

# Déclaration d'un événement accidentel au travail

Au besoin, référez-vous à l'aide à la tâche à la page suivante

**Doit être rempli par la personne accidentée**

| IDENTIFICATION   |  | Date et heure de l'événement :   |                          |   |    | Date et heure de la déclaration :  |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
|--|--|----------------------------------|--------------------------|---|----|--|---|--------------------------|---|-------------------|-------------------|----|--------------------------|
|  |  | AA                               | MM                       | JJ  | HH | MM   | AA                                      | MM                       | JJ  | HH                | MM                |    |                          |
| Date et heure d'arrêt de travail :   |  | AA                               | MM                       | JJ  | HH | MM   | Nom et prénom de la personne accidentée |                          |   |                   | Matricule Ville : |    |                          |
| Fonction occupée au moment de l'événement :  |  |                                  |                          |   |    | Fonction titulaire, si différente de la fonction occupée au moment de l'événement :          |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| Unité administrative :   |  |                                  |                          |   |    | Gestionnaire de premier niveau :   |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| N° de véhicule ou d'équipement (s'il y a lieu) :   |  |                                  |                          |   |    | Nom et prénom témoin N°1 :   |   |                          |   | Matricule Ville : |                   |    |                          |
| Pièce jointe (s'il y a lieu) :<br>Croquis ou photo <input type="checkbox"/> Déclaration écrite <input type="checkbox"/> Rapport de police <input type="checkbox"/> |  |                                  |                          |   |    | Nom et prénom témoin N°2 :   |   |                          |   | Matricule Ville : |                   |    |                          |
| DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT   |  | Lieu de l'événement              |                          |   |    |  |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| Que faisiez-vous au moment de l'événement (activité) ?   |  |                                  |                          |   |    |  |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| Expliquer ce qui s'est passé (description de l'événement) :  |  |                                  |                          |   |    |  |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| Équipement de protection porté lors de l'événement :   |  |                                  |                          |   |    |  |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| Suggestion pour éviter la répétition d'un tel événement :  |  |                                  |                          |   |    |  |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT  |  | Genre d'accident :<br>-          |                          |   |    | Assignation temporaire remise :<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   |                          | Transport en ambulance :<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                   |                   |    |                          |
| Nature de la lésion (blessure) :<br>-  |  |                                  |                          |   |    | Siège de la lésion (blessure) :<br>-   |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| Description des premiers soins (si requis) :   |  |                                  |                          |   |    | Nom du secouriste :  |   |                          |   |                   |                   |    |                          |
| Événement avec perte de temps  |  |                                  | <input type="checkbox"/> | Responsabilité d'un tiers (ex : accident de la route) |    |  |   | <input type="checkbox"/> | Formulaire rempli par un tiers (ex : contremaître, collègue de travail)               |                   |                   |    | <input type="checkbox"/> |
| Événement sans perte de temps  |  |                                  | <input type="checkbox"/> |   |    |  |   | <input type="checkbox"/> |   |                   |                   |    | <input type="checkbox"/> |
| SIGNATURES   |  | Nom et prénom (lettres moulées)  |                          |   |    | Signature  |   |                          |   | Date              |                   |    |                          |
|  |  |                                  |                          |   |    |  |   |                          |   | AA                | MM                | JJ |                          |
|  |  | Gestionnaire de premier niveau : |                          |   |    |  |   |                          |   | AA                | MM                | JJ |                          |

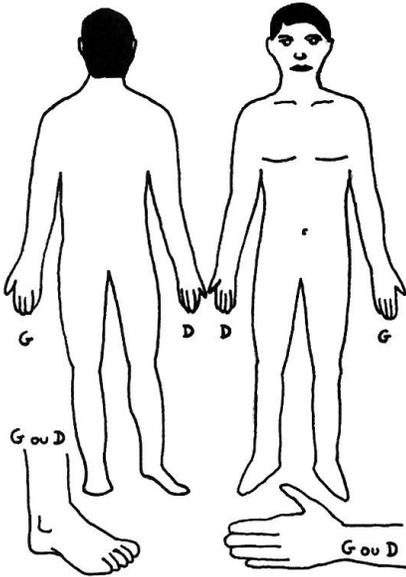
# Aide à la tâche

Déclaration d'un événement accidentel au travail

| ÉTAPES SUITE À UNE DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL AU TRAVAIL (Dans les minutes qui suivent l'événement)   |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Apporter du soutien au personnel accidenté, s'assurer qu'il reçoive les premiers secours appropriés dans les plus brefs délais.   | <input type="checkbox"/> |
| 2. S'il requiert des soins par un professionnel de la santé, diriger le personnel vers l'établissement de santé approprié.   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au besoin, faire accompagner le personnel blessé (s'il n'est pas en mesure de se déplacer lui-même).  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si pertinent et approprié, remettre les documents d'assignation temporaire à la personne accidentée.  | <input type="checkbox"/> |
| 5. S'il en est capable, demander à la personne accidentée de remplir le formulaire <i>Déclaration d'un événement accidentel au travail</i> . Au besoin, attendre le retour de la personne accidentée pour recueillir sa version des faits. <b>Astuce : se référer aux sections suivantes pour remplir le formulaire.</b> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Réaliser l'enquête et l'analyse d'un événement accidentel au travail selon la procédure en vigueur dans votre unité (Arrondissements ou Service). <b>Astuce : au besoin, utiliser le document Aide à la tâche : Enquête et analyse d'un événement accidentel.</b>   | <input type="checkbox"/> |
| 7. Selon la procédure en vigueur dans votre unité, faire parvenir le plus rapidement possible le formulaire <i>Déclaration d'un événement accidentel au travail</i> à la personne désignée.  | <input type="checkbox"/> |

| FORMULAIRE « DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL AU TRAVAIL »  |                          |
|--|--------------------------|
| La section Identification sert à identifier la personne qui a subi un événement accidentel au travail. On y retrouve notamment le nom de la personne accidentée, le moment où l'événement s'est produit, la fonction de la personne et les témoins éventuels. <b>Astuce : Au besoin, annexer des documents à la déclaration qui permettront de mieux comprendre l'événement accidentel en prenant soin de l'indiquer dans la case en pièce jointe.</b> | <input type="checkbox"/> |
| On retrouve dans la section Description de l'événement les informations relatives à l'événement accidentel ainsi que les circonstances dans lesquelles elles se sont produites (lieu de l'événement, tâches réalisées au moment de l'événement, équipements de protection). On demande également au moins une suggestion pour éviter la répétition de l'événement accidentel.  | <input type="checkbox"/> |
| La section Conséquences de l'événement sert à la fois de registre de premiers secours et de source d'information pour la compilation de données statistiques. <b>Astuce : Utiliser les tableaux ci-dessous pour aider à remplir les cases Genre d'accident, Siège de la lésion (blessure) et Nature de la lésion (blessure).</b>   | <input type="checkbox"/> |
| La section Signatures doit être remplie par le personnel accidenté ayant subi un événement accidentel au travail et par le gestionnaire de premier niveau.   | <input type="checkbox"/> |

| GENRE D'ACCIDENT  |  | SIÈGE DE LA LÉSION (BLESSURE)   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accident avec voiture            | <input type="checkbox"/> Chute                               | <input type="checkbox"/> Coincé ou écrasé                               | <input type="checkbox"/> Contact avec courant électrique       |
| <input type="checkbox"/> Contact avec température extrême | <input type="checkbox"/> Contact avec un liquide biologique  | <input type="checkbox"/> Effort en levant, tirant, poussant             | <input type="checkbox"/> Effort en tenant, manutentionnant     |
| <input type="checkbox"/> Événement impliquant un animal   | <input type="checkbox"/> Événement traumatisant ou stressant | <input type="checkbox"/> Exposition à des substances chimiques, nocives | <input type="checkbox"/> Exposition bruit                      |
| <input type="checkbox"/> Glisser, trébucher               | <input type="checkbox"/> Frapper par objet                   | <input type="checkbox"/> Heurter un objet                               | <input type="checkbox"/> Manœuvrer équipement / outil mécanisé |
| <input type="checkbox"/> Marcher, courir                  | <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif                 | <input type="checkbox"/> Posture statique avec et sans effort           | <input type="checkbox"/> Voies de fait, acte violent, menaces  |
| <input type="checkbox"/> Autre événement ou exposition    |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras                       | <input type="checkbox"/> Bassin                              | <input type="checkbox"/> Bras   | <input type="checkbox"/> Cheville                              |
| <input type="checkbox"/> Cou                              | <input type="checkbox"/> Coude                               | <input type="checkbox"/> Cuisse   | <input type="checkbox"/> Dos                                   |
| <input type="checkbox"/> Épaule                           | <input type="checkbox"/> Genou                               | <input type="checkbox"/> Hanche / bassin                                | <input type="checkbox"/> Jambe inférieure                      |
| <input type="checkbox"/> Main et doigt                    | <input type="checkbox"/> Œil                                 | <input type="checkbox"/> Pied et orteil                                 | <input type="checkbox"/> Poignet                               |
| <input type="checkbox"/> Tête                             | <input type="checkbox"/> Thorax                              | <input type="checkbox"/> Tronc  | <input type="checkbox"/> Psychologique                         |
| <input type="checkbox"/> Sièges multiples                 | <input type="checkbox"/> Non défini                          |   |  |



**Encerclez-le(s) siège(s) des lésions**

| NATURE DE LA LÉSION (BLESSURE)                           |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputation                      | <input type="checkbox"/> Coupure, lacération          | <input type="checkbox"/> Entorse, torsion, étirement    | <input type="checkbox"/> Problème respiratoire   |
| <input type="checkbox"/> Blessure traumatique            | <input type="checkbox"/> Douleur...algie              | <input type="checkbox"/> Fracture                       | <input type="checkbox"/> Noyade                  |
| <input type="checkbox"/> Blessures multiples             | <input type="checkbox"/> Coupure, lacération          | <input type="checkbox"/> Intoxication                   | <input type="checkbox"/> Réaction allergique     |
| <input type="checkbox"/> Brûlure                         | <input type="checkbox"/> Dermate                      | <input type="checkbox"/> Luxation, foulure, dislocation | <input type="checkbox"/> Psychologique           |
| <input type="checkbox"/> Contusion, ecchymose            | <input type="checkbox"/> Écorchure, égratignure       | <input type="checkbox"/> Maladie contagieuse            | <input type="checkbox"/> Stress Post-traumatique |
| <input type="checkbox"/> Corps étranger (écharde, éclat) | <input type="checkbox"/> Écrasement                   | <input type="checkbox"/> Morsure, piqûre                | <input type="checkbox"/> Ne peut être classé     |
| <input type="checkbox"/> Coup de chaleur/<br>Hypothermie | <input type="checkbox"/> Électrisation, électrocution | <input type="checkbox"/> Perte de l'ouïe                |  |
| <input type="checkbox"/> Coup du lapin (whiplash)        | <input type="checkbox"/> Engelure                     | <input type="checkbox"/> Perte de conscience            |  |

# Aide à la tâche

Enquête et analyse d'un événement accidentel

**Doit être rempli par l'enquêteur**

|  |  |
|--|--|
| <b>DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT PAR L'ENQUÊTEUR</b> (expliquer la séquence de l'événement) | <b>Visite des lieux :</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  |  |

| CAUSES<br>(Anomalies identifiées)            | RECOMMANDATIONS MESURES CORRECTIVES (C) ET<br>MESURES PRÉVENTIVES (P)<br><i>RÉFÉREZ-VOUS À LA SECTION IDENTIFICATION DES MESURES<br/>CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES À LA PAGE 5 ET 6</i> | RESPONSABLE                               | ÉCHÉANCIER   |
|--|--|---|--|
| <i>Pourquoi l'événement est-il survenu ?</i> | <i>Que doit-on mettre en place pour éviter que l'événement ne se répète ? Que faut-il modifier dans nos programmes ? Sélectionner la catégorie C ou P applicables</i>                | <i>Qui est responsable de la mesure ?</i> | <i>Quand la mesure devrait-elle être mise en œuvre ?</i> |
|  | C<br>Précisez -  |   |  |
|  | P<br>Précisez -  |   |  |
|  | C<br>Précisez -  |   |  |
|  | P<br>Précisez -  |   |  |
|  | C<br>Précisez -  |   |  |
|  | P<br>Précisez -  |   |  |

1. Sélectionner la ou les catégories des mesures correctives et préventives applicables

**Important : Suivre l'état d'avancement de l'implantation des mesures correctives auprès du CLSST, du comité d'analyse ou du comité de gestion de votre unité.**

|   |
|---|
| <b>COMMENTAIRES, AUTRES CORRECTIFS OU INFORMATIONS ADDITIONNELLES</b> |
|   |

| PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À L'ANALYSE |          |           |              |
|---------------------------------------|----------|-----------|--------------|
| Nom et prénom (lettres moulées)       | Fonction | Signature | Date         |
|                                       |          |           | AA   MM   JJ |
|                                       |          |           | AA   MM   JJ |
|                                       |          |           | AA   MM   JJ |

| <b>APPROBATION</b> (gestionnaire responsable tel que spécifié dans le logigramme de processus de gestion d'un événement accidentel (Arbre décisionnel et RACI)) |          |           |              |
|---|----------|-----------|--------------|
| Nom et prénom (lettres moulées)   | Fonction | Signature | Date         |
|   |          |           | AA   MM   JJ |

| ÉTAPES D'UNE ENQUÊTE (incluant la collecte des faits) - Dans les instants qui suivent l'événement accidentel  |                          |
|---|--------------------------|
| 1. S'assurer que les lieux de l'événement accidentel au travail demeurent inchangés et <b>prendre des photos.</b>   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Demander à la personne accidentée de raconter l'événement dans ses propres mots. <b>Astuce : Demander à la personne accidentée de vous raconter son histoire.</b>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Aller avec la personne accidentée et les témoins sur les lieux de l'événement pour avoir la même compréhension de son déroulement.   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ne retenir que les faits vérifiables (si ce n'est pas vérifiable, il ne faut pas le retenir).  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Penser aux six catégories de causes possibles : <b>Moment, Équipement, Lieu, Individu, Tâche, Organisation du travail.</b> <b>Astuce : Utiliser la section ci-dessous identifiée Aide-mémoire à la cueillette des faits. Un événement est souvent dû à plus d'une cause.</b> | <input type="checkbox"/> |
| 6. <b>LIVRABLE</b> : Produire une description chronologique de l'événement accidentel : <b>Qui, Quoi, Comment, Quand, Où ?</b> <b>Astuce : Faire lire votre description à un collègue. Lui Demander de vous expliquer sa compréhension de l'événement.</b>                      | <input type="checkbox"/> |

## AIDE-MÉMOIRE À LA CUEILLETTE DES FAITS - MÉLITO – Six catégories de causes possibles à un événement (liste non-exhaustive) Les éléments identifiés ci-dessous doivent être analysés afin d'établir la liste des causes de l'événement accidentel au travail

| MOMENT  | 4- INDIVIDU  |  |
|---|--|--|
| a) Moment de l'événement (début, milieu ou fin du quart de travail) ? | a) Bon corps de métier pour exécuter la tâche ?                                |  |
| b) Nombre d'heures de travail avant l'événement ?                     | b) Expérience dans cette tâche ?   |  |
| c) Temps consacré à la tâche ?  | c) Formé pour cette tâche (à quand remonte la dernière formation) ?            |  |
| d) Autres observations liées au moment ?                              | d) Les équipements de protection individuels (ÉPI) adéquats sont portés ?      |  |
| <b>ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIEL</b>  |  |  |
| a) Bon outil ou équipement utilisé pour réaliser la tâche ?           | e) Comportement non sécuritaire ?  |  |
| b) Outil ou équipement en bon état ?                                  | f) Comportement toléré par le supérieur ?                                      |  |
| c) Outil ou équipement inspecté avant l'utilisation ?                 | g) Autres observations liées à l'individu ?                                    |  |
| d) Outil ou équipement utilisé de façon adéquate ?                    | <b>5- TÂCHE</b>  |  |
| e) Énergies dangereuses maîtrisées ?                                  | a) Procédures de travail existantes, écrites et connues ?                      |  |
| f) Méthode de manutention appropriée (ergonomie) ?                    | b) Méthode de travail : utilisée de façon conforme à la procédure ?            |  |
| g) Entreposage sécuritaire du matériel ?                              | c) Tâche donnée avec la consigne urgente ?                                     |  |
| h) Présence de matières dangereuses ?                                 | d) Tâche non routinière ?  |  |
| i) Autres observations liées à l'équipement ou au matériel ?          | e) Premier accident sur cette tâche ?  |  |
| <b>LIEU (INCLUANT LE LIEU DE TÉLÉTRAVAIL)</b>                         |  |  |
| a) Endroit propre et ordonné ?  | <b>6- ORGANISATION DU TRAVAIL / SUPERVISION</b>                                |  |
| b) Éclairage suffisant ?  | a) Temps d'arrêt avant le début du quart pour bien s'organiser ?               |  |
| c) Conditions météo (température, précipitations, etc.) ?             | b) Supervision suffisante ?  |  |
| d) Distance à parcourir ?   | c) Rôles et responsabilités clairement définis et assumés ?                    |  |
| e) Aménagement des lieux de travail ?                                 | d) Autres observations liées à l'organisation du travail ou à la supervision ? |  |
| f) Autres observations liées au lieu ?                                |  |  |

| ÉTAPES D'UNE ANALYSE À faire le plus rapidement possible après l'enquête   |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Au besoin, retourner sur les lieux de l'événement accidentel pour valider la compréhension des éléments retenus lors de l'enquête.  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Se demander <b>pourquoi</b> il y avait un écart entre la bonne pratique et la réalité au moment de l'événement accidentel ( <b>méthode des cinq pourquoi</b> ). <b>Astuce : Questionner pour comprendre comment l'événement est survenu (causes immédiates) et pourquoi il s'est produit (causes fondamentales).</b>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. S'assurer de choisir des recommandations en lien avec les causes identifiées (pour prévenir la répétition de l'événement). <b>Astuce : Toujours demander à la personne accidentée :</b><br>a) <b>Qu'est-ce que l'organisation peut faire pour prévenir un événement semblable ?</b><br>b) <b>Quels comportements peut-il adopter pour éviter un événement semblable ?</b> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Remettre à son gestionnaire le formulaire complété <i>Résultat d'analyse d'un événement accidentel au travail</i> pour approbation et signature dans les 48 heures suivant l'événement accidentel.  | <input type="checkbox"/> |

## ATTENTION PARTICULIÈRE POUR L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL PRODUIT AU DOMICILE OÙ S'EFFECTUE LE TÉLÉTRAVAIL

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <p>Veiller à respecter le droit à la vie privée et le droit à l'inviolabilité de la demeure de la personne accidentée. Un préavis écrit de 24 à 48 heures et un consentement pour la visite du domicile où s'effectue le télétravail est recommandé pour aviser la personne accidentée.</p> <p><b>Avant de procéder à la visite du domicile où s'effectue le télétravail, veuillez suivre les étapes suivantes :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demander des photos du lieu de l'événement</li> <li>2. Effectuer une visite virtuelle du lieu</li> <li>3. Inspecter les lieux lorsque les circonstances l'exigent. Demander une approbation au préalable</li> </ol> <p>Référence : 7.4.3 de la Directive à la gestion d'un événement accidentel</p> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

| Recommandations de mesures correctives et préventives non-exhaustives  |  |
|--|--|
| MESURES CORRECTIVES  | MESURES PRÉVENTIVES  |
| <b>ACTION PRISE POUR ÉLIMINER LA CAUSE IMMÉDIATE DE L'ORIGINE DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL</b>  | <b>ACTION PROACTIVE POUR S'ASSURER DE LA PERMANENCE DE LA MESURE CORRECTIVE ET AINSI ÉVITER LA RÉPÉTITION D'UN ÉVÉNEMENT SIMILAIRE.</b>  |
| <b>CORRECTION DES ANOMALIES (ÉQUIPEMENTS, MATÉRIELS OU MÉTHODE DE TRAVAIL)</b>   | <b>POLITIQUE D'ACHAT</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à la disposition des travailleurs un chariot ou un autre équipement de manutention adéquat pour déplacer une charge lourde;</li> <li>Remplacer un outil/équipement/méthode de travail désuet ou inapproprié par un choix plus sécuritaire (p. ex : utiliser un câble et un treuil avec la bonne capacité de charge, remplacer un couteau par un exacto auto-rétractable, etc.).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer de critères SST dans les devis d'appel d'offres et critères d'achat;</li> <li>Sélectionner un équipement moins bruyant lors de l'acquisition;</li> <li>Substituer par un produit moins dangereux (p. ex. : non cancérigène, moins irritant, etc.).</li> </ul>  |
| <b>SIGNALISATION ET AFFICHAGE DES RÈGLES DE SÉCURITÉ</b>   | <b>PROGRAMME D'INSPECTION</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les dangers directement sur l'équipement ou à l'entrée de la zone de travail (p. ex : espace clos, haute tension, plancher glissant, etc.);</li> <li>Communiquer les règles de sécurité via des affiches (p. ex : port des lunettes de sécurité obligatoire, utiliser les trois points d'appuis, accès interdit, périmètre de sécurité, etc.);</li> <li>Délimiter les aires d'entreposage ou de circulation via le marquage au sol.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir des inspections planifiées dans les milieux de travail</li> <li>Observer les lieux pour vérifier le respect des règles de sécurité;</li> <li>Organiser un programme d'inspection des équipements (p.ex : harnais de sécurité, points d'ancrage, échelles, etc.).</li> </ul>   |
| <b>Rappel individuel des règles de sécurité</b>  | <b>PROGRAMME D'ENTRETIEN PRÉVENTIF</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontrer l'employé pour expliquer les règles de sécurité;</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer les critères d'inspection et d'entretien recommandés par le fabricant des outils ou des équipements dans le calendrier des opérations</li> </ul>   |
| <b>RESTRICTION D'ACTIVITÉ/D'ACCÈS</b>  | <b>PROGRAMME DE FORMATION</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Autoriser l'accès à un site ou l'utilisation d'un équipement/outil au personnel autorisé ou formé uniquement;</li> <li>Interdire l'activité, l'accès ou le lieu de travail tant que les procédures de travail sécuritaire ne sont pas mises en place</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les besoins de formations par fonction/risque;</li> <li>Établir un calendrier de formation et de rappel aux employés</li> </ul>  |
| <b>FOURNITURE OU PORT DES EPI</b>  | <b>SURVEILLANCE ENVIRONNEMENTALE</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandation de porter des EPI pour l'exécution de la tâche;</li> <li>Achat d'équipement de protection individuelle (casque, lunette, gants, dossard, harnais de sécurité, bottes de sécurité, crampons)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer le niveau de bruit</li> <li>Mesurer la concentration des contaminants dans l'air pour valider le niveau de protection des appareils de protection respiratoire</li> <li>Mesurer la température et le taux d'humidité pour les activités à risque durant les périodes de chaleur extrême.</li> </ul>   |
| <b>SÉCURISATION DES LIEUX</b>  | <b>ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION COLLECTIFS</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir l'endroit propre et ordonné</li> <li>Maintenir les voies de circulation sécuritaire (p. ex : sans obstacle, dégagé, déneigé, avec des abrasifs au sol, etc.)</li> <li>Tenir l'endroit propre et ordonné</li> <li>Maintenir les voies de circulation sécuritaire (p. ex : sans obstacle, dégagé, déneigé, avec des abrasifs au sol, etc.)</li> <li>Entreposer de façon sécuritaire le matériel et les matières dangereuses</li> <li>Réaménager les lieux de travail (p.ex. : ateliers mécaniques et techniques, bureau d'accueil et individuel)</li> <li>Améliorer le niveau d'éclairage ou s'assurer que l'éclairage est suffisant</li> <li>Afficher la localisation des secouristes, des trousse de premiers soins ou des extincteurs</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Installer des gardes de sécurité sur les machines-outils et les équipements à risque;</li> <li>Installer un garde-corps sur le toit pour limiter l'accès à une zone de chute;</li> <li>Installer un bras de captation pour le contrôle des contaminants à la source;</li> <li>Installer des détecteurs fixes et permanents, alarme visuel ou sonore sur les équipements ou dans l'aire de travail.</li> </ul> |
|  | <b>ORGANISATION DU TRAVAIL</b>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer ou réviser un encadrement, une procédure, un programme de prévention (espace clos, travail en hauteur, sécurité électrique, etc.)</li> <li>Inclure un volet SST au programme d'accueil des nouveaux employés</li> <li>Prévoir une période d'alternance travail/ repos pour les activités à risque de contrainte thermique</li> <li>Rédiger un avis SST</li> </ul>                                    |
|  | <b>SURVEILLANCE MÉDICALE</b>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Valider le carnet de vaccination des travailleurs à risque (ex : hépatite, tétanos, rage);</li> <li>Établir des protocoles de suivi post exposition pour prévenir les maladies professionnelles (ex : audiométrie, plombémie).</li> </ul>   |