Report has been developed to assist Local Union Representatives during the accident investigation process, help the Union in gathering complete and accurate accident investigation information, and ensure workers' compensation claims are dealt with fairly. This document is attached and can be downloaded from the National CUPW website.

Canada Post has been making changes in many Locals that reduce the quality of accident investigation information. Examples include not allowing Union Representatives to be present during the completion of the SAIR and injury on duty forms.

These changes have been grieved nationally - National Grievance N00-00-00012. Locals, however, must continue to grieve individual violations; they are strongly encouraged to file grievances under Article 33.06 of the collective agreement concerning any employer interference of this process. Union Representatives have the right to be present, to participate fully in all accident investigations (this includes near misses), and to assist workers in completing all required forms.

Dossier : 525-051

Le 28 janvier 2004

À l'attention de tous les présidents et présidentes de section locale

Objet : **Rapport d'enquête sur les accidents du travail**

Un nouveau rapport d'enquête sur les accidents du travail a été élaboré dans le but d'aider les représentantes et représentants syndicaux locaux dans le cadre du processus d'enquête à la suite d'un accident, d'aider le Syndicat à recueillir des renseignements complets et précis sur les accidents et de veiller à ce que les demandes d'indemnisation présentées par les victimes soient traitées de façon équitable. Le formulaire d'enquête se trouve ci-joint et peut être téléchargé à partir du site Web national du STTP.

Postes Canada a procédé, dans de nombreux lieux de travail, à des changements qui diminuent la qualité des renseignements recueillis dans le cadre d'une enquête sur un accident du travail. À titre d'exemple, les représentantes et représentants syndicaux n'ont pas le droit d'être présents pendant que le surveillant ou la surveillante remplit son rapport relativement à une enquête sur un accident (RSEA) et le formulaire relatif aux accidents sur les lieux de travail.

Ces changements ont fait l'objet d'un grief national (N00-00-00012). Toutefois, les sections locales doivent continuer de déposer un grief pour chaque infraction commise par l'employeur. Nous les encourageons vivement à déposer un grief aux termes de l'article 33.06 de la convention collective relativement à toute entrave de l'employeur au déroulement de ce processus. Les représentantes et représentants syndicaux ont le droit d'être présents, de participer du début à la fin à toutes les enquêtes portant sur un accident du travail (y compris les accidents qui ont failli se produire) et d'aider les travailleurs et travailleuses à remplir tous les formulaires exigés.

The changes will also weaken the efforts of the Union to determine the real causes of injuries, prevent further injuries, and to correct workplace hazards. The outcome of this inferior accident investigation information will lead to more refusals of workers' compensation claims. The Union believes that the employer's primary objective is to get our members back to work on modified duties as quickly as possible and not necessarily respect the health and safety of ill or injured workers.

Ces changements auront aussi pour effet d'affaiblir les efforts du Syndicat visant à déterminer les véritables causes des accidents, à empêcher que d'autres accidents ne se produisent et à prendre des mesures pour éliminer les dangers en milieu de travail. La piètre qualité de l'information recueillie sur un accident du travail aura pour effet d'accroître le taux de refus des demandes d'indemnisation. Le Syndicat est d'avis que l'objectif premier de l'employeur est de faire en sorte que les membres retournent au travail dès que possible pour accomplir des tâches modifiées sans nécessairement respecter la santé et la sécurité des travailleurs et travailleuses malades ou blessés.

Please ensure that all Local Health and Safety Representatives and Shop Stewards are provided with this form and use it during all investigations. This is an internal document and once completed should be kept on file at the Local Union office. The information may be required at a future time.

Veillez à ce que chaque représentante et représentant syndical en santé et en sécurité de votre section locale de même que chaque déléguée et délégué syndical de votre section locale reçoivent ce formulaire et l'utilisent dans le cadre de chaque enquête. Il s'agit d'un document interne qui, une fois rempli, doit être conservé dans les dossiers de la section locale. Il se peut que l'information recueillie soit requise ultérieurement.

I thank you in advance for your attention to this very important issue.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à cet important dossier.

In solidarity, / Solidarité,



Gayle Bossenberry
National Union Representative/Permanente syndicale nationale
Health and Safety/Santé et sécurité

c.c. National Executive Board / Conseil exécutif national
National Union Representatives / Permanentes et permanents syndicaux nationaux
National Health and Safety Committee / Comité national de santé et de sécurité
Regional Education and Organization Officers / Dirigeantes et dirigeants régionaux de l'éducation et de l'organisation
Regional Grievance Officers / Dirigeants régionaux des griefs
Regional Union Representatives / Permanentes et permanents syndicaux régionaux

Attachment

Pièce jointe

GB/jp opeiu

map scfp 1979



RAPPORT D'ENQUÊTE SUR UN ACCIDENT

(RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE DU STTP)

- REMARQUE**
- Veillez à ce que toutes les sections de ce formulaire (deux pages) soient remplies et écrivez « sans objet » s'il y a lieu.
 - N'écrivez rien dans les zones ombragées.
 - Si vous avez besoin de feuilles supplémentaires, numérotez-les et attachez-les au présent rapport.
 - Le rapport dûment remplis doit être versé aux dossiers de la section locale.
- L'employeur **doit** mener une enquête pour déterminer les circonstances entourant l'accident.
 - Une représentante ou un représentant du STTP **doit** être présent durant toutes les étapes de l'enquête et **doit** y participer.
 - S'il n'y a pas de représentante ou de représentant du STTP sur le lieu de travail, la SCP devrait communiquer avec la section locale du STTP pour prendre des arrangements relativement à la représentation du Syndicat.
- (Veuillez vous reporter au paragraphe 33.06 (renseignements et enquêtes concernant les accidents de travail) de la convention collective conclue entre la Société canadienne des postes et le Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes.)*

Renseignements concernant la section locale du STTP

Section locale :	Région :
------------------	----------

Renseignements au sujet du membre victime de l'accident

Nom :	N° d'employé :	Adresse :	N° de téléphone à la maison :
Classe d'emplois :	N° de membre du STTP :		N° de téléphone au travail :
Nom du surveillant :	Section :	Quart :	

Établissement postal

Adresse :	
-----------	--

Renseignements au sujet de l'accident

Date de l'accident :	Heure de l'accident :	Lieu de l'accident :
Accident rapporté à :	Date à laquelle l'accident a été rapporté :	Heure à laquelle l'accident a été rapporté :
Nom du témoin (s'il y a plus de deux témoins, utilisez des feuilles supplémentaires) :		N° de téléphone :
Nom du témoin :		N° de téléphone :
Conditions météorologiques (s'il y a lieu) :		
Description des événements qui ont mené à l'accident :		
Description de ce qui s'est produit (veuillez indiquer si des feuilles supplémentaires sont jointes au présent rapport) :		
Description de la blessure :		

Renseignements au sujet de l'accident (suite)

Cause de l'accident (L'accident a-t-il été causé par l'organisation du lieu de travail, de l'équipement défectueux ou mal entretenu, la charge de travail, une tension répétée, un manque de formation, l'indisponibilité de l'équipement approprié, une situation dangereuse qui n'a pas été corrigée, un manque d'entretien, des dispositifs de sécurité manquants ou défectueux, la tenue des lieux de travail, etc.? Indiquez toutes les causes possibles.)			
Le risque d'accident avait-il été rapporté à l'employeur?		S'agit-il d'un risque récurrent?	
___ Oui (indiquez la date) : ___ Non		___ Oui ___ Non	
Quelles recommandations le Syndicat avait-il fait relativement à ce risque d'accident?			
Quelle avait été la réponse de l'employeur?			
Équipement en cause (Si plus de deux pièces d'équipement sont en cause, veuillez les indiquer sur des feuilles supplémentaires) :			
Type d'équipement (nom) :	N° de série :	Type d'équipement (nom) :	N° de série :

Soins médicaux

Les premiers soins ont-ils été donnés?	Description du traitement :		
___ Oui ___ Non			
Nom de la personne qui a donné le traitement :	Le membre a-t-il obtenu une aide médicale additionnelle?		
	___ Oui ___ Non		
Les formulaires applicables ont-ils été remplis sans tarder?	En présence du membre?		
___ Oui ___ Non	___ Oui ___ Non		
En présence d'une représentante ou d'un représentant du STTP?	Nom de la représentante ou du représentant du STTP :		
___ Oui ___ Non			
Des copies des formulaires applicables dûment remplis ont-elles été remises au membre ou au STTP? ___ Oui ___ Non			
Date à laquelle les copies ont été remises : Original? ___ Oui ___ Non Photocopie? ___ Oui ___ Non			

Rapport de l'employeur sur l'accident

Comment l'employeur a-t-il rapporté l'accident? (Par exemple, a-t-il blâmé le travailleur ou la travailleuse?)	L'information contenue dans le rapport de l'employeur diffère-t-elle de l'information contenue dans le présent rapport?
	___ Oui ___ Non
Êtes-vous d'accord avec le rapport de l'employeur? (Expliquez pourquoi.)	

Étapes suivantes et conclusion

Étapes suivantes (Indiquez le plus de détails possible.) :		
Demande d'indemnisation présentée à la commission des accidents du travail?	Approuvée?	Rejetée?
___ Oui (date) : ___ Non	___ Oui (date) : ___ Non	___ Oui (date) : ___ Non
Demande d'assurance-invalidité? ___ Oui (indiquez la date) : ___ Non		
Retour au travail avec tâches modifiées?	Heures perdues?	
___ Oui (indiquez la date) : ___ Non	___ Oui (indiquez la ou les dates) : ___ Non	
Nom de la représentante ou du représentant de la SCP chargé de l'enquête :	Poste occupé par la représentante ou le représentant de la SCP :	
Nom de la représentante ou du représentant du STTP chargé de l'enquête :	Signature :	
La représentante ou le représentant syndical a-t-il participé directement à l'enquête? ___ Oui ___ Non		
Date du présent rapport :	Nombre de pages supplémentaires :	Nombre total de pages (y compris les pages du présent rapport) :
STTP janvier 2004		/gl scfp 1979, ljp siepb 225