

Grille d'inspection DES LIEUX DE TRAVAIL

Inspection mensuelle

Informations générales

Personne responsable de l'inspection Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____		Accompagnateur Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____	
Date : ____ / ____ / ____	Heure de début: _____	Établissement : _____	
Programme de prévention disponible et accessible : <input type="checkbox"/>			

Instructions

L'inspection visuelle des lieux de travail aide à prévenir les accidents, car elle sert à identifier les dangers et risques actuels ou éventuels. Elle permet également de recommander des mesures correctives appropriées. Elle constitue un outil précieux pour la prévention des incidents et des accidents en milieu de travail et l'amélioration continue en matière de santé et sécurité du travail.

La présente grille d'inspection se divise en cinq (5) catégories distinctes dont chacune contient une série d'éléments à vérifier. Voici quelques définitions utiles :

Lieu de travail : Tout site physique au sein duquel des activités professionnelles sont réalisées sous le contrôle de l'organisme.

Danger : Source, situation ou acte ayant un potentiel de nuisance en termes de préjudice personnel ou d'atteinte à la santé ou une combinaison de ces éléments.

Conformité : Satisfaction d'une exigence

Non-conformité : Non-satisfaction d'une exigence

Niveau de priorité Urgent : Le risque potentiel est inacceptable et nécessite une intervention immédiate (≤ 48 heures) afin d'en assurer sa maîtrise. Au besoin, des restrictions temporaires ou mesures intérimaires sont émises.

Niveau de priorité Non-Urgent : Le risque potentiel est tolérable mais nécessitera néanmoins une intervention à court ou moyen terme (≥ 48 heures / ≤ 1 mois). Au besoin, des restrictions temporaires ou mesures intérimaires sont émises.

Mesures correctives : Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité détectée ou autre situation indésirable.

Catégorie 1 : Établissement – Espace extérieur

#ID	Éléments à vérifier (Surlignez les éléments non-conformes)	C	N-C	Précisions / Remarques	Niveau de priorité	
					Urgent	N-Urgent
1 A	État de la cour extérieure Entrées et sorties dégagées Drainée et aplanie Surface sécuritaire Ident. Pt. Rassemblement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 B	État de l'espace de circulation (incluant trottoir) État général Exempte de trou Exempte de glace Dégagée (\emptyset débris) Limite de vitesse affichée Ligne de circulation et stationnement Affiche \emptyset stationnement devant les portes d'accès au bâtiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1C	Bâtiment État de la toiture État des gouttières État du revêtement Verrous de portes \emptyset Amas de neige sur la toiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1D	Clôture et barrière État général (ex. : \emptyset ouverture) État des verrous Ouverture et fermeture fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1E	Éclairage extérieur Fonctionnel Suffisant Bien positionné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1F	Électricité Étanchéité des prises de courant Fils électriques fixes et rangés État des fils électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grille d'inspection DES LIEUX DE TRAVAIL

Inspection mensuelle

Catégorie 2 : Établissement – Espace intérieur (Aires principales)

#ID	Éléments à vérifier (Surlignez les éléments non-conformes)	C	N-C	Précisions / Remarques	Niveau de priorité	
					Urgent	N-Urgent
2A	Ventilation Suffisante Température ambiante convenable Conduite d'aération et d'évacuation dégagée Système de détecteur de gaz fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2B	Éclairage intérieur Fonctionnel Suffisant et adapté Bien positionné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C	Électricité État des prises de courant Fils électriques fixes et rangés État des fils électriques Id. boîtes électriques Accès boîtes électrique (1 m.) Disjoncteur à four	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2D	Eau potable Eau potable Id. eau non potable Distributrice nettoyée Installation à l'abri de contamination Dernier nettoyage de la distributrice : ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2E	Salle à manger Propre (Nettoyée régulièrement) Pourvue de poubelles Présence d'un extincteur à proximité Éclairée et ventilée convenablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2F	Toilettes Fonctionnelles Propres (Nettoyées régulièrement) Pourvues de poubelles Éclairées et ventilées convenablement Fournitures hygiéniques disponibles et accessibles (ex. : Savon, papier à mains, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2G	Aires de circulation : Planchers (Bureau et garage) État général Surfaces propres et sèches (Ø mouillé) Dégagement des sorties d'urgence (1,1m.) Voies de circulation identifiées (Piéton) Éclairage suffisant et adapté Drains dégagés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2H	Aires de circulation : Escaliers État général Surfaces propres et sèches (Ø mouillé) Dégagés (Ø obstruction) Munis de mains courantes Éclairage suffisant et adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2I	Aires de circulation : Mezzanine Accès dégagés Présence de plinthe (chute d'objet) Présence de garde-corps Éclairage suffisant et adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2K	Entreposage général Ne cause aucune obstruction (éclairage, gicleurs, etc.) Stable et résistant (Ø chute) Compatibilité des marchandises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2L	Entreposage matière dangereuse (Ø oxy. médicale) Registre, fiches signalétiques et étiquettes disponibles et mis à jour (3 ans) pour chaque produit Conformité des étiquettes (nom du produit, précautions, manutention, réf. à la fiche signalétique) Compatibilité des produits Matière absorbante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2M	Entreposage oxygène médical Registre, fiches signalétiques et étiquettes disponibles et mis à jour (3 ans) pour chaque produit Conformité des étiquettes (nom du produit, précautions, manutention, réf. à la fiche signalétique) Compatibilité des produits Affichage conforme Position verticale Mécanisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grille d'inspection DES LIEUX DE TRAVAIL

Inspection mensuelle

	prévenant les chutes Équipement de manutention disponible et en bon état					
--	----------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Catégorie 3 : Établissement – Équipements

#ID	Éléments à vérifier (Surlignez les éléments non-conformes)	C	N-C	Précisions / Remarques	Niveau de priorité	
					Urgent	N-Urgent
3A	Lavage et désinfection des véhicules Système en bon état (ex.: Boyaux) Produits accessibles et identifiés Rangés convenablement Accessoires en bon état et adaptés à la tâche (ex.: Balai-éponge) Instr. et procédures disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3B	Outils de déneigement et déglçage État général Adaptés Rangés convenablement Accessoires et produits accessibles et identifiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3C	Outillage générale État général Adaptés à la tâche Rangés convenablement Surfaces de travail propres et dégagées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3D	Escabeaux Présence de patins antidérapants État des montants Disp. de verrouillage fonctionnel Adaptés à la tâche Rangés convenablement Non peints (si en bois) Conforme (Grade II / Usage commercial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3E	Échelles portatives Présence de patins antidérapants État des montants État des barreaux Adaptés à la tâche Rangés convenablement Non peintes (si en bois) Conforme (ACNOR Z11-1969)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3F	Échelles fixes Fixées solidement État des barreaux Adaptés à la tâche Conforme (espacées de 15 cm du mur et dépassent de 90 cm le palier du haut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie 4 : Établissement – Équipements de protection individuelle

#ID	Éléments à vérifier (Surlignez les éléments non-conformes)	C	N-C	Précisions / Remarques	Niveau de priorité	
					Urgent	N-Urgent
4A	Protection oculaire Accessibles et disponibles État général Adaptés à la tâche Affiche de port (lorsque applicable) Rangés convenablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4B	Protection des mains Accessibles et disponibles État général Adaptés à la tâche Affiche de port (lorsque applicable) Rangés convenablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4C	Protection des pieds Accessibles et disponibles État général Adaptés à la tâche (CAN/CSA Z195-02, résistance contre perforation, objets lourds et tranchants) Affiche de port (lorsque applicable) Rangés convenablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4D	Protection respiratoire Accessibles et disponibles État général Adaptés à la tâche (Masques chirurgicaux et N-95) Rangés convenablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Initiales : _____

Grille d'inspection DES LIEUX DE TRAVAIL

Inspection mensuelle

4E	Protection du corps Accessibles et disponibles État général Adaptés à la tâche (Jaquette ou VPI) Rangés convenablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------

Grille d'inspection DES LIEUX DE TRAVAIL

Inspection mensuelle

Catégorie 5 : Prévention des incendies, mesures d'urgence et premiers soins

#ID	Éléments à vérifier (Surlignez les éléments non-conformes)	C	N-C	Précisions / Remarques	Niveau de priorité	
					Urgent	N-Urgent
5A	Extincteurs chimiques Numérotés Type ABC Pression conforme (vert) Fixés (support : $\geq 4\text{po}$ et $\leq 5\text{pi}$) Étiquettes d'inspection Goupilles et sceaux de sécurité Exempt de poudre Accessibles et affichés Vérifiés ou rechargés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de la dernière inspection: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5B	Extincteurs automatiques État général des têtes des gicleurs Exempt de fuite Dégagés ($\geq 45\text{cm}$) Suffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de la dernière inspection: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5C	Éclairage d'urgence État général Fonctionnel Suffisant (éclairage sorties, escaliers, couloirs) Accessibles (\emptyset obstruction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5D	Détecteurs de fumée État général (\emptyset peinture) Disponibles Fonctionnels Suffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dern. Chang. de pile: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5E	Interdiction de fumée : Affiches Disponibles Affichés et visibles (tous les secteurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5F	Équipements au propane État général du réservoir Requalification conforme Utilisation et entreposage à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de la requalification : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5G	Trousses de premiers secours État général Disponibles et accessibles Conformité du contenu (Voir fiche dans la trousse) Quantité suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5H	Bouteille de rinçage oculaire État général (propreté) Accessible (proximité) Contenu conforme (expiration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date d'expiration : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Validation de l'inspection

Signature du responsable de l'inspection _____	Signature de l'accompagnateur _____
Date : / /	Heure de fin:



Plan d'actions correctives en SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Établissement visé : _____

SOURCE : EAA INSPECTION ENTRETIEN PRÉVENTIF

Nature du danger identifiée : *Danger (Catégorie de danger)*

Date de rédaction : ____/____/____

#ID Élé. Non-conformes		Actions correctives (DAC)	Temporaire / Permanente	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi - Remarques et observations
Urgent	N-Urgent						
Urgent	N-Urgent						
Urgent	N-Urgent						

#ID Élé. Non-conformes		Mesures de contrôle	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi requis et observations
Urgent	N-Urgent					
Urgent	N-Urgent					
Urgent	N-Urgent					

Rédigé par	Chargé du suivi	Signature du chargé du suivi	Date

Commentaires / Précisions à l'égard du suivi : _____

Transmission au Comité SST			
Transmis par	Date de transmission	Reçu par	Date de réception



Plan d'actions correctives en SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Établissement visé : _____

Nature du danger identifiée : *Danger (Catégorie de danger)*

Date de suivi : ____ / ____ / ____

Critères d'évaluation de l'efficacité de la démarche	Cibles	Résultats (Totalemment atteint / Partiellement atteint / Nullemment atteint)	Ajustements nécessaires (Oui / Non)
Implantation (Délai)	<i>Réalisation à la date prévue</i>		
Diminution des accidents liés (6 mois suivant l'implantation)	<i>Diminution de XX% des accidents liés à ce risque</i>		
Application des mesures de contrôles	<i>En fonction des échéanciers</i>		

Révision et ajustements

#ID Élé. Non-conformes	Actions correctives (DAP)	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi - Remarques et observations
Urgent N-Urgent					
Urgent N-Urgent					
#ID Élé. Non-conformes	Mesures de contrôle	Responsable	Échéancier	Date de réalisation	Suivi requis et observations
Urgent N-Urgent					
Urgent N-Urgent					

Rédigé par	Représentant(s) du Comité SST	Signature du ou des représentants	Date
Comité SST			

Commentaires / Précisions à l'égard de l'évaluation : _____