



Santé et sécurité

Enquête sur les incidents — exemple de liste de vérification

Le questionnaire suivant est proposé aux membres du SCFP et du comité en santé et sécurité à titre d'exemple afin de les orienter durant les enquêtes sur les incidents. Vous trouverez des renseignements et explications à ce sujet dans le guide du SCFP intitulé Guide d'enquête sur les incidents et les maladies professionnelles. Les questions ne s'appliqueront pas toutes à votre lieu de travail ou à l'incident faisant l'objet d'une enquête, et il est possible que vous deviez en ajouter.

Renseignements d'identification

Date et heure de l'incident :	Lieu de l'incident :
Nom de la ou des personnes blessées :	Nom du ou des témoins :
De quelle nature était l'incident? (p. ex., incendie, personne frappée par un objet, violence dans le milieu de travail)	
En cas de blessure, veuillez en décrire la nature :	
Description de l'événement (fournir tous les renseignements pertinents, tels que le lieu, les circonstances ayant mené à l'incident et le suivi immédiat) :	

Les questions suivantes vous aideront à déterminer si tous les facteurs ont été pris en compte et si vous avez obtenu les renseignements pertinents.

TÂCHES	Oui	Non
La méthode de travail utilisée était-elle sécuritaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disposait-on des outils et du matériel adéquats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisait-on des outils et du matériel adéquats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les dispositifs et contrôles de sécurité fonctionnaient-ils correctement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le système de cadenassage fonctionnait-il?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cadenassage a-t-il été effectué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un changement des conditions environnantes a-t-il rendu la méthode de travail habituelle moins sécuritaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes :		
MATÉRIEL		
	Oui	Non
Des produits dangereux étaient-ils en cause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des produits assujettis au SIMDUT / SGH étaient-ils en cause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ces derniers étaient-ils clairement identifiés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disposait-on de fiches de données de sécurité (FDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aurait-on dû utiliser un équipement de protection individuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement de protection individuelle utilisé était-il adéquat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement de protection individuelle était-il adapté à la personne qui l'a utilisé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne utilisant l'équipement de protection individuelle a-t-elle reçu la formation appropriée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu défaillance de l'une ou l'autre des pièces d'équipement suivantes?		
Équipement de protection individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outils servant à l'exécution du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre équipement servant à l'exécution du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement était-il mal conçu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement était-il entretenu correctement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes :		
ENVIRONNEMENT		
	Oui	Non
Les conditions météorologiques étaient-elles en cause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faisait-il trop chaud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faisait-il trop froid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit posait-il un problème?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'éclairage était-il adéquat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ventilation était-elle suffisante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les vibrations étaient-elles excessives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des émanations, des poussières, des vapeurs ou des gaz toxiques étaient-ils présents dans l'aire de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les émanations, poussières, vapeurs ou gaz détectés étaient-ils toxiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'espace de travail était-il adéquat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'espace de travail était-il propre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres objets encombraient-ils l'environnement de travail?		
L'emplacement de l'équipement présentait-il un danger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y avait-il des dangers liés à la circulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des clients, patients ou membres du public ont-ils été agressés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes :

MAIN-D'ŒUVRE	Oui	Non
--------------	-----	-----

Les travailleurs ont-ils reçu une formation en santé et sécurité concernant les éléments suivants?		
Utilisation d'un équipement de protection individuelle adéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthodes de travail sécuritaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dangers au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détermination et signalement des dangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possédaient-ils l'expérience requise pour exécuter ce travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étaient-ils stressés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faisaient-ils des heures supplémentaires ou de longs quarts de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont-ils eu leur mot à dire quant à la façon d'exécuter ce travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leur emploi prévoit-il des mesures incitatives pour le travail à la pièce ou le rythme de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les travailleurs avaient-ils la capacité physique d'effectuer ce travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes :

GESTION	Oui	Non
---------	-----	-----

A-t-on créé un programme de sécurité au travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'a-t-on mis en œuvre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La haute direction a-t-elle pris un engagement à l'égard du programme? L'appuie-t-elle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le programme de sécurité est-il appliqué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on mis en place des procédures écrites relatives au travail / à la tâche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le travail a-t-il été effectué sous une supervision adéquate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les superviseurs possèdent-ils une formation ou des connaissances suffisantes quant aux éléments suivants?		
Détermination des dangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type d'équipement de protection individuelle à utiliser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mode d'emploi de l'équipement de protection individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention des incidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dangers liés à la tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avait-on détecté précédemment les dangers en cause dans cet incident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les superviseurs pouvaient-ils prendre des mesures correctives pour éliminer les dangers détectés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conditions dangereuses avaient-elles déjà été signalées aux superviseurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-on mis en place des procédures pour éliminer les dangers détectés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement requis pour exécuter le travail nécessitait-il un entretien ou des essais réguliers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La direction procède-t-elle régulièrement à des inspections du lieu de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes :		

Résultats de l'enquête

Quelle a été la cause principale de l'incident?

Quels autres facteurs ont contribué à l'incident?

Mesures correctives recommandées

Modification complète du lieu de travail :

Procédures :

Disposition :

Équipement :
Remplacement des matières dangereuses :
Formation :
Mesure corrective prise par :

Signature des représentants en santé et sécurité :

Date : _____

Copies : Affichage sur le babillard sur la santé et la sécurité au travail, comité en santé et sécurité de la section locale, section locale